

Rheinfelder Tage „Psychosomatik“. Psychosomatik bei neurologischen Krankheiten.
Workshop: Erkennen und Therapie funktioneller Gangstörungen. 3.11.2017.
Prof. emerit. Dr. med. Mathias Sturzenegger. **HANDOUT**

Der Gang eines Menschen hat fast so viele Ausdrucksmöglichkeiten wie die Mimik. Er enthält (umfasst): Körperhaltung, Kopfhaltung, Schrittlänge, Schrittbreite, Schritthöhe, Abstoßen, Aufsetzen, Abrollen, Asymmetrien (u.a. Hinken), Geschwindigkeit, Mitbewegungen (z.B. Mitschwingen der Arme), Was ist denn schon ein normaler Gang? Gangstörungen lassen sich nach verschiedenen Ebenen klassieren (n. Nutt und Marsden):

<u>Gangstörung untere Ebene</u>	<u>Gangstörung mittlere Ebene</u>	<u>Gangstörung höchste Ebene</u>
arthritisch	hemiparetisch	ängstlich
myopathisch	paraspastisch	subkortikales Dysequilibrium
sensorische Ataxie	zerebellär	frontales Dysequilibrium
vestibuläre Ataxie	Parkinson	frontale Gangstörung
visuelle Ataxie	choreatisch	isolierte Startthemmung
	dyston	psychogen

Es gibt multiple **Aetiologien** von Gangstörungen: Skelettal, muskulär, kardiovaskulär, pulmonal, kutan, sensorisch (visuell, akustisch, vestibulär), neurogen (zentral, peripher), phobisch und oft auch kombiniert.

Die Häufigkeitsangaben funktioneller Gangstörungen schwanken stark je nach untersuchter Population (Altersgruppen, ambulant, stationär, Geriatrie, Innere Medizin, Neurologie) zwischen 3 und 7 % aller Pat mit Gangstörungen.

Auch bei einer Gangstörung gibt es besondere Hinweise die an eine funktionelle Genese denken lassen müssen.

Generell gilt es auch hier 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 eruiende 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 auch hier häufig.

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, ...)?

Nicht selten ist die Gehbehinderung oder -unfähigkeit ganz direkt Ausdruck des „es geht nicht mehr“ – ein Hilfeschrei.

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.

Typische Eigenschaften einer funktionellen Gangstörung können sein:

Variable Ausprägung im Tagesverlauf, Fluktuation (un- / beobachtet); Extreme Anstrengung; unökonomischer, bizarrer, „beeindruckender“, grotesker Gang; tremorös; wiederholtes „Einknicken“, extrem schwankend; tanzartig; extrem langsam; extrem vorsichtig („Gehen auf Eis“); ungewöhnliche / unökonomische Haltung; Kontrast: Rückwärts- / Seitwärtsgang, Hüpfen oft gut; Ablenkbarkeit.

Therapeutisch sollten verschiedene Ansätze gewählt werden:

Erklären, Betonen der normalen Ergebnisse; (optimistisches) Betonen der guten Prognose; Korrekte Diagnose als zweifelsfrei mitteilen; Ehrlich aber nicht brüskierend; *Motivation, Suggestion, Goldene Brücke*“ via *Physiotherapie* („Wiedererlernen motorischer Programme“); Betonung dessen was geht und funktioniert / Ablenken von dem was (noch) nicht geht; Therapie allfälliger psychiatrischer Begleiterkrankungen (Angst, Depression, Phobie, ..)

Oktober 2017/ M. Sturzenegger