

Funktionelle symptomer inden for neurologien og den positive diagnostiske proces

Anne Sofie Hansen¹, Mai Bjørnskov Mikkelsen², Elsebeth Stenager^{3,4}, Egon Stenager^{4,5}, Michael Binzer^{4,5} & Jon Stone⁶

STATUSARTIKEL

- 1) Enhed for Psykiatrisk Forskning, Psykiatrien, Aalborg Universitetshospital
 2) Enhed for Psykoonkologi og Sundhedspsykologi, Aarhus Universitet
 3) Fokuseret Forskningsenhed i Psykiatri, Psykiatrisk Afdeling, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
 4) Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet
 5) Fokuseret Forskningsenhed i Neurologi, Neurologisk Afdeling, Sygehus Sønderjylland
 6) Department of Clinical Neurosciences, University of Edinburgh

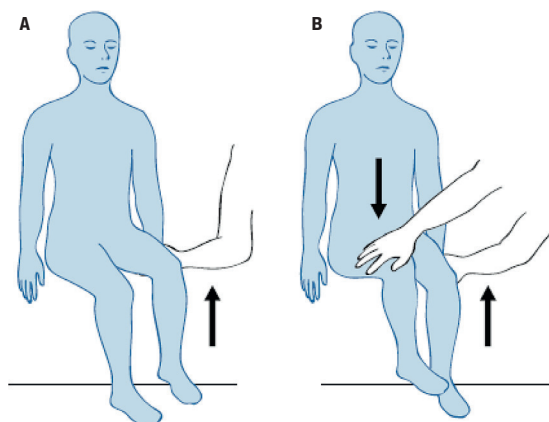
Ugeskr Læger
 2018;180:V08170594

Funktionelle neurologiske symptomer forstås som neurologiske symptomer, der er opstået på grund af ændringer i nervesystemets funktion og ikke kan forklares ud fra strukturelle sygdomsforandringer i nervesystemet. De kaldes også psykogene, somatoforme og dissociative tilstande eller konversionstilstande. Mest almindelig er funktionel kraftnedsættelse og funktionelle anfald, som ofte ses hos patienter, der henvender sig i almen praksis og på skadestuen, hvor symptomerne kan fejltolkes som slagtilfælde eller epilepsi. Omkring 15% af de henviste neurologiske patienter vurderes at have en funktionel neurologisk lidelse [1, 2].

Læger vil på tværs af specialer møde patienter med fysiske symptomer, som ikke kan forklares med en kendt organisk lidelse. Det er således ikke et isoleret neurologisk fænomen, og funktionelle symptomer kan ses i alle organsystemer. I Danmark har der i de senere år været stigende fokus på funktionelle lidelser bl.a. i form af en omfattende forskningsindsats og udvikling af kliniske retningslinjer for håndtering af funktionelle lidelser i almen praksis [3, 4]. I enkelte specialer har man udviklet en pragmatisk tilgang til diagnose og behandling af funktionelle lidelser. Eksempelvis inden for gastroenterologien i tilgangen til irriteret tyktarm og funktionel dyspepsi, hvor disse funktionelle gastroenterologiske lidelser er en del af specialet [5]. I neurologien har udviklingen ikke været tilsvarende, og det primære fokus har været på udredning og diagnosticering af de funktionelle neurologiske lidelser. Den efterfølgende behandling har ikke været set som en opgave for neurologien, men derimod som hørende til i psyki-

FIGUR 1

Hoovers tegn - undersøgelse for funktionel kraftnedsættelse. **A.** Nedsat kraft ved venstresidig hofteekstension. **B.** Den nedsatte kraft ved venstresidig hofteekstension aftager ved samtidig højresidig hoftefleksion under modstand.



atrien [6]. I løbet af de seneste 10-20 år er der imidlertid sket et skift, som har medført øget fokus på den biologiske komponent af funktionelle neurologiske lidelser og dermed har øget behovet for en tværfaglig indsats for patienterne [7, 8]. Dette afspejles i ændringerne fra Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV- til DSM-5-klassifikationen, hvor de funktionelle neurologiske symptomer nu klassificeres under »conversion disorder« [9]. Med de nye kriterier i DSM-5 er der ikke længere et krav om associerede psykologiske faktorer, og der er nu sat fokus på, at patienten skal have positive tegn på en funktionel neurologisk lidelse for at opfylde kriterierne. Denne udvikling fremgår også af den danske neurologiske nationale behandlingsvejledning for funktionelle neurologiske lidelser fra 2016 [10].

I denne artikel vil vi give et indblik i, hvordan den nye model for tilgangen til funktionelle neurologiske lidelser kan anvendes i den kliniske neurologiske praksis. Den neurologiske undersøgelse kan anvendes til at give en positiv diagnose, som samtidig kan være det første skridt i selve behandlingen.

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Funktionelle neurologiske symptomer er almindelige og omfatter funktionel kraftnedsættelse og funktionelle anfald.
- ▶ En funktionel neurologisk diagnose skal baseres på positive symptomer og fund ved den neurologiske undersøgelse. De positive fund kan endvidere anvendes i forklaringsmodellen ved overlevering af diagnosen til patienten.
- ▶ Den neurologiske undersøgelse ved funktionelle neurologiske lidelser kan anvendes som starten på behandlingen. En omhyggeligt overleveret diagnose kan ændre både tænkning og sygdomsadfærd hos patienter med en funktionel neurologisk lidelse.

AT STILLE EN POSITIV DIAGNOSE

Karakteristisk for funktionelle neurologiske symptomer er inkonsistens i den kliniske fremtræden og inkongruens i forhold til kendte neurologiske sygdomsmønstre [11]. Diagnostik af en funktionel neurologisk lidelse bør ikke baseres på sygehistorien alene eller på, at alle undersøgelser viser normale forhold. Diagnosen stilles bedst ud fra positive fund ved den neurologiske undersøgelse, hvilket vi giver eksempler på i de nedenstående afsnit. Ser man på generelle karakteristika kan følgende skærpe opmærksomheden på en mulig funktionel neurologisk lidelse: 1) multiple symptomer, især uspecifikke, 2) symptomer på nedtrykthed eller bekymring. Ikke alle patienter med funktionelle neurologiske symptomer er deprimerede eller angstede, men husk at spørge, 3) en anamnese med andre funktionelle symptomer eller syndromer, herunder irriteret tyktarm, kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi eller kroniske smertesyndromer uden forklaring og 4) en anamnese med traumer eller belastning. Kun omkring hver femte patient med funktionelle neurologiske symptomer angiver stress eller traumatiserende begivenheder som udløsende for deres lidelse, men ved nærmere udspørgen rapporterer langt flere om tidligere belastninger, som kan være relevante i behandlingsøjemed [12].

FUNKTIONEL KRAFTNEDSÆTTELSE OG BEVÆGEFORSTYRRELSE

Følgende er eksempler på positive tegn: 1) Hoovers tegn på funktionel kraftnedsættelse (**Figur 1**) viser nedsat kraft ved hofteekstension, men øget kraft ved samtidig kontralateral hoftefleksion under modstand, 2) en »slæbende gangart« ved funktionel kraftnedsættelse ses typisk ved, at benet bliver slæbt afsted ind eller udadroteret, i modsætning til hos patienter med organisk hemiparese, hvor benet typisk svinges i en cirkulær bevægelse, 3) global nedsat kraft. Fleksorer og ekstensorer fremtræder lige svækkede i ekstremiteterne, 4) Ved *tremor entrainment*-test vil en funktionel tremor typisk enten aftage eller skifte over til samme rytme som undersøgerens bevægelse, hvis undersøgeren beder patienten om at kopiere en bevægelse (f.eks. en rytmisk bevægelse af pegefingerspids mod tommelfingerspids), 5) funktionel dystoni ses typisk med en knyttet hånd eller en plantarflekteret og inverteret fod i fikseret positur i modsætning til øvrige former for dystoni, hvor kropsdelene typisk er mobile, 6) ved funktionel gangforstyrrelse kan der ses bedring, når patienten bliver bedt om at gå enten baglæns eller hurtigere, og 7) funktionel forstyrrelse af standfunktion kan bedres ved afledning (f.eks. ved at undersøge øjenbevægelser eller skrive tal, som patienten skal genkende, på panden).

FUNKTIONELLE ANFALD

Ved funktionelle anfald, som også betegnes psykogene nonepileptiske anfald, ses der typiske anfaldsfænomener, hvorved tilstanden kan skelnes fra epileptiske anfald (**Tablet 1**) [11, 13]. Det skal dog bemærkes, at 5-10% af de patienter, der har funktionelle anfald, vurderes at have komorbid epilepsi, hvilket kan gøre diagnostikken yderligere kompleks [14, 15]. Ideelt set bør anfaldet optages med videoelektroencefalografi, men hvis der findes overbevisende positive symptomer, kan en videooptagelse fra en mobiltelefon være tilstrækkelig at stille diagnosen ud fra [16]. Patienter, der har funktionelle anfald, får ofte antiepileptisk medicinsk behandling pga. fejldiagnosticering som epilepsi [17]. Særligt ved langvarige anfald, hvor behandling for status epilepticus ikke er virksom, bør funktionelle anfald overvejes som differentialdiagnose [18].

INKLUSION AF TERAPEUTISKE ELEMENTER I DEN DIAGNOSTISKE UNDERSØGELSE

Patienter med funktionelle lidelser føler sig ofte afvist med beskeden om, at der ikke kan påvises noget galt. Følgende kommunikative aspekter kan anvendes, så den afdækkende anamnese inkluderer et første skridt hen mod en øget sygdomsindsigt og accept af diagnosen [19]: 1) Udtøm symptomerne: Bed gerne patienten

TABEL 1

Typiske karakteristika, hvor der kan skelnes mellem funktionelle og epileptiske anfald.

Klinisk karakteristikum	Anfald	
	funktionelt	epileptisk
Varighed > 2 min	Almindeligt	Sjældent
Øjne og mund lukkede	Almindeligt	Sjældent
Hovedbevægelse fra side til side	Almindeligt	Sjældent
Asynkron bevægelse af ekstremiteterne	Almindeligt	Sjældent
Bækkenbevægelser frem og tilbage	Almindeligt	Sjældent
Modstand mod passiv øjenåbning	Almindeligt	Meget sjældent
Tungebid/bid i kind og læbe	Meget sjældent	Kan ses
Hurtig vejrtrækning under anfald	Almindeligt	Sjældent, oftere nedsat frekvens
Gutturale lyde ^a	Sjældent	Almindeligt
Selvskadende bevægelser	Almindeligt	Sjældent
Inkontinens for urin og afføring	Kan ses	Almindeligt
Aura	Almindeligt	Almindeligt
Anfald under søvn	Kan ses	Almindeligt
Anfald i forbindelse med kontakt til sundhedsvæsenet	Almindeligt	Sjældent
Gråd efter anfald	Almindeligt	Meget sjældent
Hukommelse for anfaldet	Almindeligt	Meget sjældent
Postiktal snorkende vejrtrækning	Sjældent	Almindeligt
Postiktal træthed/hovedpine	Sjældent	Almindeligt
Postiktal forvirring	Sjældent	Almindeligt

a) Tonisk sammentrækning i diafragma presser luften fra lungerne op imod tonisk spændte stemmelæber og giver en særlig lyd.

om at lave en liste over alle sine symptomer, 2) hør på patientens årsagsforklaring: Ved at spørge om forestillinger, bekymringer og forventninger vil lægen opnå en vigtig viden om patientens udgangspunkt og dermed få fokuspunkter til det videre forløb, 3) spørgsmål om psykologiske forhold: Patienterne kan være på vagt over for spørgsmål om angst, depression, stress eller tidligere traumer. Dette kan skyldes frygt for, at deres funktionelle neurologiske symptomer ikke vil blive taget seriøst. Vær opmærksom på at introducere disse spørgsmål på en anerkendende og empatisk måde, og 4) spørg om symptomer på dissociation (**Tabel 2**): Ofte vil patienten undgå at italesætte symptomer på dissociation, da de kan være skræmmende, og patienten kan være bange for at blive kategoriseret som psykisk syg. Det kræver derfor mere ledende spørgsmål at få tilste-

deværelsen af disse symptomer afklaret, og det er vigtigt at afdramatisere de symptomer, som patienten måtte opleve [20, 21].

I selve den objektive neurologiske undersøgelse kan man ligeledes anvende terapeutiske elementer. De positive fund kan anvendes til at give patienten indsigt i, at der ikke er et fravær af sygdom, men derimod positive påviselige karakteristika, som er identificerbare som funktionelle neurologiske symptomer [22-24]. De positive symptomer kan anvendes på følgende måde: Diagnosen er positiv og ikke negativ. Det er på baggrund af positive fund, at diagnosen kan stilles, og ikke på baggrund af, at alle skanninger eller test har vist normale forhold. De positive fund kan vise et potentiale for reversibilitet, f.eks. ved Hoovers tegn, hvor hofte-ekstensionen bliver normal, når den modsatte ekstre-

TABEL 2

Samtale om symptomer på dissociation.

Behandler	Patient
Fik du nogle advarselssignaler, før du mistede bevidstheden?	Nej, det gjorde jeg ikke
Følte du dig svimmel, da det startede, måske kun få sekunder før?	Måske en smule
Hvordan følte du svimmelheden?	Det ved jeg ikke rigtig – det er svært at forklare
OK, der er 3 typer af svimmelhed:	Den 3. og den 1. tænker jeg
1) En fornemmelse af, at det sortner, og man skal bevime	
2) En fornemmelse af, at man bevæger sig, selvom man står stille	
3) En følelse af at gå i stå, som om man ikke rigtig er til stede	
Hvilken af de 3 typer mindede din svimmelhed mest om?	
Fortæl mig i dine egne ord om den der fornemmelse af at gå i stå	Det var ret underligt faktisk – det var, som om jeg svævede, og folk omkring mig var meget langt væk
Du skal ikke være bange for at sige noget, som lyder mærkeligt, der er ikke noget rigtigt eller forkert	Det var meget ubehageligt
Jo flere detaljer du kan give mig, jo bedre kan jeg hjælpe	
Hvor længe varede det?	Jeg tror, det var et par min
Blev du bange?	Ja, jeg blev bange – det føltes, som om jeg var ved at blive skør ...
Blev det måske mere skræmmende, jo længere tid der gik?	
Rent faktisk er der et ord for det, du beskriver, og det kaldes dissociation	-
Det har ikke noget at gøre med at være ved at blive skør	
Det er en slags trancelignende tilstand, som kan opstå som en form for afbrydelse af bevidstheden	
- det kan jeg forklare dig mere om	

TABEL 3

Undersøgelse og behandling af funktionelle neurologiske symptomer: et skifte fra en psykogen til en funktionel model.

	Traditionel tilgang	Forslag til en ny funktionel model
Diagnose	Baseret på eksklusion af somatisk sygdom ud fra normale undersøgelser	Baseret på positive diagnostiske kriterier
Patientmedinddragelse	Symptomer på funktionel lidelse holdes skjult for patienten	Medinddragelse af patienten med forklaring af positive tegn, som underbygger diagnosen Giver patienten sygdomsindsigt
Forklaringsmodel	I form af »stressudløst« eller »psykisk udløst«	I form af funktionel lidelse i nervesystemet, som i nogle tilfælde kan ses at være udløst af stress men ikke altid
Neurologens rolle	Drejer sig om diagnostikken men ikke behandlingen	Indlede behandlingen som en del af diagnostikken og sikre stillingtagen til initiering af øvrige behandlingsmuligheder
Behandling	Primært psykoterapeutisk	Tværfaglig og bør varetages som et samarbejde mellem somatisk og psykiatrisk sundhedsvæsen

mitet hofteflektet under modstand. De positive fund viser, hvordan afledning har en vigtig rolle. F.eks. reduceres bevægeligheden, når patienten fokuserer på at flytte sin arm eller sit ben, hvorimod den bedres, når patienten afledes.

OVERLEVERING AF DIAGNOSEN

Når patienten informeres om diagnosen, er en typisk faldgrube at indlede med at fortælle patienten om alle normale fund og alle de neurologiske lidelser, som patienten ikke har. Dette er helt modsat af beskeden om f.eks. en multipel sklerose eller en epilepsidiagnose, og det kan medføre stor usikkerhed for patienten. Det kan anbefales at indlede med at forklare, at det drejer sig om en funktionel neurologisk lidelse [25, 26]. Samtidig beskrives de positive fund fra sygehistorien og den neurologiske undersøgelse, og hvorfor disse fund ikke kan påvises på en skanning. Følgende beskrivelse af mekanismerne bag kan lette forståelsen: »Nervesystemet hos personer med funktionelle neurologiske symptomer kan ses som en computer, der bliver ved med at bryde sammen. Sammenbruddene skyldes ikke problemer med computerens hardware – der er altså ikke noget i vejen med computerens dele. I stedet er der noget i vejen med computerens software – altså det styresystem, der skal få computerens dele til at fungere sammen«. Hvis patienten spørger om årsagen, er det vigtigt at være ydmyg og forklare, at funktionelle neurologiske symptomer kan udløses af forskellige belastninger såsom smerter, skader, stress og traumer, men at det hos mange er usikkert, præcist hvad der er den udløsende faktor. Som med andre kroniske lidelser kan det anbefales at henvise patienten til skriftligt materiale eller internetbaseret viden med henblik på at opnå indsigt i lidelsen, f.eks. www.neurosymptoms.org, www.funktionelleanfald.dk eller www.funktionellelidelser.dk.

DISKUSSION

Neurologer har altid været de primært ansvarlige læger i udredningen af funktionelle neurologiske symptomer, hvorimod behandlingsansvaret ikke har været set på som en del af det neurologiske speciale. Som beskrevet i denne artikel er der dog adskillige muligheder for at indlede behandlingen som en fast del af indsatsen i neurologisk regi (Tabel 3). Der er endvidere fundet belæg for en videre behandlingsindsats i form af specialiseret fysioterapi og psykoterapi, hvorfor en korrekt diagnose således kan have en afgørende rolle for patientens chance for symptomreduktion [27, 28].

De diagnostiske kriterier i DSM-5 understreger som nævnt vigtigheden af at have positive fysiske fund for at stille diagnosen og fører de funktionelle neurologiske lidelser henimod en beskrivelse, som er mere anvendelig i det neurologiske speciale. I den kommende revi-

sion af International Classification of Diseases (ICD)-10-kriterierne (ICD-11-versionen) forventes de funktionelle neurologiske lidelser at være placeret i både i den neurologiske og den psykiatriske sektion [29]. Et håb for fremtiden må være, at dette vil anspre til en øget fortrolighed i neurologien med behandling af disse lidelser og et øget fokus på det interdisciplinære samarbejde imellem det neurologiske og det psykiatriske speciale. Ligeledes vil et tæt interdisciplinært samarbejde på tværs af de somatiske specialer være afgørende, da de funktionelle neurologiske symptomer ofte vil forekomme sammen med andre funktionelle tilstande. Der findes i Danmark flere specialiserede behandlingssteder, som beskrevet i specialevejledningen for psykiatri [30], men der er behov for et mere udbygget *shared care*-samarbejde med henblik på at koordinere den tværfaglige specialviden og optimere behandlingsindsatsen for patienterne med disse komplekse lidelser.

SUMMARY

Anne Sofie Hansen, Mai Bjørnskov Mikkelsen, Elsebeth Stenager, Egon Stenager, Michael Binzer & Jon Stone:

Functional neurological symptoms and the positive diagnostic process

Ugeskr Læger 2018;180:V08170594

Functional neurological symptoms are common in neurology and general medical practice. Functional neurological symptoms refer to neurological symptoms, which are not explained by a defined disease. The most common are functional weakness and non-epileptic seizures. Psychiatric models have dominated the classification, aetiology and treatment, limiting the neurologist's role to making the diagnosis by excluding disease and pronouncing the symptoms to be psychogenic. In this review, we outline the possibility of a positive diagnostic process, which can be the first step of treatment.

KORRESPONDANCE: Anne Sofie Hansen. E-mail: ansoha@rn.dk.

ANATAGET: 4. december 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 23. april 2018

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Stone J, Carson A, Duncan R et al. Who is referred to neurology clinics? – the diagnoses made in 3781 new patients. *Clin Neurol Neurosurg* 2010;112:747-51.
- Ahmad O, Ahmad KE. Functional neurological disorders in outpatient practice: an Australian cohort. *J Clin Neurosci* 2016;28:93-6.
- Fink P, Rosendal M. Funktionelle lidelser – udredning og behandling. Munksgaard, 2012.
- Rosendal M, Christensen KS, Agersnap L et al. Funktionelle Lidelser. Vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin, 2013.
- Drosman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006;130:1377-90.
- Stone J, Hewett R, Carson A et al. The disappearance of hysteria: a historical mystery or illusion? *J R Soc Med* 2008;101:12-8.
- Edwards M, Bhatia K. Functional (psychogenic) movement disorders: merging mind and brain. *Lancet Neurol* 2012;11:250-60.
- Carson AJ, Brown R, David AS et al. Functional (conversion) neurological symptoms: research since the millenium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012;83:842-50.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5TM). American Psychiatric Press, 2013.
10. www.neuro.dk/nbnv (22. dec 2017).
11. Stone J. Functional neurological symptoms. *J R Coll Physicians Edinb* 2011;41:38-42.
12. Stone J, Wallow C, Sharpe M. The symptom of functional weakness: a controlled study of 107 patients. *Brain* 2010;133:1537-51.
13. Beach P, Eaton J. How do you differentiate pseudoseizures from real seizures? *Family Physicians Inquiries Network* 2014;17:1-2.
14. Martin R, Burneo JG, Prasad A et al. Frequency of epilepsy in patients with psychogenic seizures monitored by video-EEG. *Neurology* 2003; 61:1791-2.
15. Benbadis SR, Allen Hauser W. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2000;9:280-1.
16. LaFrance WC Jr, Baker GA, Duncan R et al. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: a staged approach. *Epilepsia* 2013;54:2005-18.
17. Reuber M. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 2010;75:87-8.
18. Doss CD, LaFrance WC Jr. Psychogenic non-epileptic seizures. *Epileptic Disord* 2016;18:337-43.
19. Stone J. Functional neurological disorders: the neurological assessment as treatment. *Pract Neurol* 2016;16:7-17.
20. Reuber M, Jamnadas-Khoda J, Broadhurst M et al. Psychogenic nonepileptic seizure manifestations reported by patients and witnesses. *Epilepsia* 2011;52:2028-35.
21. Stone J, Carson AJ. The unbearable lightheadedness of seizing: willfull submission to dissociative (non-epileptic) seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013;84:822-4.
22. Daum C, Hubschmid M, Aybek S. The value of positive clinical signs for weakness, sensory and gait disorders in conversion disorders: a systematic and narrative review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014;85: 180-90.
23. Stone J, Edwards M. Trick or treat? *Neurology* 2012;79:282-4.
24. Avbersek A, Sisodiya S. Does the primary literature provide support for clinical signs used to distinguish psychogenic non-epileptic seizures? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010;81:719-25.
25. Stone J, Carson A. Functional neurologic disorders. *Continuum* 2015; 21:818-37.
26. Carson A, Lehn A, Ludwig L et al. Explaining functional disorders in the neurology clinic: a photo story. *Pract Neurol* 2016;16:56-61.
27. Nielsen G, Buszewicz M, Stevenson F et al. Randomised feasibility study of physiotherapy for patients with functional motor symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2017;88:484-90.
28. Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology* 2010;74:1986-94.
29. Stone J, Hallett M, Carson A et al. Functional disorders in the neurology section of ICD-11: a landmark opportunity. *Neurology* 2014;83:2299-301.
30. <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan/psykiatri> (22. dec 2017).