



Psychogene Bewegungsstörungen

Georg Kägi

Video: Psychogener Anfall

Psychogene Bewegungsstörungen

- Bewegungsstörungen
 - *Hyperkinetische Bewegungsstörungen*
 - Tremor
 - Dystonie
 - Myoklonus
 - Chorea
 - Tic
 - *Hypokinetische Bewegungsstörungen*
 - Parkinson-Syndrome

Psychiatrische Diagnosen

- Konversionsstörungen
- Somatoforme Erkrankungen
 - Begleitdiagnosen: Angststörung, Depression
- Artificielle Störungen (Münchhausen Syndrom)
- Simulation

Häufigkeiten psychogener Bewegungsstörungen

| | N | % |
|--------------------------------|-----------------|------|
| N (1988–2002) | 12,625 | |
| Patients with diagnosis of PMD | 517 | 4.1 |
| Patients with follow-up | 228 | 44.1 |
| Duration of follow-up | 3.4 ± 2.8 years | |
| Tremor | 127 | 55.7 |
| Dystonia | 89 | 39.0 |
| Myoclonus | 30 | 13.2 |
| Tics | 15 | 6.6 |
| Gait disorder | 7 | 3.1 |
| Parkinsonism | 6 | 2.6 |

Klinische Eigenheiten psychogener Bewegungsstörungen

| Clinical Feature | n | % |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Abrupt onset | 100 | 78.7 |
| Distractibility | 92 | 72.4 |
| Variable amplitude and frequency | 79 | 62.2 |
| Intermittent occurrence | 45 | 35.4 |
| Inconsistent movements | 38 | 29.9 |
| Variable direction | 22 | 17.3 |
| Irregular pattern | 15 | 11.8 |
| Suppressibility | 15 | 11.8 |
| Incongruous movements | 14 | 11.0 |
| La belle indifférence | 14 | 11.0 |
| Suggestibility | 13 | 10.2 |
| Sensory split | 12 | 9.4 |
| Entrainment | 10 | 7.9 |
| Active resistance to passive movement | 9 | 7.1 |
| Deliberate slowing | 9 | 7.1 |
| Nonpatterned | 9 | 7.1 |
| Position induced | 8 | 6.3 |

Psychogener Tremor

- Häufigste „psychogene“ Bewegungsstörung
- Betrifft üblicherweise die Extremitäten; seltener Kopf und Gesicht
- Häufig Mix aus Ruhe-, Halte- und kinetischem Tremor
- Andere red flags: selektive Behinderung, spontane oder intermittierende Remissionen, auslösender Faktor, Schlechtes Ansprechen auf Medikamente

Psychogener Tremor

- Untersuchung:
 - Meist grossamplitudig, sehr wechselhaft (v.a. Richtung), beidseits
 - Ablenkbarkeit
 - Amplitude nimmt ab bei Ablenkung und nimmt zu bei Aufmerksamkeitslenkung auf den Tremor
 - Entrainement
 - Coherence entrainment test (z.B. Metronom)
 - „Deliberate Slowing“
 - Seltener Fingertremor bei PT
 - Loading verstärkt PT im Gegensatz zu organischen Tremorformen

Psychogener Tremor

- Assoziierte Probleme:
 - Sensibilitätsstörungen
 - Gangstörung
- Prognose (20 Mte): (Kim et al. 1999)
 - 32% blieb auf die initiale Region beschränkt
 - 40% Ausbreitung
 - 28% Generalisierung

Video: Psychogener Tremor

Video: Psychogener Tremor

Video: Bizarrer Gang bei Choreoakanthozytose

Psychogene Dystonie

- <5% der Patienten mit Dystonie
- ~20-40% der psychogenen Bewegungsstörungen
- „psychogene“ Dystonien sind eher zu häufig diagnostiziert
 - Organische Dystonie sehr variabel (vorwärtsgehen / rückwärtsgehen), verstärkt durch Stress.....
- z.T. sehr anspruchsvoll zu Unterscheiden zw. organisch / psychogen
- Es gibt kein guter Marker für die Dystonie (MRI,EMG....)

Psychogene Dystonie

- Klassische Präsentation primärer Dystonien (und Dystonie-Plus-Syndrome) Dazu gehört auch das
- typische Manifestationsalter
 - Fokale Handdystonie (m>f): ~38y
 - Cervikale Dystonie (f>m): ~41y
 - Blepharospasmus (f>m): ~55y
- Typische Phänomene:
 - Geste antagonistisch
 - Schmerzlos
 - Nicht fixiert
 - Task spezifisch (gut reproduzierbar)

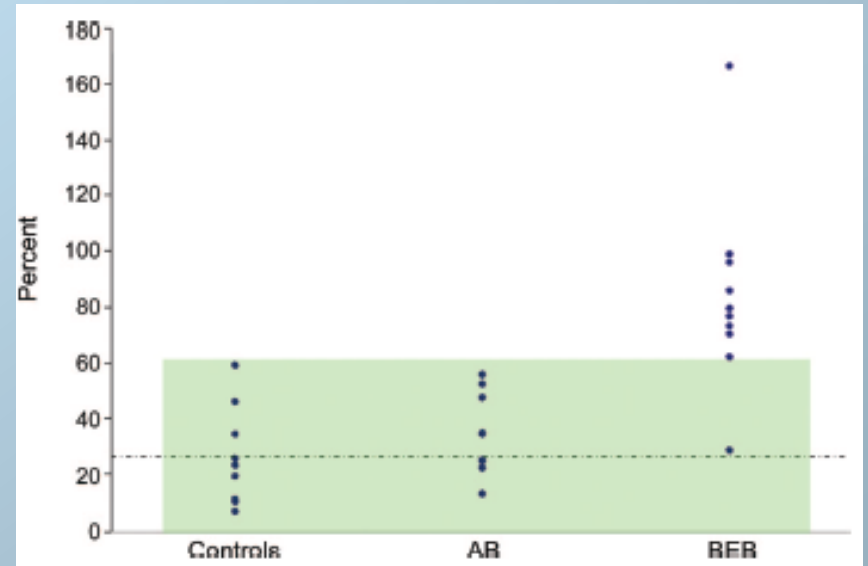
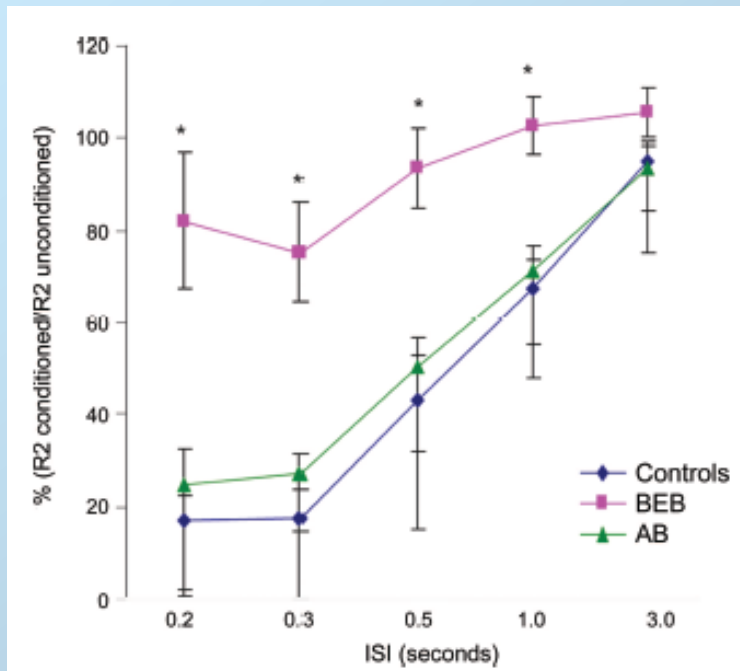
Psychogene Dystonie

- Erfüllt nicht die klassische Symptomatik der primären Dystonie
- Positive Zeichen:
 - Abrupter Beginn
 - Schnelle Progression
 - **Schwere Behinderung**
 - Fixierte, schmerzhafte Dystonie (von Beginn weg)
 - Beginn einer Dystonie im Bein beim z.B. 40 jährigen
 - Positive Anamnese anderer funktioneller Syndrome
 - Beginn nach Bagateltrauma / Operation / emotionaler Stress
 - Im Verlauf inkonsistente Klinik

Psychogene Dystonie: Elektrophysiologie

- Organische Dystonie:
 - TMS:
 - Plastizität erhöht
 - intrakortikale Inhibition vermindert
 - kortikale „Silent Period“ verkürzt
 - Co-Kontraktionen (auch typisch für psychogen)
 - Konditionierter Blink-Reflex

Konditionierter Blink-Reflex



„The syndrome of fixed dystonia“

- Hat viele Gemeinsamkeiten einer psychogenen Dystonie
- Tritt gewöhnlich innert wenigen Stunden nach Bagatelltrauma auf (aber auch spontan)
- Von Beginn fixiert und sehr schmerzhaft
 - Myoklonus, Tremor können assoziiert sein
- Schnelle Progression
- F>>>M
- Typischerweise junges Erkrankungsalter

„The syndrome of fixed dystonia“ Psychogene Dystonie?

- Übliche Medikamente helfen nicht
- Botox ohne Effekt
- Kein sensory trick (geste antagoniste)
- Die grosse Mehrzahl weist assoz. psychiatrische Diagnosen auf
 - somatoforme Erkrankung (40%)
 - Dissoziative Störung (42%)
 - affektive Erkrankung (80%)...

„The syndrome of fixed dystonia“



Psychogener Myoklonus

- Machen 10-20% der PMD aus
- Extremitäten und Rumpf häufig betroffen
 - (untypisch für organischen Myoklonus)
 - Propriospinaler Myoklonus (v.a. Rumpfflexion)
- Ablenkbarkeit und „Entrainement“ beim psychogenen Myoklonus besonders hilfreich

Videobeispiel: Entrainement

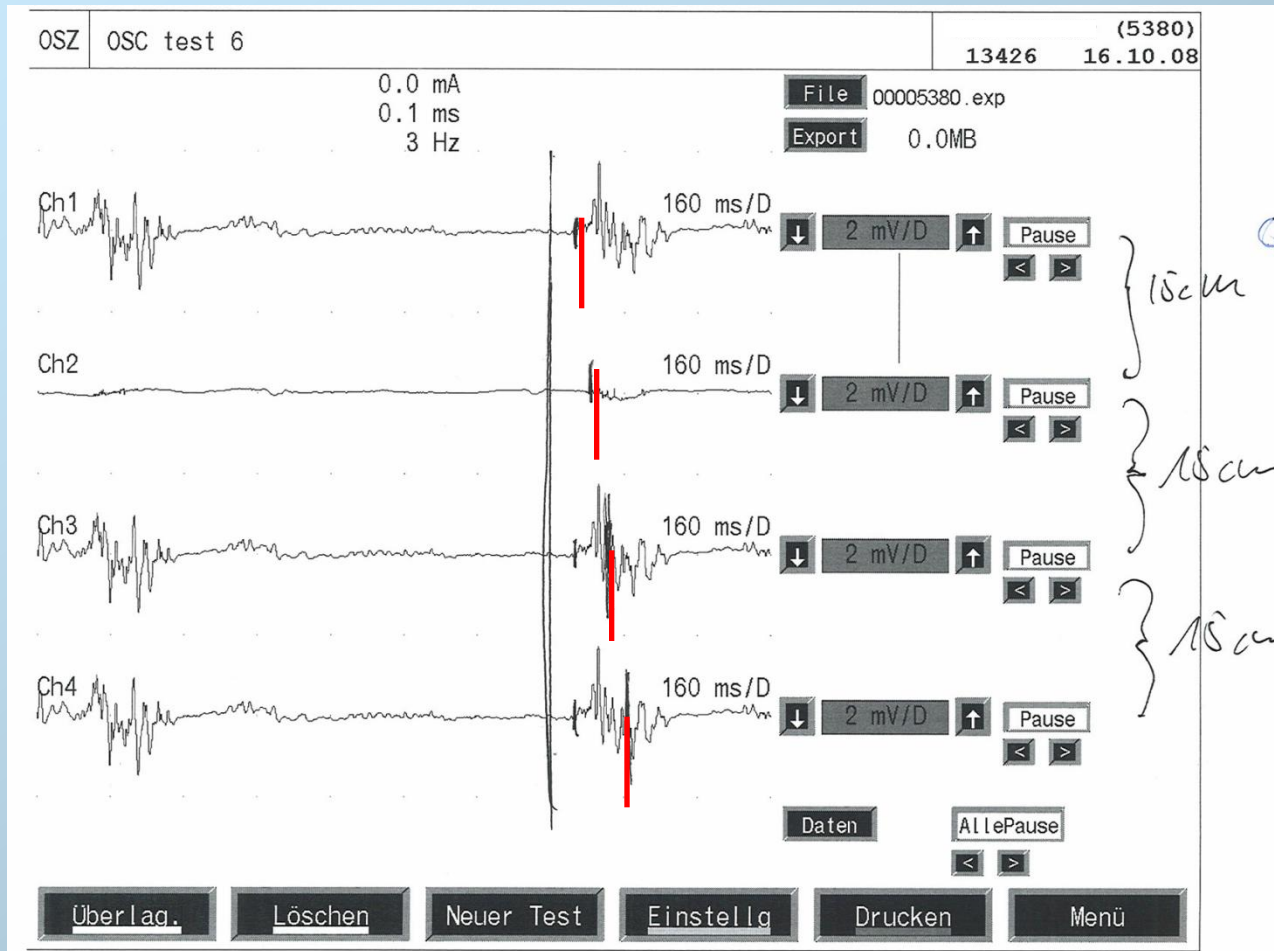
Psychogener Myoklonus: Elektrophysiologie

- Dauer des Myoklonus
 - <75 ms: kortikal
 - 100-200 ms: subkortikal
 - 200-400ms: segmental (rhythmisch)
 - >400ms v.a. psychogene Ursache ausser beim Propriospinalen Myoklonus
- Reflexmyoklonus (startle):
 - Latenz zwischen Stimulus und Myoklonus
 - 40-100ms (organisch)
 - >100ms psychogener startle >100ms (o.E.)

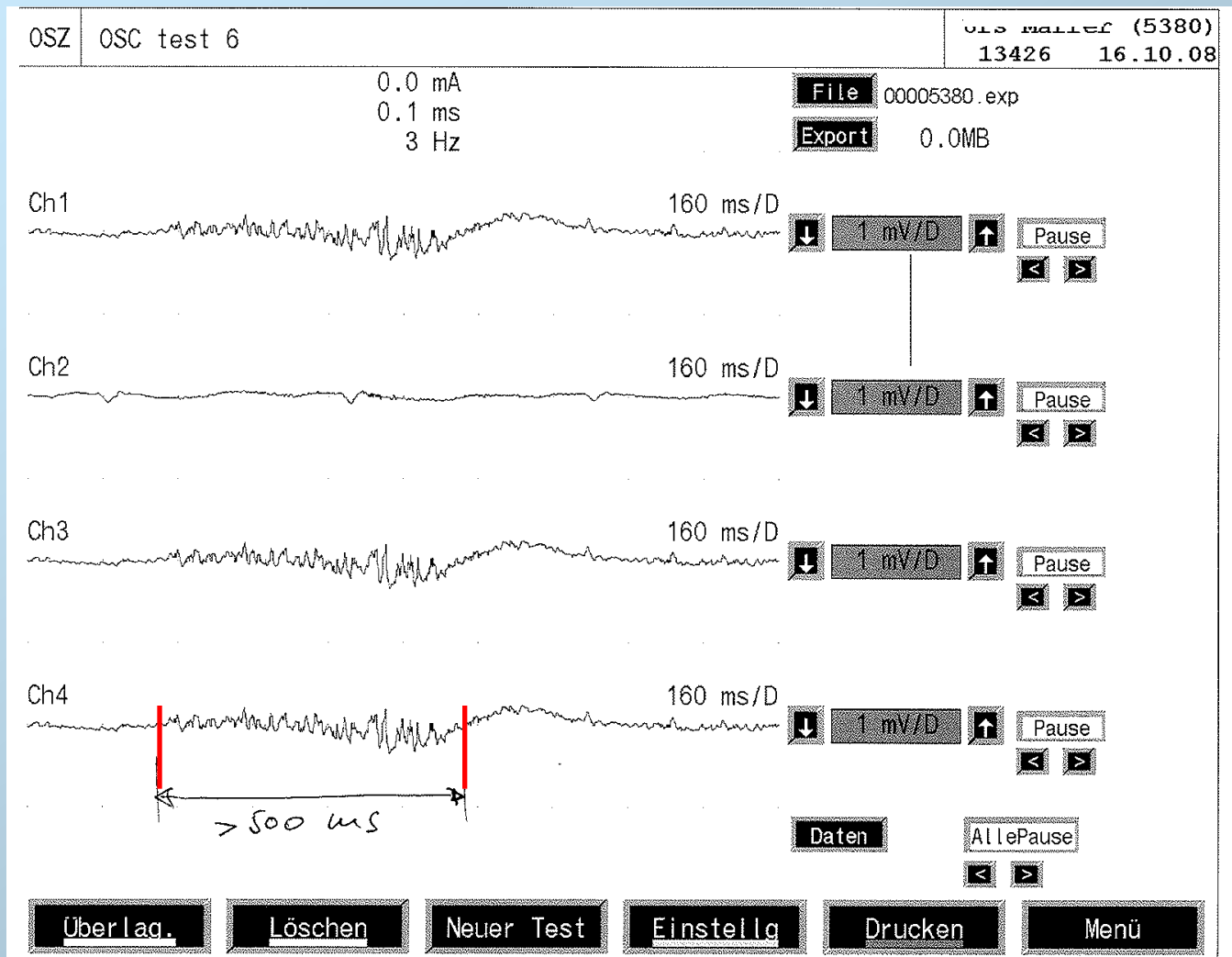
Psychogener Myoklonus: Elektrophysiologie

- Abgrenzung PMD vs. kortikaler Myoklonus
 - Dauer der Myoklonien
 - „giant“ SSEP (fehlt beim psychogenen M.)
 - Bereitschaftspotential (beim psychogenen Myoklonus vorhanden)
 - Back averaging (beim psychogenen Myoklonus negativ)
 - EEG (Ausschluss EPC)

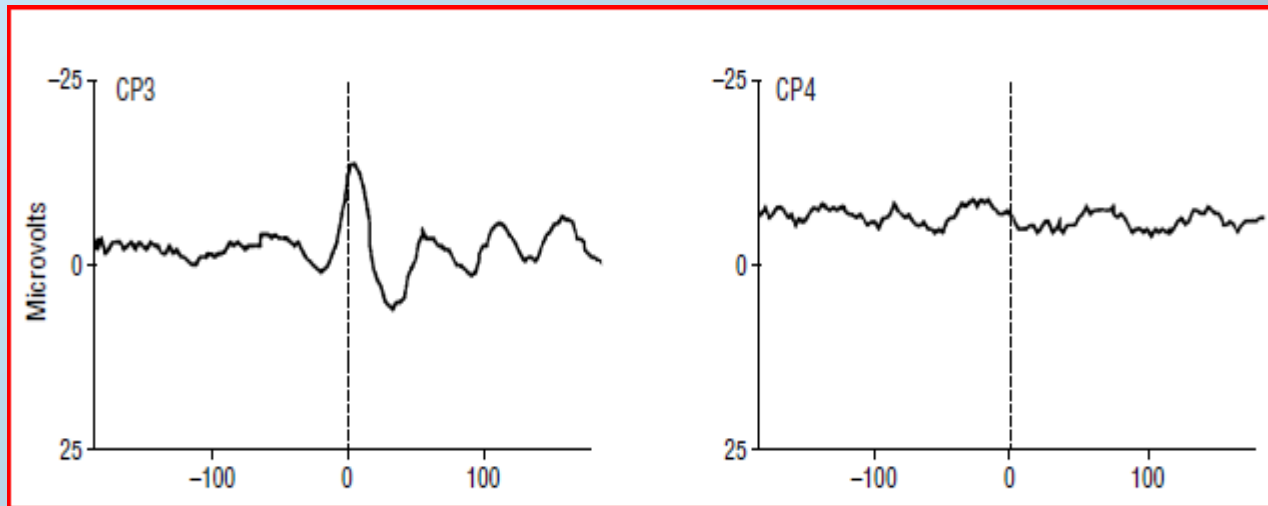
Abgrenzung psychogener vs. propriospinaler Myoklonus



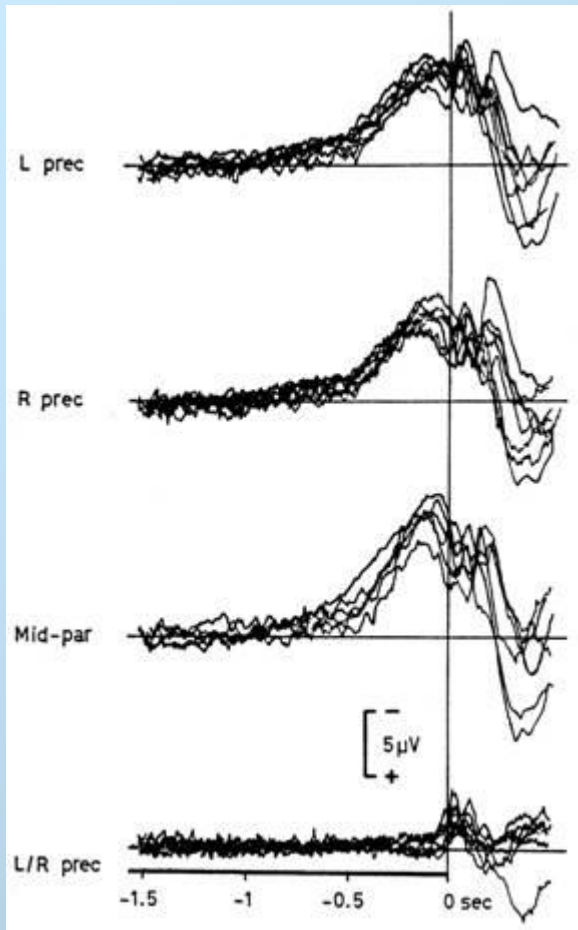
Elektrohysiologie zur Abgrenzung eines propriospinalen Myoklonus



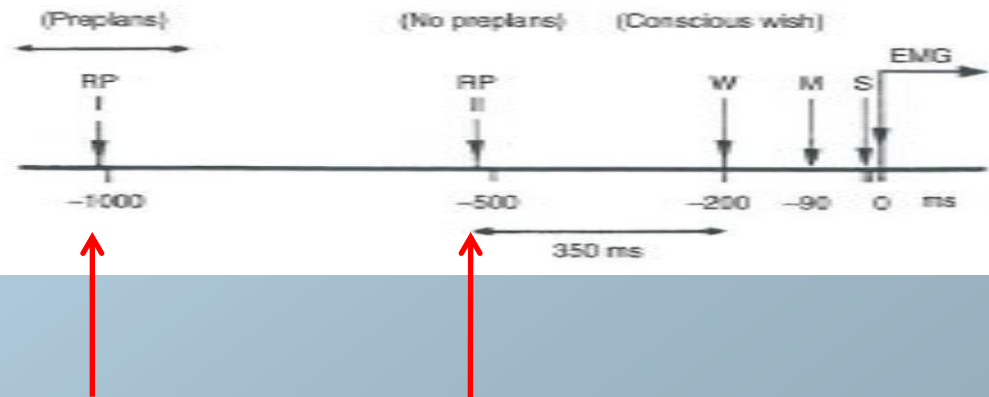
Back averaging bei medikamentös induziertem Myoklonus



Bereitschaftspotential



- Bereitschaftspotential tritt ca 1.5 sek. vor Beginn einer willkürlichen Bewegung auf
- Bereitschaftspotential ist vorhanden bei willkürlichen Bewegungen sowie bei PMD
- Nicht vorhanden bei organischem Myoklonus



Psychogener Parkinsonismus

- Bradykinesie:
 - grosse Mühe bei repetitiven Bewegungen
 - Kein Dekrement von Amplitude oder Frequenz
 - Häufig “extremer Effort” mit Grimacing, evtl. Mitbewegungen des ganzen Körpers
 - Hypomimie und reduzierte Blinkrate rel. Ungewöhnlich für PP
- Tremor (siehe psychogener Tremor)
- Rigor: Tonus kann erhöht (willentliches Gegenhalten (ablenkbar))
- Bizarrer Gang
- Pull test
- Kein Effekt auf L-Dopa

Behandlung

- Saubere somatische Abklärung
- Nicht selten findet sich ein organischer Kern (falls behandelbar behandeln)
- Klare Information und Erklärung
- Keine Zeit verlieren
- ..dissatisfaction with the physician appears to be the strongest prognostic risk factor of poor long-term outcome..
- Antidepressivum (falls Depression oder Angststörung)
- Physio-/Ergotherapie
- Cognitive Verhaltenstherapie

Conclusions

- ..the diagnosis must not be made for the sole reason that the clinical picture is not yet hung in the clinical picture gallery of the doctor..... It may be something he hasn't heard of!
- Organischen Kern nicht verpassen
- Nach gründlicher somatischer Abklärung eine klare Diagnose geben und eine gezielte Therapie einleiten