

Die *Nomenklatur* für sog. organisch nicht erklärbare Beschwerden - auch im Bereich der Neurologie - widerspiegelt die Unsicherheit bezüglich deren Pathogenese: psychogen, hysterisch, histrionisch, dissoziativ, somatoform, psychosomatisch, konversionsbedingt, neurotisch, supratentoriell, **funktionell**, nicht organisch, medizinisch nicht erklärbar, etc. Die Häufigkeit solcher Beschwerdebilder (10 bis 20 % der Patienten) im ambulanten wie auch im stationären neurologischen Krankengut zwingt aber zum genaueren hinschauen und abgrenzen. *Warum?* Es geht 1. um das Vermeiden einer teuren, evtl. risikoreichen ausufernden Diagnostik, die Patient und Arzt verunsichert und beim Patienten zu einer iatrogenen Fixierung seiner Beschwerden führt. Zweitens um das Vermeiden sinnloser, risikoreicher Therapien (z.B. Antiepileptika bei funktionellen Anfällen). Drittens um das Erkennen eines speziellen therapeutischen Zugangs. Entscheidend ist eine sichere und versichernde Führung und Begleitung des Patienten. Das setzt voraus, dass Arzt und Patient sich der Diagnose sicher sind.

Das **klinische Spektrum** funktioneller Beschwerden ist gross:

<b>Schwindel</b>	<i>phobischer Schwindel (dritthäufigste Schwindelkategorie)</i>
<b>Anfälle</b>	<i>pseudoepileptische Anfälle, psychogenic non-epileptic seiures</i>
<b>Hyperkinesien</b>	<i>Tremor, Spasmen, Dystonien, Myokloni</i>
<b>Gangstörungen</b>	<i>bis zu Astasie -Abasie</i>
<b>Paresen / Plegien</b>	<i>Monoparesen, Paraparesen, Hemiparesen</i>
<b>Sehstörungen</b>	<i>Blindheit, Tunnelsehen, ...</i>
<b>Sensibilitätsstörungen</b>	<i>Monomelisch, Hemi-, Para-</i>
<b>Bewusstseinsstörungen</b>	<i>Synkopen, Koma</i>
<b>Amnesien, Fugues</b>	
<b>Sprechstörungen</b>	<i>Aphonie, Mutismus</i>
<b>Schluckstörung</b>	<i>Dysphagie, Globus</i>
<b>Hörstörungen</b>	<i>Taubheit</i>
<b>Kombinationen</b>	

Bei allen diesen „Syndromen“ gibt es besondere Hinweise die an eine funktionelle Genese denken lassen müssen. Generell gilt es aber durch eine detaillierte Anamnese und sorgfältige klinische Untersuchung einerseits positive Hinweise für eine funktionelle Störung zu finden und gleichzeitig auch eine mögliche organische Ursache mit grösstmöglicher Sicherheit auszuschliessen. Wichtige **anamnestische** zu eruiierende Angaben:

Persönlichkeit, emotional, psychosomatisch, etc.; Multiple psychogene Symptome, multiple Somatisierungen; frühere analoge/andere spontan remittierende (funktionelle) Symptome; evidente/ vorbekannte psychiatrische Störungen; auslösendes Ereignis (Angst, Verlust, Leidenschaft/Emotion, Konflikte, etc.); Cave: nicht übersehen: „high achiever syndrome“. Bei der **klinisch-neurologischen Untersuchung** achtet man auf das „präsentierte Bild“; auf fluktuierende, bezgl. Intensität, Lokalisation und Ausdehnung variable „Defizite“, die nach den geläufigen Kriterien der Neuroanatomie nicht „passen“, deren Verbesserung unter Ablenkung oder Suggestion, deren Verschlechterung bei gezielter Zuwendung; auf Diskrepanzen: Befunde - Behinderung, auf Fehlen der Behinderung, wenn unbeobachtet oder im Schlaf.

Funktionelle Beschwerden zeigen sehr oft einen akuten Beginn (!) und eine rasche Evolution zur maximalen Ausprägung, weshalb sich diese Patienten meist auf dem Notfall präsentieren.

Aber **ACHTUNG**: „bizarres Bild“ heisst nicht a priori „psychogen“; „nicht-zuordnen-können“ ist ebenfalls nicht gleichbedeutend mit psychogen; eine (bekannte) psychiatrische Störung schliesst eine gleichzeitige neurologische Störung nicht aus; Angst, „belle indifference“, Dramatisierung und Suggestibilität dürfen nicht überbewertet werden. Eine Kombination organischer und funktioneller Beschwerdeursachen ist häufig, ganz besonders z.B. bei Anfällen und bei Schwindel.

Eine wiederholte Untersuchung und auch Beobachtung ist oft der Schlüssel zur diagnostischen Sicherheit, weshalb ich eine stationäre Abklärung bevorzuge, was auch erlaubt das Therapieransprechen zu beobachten. Der stationäre Rahmen gibt auch die nötige Zeit um wichtigen Fragen nachzugehen: warum gerade dieses Symptom? primärer Krankheitsgewinn (z.B. Angstlösung)? sekundärer Krankheitsgewinn (z.B.- Entlastung von Verantwortung, Aufmerksamkeit, Zuwendung, ...)?

Allfällige **Zusatzdiagnostik** sollte je nach Syndrom mit gezielter Fragestellung und in Absprache / Vorbereitung des Patienten veranlasst werden. Man bedenke: Patienten benötigen manchmal "Beweise" (nach ihrem Gusto) zur Akzeptanz einer „seelischen“ Genese.

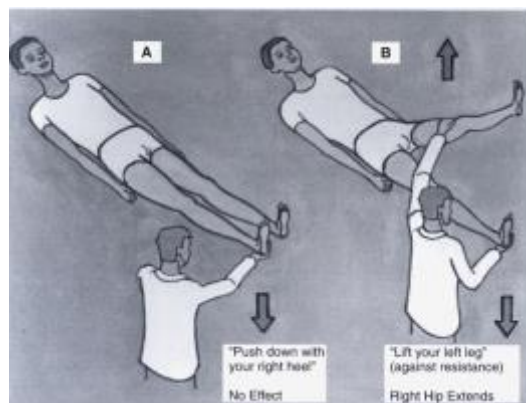
## Schwindel

Der phobische Schwindel (auch phobischer Attackenschwindel) ist die dritthäufigste Schwindelursache nach dem gutartigen Lagerungsschwindel und der vestibulären Neuritis und macht ca 15 % aus. Die betroffenen Patienten zeigen meistens gewisse anamnestiche „Voraussetzungen“ wie eine obsessiv-kompulsive oder hysterisch Persönlichkeit, eine Angststörung, Depression, Agoraphobie oder Acrophobie. Die Schwindelattacken treten unter bestimmten Umständen auf: Treppe, Brücke, Autofahrt, Restaurant, best. Person, etc. Auslöser können sein: ein Verlust oder eine Kränkung. Nicht selten kann eine organische vestibuläre Störung (Vestibulopathie) eine neurotische Entwicklung in Gang setzen, wo Angst und Panik die subjektiven Beschwerden (Schwindel und Gangunsicherheit) persistieren lassen, obschon sich die vestibuläre Störung erholt hat oder zentral kompensiert wurde. Die Schwindelbeschwerden sind oft diffus und variabel geschildert, oft aber als rezidivierende Attacken, mehrfach/Tag, v.a. in aufrechte Position (Stehen, Gehen), begleitet von Gleichgewichtsstörung (Gang-, Stand), aber auch von Angst, Panik, und Verhaltensstörung (Vermeidensverhalten) bei zwanghafter, hysterische Persönlichkeit. Es finden sich normale Untersuchungsergebnisse in der neurologischen und otologischen Untersuchung. Die Therapie ist oft, gerade im stationären Rahmen, sehr effizient und besteht in Versicherung (selfempowerment), Erklärung der Zusammenhänge und der Trigger sowie in einer begleiteten „self-desensitisation“(Physiotherapeutisch).

Einfacher ist für den Geübten die Diagnostik und das Erkennen funktioneller

## Paresen

Meist besteht ein „unphysiologisches“ Paresemuster; so z.B. eine Monoplegie (Hand, Arm, Bein) oder eine Paraplegie (streng ab Leiste, Aufsitzen möglich!). Bei der Untersuchung finden sich „*kontradiktorische Befunde*, wie z.B. eine Paraplegie bei normaler Sensibilität oder bei ungestörten Sphincterfunktionen; eine stark variable Kraft je nach Untersuchungsmodus (Beinplegie im Liegen <-> Abstützen im Stehen/Gehen oder eine „Plegie“ bei spürbarer aktiver Gegeninnervation bei passiven Bewegungen. Durch geschickte Untersuchung gelingt der (oft reflektorische) Innervationsnachweis bei indirekter Prüfung (z.B. Hoover Zeichen) der „objektive“ neurologische Untersuchungsbefund (Tonus, Trophik, Reflexe, Pyramidenzeichen) fällt wiederholt normal aus.



Hoover Zeichen.: Beispiel: funktionelle „Plegie „ rechtes Bein.

A. Aufforderung: Hüftextension im rechten („plegischen“) Bein. Keine Aktivität spürbar mit Untersucherhand unter rechter Ferse.  
 B. Aufforderung: Hüftflexion im gesunden linken Bein. Hüftextension im re („plegischen“) Bein(reflektorische Koinnervation) spürbar mit Untersucherhand unter rechter Ferse.  
 (Prinzip des Innervationsnachweises durch indirekte Prüfung)

## **Zusammenfassend**

gilt für die **Diagnostik**

- Idealerweise stationär
- Patient ernst nehmen, niemals blossstellen
- Cave: emotional-affektive Entgleisung des Arztes
- Organische Genese „sicher ausschliessen“
- jede Zusatzuntersuchung (Zweck und Resultat) dem Patienten genau erklären
- Vermeiden multipler Aerzte/meinungen
- Psychosomatische /psychiatrische Mitbeurteilung, je nach Situation

Für die **Therapie:**

- Erklären, Betonen der normalen Ergebnisse
- (optimistisches) Betonen der guten Prognose
- Korrekte Diagnose als zweifelsfrei mitteilen
- Ehrlich, aber nicht brüskierend
- *Motivation, Suggestion*
- *Betonung was möglich ist, Ablenken von den „Defiziten“*
- *Goldene Brücke“ via Physiotherapie („Wiedererlernen motorischer Programme“)*
- *Psychosoziales Umfeld beachten, evtl. miteinbeziehen*
- Therapie psychiatrischer Begleiterkrankungen (Angst, Depression)
- Sichere, dezidierte Patientenführung
- ...

Oktober 2017/ M. Sturzenegger