

Progressive Supranukleäre Blickparese (PSP) — Vollständige Symptomübersicht

Vorwort

Die progressive supranukleäre Blickparese (PSP) ist eine seltene, fortschreitende Gehirnerkrankung, die sich bei jedem Menschen etwas anders zeigen kann.

Diese Liste sollte **alle Symptome** enthalten, die bis heute bei PSP beobachtet wurden — **nicht nur aus ärztlichen Untersuchungen, sondern auch aus Berichten von Angehörigen, Pflegenden und Betroffenen selbst**. Viele dieser Beobachtungen (z. B. verändertes Schmerzempfinden, hastiges Trinken, Erschöpfung nach kurzer Anstrengung) werden in der Sprechstunde oft übersehen, sind aber für den Alltag entscheidend.

Hinweis: Manche der aufgeführten Symptome sind klinische Zeichen, die von Ärzten bei der Untersuchung festgestellt werden. Sie sind der Vollständigkeit halber aufgeführt.

Wichtig zu wissen:

- PSP beginnt meist in einem **engen Bereich des Gehirns** — oft im Mittelhirn oder in den Basalganglien.
- Im Verlauf **breitet sich die Schädigung auf immer mehr Hirnregionen aus**.
- Dadurch **entstehen neue Symptome**, während andere **verschwinden können** — nicht weil sie „besser“ werden, sondern weil das betroffene Gehirnareal nicht mehr reagiert.
- Ein Symptom, das **bei einem Patienten auftritt**, muss **beim nächsten nicht vorhanden sein** — und umgekehrt.
- **Kein Mensch zeigt alle Symptome** — aber jedes hier genannte Symptom ist **wirklich vorgekommen**.

Die Häufigkeitsangaben (**sehr häufig, häufig, selten** etc.) geben eine Orientierung, wie oft ein Symptom beobachtet wird — **ersetzen aber nie die individuelle Beobachtung**. Bei verschiedenen PSP-Varianten können die Häufigkeiten stark abweichen.

Diese Liste soll **informieren, entlasten und helfen**, die Erkrankung besser zu verstehen — nicht beunruhigen.

Vollständige Liste aller bei PSP dokumentierten Symptome



OKULOMOTORISCHE SYMPTOME

Vertikale Blickparese

Schwierigkeiten, den Blick bewusst nach oben oder unten zu richten. Meist beginnt es mit dem Abwärtsblick (z. B. beim Treppensteigen). Wichtig: Die Augenmuskeln sind intakt — das Problem liegt im Gehirn.

Häufigkeit: Sehr häufig bei PSP-RS; seltener bei PSP-P oder PSP-SL

Betroffene Hirnregion: Mittelhirn

Verlangsamte horizontale Sakkaden

Seitliche Augenbewegungen (z. B. beim Lesen) sind deutlich langsamer als normal.

Häufigkeit: Sehr häufig

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm und Stirnhirn

Doppelbilder (Diplopie)

Ein Objekt wird doppelt gesehen — nicht wegen einer Augenmuskel-Lähmung, sondern weil die Augen nicht mehr exakt zusammenarbeiten.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Mittelhirn

Verschwommenes Sehen

Alles wirkt unscharf oder flimmernd — nicht wegen zweier Bilder, sondern durch instabile Blickfixation oder Lidstörungen.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Visuelle Netzwerke im Gehirn

Makro-Quadratwellen-Jerks

Plötzliche, kleine Augen-Ruckler während des Starrens, die das Sehen stören. Diese sind objektiv mit Augenbewegungsmessungen nachweisbar.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Mittelhirn

Plötzlicher Verlust der Leseschärfe (ohne Doppelbilder)

Ein lesbarer Text wird innerhalb von Sekunden für den Patienten unlesbar, obwohl Abstand, Licht und Augenstellung unverändert bleiben. Dieses Phänomen wurde **objektiv von aufmerksamen Angehörigen beobachtet**. Es ist **neuroanatomisch plausibel**, da bei PSP der **Edinger-Westphal-Kern im Mittelhirn** — zuständig für die automatische Nahakkommodation — geschädigt ist. Bisher wurde es **nicht in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben**, ist aber als **Folge der supranukleären okulomotorischen Dysfunktion bei PSP möglich**.

Häufigkeit: Unbekannt — **nicht publiziert, aber objektiv beobachtet**

Betroffene Hirnregion: Edinger-Westphal-Kern im Mittelhirn (plausibel, nicht belegt)

Konvergenzinsuffizienz

Beim Blick auf Nahes (z. B. Lesen) drehen sich die Augen nicht mehr nach innen — führt zu Doppelbildern.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Mittelhirn

Lidöffnungsapraxie

Unfähigkeit, die Augen willkürlich zu öffnen, trotz intakter Muskulatur. Patienten helfen sich oft mit den Händen oder durch Kopfbewegungen.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn

Blepharospasmus

Unwillkürliche, krampfhafte Lidverschlüsse — die Augen werden aktiv zugekniffen.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Tiefe Hirnregionen (Basalganglien)

Epiphora (übermäßige Tränenbildung)

Starkes Tränen ohne emotionale Ursache — oft durch unvollständigen Lidschluss oder Lidzuckungen.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Nervus facialis (indirekt durch kortikale Steuerstörung)

Photophobie (Lichtscheu)

Überempfindlichkeit gegen Licht, die zu Unbehagen oder Schmerzen führt. Betroffene meiden helles Licht oder tragen häufig Sonnenbrillen, auch in Innenräumen.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Visuelle Verarbeitungsnetzwerke, möglicherweise Mittelhirn



POSTURALE INSTABILITÄT UND BEWEGUNG

Posturale Instabilität mit Stürzen

Plötzlicher Verlust des Gleichgewichts mit Stürzen — bei PSP-Richardson-Syndrom **oft nach hinten**, bei anderen Varianten können Stürze in alle Richtungen erfolgen.

Häufigkeit: Sehr häufig (bei PSP-RS); selten bis häufig bei anderen Formen

Betroffene Hirnregion: Mittelhirn

Raketenzeichen

Beim Aufstehen richtet sich der Patient kerzengerade auf, ohne den Oberkörper nach vorne zu neigen — dadurch fällt er nach hinten.

Häufigkeit: Häufig bei PSP-RS

Betroffene Hirnregion: Mittelhirn und Stirnhirn

Retrocollis

Ungewollte Hinterneigung des Kopfes („Kopf in den Nacken gelegt“).

Häufigkeit: Häufig bei PSP-RS; seltener bei anderen Varianten

Betroffene Hirnregion: Tiefe Hirnregionen (Basalganglien)

Anterocollis

Ungewollte Vorwärtsneigung des Kopfes („hängender Kopf“).

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Vorderer Halsbeuger-Motorpool (kortikal gesteuert)

Axialer Rigor

Starke Muskelsteifheit in der Körpermitte — also im Nacken, Rücken und Rumpf. Der Körper fühlt sich „steif wie ein Brett“ an und erschwert Biegen, Drehen oder Gehen.

Häufigkeit: Sehr häufig bei PSP-RS; mäßig häufig bei PSP-P; seltener bei PSP-SL

Betroffene Hirnregion: Mittelhirn und Basalganglien

Extrem eingeschränkte Rumpf- und Beinbeweglichkeit (oft unidirektional)

Durch massive Steifheit können Arme, Beine oder der Rumpf nur noch minimal bewegt werden — manchmal nur in eine Richtung (z. B. Bein lässt sich nicht anheben, aber seitlich schieben).

Häufigkeit: Häufig im Spätstadium

Betroffene Hirnregion: Mittelhirn, Basalganglien und motorischer Kortex

Bradykinesie

Deutliche Verlangsamung aller Bewegungen — besonders im Rumpf. Alles geht langsamer: Aufstehen, Gehen, Essen.

Häufigkeit: Sehr häufig

Betroffene Hirnregion: Basalganglien

Mikrographie

Zunehmend kleinere und unleserlichere Handschrift im Schreibverlauf.

Häufigkeit: Häufig bei PSP-P; seltener bei anderen Varianten

Betroffene Hirnregion: Basalganglien

Gang-Freezing

Plötzliches „Festkleben“ der Füße beim Gehen — besonders beim Start, an Türen oder engen Stellen.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn und Mittelhirn

Tremor

Feines Zittern beim Halten der Arme oder beim Zielen. Ein klassischer Ruhetremor (wie bei Parkinson) ist bei PSP extrem selten.

Häufigkeit: Selten (fast nur bei PSP-P)

Betroffene Hirnregion: Cerebello-thalamo-kortikale Bahnen

Dystonie

Ungewollte Muskelkrämpfe mit Fehlhaltungen — z. B. schiefes Gesicht, verdrehter Fuß oder Kopf.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Basalganglien

Spastische Tetraparese (PSP-PLS-Variante)

Starke Steifheit und Schwäche in allen vier Gliedmaßen — ohne Muskelabbau (im Gegensatz zur ALS).

Häufigkeit: Sehr selten

Betroffene Hirnregion: Primär-motorischer Kortex (Betz-Zellen)



BULBÄRE UND SPRACHLICHE SYMPTOME

Dysarthrie

Monotone, leise, verwaschene Sprache — oft mit langen Pausen oder abgebrochenen Sätzen. **Im fortgeschrittenen Stadium kann es zu scheinbar vollkommenem Verlust der Sprache kommen** — die Patienten verstehen meist noch alles, können aber nicht mehr sprechen oder nur noch flüstern.

Häufigkeit: Sehr häufig

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm und Stirnhirn

Dysphagie

Schluckstörung mit erhöhtem Risiko für Lungenentzündung durch Verschlucken.

Häufigkeit: Sehr häufig (im Spätstadium)

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm

Verschleimung durch verminderte Schluckfrequenz

Speichel sammelt sich im Mund und Rachen an, weil der Patient **im Ruhezustand zu selten schluckt**. Durch Verdunstung wird der Speichel **zäh und schleimig**, was zu häufigem Räuspern, Husten oder dem Gefühl führt, „ständig verschleimt zu sein“. Ursache ist **nicht** eine Infektion, sondern ein **gestörter automatischer Schluckreflex** bei PSP.

Häufigkeit: Häufig (besonders im mittleren Stadium)

Betroffene Hirnregion: Bulbäre Zentren im Hirnstamm (Nucleus tractus solitarii, Nucleus ambiguus)

Starke orofaziale Rigidität („Mund lässt sich nicht öffnen“)

Extrem starke Muskelsteifheit im Kiefer- und Mundbereich führt dazu, dass der Patient den Mund kaum oder gar nicht öffnen kann — selbst auf Aufforderung oder bei Hunger.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Basalganglien und motorische Hirnrinde

Freezing beim Sprechen

Plötzliches „Steckenbleiben“ mitten im Satz — der Patient weiß, was er sagen möchte, kann aber nicht weitersprechen.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Supplementär-motorischer Kortex

Pallilalie

Wiederholung des letzten Wortes/Silbe durch den Sprechenden selbst: „Ich gehe... gehe... gehe...“

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Linker supplementär-motorischer Kortex

Echolalie

Wiederholung von Worten, die gerade jemand anderes gesagt hat.

Häufigkeit: Sehr selten

Betroffene Hirnregion: Orbitofrontaler Kortex

Hastiges orales Verhalten

Ungewöhnlich schnelles Zuführen von Nahrung oder Flüssigkeit — oft ohne Kauen oder Schlucken zu warten.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Orbitofrontaler Kortex

Heiserkeit

Raue, leise oder brüchige Stimme.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm (Nucleus ambiguus)

Paroxysmale Atemgeräusche (expiratorisches Stöhnen)

Lauter, unwillkürlicher Grunzlaut beim Ausatmen im Wachzustand.

Häufigkeit: Sehr selten

Betroffene Hirnregion: Bulbäre Atemzentren



KOGNITIVE UND NEUROPSYCHIATRISCHE SYMPTOME

Dysexekutives Syndrom

Schwierigkeiten beim Planen, Entscheiden, Umschalten oder Bremsen von Impulsen — z. B. kann der Patient nicht mehr kochen oder Geld verwalten.

Häufigkeit: Sehr häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn

Bradyphrenie

Verlangsamtes Denken und Reagieren — es dauert länger, bis der Patient eine Frage versteht oder antwortet.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn-Netzwerke

Emotionale Reaktionen

Manche Betroffene zeigen ungewöhnliche emotionale Reaktionen. Dazu gehören Reizbarkeit, schnelle Wutausbrüche, geringe Belastbarkeit und Rückzug ohne erkennbaren Anlass. Diese Reaktionen wirken für Angehörige oft „nicht wie früher“. Es handelt sich nicht um eine psychische Erkrankung, sondern um eine Folge der PSP.

Häufigkeit: gelegentlich

Betroffene Hirnregion: vordere und mittlere Bereiche des Stirnhirns sowie tiefere Zentren für Gefühlsverarbeitung

Aufmerksamkeitsstörung

Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit über längere Zeit aufrechtzuerhalten, Ablenkungen auszublenden oder zwei Dinge gleichzeitig zu tun (z. B. Gehen und Sprechen). Führt zu rascher Ermüdung bei kognitiver oder motorischer Doppelbelastung.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Frontalbasale Aufmerksamkeitsnetzwerke (dorsolateraler präfrontaler Kortex, anteriorer cingulärer Kortex)

Wortfindungsstörung (Anomie)

Der Patient weiß, was er sagen möchte, kann das passende Wort aber im Moment nicht abrufen. Es entstehen lange Pausen, Umschreibungen („das Ding zum Schreiben“ statt „Stift“) oder Frustration.

Häufigkeit: Sehr häufig bei PSP-SL; selten bei klassischer PSP-RS

Betroffene Hirnregion: Linker inferiorer frontaler Gyrus und temporofrontale Sprachnetzwerke

Eingeschränkte kognitive und motorische Belastbarkeit

Schon nach 10—15 Minuten Anstrengung (Gehen, Sprechen, Übungen) tritt rasche Erschöpfung ein — mit Verschlechterung von Gleichgewicht, Sprache oder Koordination.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn und Basalganglien

Fatigue (Müdigkeit)

Überwältigende Erschöpfung, die nicht durch Schlaf verschwindet. Im Gegensatz zur Apathie: „Ich will, aber ich kann nicht.“ **Wichtig:** Abgrenzung zu Depression — bei Fatigue besteht noch Motivation, aber keine Energie.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm und Stirnhirn

Apathie

Verlust von Interesse, Initiative und emotionalem Engagement — aus Gleichgültigkeit, nicht aus Erschöpfung. „Mir ist alles egal.“

Häufigkeit: Sehr häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn

Impulsives, risikobehaftetes Verhalten

Plötzliches Aufstehen zum Toilettengang, hastiges Trinken, Alleinverlassen der Wohnung — ohne Einsicht in die Gefahr.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn

Aplauszeichen

Nach Aufforderung, dreimal in die Hände zu klatschen, klatscht der Patient weiter (z. B. 4–6 Mal) und kann nicht stoppen.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn

Depression

Echte niedergedrückte Stimmung mit Hoffnungslosigkeit und Anhedonie (keine Freude mehr). **Abgrenzung:** Bei Depression fehlt die Motivation, bei Fatigue die Energie.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn und limbisches System

Wahn und Halluzinationen (psychotische Symptome)

Auftreten von Sinnestäuschungen (meist visuelle Halluzinationen) oder Wahnvorstellungen (z. B. der Glaube, bestohlen zu werden oder dass der Partner untreu ist). Diese Symptome sind bei PSP oft medikamenteninduziert (durch Levodopa, Amantadin oder andere Dopaminergika), können aber auch direkt durch die Erkrankung im Spätstadium auftreten. Im Vergleich zur Lewy-Körperchen-Demenz sind sie seltener ein Leitsymptom.

Häufigkeit: Selten (als Primärsymptom); häufiger als Medikamenten Nebenwirkung

Betroffene Hirnregion: Temporallappen, Stirnhirn, visuelle Assoziationsrinden

Pseudobulbärer Affekt

Unwillkürliche Lachen oder Weinen ohne passende Gefühlslage.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn-Hirnstamm-Verbindungen

Katatonie-ähnliche Symptome

Regungslosigkeit, Mutismus, Wachsflexibilität — wirkt wie „eingefroren“, obwohl wach.

Häufigkeit: Sehr selten

Betroffene Hirnregion: Tiefes Stirnhirn



PRIMITIVE REFLEXE

Greifreflex

Automatisches Greifen bei Berührung der Handfläche — wie bei Säuglingen.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn

Saugreflex

Saugbewegung bei Berührung der Lippen.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn

Snout-Reflex

Lippenbewegung bei Streichen über die Oberlippe.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn

Babinski-Zeichen

Großzehe hebt sich beim Streichen am Fußsohlenrand — Zeichen einer Schädigung der Nervenbahnen vom Gehirn.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Corticospinale Bahnen

Palmomentalreflex

Kinnmuskel zuckt beim Streichen der Handinnenfläche.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn

Glabella-Reflex (persistierend)

Ununterbrochenes Blinzeln beim Klopfen auf die Nasenwurzel.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Stirnhirn



Sensibilitätsstörung

Manche Betroffene nehmen Berührungen, Temperatur oder Schmerzen verändert wahr. Das Körperempfinden kann „taub“, „nicht richtig spürbar“ oder „überempfindlich“ wirken. Auch Schmerzen können stärker oder schwächer empfunden werden als üblich. Diese Veränderungen betreffen das Spüren, nicht die Kraft oder Bewegung, und können das Gleichgewicht, die Körperpflege oder das Schmerzverhalten beeinflussen. Häufigkeit: Selten (v. a. bei bestimmten Verlaufsformen wie PSP-CBS oder PSP-SL) Betroffene Hirnregion: vSomatosensorischer Kortex im Parietallappen (hinterer Bereich des Scheitellappens, oberhalb und hinter dem Ohr) und subkortikale Strukturen wie der Thalamus.

Propriozeptive Störung

Verminderte Wahrnehmung der Körperstellung im Raum — z. B. „Ich weiß nicht, wo meine Füße sind“. Führt zu unsicherem Gang.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Parietallappen

Muskelschmerzen (zervikal)

Chronische Nacken- und Rückenschmerzen durch Daueranspannung.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Somatosensorisches System

Thermoregulationsstörungen

Übermäßiges Frieren oder Kälteintoleranz, seltener Hitzeintoleranz.

Häufigkeit: Selten bis häufig

Betroffene Hirnregion: Hypothalamus



AUTONOME SYMPTOME

Schwindel / Gleichgewichtsunsicherheit

Vage, persistierende Unsicherheit im Stehen oder Gehen — oft sehr früh, vor den Stürzen.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Mittelhirn und Hirnstamm

Orthostatische Hypotonie

Blutdruckabfall beim Aufstehen → Schwindel oder Schwarzwerden vor Augen.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm

Harninkontinenz / -retention

Plötzlicher Harndrang oder Schwierigkeiten beim Entleeren.

Häufigkeit: Häufig (im Spätstadium)

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm und Stirnhirn

Obstipation (Verstopfung)

Verminderter Stuhlgang mit harter Konsistenz, oft verbunden mit Völlegefühl und erschwerter Darmentleerung. Tritt **unabhängig von Medikamenteneinnahme** auf, kann aber durch Parkinson-Medikamente (z. B. Levodopa) oder anticholinerge Substanzen (z. B. Spasmex®) verstärkt werden.

Häufigkeit: Sehr häufig (in Studien bei bis zu 70 %)

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm-Autonomiezentren (Nucleus tractus solitarii, dorsaler vagaler Kern)

Diarröhö

Gelegentlicher wässriger Stuhlgang — oft im Wechsel mit Verstopfung.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm (autonome Dysregulation)

Gewichtsverlust

Oft beobachtetes Symptom in der späteren Phase. Die Ursache ist vermutlich die zunehmende Schwierigkeit bei der Nahrungsaufnahme (durch Schluckprobleme, Rigidität im Mundbereich) sowie der erhöhte Energieverbrauch durch die krankheitsbedingte Muskelsteifheit — der Körper muss ständig „gegen die Steifheit arbeiten“.

Häufigkeit: Häufig (besonders im mittleren bis späten Stadium)

Betroffene Hirnregion: Hypothalamus, Hirnstamm

Hyperhidrose

Unangemessen starkes Schwitzen am ganzen Körper.

Häufigkeit: Selten (einstelliger Prozentbereich)

Betroffene Hirnregion: Hypothalamus

Episodisches Fieber

Kurzfristige Temperaturerhöhung ohne Infekt.

Häufigkeit: Einzelfall

Betroffene Hirnregion: Hypothalamus



SCHLAFSTÖRUNGEN

Lebhafte Träume, Albträume oder RBD-ähnliche Phänomene

Können bei PSP **neurodegenerativ** bedingt sein (seltene RBD), aber auch **medikamenteninduziert**. Besonders **Amantadin** (wegen dopaminerger/NMDA-Wirkung) und **anticholinerge Medikamente wie Spasmex® (Trospiumchlorid)** — besonders in Kombination — können zu lebhaften Träumen, Schlafstörungen oder Verwirrtheit führen.

Häufigkeit: Selten (neurodegenerativ); häufiger bei Medikation

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm und limbisches System

Fragmentierter Schlaf / nächtliches Erwachen

Häufiges Aufwachen in der Nacht — oft durch Steifheit, Schmerzen, Harndrang oder Atemprobleme. Führt zu Tagesmüdigkeit.

Häufigkeit: Häufig (im mittleren bis fortgeschrittenen Stadium)

Betroffene Hirnregion: Hypothalamus, Hirnstamm (Schlaf-Wach-Regulation)

Tagesschläfrigkeit

Unwiderstehliches Bedürfnis einzuschlafen am Tag — unabhängig von nächtlichem Schlaf. Oft Folge der PSP-typischen Müdigkeit (Fatigue) und gestörten Schlafarchitektur.

Häufigkeit: Häufig

Betroffene Hirnregion: Aufsteigendes retikuläres Aktivierungssystem, Hypothalamus

REM-Schlaf-Verhaltensstörung (RBD)

Im Traumschlaf werden Träume körperlich ausgelebt — Schreien, Schlagen.

Häufigkeit: Selten

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm



SELTENE PHÄNOMENE

Palataler Tremor

Rhythmische Zuckungen des weichen Gaumens mit hörbarem Klicken im Ohr.

Häufigkeit: Einzelfall

Betroffene Hirnregion: Hirnstamm und Kleinhirn

Zerebelläre Ataxie

Torkelnder Gang, unsichere Handbewegungen — typisch für PSP-C-Variante.

Häufigkeit: Sehr selten

Betroffene Hirnregion: Kleinhirn

Alien-Hand-Syndrom

Eine Hand scheint ein Eigenleben zu führen — z. B. greift sie Dinge, ohne dass der Patient es will.

Häufigkeit: Sehr selten (fast nur bei PSP-CBS-Variante)

Betroffene Hirnregion: Posteriores Stirnhirn



Wichtige medikamentöse Einflüsse

Symptomverstärkung durch Medikamente:

- **Anticholinerge Gesamtlast:** Spasmex®, Atropin, trizyklische Antidepressiva können Verwirrtheit, Schlafstörungen und kognitive Verschlechterung verstärken
- **Levodopa:** Kann Dyskinesen, Halluzinationen oder Impulskontrollstörungen auslösen
- **Amantadin:** Lebhafte Träume, Verwirrtheit, Halluzinationen (besonders in Kombination mit Anticholinergika)
- **Neuroleptika:** Können Steifheit und Beweglichkeit massiv verschlechtern
- **Benzodiazepine:** Verstärken Sturzrisiko und kognitive Beeinträchtigung

Medikamentenwechselwirkungen bei PSP-typischen Medikamenten:

- **Spasmex® + Amantadin:** Besonders problematisch für Schlaf und Kognition
- **Mehrfach-Anticholinergika:** Additive Effekte auf Verwirrtheit und Obstipation



Wann sollten Sie den Arzt kontaktieren?

Sofortige ärztliche Hilfe:

- Plötzliche schwere Schluckprobleme mit Hustenanfällen
- Stürze mit Verletzungen
- Akute Verwirrtheit oder Halluzinationen
- Atemprobleme oder pfeifende Atemgeräusche
- Fieber ohne erkennbare Ursache (Aspirationspneumonie?)

Zeitnahe Vorstellung beim Arzt:

- Neue oder sich verschlechternde Symptome
- Probleme mit der Medikamenteneinnahme
- Zunehmende Schlaf- oder Verhaltensstörungen
- Gewichtsverlust > 3 kg in 4 Wochen
- Neue Schmerzen oder Steifheit



Wichtige Beobachtungen für Angehörige

Besonders dokumentierenswerte Phänomene:

- **Zeitpunkt und Auslöser von Stürzen**
- **Schluckschwierigkeiten:** Bei welchen Speisen/Getränken?
- **Tageszeit-abhängige Symptome:** Morgens vs. abends
- **Medikamentenwirkung:** Besserung oder Verschlechterung nach Einnahme
- **Kognitive Schwankungen:** Gute und schlechte Tage dokumentieren
- **Neue Verhaltensweisen:** Auch scheinbar harmlose Änderungen

Hilfreich für den Arztbesuch:

- **Symptomtagebuch:** Datum, Uhrzeit, Situation, Dauer
- **Videoaufnahmen:** Von Gang, Sprache, Handbewegungen (mit Einverständnis)
- **Medikamentenliste:** Alle Medikamente mit Dosierung und Einnahmezeiten



Verlaufsmuster nach PSP-Varianten

PSP-Richardson-Syndrom (PSP-RS) - Klassische Form:

- **Früh:** Stürze nach hinten, Blickparese, axialer Rigor
- **Typisch:** Retrocollis, Raketenzeichen, frühe kognitive Probleme
- **Verlauf:** Meist rasche Progression

PSP-Parkinsonismus (PSP-P):

- **Früh:** Asymmetrisches Parkinson-Syndrom, manchmal Tremor
- **Typisch:** Besseres L-Dopa-Ansprechen initial, später PSP-typische Zeichen
- **Verlauf:** Langsamere Progression als PSP-RS

PSP-Sprachdominante Form (PSP-SL):

- **Früh:** Sprach- und Wortfindungsstörungen
- **Typisch:** Weniger motorische Symptome, mehr kognitive Probleme
- **Verlauf:** Variable Progression

PSP-Kortikobasale Syndrom (PSP-CBS):

- **Früh:** Asymmetrische Dystonie, Apraxie
- **Typisch:** Alien-Hand-Phänomen, kortikale sensorische Störungen
- **Verlauf:** Oft langsamere Progression

PSP-Zerebelläre Form (PSP-C):

- **Früh:** Gang-Ataxie, Koordinationsstörungen
- **Typisch:** Zerebelläre Zeichen dominieren
- **Verlauf:** Sehr selten, meist langsamerer Verlauf



Schlusswort

Diese umfassende Liste soll helfen, PSP in all ihren Facetten zu verstehen. Jeder Patient ist einzigartig, und nicht alle Symptome treten bei jedem auf. Die Auflistung dient der Information und soll das Verständnis für diese komplexe Erkrankung fördern.

Wichtig: Diese Liste ersetzt niemals die ärztliche Beratung. Bei Fragen zu Symptomen oder Behandlungsmöglichkeiten wenden Sie sich immer an Ihren behandelnden Neurologen oder ein PSP-Zentrum.

Die Wissenschaft zu PSP entwickelt sich ständig weiter. Neue Erkenntnisse können zu Ergänzungen oder Änderungen dieser Liste führen.