

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SEELISCH BEDINGTE BEWEGUNGSSTÖRUNGEN

Bewegungsstörungen können viele Ursachen haben, zumeist körperlich begründet (Krankheit, Unfall). Sie können aber auch seelische, vor allem psychosoziale Hintergründe haben. Und das ist häufiger als man denkt. Es ist aber auch sehr schwierig nachzuweisen. Meist dauert es sehr lange, läuft über mehrere Fachärzte und umfangreiche technische Untersuchungsverfahren – und bleibt schließlich bei einem Endresultat, das ungern akzeptiert wird: seelisch bedingt.

Um was handelt es sich? Nachfolgend eine mehr fach-bezogene Übersicht zu Begriff, Definition und den häufigsten Leidensbildern durch dissoziative, Somatisierungs- und artifizielle Störungen u. a., dazu ausführlicher Vorgeschichte und Krankheits-Befund bei psychogenen Bewegungsstörungen, klinische Untersuchungsbefunde, insbesondere differential-diagnostisch (was könnte es sonst noch sein?), Verlauf und Therapie und schließlich Rückfall-Vorbeugung.

Dazu eine komprimierte Übersicht zur Diagnose der wichtigsten psychogenen Bewegungsstörungen, nämlich psychogener Tremor, psychogene Dystonie, psychogenes Parkinson-Syndrom und psychogene Gangstörung.

Erwähnte Fachbegriffe:

Bewegungsstörungen – Bewegungs-Erkrankungen – Bewegungs-Einschränkungen – Ataxien – psychogene Bewegungsstörungen – seelisch bedingte Bewegungsstörungen – Dissoziative Störungen - Konversionsstörungen – Konversions-Neurose – Hysterie – Somatisierungsstörungen – artifizielle Störungen – Münchhausen-Syndrom – Hospital-Hopper-Syndrom – Vortäuschen von Erkrankungen – Simulation – Erkrankungs-Betrug – Krankheits-Gewinn – auffällige Verhaltensmuster – auffällige Bewegungsmuster – psychogene

Muskelschwäche – psychogene Sensibilitätsstörungen – psychogene Lähmungen – Selbstverstümmelungen – Rentenbegehren – Berufsunfähigkeits-Anerkennung – Schadenersatz-Regelung – somatoforme Störungen – Dystonie – Wilson-Krankheit – Myoklonus – Pick-Parese – Restless Legs-Syndrom – unruhige Beine – Tourette-Syndrom – Tic-Leiden – psychogener Tremor – seelisch bedingtes Zittern – psychogene Dystonie - Muskelspannungs-Störungen – psychogenes Parkinson-Syndrom – seelisch bedingte Schüttellähmung – psychogene Gangstörung – seelisch bedingte Gehstörung – Astasie-Abasie – Kamptokormie – traumatische Neurose – Kampf-Einsatz-Folgen – cautious gait – psychogene Gleichgewichtsstörung – fear of falling – Sturzangst – Diagnose seelisch bedingter Bewegungsstörungen – Therapie seelisch bedingter Bewegungsstörungen – Aufklärung bei seelisch bedingten Bewegungsstörungen – u.a.m.

An die Bewegungs-Möglichkeiten unseres Körpers, vom Stirne runzeln bis zur großen Zehe, verschwenden wir in der Regel keinen Gedanken – es sei denn, eine Bewegungs-Einschränkung oder gar ein Ausfall lässt uns aufschrecken. Dann merken wir, wie viele Muskeln wir zur Verfügung haben (nämlich über 600, allein im Gesicht mehr als zwei Dutzend), wozu nicht nur die Muskulatur, sondern auch Sehnen, vor allem aber Nerven-Verbindungen und eine übergeordnete Koordination durch bestimmte Regionen des Gehirns gehören. Das sollte uns im Übrigen auch im positiven zu denken geben, wenn wir uns an der Eleganz beim Tanz oder der Dynamik beim Sport erfreuen. Aber wie erwähnt: Es gibt mehr oder weniger sichtbare (für den Betroffenen allerdings auf verschiedenen Ebenen leidvoll registrierbare) Einschränkungen bis hin zum regelrechten Versagen bestimmter Muskelgruppen.

Dann aber ist der Arzt gefragt. Und der war in diesem Diagnose- und vor allem Therapie-Bereich über Jahrtausende hilflos, in welcher Gesellschaft und Funktion er diese Aufgabe auch immer erfüllen musste. Erste konkretere Beschreibungen entsprechender Bewegungsstörungen lassen sich – wenigstens in der europäischen und nordamerikanischen Literatur – ab dem 17. Jahrhundert registrieren. Das betraf vor allem die unruhigen Beine, die Parkinson-Krankheit (nach ihrem auffälligsten Symptom früher Schüttel-Lähmung genannt), bestimmte Formen der Ataxie (also eine Störung der Bewegungs-Koordination, des sinnvollen Zusammenwirkens verschiedener Muskelgruppen durch Funktionsstörungen des Nervensystems), vor allem aber die Chorea, den Veitstanz, im 14. Jahrhundert als Tanzwut bezeichnet; und das genauso auffällige Tourette-Syndrom (siehe das spezielle Kapitel in dieser Serie).

Heute gibt es eine große Zahl unterscheidbarer Bewegungs-Erkrankungen, wovon die häufigsten im nachfolgenden Kasten aufgeführt sind.

Die wichtigsten Bewegungs-Erkrankungen*

Am häufigsten sind die Ataxien mit unterschiedlichen Erkrankungsformen, die Huntington-Krankheit, die verschiedenen Dystonie-Formen, der essenzielle Tremor, die Wilson-Krankheit, der Myoklonus, das Parkinson-Syndrom mit unterschiedlichen Ursachen bzw. Formen (z. B. die eigentliche Parkinson-Krankheit, ferner das Parkinson-Leidensbild bei Demenz, z. B. fronto-temporal, bestimmte Formen der Pick-Parese usw.), schließlich das schon erwähnte Restless-legs-Syndrom (die unruhigen Beine), das Tourette-Syndrom und weitere Tic-Leiden.

* in abnehmender Häufigkeit, Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur

Die drei häufigsten Bewegungs-Erkrankungen sind heute übrigens die unruhigen Beine, der so genannte essentielle Tremor und die eigentliche Parkinson-Krankheit. Dazu noch einmal: siehe die verschiedenen Kapitel in dieser Serie.

Eine dieser Beeinträchtigungen aber wurde bisher nicht erwähnt, obwohl sie gar nicht so selten ist (höchstens selten diagnostiziert und gezielt behandelt wird); gemeint sind die *psychogenen Bewegungsstörungen*. Was versteht man darunter? Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu diesem ungewöhnlichen Phänomen. Grundlage ist das entsprechende Kapitel von Prof. Dr. Christoph Scherfler von der Neurologischen Universitätsklinik an der Medizinischen Universität Innsbruck in dem umfangreichen Fachbuch *Parkinson-Syndrome und andere Bewegungsstörungen* aus dem Thieme-Verlag (2012, herausgegeben von den Experten W.H. Oertel, G. Deuschl und W. Pöwe aus den entsprechenden Fachkliniken).

Begriff und Definition

Den Begriff „psychogen“ findet man in dieser Serie häufig, wie sollte es auch anders sein. Er leitet sich aus dem Griechischen ab und bedeutet „ausgehend von der Psyche, der Seele“.

Als psychogene Krankheitsbilder werden in der Medizin jene Störungen bezeichnet, die phänomenologisch (nach dem äußeren Erscheinungsbild) und ätiologisch (nach der Ursache) keiner körperlichen (Fachbegriff: organischen) Störung zuzuordnen sind. Dafür aber lassen sich mehr oder weniger konkrete Hinweise für seelische, vor allem psychosoziale oder gar konkrete psychiatrische Auslösefaktoren erkennen.

Um dies ein wenig konkreter zu fassen, nachfolgend eine ätiologische (s. o.) Zuordnung bestimmter psychogener Bewegungsstörungen:

- **Dissoziative Störungen**, auch Konversionsstörungen, früher Konversions-Neurose, im Einzelnen sogar Hysterie genannt: Ihr Charakteristikum ist der teilweise oder völlige Verlust der Erinnerung an die Kontrolle von Bewegungen. Das hat auch etwas mit der Erinnerung an die Vergangenheit, dem Bewusstsein einer eigenen Identität und der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen zu tun. Wer sich bei diesen Begriffen etwas intensiver einlesen will, dem sei der ausführliche Beitrag zur *Psychopathologie* in dieser Serie empfohlen. Betroffen sind bei den dissoziativen Störungen auf jeden Fall jene körperlichen Funktionen, die normalerweise unter bewusst-willentlicher Kontrolle stehen.

Solche Krankheitszeichen spiegeln auch häufig Wissen und Einstellung der Betroffenen wieder, wie sich eine körperliche Krankheit äußern müsse. Und da sind natürlich unter den organischen Funktionen die Bewegungsstörungen am offensichtlichsten, deutlichsten, vor allem aber eindrucklichsten.

Die Ursachen sind nicht selten so genannte traumatisierende, also seelisch verwundende Lebens-Ereignisse. Dabei muss die Reaktion nicht sofort erfolgen, es kann auch ein so genanntes symptom-freies Intervall dazwischen liegen. Dann wird es noch schwieriger, das blockierende Phänomen einer konkreten Ursache zuzuordnen.

Meist sind es aber Konflikte, die sich später wieder lösen. Wenn sich das allerdings als unlösbar erweisen sollte, dann können solche Bewegungsstörungen chronisch, lang-dauernd, im negativen Falle lebenslang drohen. Hier hat sich dann – schlicht gesprochen – ein nicht lösbarer, innerseelischer Konflikt in ein körperliches Leistungs-Defizit umgewandelt (daher auch der frühere Fachbegriff Konversions-Neurose vom Lat. *convertere* = umwenden, also in eine andere Form bringen). Und hier wird dann auch das Phänomen der Hysterie deutlicher. Deshalb nochmals: Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

- **Somatisierungsstörungen** sind wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Krankheitszeichen, die sich vor allem um Schmerzbilder zentrieren, jedenfalls wird das am häufigsten geklagt, nachvollziehbarer Weise. Es sind aber auch andere komplexe körperliche Beeinträchtigungen möglich, vor allem Empfindungs-Störungen, meist vegetativer Art (*Vegetativum*: die vielfältigen Funktionen des Nervensystems betreffend, z. B. wechselnder Blut(hoch)druck).

Eine solche Konstellation führt natürlich zu vielen Untersuchungen mit entsprechendem negativem Ergebnis (kein krankhafter Befund), was aber leider nicht immer positiv empfunden wird. Da kann sich dann ein hartnäckiges Doktor-Shopping (auch Doktor-Hopping genannt) anschließen, von langfristigen psychosozialen, zwischenmenschlichen, familiären und partnerschaftlichen Konsequenzen gefolgt.

- Ein noch schwerer verstehbares Phänomen sind die so genannten **artificialen Störungen**, auch Münchhausen-Syndrom, Hospital-Hopper-Syndrom genannt. Oder kurz: das absichtliche Vortäuschen von Erkrankungen, und zwar sowohl körperlicher als auch (seltener) psychischer Symptome ohne nachweisbaren Grund. Einzelheiten dazu siehe das ausführliche Kapitel in dieser Serie, was vor allem abzugrenzen hilft von dem nachfolgenden Phänomen, nämlich
- **Vortäuschen von Krankheiten**, also Simulation, sprich: Betrug. Das ist übrigens der Unterschied zur artifiziellen Störung. Deshalb nochmals: siehe das entsprechende Kapitel, vor allem zur dann doch wichtigen Differenzialdiagnose: was ist krankheitsbedingt vorgetäuscht, was ist nüchtern kalkulierte Betrugs-Absicht.

Allein diese wenigen Hinweise zeigen, wie schwierig es sein kann, eine konkrete neurologische Erkrankung von der psychogen ausgelösten Störung abzugrenzen. Das erfordert ggf. die enge Zusammenarbeit von Neurologen, Psychiatern, Psychotherapeuten, ja Physiotherapeuten u. a. in einem fächerübergreifenden Diagnose- und schließlich Behandlungs-Konzept.

Häufigkeit

Die Häufigkeit psychogener Bewegungsstörungen müsste eigentlich klar erfassbar sein. Dass dies aber nicht so einfach ist, zeigen die vorangegangenen Hinweise und die nachfolgenden noch deutlicher. Deshalb lässt sich laut Prof. Ch. Scherfler kurz und unbefriedigend folgern:

Bevölkerungs-basierte Untersuchungen zur Häufigkeit psychogener Bewegungsstörungen liegen nicht vor. Will heißen: was die Gesamtheit anbelangt, tappt man im Dunkeln.

Anders bei jenen Patienten, die aufgrund neurologischer Störungen ambulant untersucht oder gar stationär in einer Fachabteilung aufgenommen werden. Dort findet sich allerdings auch ein sehr breites Häufigkeits-Muster, nämlich zwischen 1 bis 9% an psychogenen Störungen. Konkreter wird es in so genannten Spezial-Ambulanzen für Bewegungsstörungen, bei denen man auf 2 bis 3% solcher Patienten trifft.

Der Altersgipfel liegt zwischen dem 35. und 50. Lebensjahr. Frauen sind 3-mal öfter betroffen als Männer.

Am häufigsten sind psychogener Tremor und Dystonie mit je 40%, gefolgt von Myoklonus mit 17%. Deutlich seltener beschrieben werden entsprechende Parkinson-Syndrome, Gangstörungen, Chorea, Tics und so genannte unklassifizierbare Dyskinesien.

Viele dieser Krankheiten aber belasten nicht alleine, sondern sind in eine so genannte Co-Morbidität eingebunden. Oder auf Deutsch: Wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Das ist bei psychogenen Bewegungsstörungen besonders auffällig: Dort haben solche Patienten in 10 bis 15% aller Fälle noch zusätzlich mit organisch (körperlich) bedingten Störungen zu ringen. Noch eindrucksvoller aber wird es bei konkreten psychischen Erkrankungen aus dem Diagnosebereich der Psychiatrie. Hier sind 80% aller psychogenen Bewegungsstörungen mit irgendeiner psychiatrischen Krankheit verbunden (Einzelheiten s. u.).

Was führt generell zur Diagnose?

Bei organischen Erkrankungen kann man eine wachsende Reihe technischer Untersuchungs-Methoden nutzen. Das ist auch bei psychogenen möglich, allerdings mit dem Ergebnis: kein pathologischer Befund, Verdacht auf seelische Ursache. Dann kommen entsprechende Verfahren zur Anwendung, die erst einmal nicht so eindrucksvoll aussehen, gleichwohl bei genügend Zeit, Erfahrung und explorativem Geschick zu erstaunlichen Erkenntnissen führen.

Gemeint ist hier vor allem das ärztliche Gespräch und insbesondere dabei eine sorgfältige Beobachtung des Patienten. Anschließend natürlich eine klinisch-neurologische Untersuchung und konkrete psychiatrische Diagnose. Das sind die wesentlichen Werkzeuge zur Identifizierung einer psychogenen Bewegungsstörung, so Professor Ch. Scherfler.

Wichtige anamnestische Hinweise (also aus der Krankheits-Vorgeschichte) können dabei Berichte sein über einen abrupten Beginn der Beschwerden mit dann aber fluktuierendem (wechselndem) Verlauf und schließlich rasch zunehmendem Schweregrad. Letzteres muss allerdings – im Gegensatz beispielsweise zu konkreten neurologischen Erkrankungen – nicht kontinuierlich progredient, also fortschreitend sein.

Was das erstmalige Auftreten der geklagten Symptome anbelangt, so lassen sich oft bestimmte Auslöser eruieren, z. B. ein Arbeitsunfall oder ein Todesfall.

Häufig sind zudem begleitende Somatisierungsstörungen, also „Verkörperlichungen“ ungelöster seelischer Probleme. Beispiele: unerklärbare Magen-Darm-Beschwerden, sexuelle Funktionsstörungen, Empfindungsstörungen und nicht zuordenbare Schmerzbilder.

Hier kann es sich dann als sinnvoll erweisen, auch an konkrete psychische Erkrankungen zu denken. Am häufigsten sind es Depressionen, Angststörungen und Konversionsstörungen (s. o.).

Als nicht zu unterschätzende Risikofaktoren für psychogene Bewegungsstörungen haben sich sexueller Missbrauch, chirurgische Eingriffe, traumatische

Verletzungen und emotional belastende Ereignisse erwiesen (z. B. Arbeitsplatzverlust mit Rentenbegehren). Nicht selten auch Trennung, Scheidung und Tod eines Familien-Angehörigen oder nahen Mitmenschen.

Vorgeschichte und Krankheits-Befund bei psychogenen Bewegungsstörungen

An was muss nun der untersuchende Arzt denken bzw. was fällt ihm im Gegensatz zu organisch begründeten Störungen auf, wenn er seelisch bedingte Bewegungs-Beeinträchtigungen vermutet?

- Als Erstes verdichtet sich der Verdacht *anamnestisch* (nochmals: Anamnese = Krankheitsvorgeschichte). Hier fallen nach den Erkenntnissen der neurologischen Experten auf: abrupter Beginn, eigentlich keine kontinuierliche Krankheits-Progression (also Fortschreiten des Leidens), ggf. spontane Remissionen (Rückbildungen des zuvor geklagten Beschwerdebildes bzw. der entsprechenden Funktionseinbußen).
- Ferner seelisch *auffällige Verhaltensmuster*, der Verdacht auf so genannten sekundären *Krankheitsgewinn* (was ergibt sich halbwegs positives für mich durch diese Leidensform) sowie zwei – dann doch nachdenklich stimmende – Erkenntnisse, nämlich junges *Lebensalter* und die Ausübung eines *Gesundheitsberufs*. Dies zur Vorgeschichte.
- Bei der *klinischen Untersuchung* des Patienten findet sich dann vor allem ein Befund, der sich oft wiederholt: Die Bewegungsmuster sind mannigfaltig und können beinahe jede organisch bedingte Bewegungsstörung nachahmen. Das Erscheinungsbild mutet bizarr an und stimmt nur selten mit den bekannten neurologischen Krankheitszeichen überein. Vor allem ist es nicht überschaubar dauerhaft, logisch und widerspruchsfrei. Und es lässt sich oft in seiner Ausprägung durch Ablenkung abschwächen (z. B. beim rückwärts Zählen). Und umgekehrt: durch gezielte Aufmerksamkeit auf die Bewegung verstärken.

Fachlich heißt das: inkonsistentes Bewegungsmuster nach Amplitude (z.B. ausfahrende Bewegung), Frequenz (Häufigkeit), Lokalisation (Ort) und Verteilung. Ferner paroxysmale (anfallsweise) Bewegungsstörungen mit Zunahme der Bewegungen, wenn jemand in der Nähe ist (Wahrnehmung durch das Umfeld) und Abnahme durch Ablenkung.

Weitere Hinweise in Fachbegriffen: klinisch nicht erklärbare Muskelschwäche bzw. Sensibilitätsstörungen (Hautempfindungen), d. h. eine mit den Bewegungsmöglichkeiten der Gelenke nicht vereinbare Arm- oder Beinschwäche oder Empfindungsstörung, die nicht der natürlichen Nerven-Zuordnung entspricht. Oder: Werden Patienten aufgefordert, einfache Bewegungen auszuführen, kann bei manchen ein umständlich anmutender und im Kraftaufwand

überdurchschnittlicher Einsatz von einer oder mehrerer Extremitäten (also Arme oder Beine) beobachtet werden.

Zusammenfassend heißt das: klinisch nicht erklärbare Muskelschwäche und Sensibilitätsstörungen, absichtliche Verlangsamung von Bewegungen, unverhältnismäßige funktionelle Einbußen, bizarres, vielfältiges und nicht klassifizierbares Bewegungsmuster.

Auffällig bei der körperlichen Untersuchung seien auch gar nicht so seltene Hinweise auf eine Selbstverstümmelung, meinen manche Experten. Was sich auch öfter registrieren lässt, ist eine vermeintliche Anstrengung des Untersuchten, was sich durch verstärktes Grimassieren, Seufzen oder ausgeprägte Müdigkeits-Folgen äußert.

Letzteres findet sich zwar auch bei organisch bedingten Bewegungsstörungen. Dann aber konzentriert sich das auf eine bestimmte Region bzw. Bewegung, die ja dann auch wirklich beeinträchtigt ist. Bei psychogenen Bewegungsstörungen aber ist es meist der ganze Körper, der als müde, matt und abgeschlagen beschrieben wird.

- Zuletzt gibt es noch Hinweise zum *Behandlungs-Verlauf* bei psychogenen Bewegungsstörungen. Denn organische Leiden erweisen sich dann doch durch bestimmte Arzneimittel zumindest als hilfreich beeinflussbar. Bei psychogenen zeigt diese neurologische Medikation keinen, zumindest aber nur unzureichenden oder nicht abschließend befriedigenden Erfolg. Interessant dafür gelegentlich das gute Ansprechen auf die Gabe von Placebo-Medikamenten (die also keinen Wirkstoff generell enthalten, nur über die psychogene Schiene einen dann nicht selten positiven Effekt bringen). Und schließlich ist es die gezielte Psychotherapie, die dann letztendlich doch am meisten Erfolg hat, wenn es sich um eine nachgewiesene seelische Bewegungsstörung gehandelt haben sollte.

Technische Untersuchungs-Möglichkeiten heute

Glücklicherweise können die heute verfügbaren Diagnose-Techniken als Zusatz-Untersuchungen auch bei psychogenen Bewegungsstörungen ganz erheblich zur Diagnose-Sicherung beitragen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Fachhinweise. Auf jeden Fall sind zum Ausschluss von organischen Ursachen bei gezielten Fragestellungen folgende apparative Zusatz-Möglichkeiten empfehlenswert (in Fachbegriffen):

So sollte eine strukturelle zerebrale Bildgebung mit Computertomographie oder MRT bei allen nachfolgend aufgelisteten Bewegungsstörungen die notwendige Sicherheit vermitteln. Hier interessiert vor allem die so genannte strukturelle Pathologie von Hirnstamm, Kleinhirn, Basalganglien und Hirnrinde.

Bei Verdacht auf psychogenem Parkinson-Syndrom und Tremor empfiehlt sich die Untersuchung der so genannten Dopamin-Transportverfügbarkeit mit der Single-Photonen-Emissions-Computertomographie. Hilfreich sind auch andere Verfahren, deren Darstellung hier aber zu weit führen würde.

Bei schwierig zu klassifizierenden Tremor-Bildern vermittelt die so genannte Oberflächen-Elektromyographie wertvolle Hinweise. Bei Myoklonien ist es mittels Elektromyographie möglich, einen organisch bedingten Myoklonus von einem psychogenen zu unterscheiden. Bei plötzlich auftretenden Bewegungsmustern wie den paroxysmalen Dyskinesien oder den episodischen Ataxien sollte man einerseits an Erb-Anlagen denken, zum Ausschluss eines epileptischen Anfalls aber eine elektroenzephalographische Untersuchung (EEG) anschließen.

Das Labor wäre vor allem zum Ausschluss von Infektionen, Vergiftungen, Tumoren und Stoffwechselstörungen gefordert.

Wie verlaufen psychogene Bewegungsstörungen?

Der Verlauf und damit die Prognose (die Heilungsaussichten) von Patienten mit psychogenen Bewegungsstörungen sind sehr unterschiedlich, so Prof. Dr. Ch. Scherfler. Günstig für den weiteren Verlauf solcher Bewegungs-Beeinträchtigungen sind eine Krankheitsdauer von weniger als einem Jahr, die zusätzliche Belastung durch eine dann aber doch erfolgreich zu behandelnde psychiatrische Erkrankung (z. B. Konversionsstörung durch Depression oder Angsterkrankung) und eine Veränderung des Familienstandes.

Im Falle eines Rentenbegehrens ist der Abschluss offener Verfahren (Rentenverfahren, Berufsunfähigkeits-Anerkennung, Schadenersatzregelung) ein wichtiger Genesungsfaktor, um eine stabile Ausgangslage für das nachfolgende Behandlungskonzept zu erreichen.

Ungünstiger droht der Krankheitsverlauf zu werden bei Patienten mit laufenden Gerichtsverfahren, sekundärem Krankheitsgewinn sowie zusätzlichen somatoformen oder gar artifiziellen Störungen (siehe Einleitung).

Abhängig von der Grundkrankheit und einer gezielten Therapie ist eine vollständige Remission (also Genesung) bei allerdings lediglich 10 bis 30% zu erwarten. Umgekehrt aber darf man auch nicht vergessen: Wird keine Behandlung begonnen, muss bei bis zu 95% der Betroffenen mit einem chronischen Verlauf gerechnet werden. Ähnlich belastend für die erwartete günstige Prognose ist eine Verzögerung der zutreffenden Diagnose, meist durch häufigen Arztwechsel oder ständige Durchführung nicht gerechtfertigter Zusatz-Untersuchungen. „Schwierige Fälle“ oder solche, die es zu werden drohen, sollten deshalb lieber gleich stationär aufgenommen werden, damit ein so ge-

nanntes multidisziplinäres Team (nämlich aus Neurologen, Psychiatern, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten) ohne Zeitverlust gezielt eingreifen kann.

Das leitet zum nächsten Kapitel über, nämlich

Was kann man tun?

Die Behandlung einer psychogenen Bewegungsstörung hängt von etwas ab, dass bei organischen Krankheiten weniger Probleme bereitet: der Akzeptanz der Diagnose, wie es die Experten nennen. Oder auf Deutsch: Man muss sich bei dieser Form der Erkrankung mit der seelischen Ursache abfinden.

Dieses letzte Wort mag zu kontroversen Ansichten beitragen, ist es doch schon bei einer organischen Krankheit bzw. Diagnose nicht einfach, sich damit abzufinden. Bei einer seelischen Ursache aber spielt ja noch viel mehr und außerdem Unbewusstes eine Rolle, wie aus den vorangegangenen Erläuterungen ersichtlich wird. Hier geht es sogar um die Grundlage von Genesung, zumindest Besserung oder – im negativen Falle – um Chronifizierung mit allen psychosozialen Konsequenzen.

Deshalb muss man diesen Patienten die Zusammenhänge ihres Leidens aus organischen und seelischen Komponenten erläutern. Oder kurz: die psychiatrische Grunderkrankung mit den organischen Folgen, hier vor allem die Bewegung betreffend. Dabei darf sich kein Zweifel einnisten, denn sonst geht aus einer „heimlichen Ecke“ das Ganze von vorne los („vielleicht ist aber...“).

Daher muss sich der Therapeut ggf. viel Zeit nehmen, die „beeinträchtigte Interaktion“ (hier: wechselseitige Beziehungen) zwischen Geist und Körper all-gemeinverständlich anzusprechen und so konkret wie möglich im Detail zu erläutern. Dabei hat sich bewährt, eher von „funktionellen Störungen“ zu reden, die also „nur“ die Funktion des Bewegungsapparates betreffen, nicht seine organische Struktur, z. B. von Nervensystem, Muskulatur, Gelenken usw. Vor allem nicht von einer so genannten neurodegenerativen Erkrankung, über die ja doch nur wenige ausreichend Bescheid wissen.

Wird dieses Gespräch in einer verständnisvollen, positiv-zugewandten und unterstützenden Form in entsprechender Atmosphäre geführt, ist auch die Reaktion meist erleichtert. Denn man darf nicht vergessen, dass eine organisch bedingte Bewegungsstörung ggf. mehr Probleme, vor allem konkrete Beeinträchtigungen und damit Kummer und Sorgen nach sich zieht, als eine psychogene, bei der – wie erwähnt – die organischen Strukturen ja funktionieren, nur nicht die Übersetzung in das Bewegungsmuster, und zwar durch seelische Blockierungen.

Wichtig ist vor allem die genaue Diagnose der psychiatrischen Grundkrankheit (siehe das Phänomen der Co-Morbidität, d. h. wenn ein Leiden zum anderen kommt). Danach richtet sich dann auch das erfolgreiche, für den Patienten noch möglichst maßgeschneiderte Behandlungskonzept mit den jeweiligen Fachleuten. Beispiele: Gesprächspsychotherapie, die Entwicklung von motorischen Umlern-Prozessen, ggf. eine adäquate medikamentöse Behandlung usw.

Was Letzteres anbelangt, so sind es vor allem bestimmte antidepressive Arzneimittel bei zusätzlichen Depressionen und/oder Angststörungen, die die psychogenen Bewegungsstörungen aufzulösen vermögen. Somatoforme und artifizielle Störungen hingegen sprechen auf eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva weniger gut an. Die früher ebenfalls herangezogenen Neuroleptika (hochpotent = antipsychotisch, niederpotent = sedierend) werden heute nicht mehr diskutiert, es sei denn bei sehr konkretem Indikations-Bedarf (was es allerdings auch noch gibt, siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Interessant der therapeutische Effekt durch Psychotherapie, z. B. konkret durch Verhaltenstherapie und Hypnose. Allerdings gibt es diesbezüglich noch nicht sehr viele abschließende Untersuchungen, insbesondere über den notwendig langen Zeitraum hinweg, so Professor Scherfler.

Werden allerdings so genannte Stressoren als Auslöser identifiziert, d. h. konkrete Ursachen, so bietet sich im Rahmen einer entsprechenden Bewegungsstörung eine Gesprächstherapie an. Da wird dann dem Patienten konkret bewusst gemacht, was ihn belastet, wenngleich nicht offen erkennbar, sondern über die Schiene einer Bewegungsstörung vermittelt. Diese Patienten können dann in einem zweiten Schritt von Muskelentspannungs-Techniken, Biofeedback, Yoga und Meditations-Techniken profitieren. Jedenfalls gilt es „am Ball zu bleiben“, sich nicht durch drohende Rückfälle, Verunsicherungen, Zustandsverschlechterungen, psychosoziale Belastungen u. ä. beeinträchtigen zu lassen. Ein langer Atem ist gefordert, aber dann doch erstaunlich häufig von Erfolg gekrönt.

DIE WICHTIGSTEN PSYCHOGENEN BEWEGUNGSSTÖRUNGEN

Zum Abschluss nun eine kurz gefasste Übersicht der wichtigsten psychogenen Bewegungsstörungen, zusammengefasst von Prof. Dr. Ch. Scherfler von der Neurologischen Universitätsklinik Innsbruck in dem Fachbuch Parkinson-Syndrome und andere Bewegungsstörungen (Thieme, 2012):

- **Psychogener Tremor**

Psychogener Tremor tritt vor allem an den Händen auf, weniger an den Beinen. Man unterscheidet einen Ruhe-, Halte- und Intentions-Tremor (zunehm-

mendes Zittern, wenn auf ein Ziel gezeigt werden soll). Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie.

Nicht selten wird eine Abnahme der Tremor-Amplitude (Bewegungs-Ausmaß) bei Ablenkung und eine Zunahme bei Aufmerksamkeits-Konzentrierung auf die entsprechende Gliedmaße beobachtet. Im Unterschied zu einer organischen Ursache kann man dann allerdings gelegentlich beobachten, dass sich der Tremor erschöpft. Interessant: Trotz mitunter stark beeinträchtigendem Zittern lassen sich dann doch noch gewisse Tätigkeiten ausführen.

Welche sind nun die wichtigsten Hinweise für eine psychogene Tremor-Form (Auswahl)?

Das ist es zum einen der abrupte, d. h. unerwartete, unvermittelte und vor allem zusammenhanglose Beginn. Zum anderen die Ablenkbarkeit, z. B. ein Stillstand des Zitterns bei Aufforderung, eine komplexe, vor allem unvorhersehbare Bewegung auszuführen. Schließlich die variable Kombination von Ruhe-, Halte- und Intentions-Tremor (s. o.) bei ein und demselben Patienten. Dazu die so genannte Frequenz-Variabilität, d. h. eine unterschiedliche Erregungshäufigkeit. Wichtig ist auch die Fähigkeit zur willkürlichen Unterdrückbarkeit des Zitterns. Und so genannte selektive Funktionsstörungen, d. h. eine ganz unterschiedliche Tremor-Ausprägung bei bestimmten Aufgaben, z. B. Zeichnen oder Schreiben. Auch fällt auf, dass andere neurologische Symptome fehlen, die bei organischen Tremor-Formen dann doch häufiger registriert werden müssen. Und schließlich die zusätzliche Belastung, sprich Co-Morbidität durch Depressionen, Angststörungen oder Konversionsstörungen.

Für die Experten gibt es dann noch eine spezifische Unterscheidungs-Möglichkeit bezüglich psychogener oder organischer Ursache. Fachbegriffe: Koaktivierungs- sowie Mitnahme-Zeichen. Unter Koaktivierungs-Zeichen verstehen die Experten ein Tremor-ähnliches Bewegungsmuster, das durch die gleichzeitige Aktivierung gegensätzlich arbeitender Muskelgruppen resultiert. Damit kann eigentlich gar nichts mehr bewegt werden, lediglich der Muskeltonus (die Spannung) ist erhöht.

Beim Mitnahme-Zeichen (Fachbegriff: Entrainment-Zeichen) soll der Patient mit den Fingern der vom Tremor weniger betroffenen Hand eine vom Untersucher bestimmte Tremor-Frequenz nachtippen. Dabei wird sich seine Schwingungszahl der des Untersuchers anpassen, was bei einem organischen Tremor-Patienten nicht möglich ist.

Schließlich gibt es noch weitere sehr spezifische Untersuchungs-Techniken, die aber bei Bedarf der Fachliteratur entnommen werden müssen. Was aber auf jeden Fall abzuklären ist, sind Leber- und Nierenleiden, Elektrolytstörungen und Schilddrüsen-Erkrankungen, die ebenfalls zu einem Tremor führen können, wengleich aus internistischer Ursache.

- **Psychogene Dystonie**

Unter eine Dystonie versteht man die Störung eines natürlichen Spannungszustandes (Fachbegriff: Tonus).

Seelisch bedingte Dystonien wurden früher häufiger diagnostiziert. Das lag daran, dass in der Neurologie die gleichsam klassischen Dystonie-Leiden wie Torticollis (Schiefhals) oder der Schreibkrampf als psychogene Störung fehlgedeutet wurden. Inzwischen weiß man mehr – und musste die Zahl der seelisch bedingten Krankheitsbilder dieser Art deutlich reduzieren, inzwischen eigentlich als Seltenheit einstufen, so Professor Scherfler.

Dazu kommt das Problem, dass die Unterscheidung von seelisch bedingten und organischen Ursachen in diesem Fall überaus schwierig ausfallen kann. Am hilfreichsten für eine Verdachts-Diagnose gelten auch hier:

Plötzlicher Krankheitsbeginn, aber eine genauso rasche Remission (d. h. Rückbildung des Beschwerdebildes). Zeitlich gesehen und was die Ausprägung der Symptomatik anbelangt, finden sich bei psychogenen Dystonien vor allem stark fluktuierende (schnell wechselnde) Bewegungsmuster und die zusätzliche Klage über Schwäche bei Ausführung bestimmter Bewegungen sowie gelegentlich sogar Schmerzen. Und natürlich die so genannte Inkongruenz (d. h. das nicht übereinstimmende Erscheinungsbild mit den Krankheitszeichen bei organisch bedingten Dystonieformen).

Und schließlich die zusätzlichen Belastungen bzw. Diagnosen von Depressionen, Konversionsstörungen und Angststörungen.

- **Psychogenes Parkinson-Syndrom**

Einzelheiten zur organisch bedingten Parkinson-Krankheit siehe die ausführlichen Beiträge in dieser Serie. Tatsächlich gibt es aber auch ein seelisch bedingtes Parkinson-Syndrom. Dessen rechtzeitiges und vor allem fundiertes Erkennen kann erhebliche Mühen bereiten, auch für den spezialisierten Arzt. Was gilt es deshalb zu unterscheiden:

Auch beim psychogenen Parkinson-Syndrom meist ein plötzlicher Krankheitsbeginn. Und im zeitlichen Auftreten und in der Ausprägung ein stark wechselndes Bewegungsmuster. Dem Neurologen fällt auch ein Rückgang der Bewegungs-Amplitude, also des Bewegungs-Ausschlags bei wiederholten Finger- und Vorfußbewegungen auf. An das Fehlen der typischen Tremor-Pause beim Übergang von der Halte- in die Ruheposition.

Typisch für den organischen Parkinson-Kranken ist das so genannte Zahnrad-Phänomen, so als ob in das Ellenbogengelenk ein Zahnrad eingebaut wäre,

was sich beispielsweise beim Auf- und Abbewegen im Ellenbogengelenk erkennen lässt. Dieses relativ sichere Zeichen fehlt bei den psychogen Erkrankten, vor allem bei Ablenkung. Natürlich lässt sich auch bei psychogenen Leiden in der so genannten Rigiditäts-Testung (also mit charakteristischer Steifigkeit bzw. Starre bei passiver Bewegung) ein erhöhter Widerstand feststellen, der aber im Unterschied zum Parkinson-Kranken keine echte rigide Tonuserhöhung ist, sondern lediglich durch die Unfähigkeit ausgelöst wird, sich zu entspannen. Überhaupt erwecken Patienten mit psychogenem Parkinson-Syndrom oft den Eindruck, sich beim Nachmachen von einfach und leicht durchzuführenden Bewegungen erheblich und über das zu erwartende Maß hinaus anstrengen zu müssen.

Was beim Parkinson-Kranken am meisten auffällt, ist der typische kleinschrittig-engbasige Gang, nach vorne über gebeugt und mit meist einseitig reduziertem Armschwung. Letzteres findet sich beim psychogenen Leidensbild so gut wie nicht. Auch das Gangbild, das ja leicht imitierbar ist, weist nicht das traurige Bewegungsmuster des organisch betroffenen Parkinson-Kranken auf. Dafür finden sich dann doch selbst bei einfachen Bewegungen Zeichen einer fast überfordernden Anstrengung, z.B. durch verstärktes Grimassieren.

Und schließlich wiederum die gleichen Erkenntnisse bezüglich Co-Morbidität, vor allem was Depressionen, Konversionsstörungen und Angststörungen angeht.

- **Psychogene Gangstörung**

Psychogene Gangstörungen sind in der Regel einfacher zu diagnostizieren. Sie ähneln nur selten dem Bild organisch bedingter krankhafter Bewegungsmuster.

Hinweise für eine seelische Ursache sind – selbstredend nach Ausschluss organischer Auslöser, Ursachen und Hintergründe – ein eher bizarr anmutendes Gangmuster, das in seiner Intensität und im zeitlichen Verlauf zumeist auch noch erheblich wechselt. Oder in Stichworten: abrupte Fluktuationen von Gleichgewicht und Gangbild, oft suggestibel. Dazu eine ausgeprägte Verlangsamung oder zögerliche Bewegungsform. Ungewöhnlich auch das, was man eine „unökonomische“, sprich bewegungs- und damit kraft-aufwendige Haltung nennt, oder kurz: überhöhter Kraftaufwand für etwas ansonsten unbelastend Normales. Fachlich findet sich auch der plastische Vergleich mit einem „walking on ice“-Gang, jedem nachvollziehbar auf rutsch-riskantem Untergrund. Besonders dramatisch ist ein plötzliches Einknicken der Knie ohne Sturz.

In der neurologischen Untersuchung wird eine berichtete Fallneigung oder gar Stürze nur selten beobachtet. Wichtig ist der so genannte Romberg-Test, der bei psychogener Ursache ein zunehmendes Schwanken provoziert, bei Ablenkung aber verschwindet.

Diagnostisch hilfreich ist vor allem bei psychogenen Gangstörungen im Rahmen einer Angst-Symptomatik die Verwendung einer Gehhilfe, die häufig zu einer deutlichen Verbesserung des Gangbildes führt.

Fachlich finden sich unter den Experten noch weitere Bezeichnungen bzw. Symptome, beispielsweise:

- Eine Astasie-Abasie, d. h. die Unfähigkeit zu gehen und/oder zu stehen trotz einer nachweislich unauffälligen Bein-Motorik.
- Oder eine Kamptokormie, d. h. eine stark nach vorne gebeugte Körperhaltung beim Stehen und Gehen, die sich im Liegen verliert. Das fand sich früher häufig bei Kriegs-Veteranen als Ausdruck einer traumatischen Neurose im Zusammenhang mit der psychischen Belastung im Kampf-Einsatz. Möglich ist sie aber auch bei organischen Erkrankungen, z. B. der Dystonie, der Parkinson-Krankheit und bei Infarkten in bestimmten Hirn-Gebieten.
- Schließlich gibt es noch den Begriff des „cautious gait“, ein breit-basiges, klein-schrittiges Gangbild mit leichter Beugstellung im Kniegelenk und Absenken der Körpermitte. Dieses sonderbare Bewegungsmuster wird als Kompensations-Mechanismus einer ängstlich interpretierten Gleichgewichtsstörung gefunden. Oft im Zusammenhang mit
- dem Phänomen „fear of falling“. Dabei berichten die Betroffenen über Sturz-Ereignisse, was natürlich zu ängstlichen Reaktionen führen kann, bis hin zur Unfähigkeit zu Stehen oder zu Gehen.

LITERATUR

Grundlage vorliegenden Beitrags ist das Fach-Kapitel

C. Scherfler (Neurologische Universitätsklinik an der Medizinischen Universität Innsbruck): **Psychogene Bewegungsstörungen**

aus dem Sammelband von *W. H. Oertel, G. Deuschl u. W. Poewe (Hrsg.): Parkinson-Syndrome und andere Bewegungsstörungen*. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2012.

Dort auch ausführliche weitere Literatur-Hinweise.