

Rheinfelder Tag | Psychosomatik

**Neuro meets:
Psychosomatik**

Claas Lahmann, Freiburg

Funktionelle Neurologische Störungen

Funktionelle neurologische Störungen sind häufig!

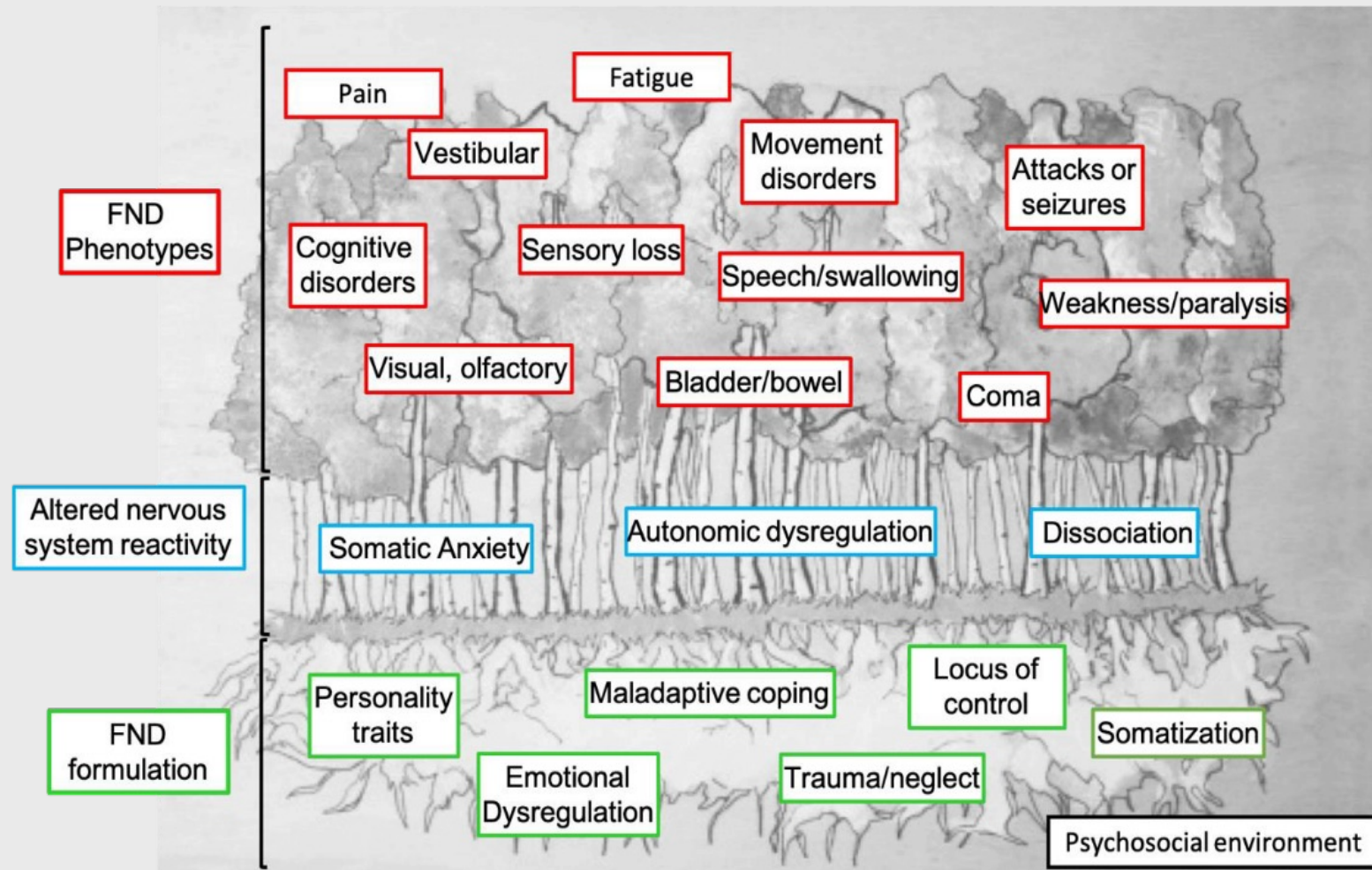
Aybek, Perez (2022). BMJ 376:064
Stone J et al. (2024). World Psychiatry 23:53-4.

Bis zu 30% der ambulanten Patienten

Bis zu 15% der stationären Patienten

Funktionelle neurologische Beschwerden können sehr vielfältig sein

Lidstone SC et al. CNS Spectr 2020 Nov 9:1-19.



Klinische Hinweise auf funktionell neurologische Störungen

Aybek, Perez (2022). BMJ 376:064

Klinische Hinweise	Klinische Durchführung
Ablenkbarkeit	Veränderung bei konkurrierenden Aufgaben
Variabilität	Unerklärl. Variabilität während Anamnese, Untersuchung etc.
Ausdrucksverhalten	„Expressives“ Verhalten wie unverhältnismäßige Anstrengung
Anomalien der Augenbewegung	Bei Untersuchung der Augenbeweg. (auch ohne Symptome): exzessives Blinzeln, angestrengte Mimik, erhöhte Latenz, fehlende Frontalis-Kontraktion beim Aufblicken

Diagnostik funktionell neurologischer Störungen

Stone J et al. BMJ 2020; 371:m3745.

Erstellen Sie eine Liste aller Symptome

Lassen Sie einen typischen Tag beschreiben

Fragen Sie nach Beginn, Verlauf und möglichen körperlichen Auslösern

Fragen Sie nach dissoziativen Symptomen

Nutzen Sie Heimvideos bzw. regen Sie deren Nutzung an

Thematisieren Sie Vorstellungen der Pat. sowie deren Bedenken und Erwartungen

→ „Simultandiagnostik“ inkl. Validierung der Körperbeschwerden

Diagnostik funktionell neurologischer Störungen

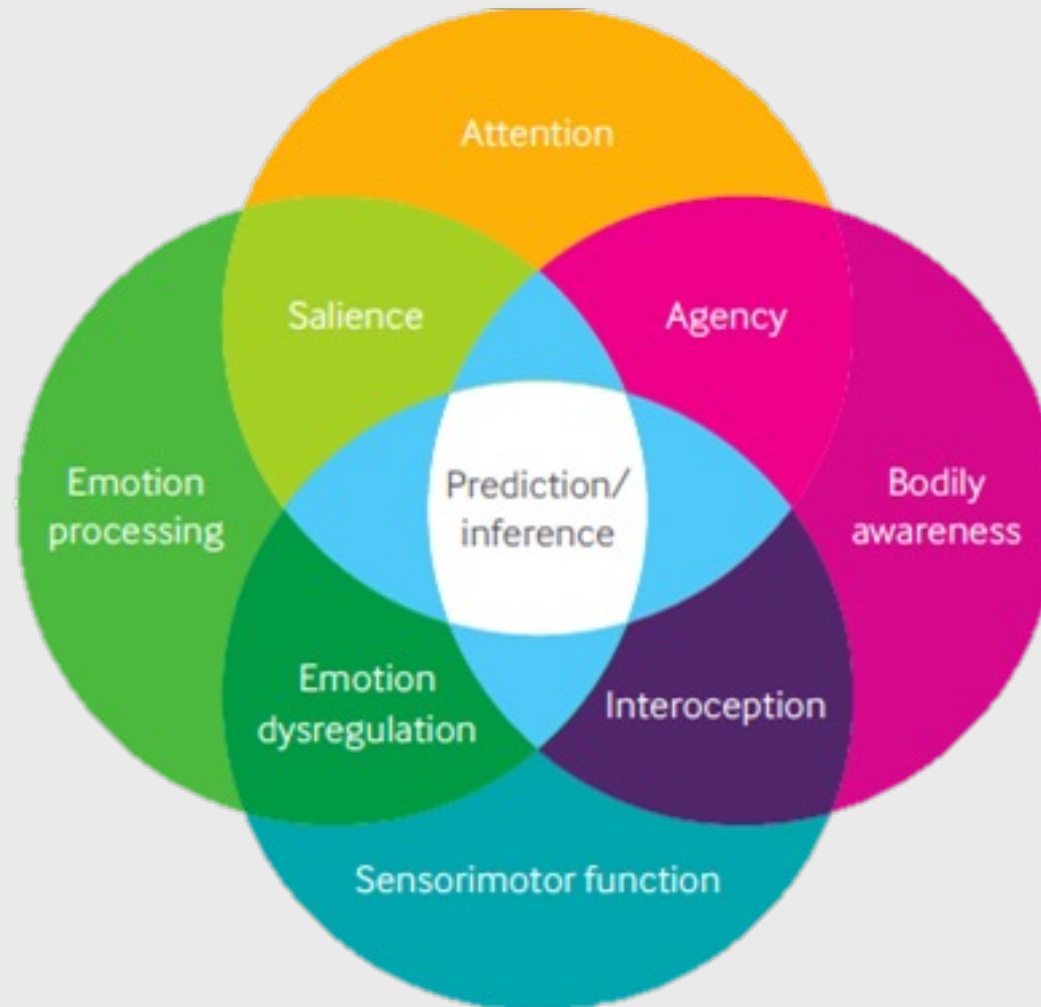
Stone J et al. BMJ 2020; 371:m3745.



Risiko der falsch negativen Diagnose	Risiko der falsch positiven Diagnose
Fehlen psych. Komorbidität	Starkes Gewicht auf psych. Komorbidität
Keine FND in der Vorgeschichte	Diagnosestellung anhand einzelner Befunde anstatt dem Gesamtmuster
Pat. passt nicht zum Stereotyp	Reine Ausschlussdiagnostik („alles o.p.B.“)

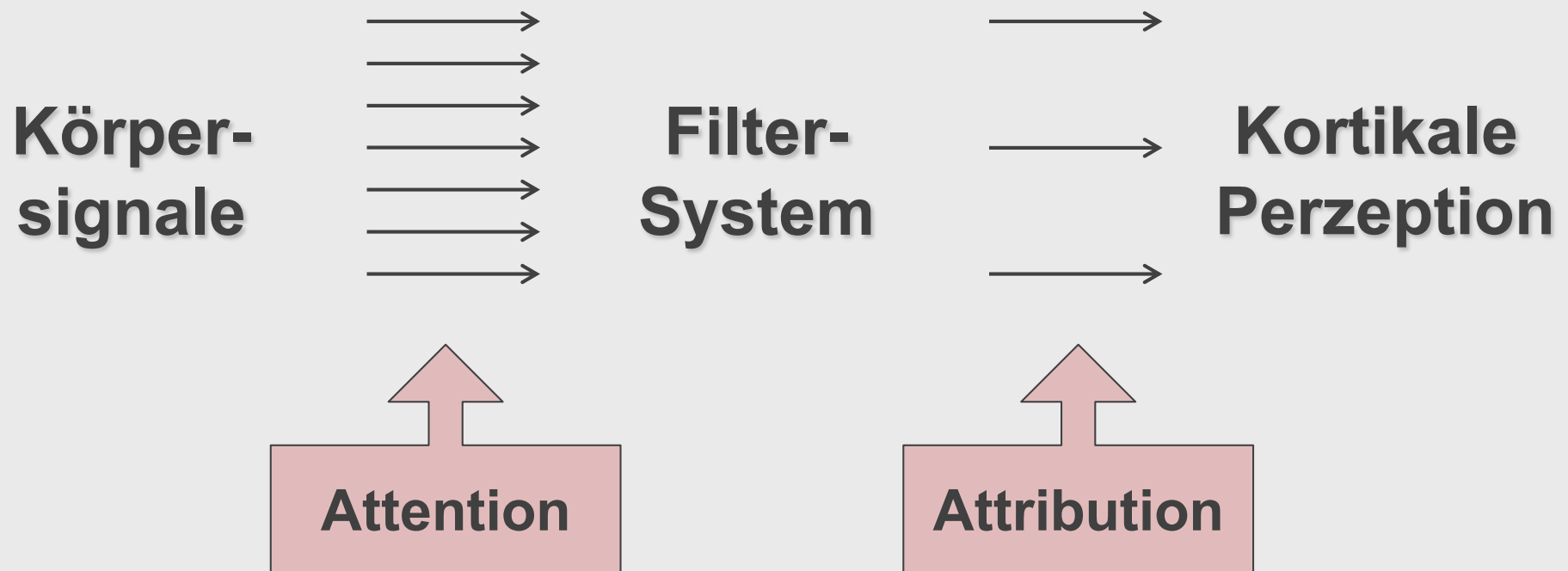
Ätiopathogenetische Kernfelder funktionell neurologischer Störungen

Aybek, Perez (2022). BMJ 376:064



Ätiologie somatoformer Störungen „Patientenorientiert“

Rief W, Broadbent E. Clin Psychol Rev 2007;27:821-41



Basale psychotherapeutische Interventionen bei funktionellen neurologischen Störungen

mod. nach: Demartini, Marottad, Castelnovoe (2022). *Journal of Affective Disorders* 313:260-62

Technik	Zielvariable	Intervention
Symptom-Monitoring	Auslöser, Verstärker	Symptomtagebuch
Verhaltensbeurteilung	Aktivität, Vermeidung	Strukturierte Erfassung von Aktivitäten
Verhaltensexperimente	Dysfkt. Annahmen	Modifikation maladaptiven Verhaltens
Entspannung	Arousal	Progressive Muskelentspannung etc.
Aktivitätsplanung	Stimmung	Potentiell angenehme Aktivitäten
Funktionelle Analyse	Aufrechterhaltung	Identifizierung Auslöser & Folgen

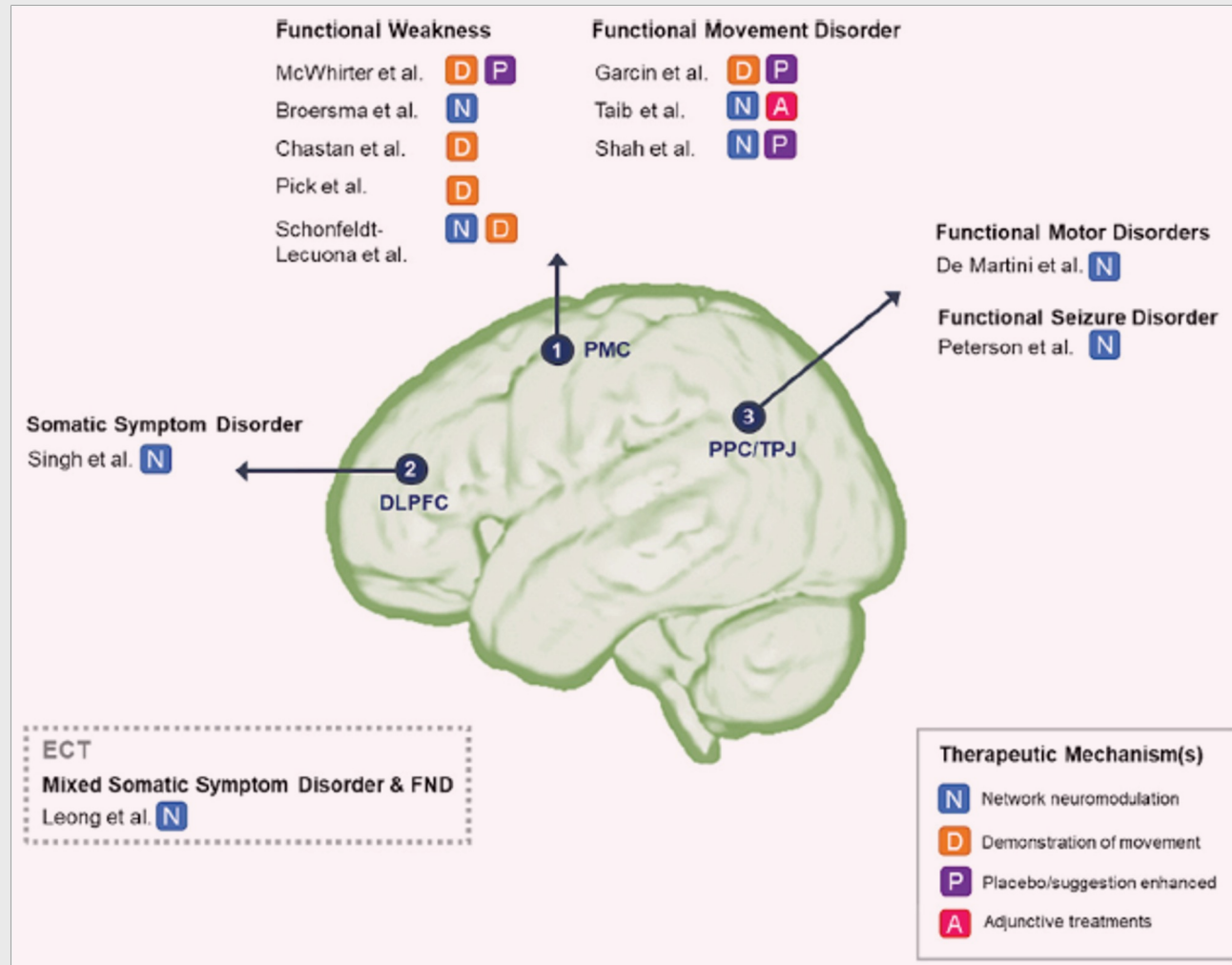
Psychopharmakotherapie nach Komorbidität

Aybek, Perez (2022). BMJ 376:064; Demartini B et al. (2022). J Affect Disord 313:260-62

- Kein Wirksamkeitsnachweis für funktionelle Störungen selbst
- Psychische Komorbidität bei 5-95 % der Patient:innen mit funktionellen neurologischen Störungen
- Symptomorientierte supportive Psychopharmakotherapie
 - Depressivität & Angst → SSRI, SSNRI, NaSSA
 - Schlafstörungen → TZA, NaSSA, Quetiapin
- Kombination mit Psychotherapie statt pharmakol. Monotherapie

Neuromodulatorische Ansätze

Oriuwa, Mollica, Feinstein et al. (2022). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 93:280-90.



Angst & Depressivität in der Neurologie

Angst & Depressivität in der Neurologie

6 Grundmodi

Prodrom

z. B. beginnende Demenz oder MS

Symptom

z. B. als iktale Angst bei Epilepsie

Reaktion

z. B. als Progredienzangst

Neurologisches Angstäquivalent

Koinzidenz

UAW einer neurologischen Therapie

Screening Depressiver Störungen

Whooley MA et al. J Gen Intern Med 1997;12:439-45

„Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?“

„Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Interesse und Lust an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

Sensitivität

97%

State of the Art

S3-Leitlinie / NVL Depression

DGPPN et al. 2015; Lau SCL et al. 2020; Oates LL et al. 2020

Bei akuten leicht- bis mittelschweren Episoden Psychotherapie anbieten

Bei akuten schweren Episoden Pharmako- & Psychotherapie

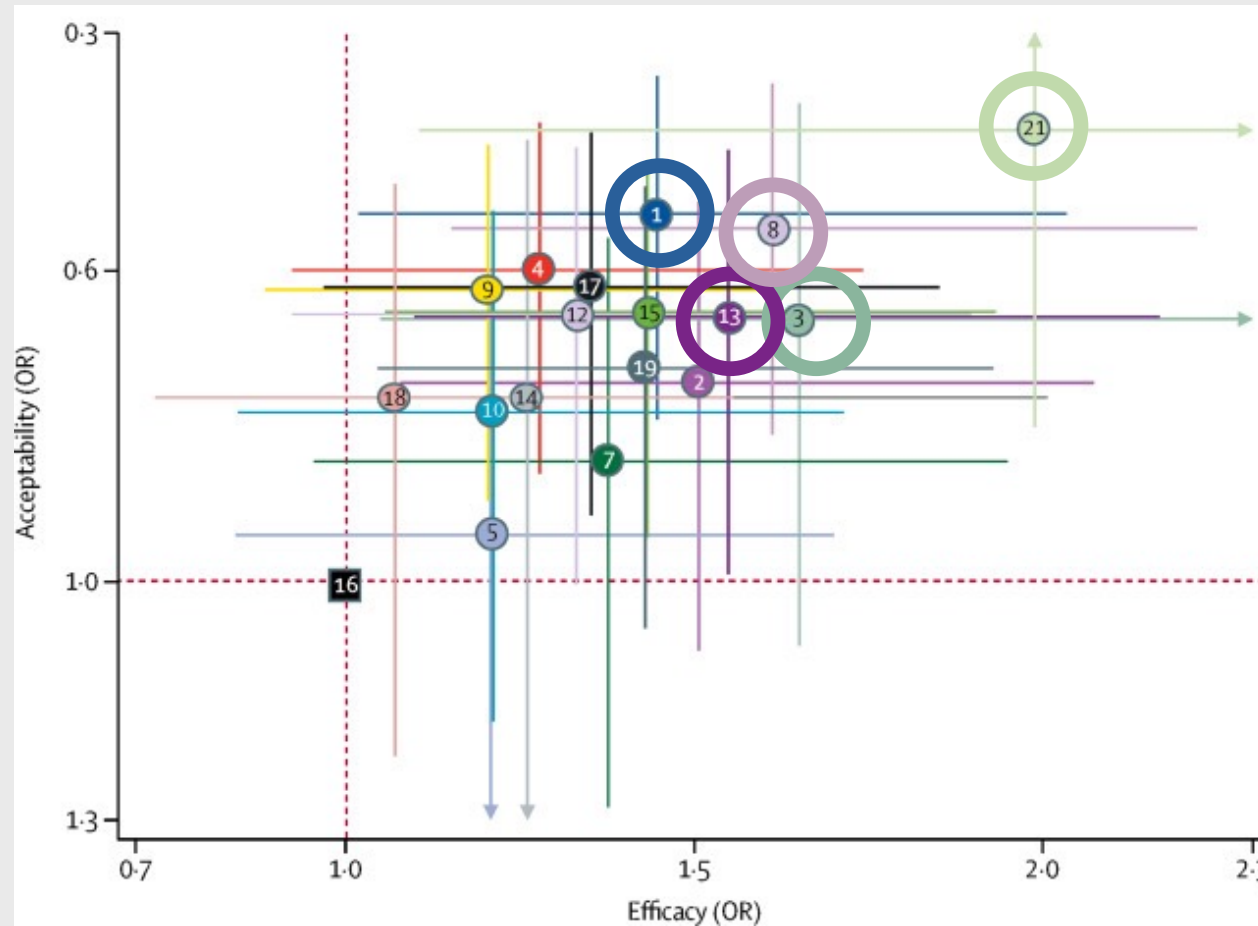
Ambulant bei akuten mittelschweren bis schweren Episoden
Psychotherapie gleichwertig zu Pharmakotherapie

Bei psychotischen Merkmalen immer Psychopharmakotherapie

Wirksamkeit von Verhaltensaktivierung spezifisch bei neurol. Erkrankungen

Nutzen-Risiko-Abwägung von Antidepressiva

Cipriani A et al. (2018). Lancet Psychiatry 5:727-38.



1=agomelatine

2=amitriptyline

3=bupropion

4=citalopram

5=clomipramine

6=desvenlafaxine

7=duloxetine

8=escitalopram

9=fluoxetine

10=fluvoxamine

11=levomilnacipran

12=milnacipran

13=mirtazapine

14=nefazodone

15=paroxetine

16=reboxetine

17=sertraline

18=trazodone

19=venlafaxine

20=vilazodone

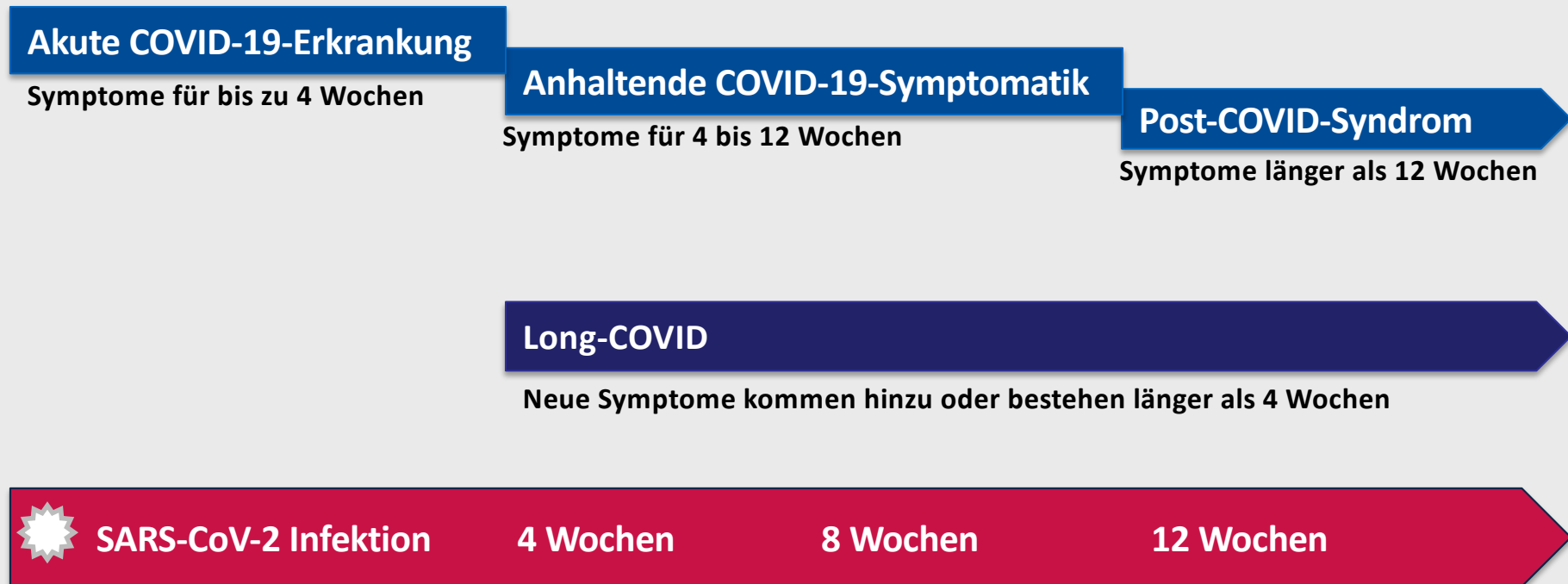
21=vortioxetine

22=placebo.

Neuropsychosomatik des Long-Covid-Syndroms

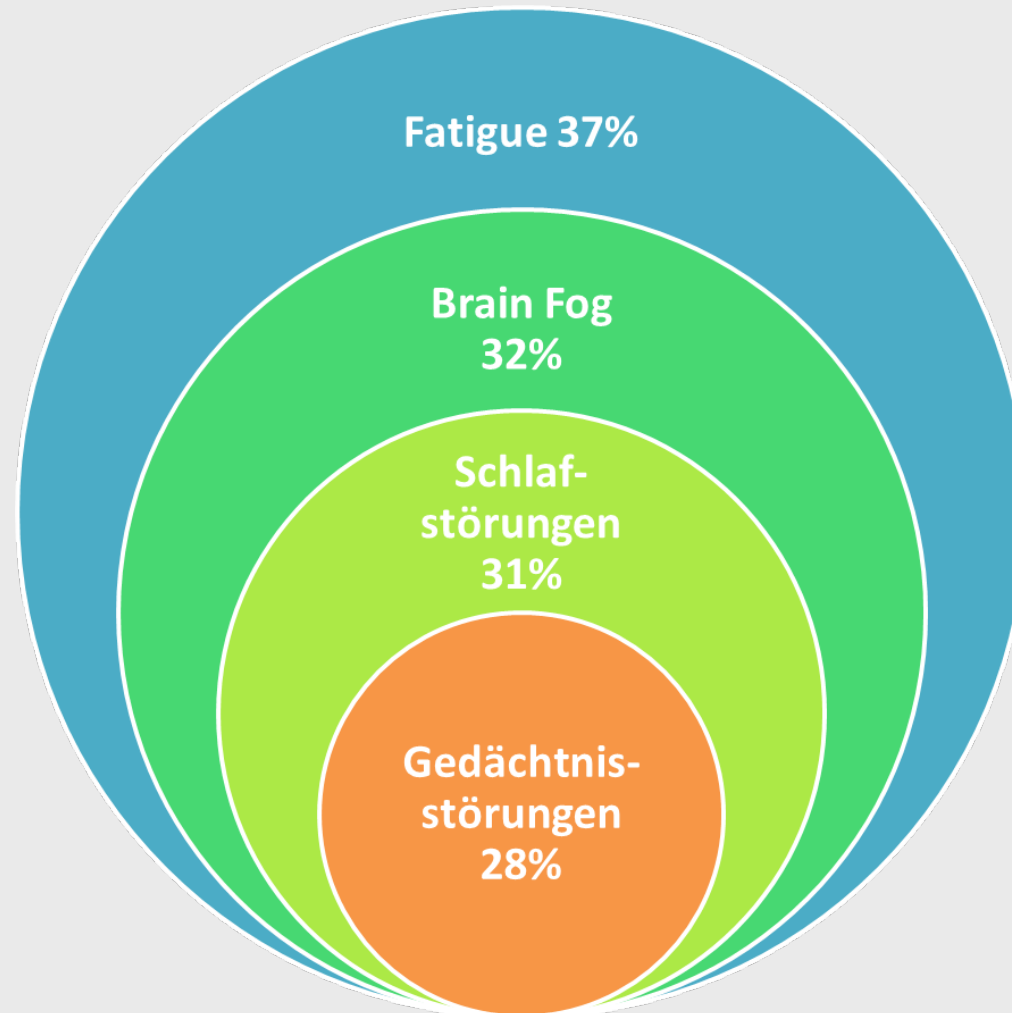
Definition S-1 Leitlinie & NICE-Guidelines

*mod. Nach: National Institute for Health and Care Excellence (2022).
COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19.*



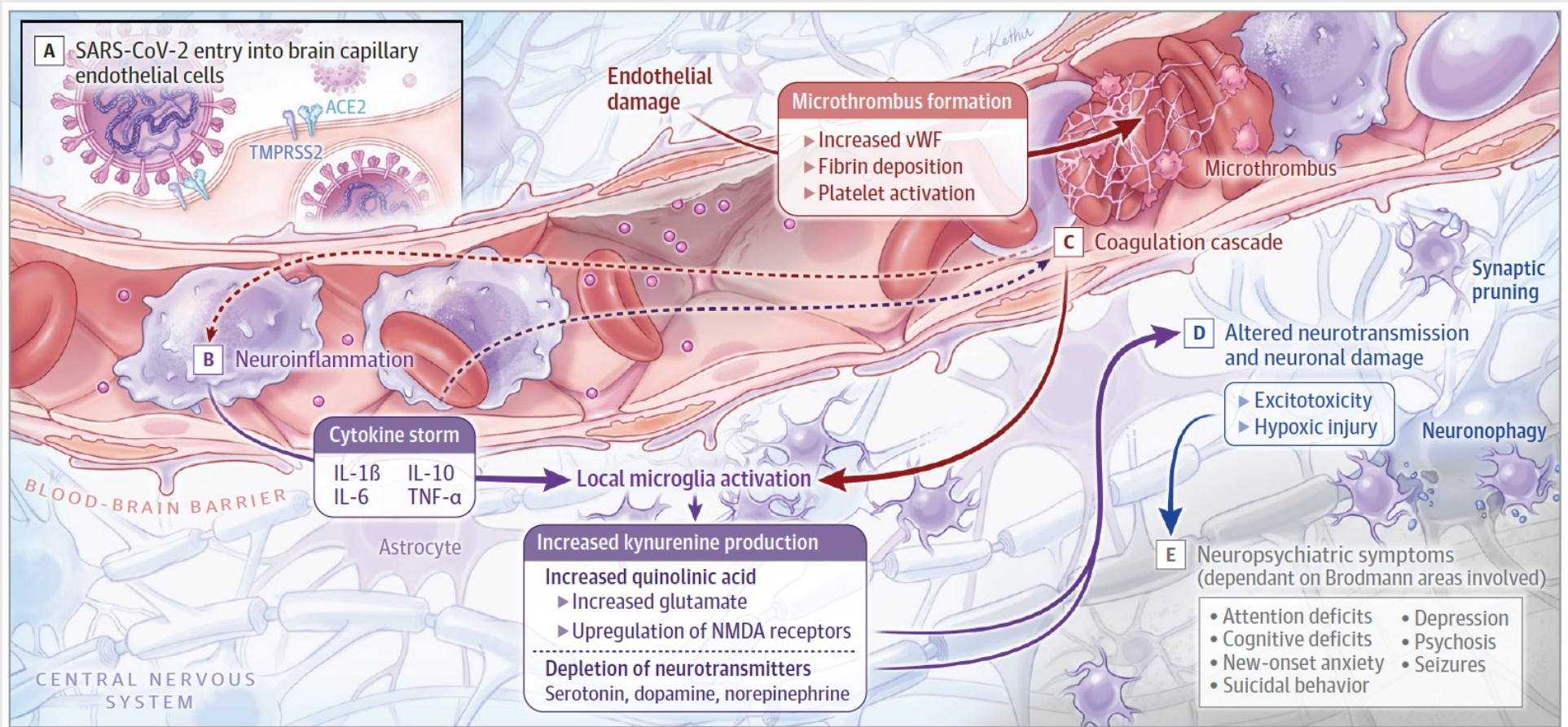
Spezifische neuropsychiatrische Symptome

*Eigene Abb. Auf Basis von:
Premraj L et al. (2022). J Neurol Sci 434:120162
Badenoch JB et al. (2021). Brain Commun 4:fcab297*



Potentielle Mechanismen neuropsychiatrischer Long-COVID-Symptome

Boldrini et al. (2021). *JAMA psychiatry*, 78: 682-683.



Gesicherte Risikofaktoren für Post/Long-Covid

Wang S et al. (2022). JAMA Psychiatry 79:1081-91

Nishimi K et al. (2024). Psychol Med; doi: 10.1017/S0033291724000114

**jüngere
Menschen
(20-50J)**

**Frauen >
Männer
(2:1)**

**bisher
Gesunde**

**hohe
psychosoziale
Belastung**
**vorbestehende
(psycho)somatische
Beschwerden**

Was ist bzgl. Therapie gesichert?

Welche Empfehlungen gibt es?

NICE (2022) COVID-19 rapid guideline; Ceban et al. (2022) Brain, Behav Immun

- Bisher wenig Evidenz zu genauer Ursache und Therapie
- Multimodal behandeln
- Pragmatisch, symptom- & bewältigungsorientiert behandeln
- Psychosomatische & psychosoziale Aspekte immer berücksichtigen
- Therapieindikation ab 12-wöchiger Symptompersistenz
- Bei starker Erschöpfung „Graded Exercise“ oder „Pacing“