

Rheinfelder Tage „Psychosomatik“. **Intensivseminar NEUROPSYCHOSOMATIK.**
2.11.2017. **Erkennen funktioneller neurologischer Symptome - wie und warum.**
Prof. emerit. Dr. med. Mathias Sturzenegger. **HANDOUT**

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

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

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 erkennen? 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.

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.

Sehstörungen

Funktionelle Sehstörungen sind meistens binokulär.

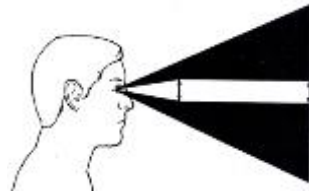
Das Spektrum funktioneller Sehstörungen ist gross:

Visusstörung

- **Visusverlust, meist komplett („sehe gar nichts“)**
- **„Grausehen“, Schleiersehen**
- **evtl. auch monokulär**

Gesichtsfelddefekte („nicht-anatomisch“)

- **„Tunnelsehen“**



- **Spiralförmiges Gesichtsfeld**

- **Sternförmiges Gesichtsfeld**

Diplopie

Photophobie

Der neurologische Untersuchungsbefund ist normal (wie auch der ophthalmologische): die Pupillenreaktion ist bds. (auch bei Blindheit) erhalten; der swinging- flashlight-test ist symmetrisch, die Fundoskopie normal. Es gelingt der Nachweis einer (zumindest partiell) erhaltenen Sehkraft: z.B. erhaltener Cornea Schutzreflex, Folgebewegungen im Spiegeltest, erhaltener optokinetischer Nystagmus, etc. Zusatzdiagnostik (z.B. VEP, ERG, MRI der Sehbahnen: Normalbefund

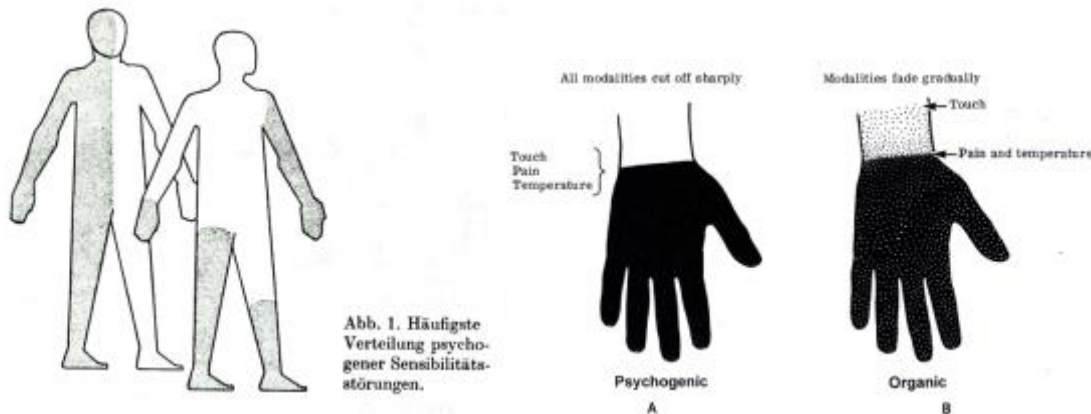
Anfälle

Synonyma für funktionelle Anfälle sind: Nicht-epileptische Anfälle, Pseudoepileptische Anfälle, Psychogene Anfälle, Hysterische Anfälle, PNES (psychogenic non-epileptic seizures). Die sichere Diagnose funktioneller Anfälle gehört zu den schwierigsten Aufgaben des Neurologen und bedarf oft wiederholter Evaluationen und der Langzeit-Telemetrie. PNES treten wesentlich häufiger, aber nicht nur, bei Frauen auf. Studien legen nahe, dass ca. 25% der (echten) Epileptiker auch PNES haben. Bei den meisten Patientinnen mit PNES besteht eine psychiatrische Komorbidität: Depression, Angststörungen, PTSD, dissoziative Störungen, evtl. auch eine Missbrauchanamnese. Von der Anfallssemiologie her sind alle Formen möglich. Diese Anfälle zeichnen sich durch eine hohe Anfallsfrequenz aus, durch multiple Hospitalisationen, sie sind therapierefraktär. Sie ereignen sich stets unbeobachtet oder stets in Gegenwart bestimmter Personen (emotionale oder situative Auslöser). Die Patienten zeigen oft eine auffallende „Unbetroffenheit“, keine Verletzungen oder

Komplikationen. Die Anfälle selber haben gewisse Eigenschaften: Langsamer/gradueller Beginn, oft lange Dauer, fluktuierender Verlauf, desorganisierte asymmetrische motorische Aktivität, asynchrone Extremitätenbewegungen, von aussen beeinflussbare motorische Aktivität, Beckenbewegungen, Hin- und Herwerfen des Kopfes, Fehlende Stereotypie, geschlossene Augen, fehlende Zyanose, Zungenbiss (wenn schon dann) auf der Zungenspitze, aktives Augenzukneifen, Pupillenreaktion erhalten, Babinski negativ, sehr rasche „postiktale Reorientierung“.

Sensibilitätsstörungen

Sie können isoliert oder zusammen mit Paresen in derselben Körperregion auftreten.



Lokalisation und Ausbreitung zeigen oft typische Eigenschaften, die sich bei organischen Sensibilitätsstörungen nicht finden: Oft sogenannt zirkulär begrenzt, d.h. nicht anatomisch, meist alle Qualitäten betreffend, meist „komplett“ („ich spüre gar nichts“), aber normale taktile Funktion (Schuhe binden, Betasten, Gehen, ..). Daneben kann man eine zumindest teilweise erhaltene Wahrnehmung vermuten durch „Quittieren“ des „nichts spüren“ bei der Temperaturprüfung. Es fehlen vegetativen Störungen der Haut (Schwitzen, Behornung, Farbe (Vasomotoren),...). Und, wie bei allen funktionellen Störungen, lassen sich oft deutliche Variationen im Zeitverlauf (bei repetitivem Untersuchen) finden, betreffend der topischen Ausbreitung, der Intensität der Defizite wie auch betreffend die betroffenen sensiblen Qualitäten.

Zusammenfassend

gilt für die Diagnostik

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

Oktober 2017/M. Sturzenegger