

Kurztitel: STANDARDVORGEHEN KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE

# **Kognitive Verhaltenstherapie bei funktionell neurologischen Störungen**

*Inwiefern kognitive Verhaltenstherapie als Standardvorgehen  
eingesetzt werden kann*

Bachelorarbeit von Cédric Berther

Universität Bern

Institut für Psychologie

Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Betreut von Dr. phil. Irena Pjanic

Eingereicht bei Dr. phil. Irena Pjanic

Montag, 31. Januar 2022

Cédric Berther

Fabrikstrasse 8

3012 Bern

cedric.berther@students.unibe.ch

Matrikelnummer: 19-111-178

### **Zusammenfassung**

Das Ziel der vorliegenden Literaturarbeit ist, die Frage zu beantworten, in welchem Rahmen bei einer Diagnose von funktionellen neurologischen Störungen die kognitive Verhaltenstherapie einen Platz als Standardvorgehen verdient hat. Zusätzlich werden mögliche Formen der kognitiven Verhaltenstherapie dargelegt, welche in spezifischen Szenarien als Alternativen angeboten werden könnten und dadurch die Möglichkeiten der Therapie erhöhen. Um die Frage dieser Arbeit zu beantworten, werden Studien zu kognitiver Verhaltenstherapie untersucht, welche sich mit Patientinnen und Patienten mit funktionellen neurologischen Störungen beschäftigen. Dabei wird die grundsätzliche Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie überprüft, ein Vergleich zu anderen Therapieformen gezogen, die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu anderen Krankheiten aufgezeigt und Alternativen zur herkömmlichen Form der kognitiven Verhaltenstherapie dargestellt. Die Ergebnisse der Studien zeigen auf, dass es signifikante Ergebnisse gibt, welche den Therapieerfolg von kognitiver Verhaltenstherapie unterstützen. Auch bei alternativen Varianten der kognitiven Verhaltenstherapie gibt es eine Verbesserung der Symptome. In diesem Gebiet müssen jedoch noch weitere Forschungen betrieben werden. Kognitive Verhaltenstherapie hat bei Patientinnen und Patienten mit funktionellen neurologischen Störungen die gleiche Erfolgschance wie bei anderen Krankheiten. Jedoch gibt es unterschiedliche Ansichten, welche Form der Therapie am geeignetsten ist. Dies zeigt, dass die kognitive Verhaltenstherapie durchaus einen Platz als Standardvorgehen verdient hat. Aufgrund dieser Ergebnisse ist es empfehlenswert, Patientinnen und Patienten die Therapieform der kognitiven Verhaltenstherapie aufzuzeigen und bei möglichen Komplikationen auf alternative Arten dieser Therapieform zurückzugreifen.

*Schlüsselwörter:* Diagnose, funktionelle neurologische Störungen, kognitive Verhaltenstherapie

### **Abstract**

The aim of this literature review is to look under which setting in a diagnosis of functional neurological disorders the cognitive behavioral therapy a place as a standard approach deserves. Additionally, possible forms of cognitive behavioral therapy are outlined, which could be offered as alternatives in specific scenarios, thereby increasing the possibilities of therapy. To answer the question of this thesis, studies on cognitive behavioral therapy are examined, which deal with patients with functional neurological disorders. The basic effectiveness of cognitive behavioral therapy is reviewed, a comparison is made to other forms of therapy, the effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to other disorders is shown, and alternatives to the traditional form of cognitive behavioral therapy are presented. The results of the studies indicate that there are significant findings supporting the therapeutic success of cognitive behavioral therapy. There is also improvement in symptoms with alternative variations of cognitive behavioral therapy. However, more research needs to be done in this area. Cognitive behavioral therapy has the same chance of success in patients with functional neurological disorders as it does in other conditions. Nevertheless, there are different views on which form of therapy is most appropriate. This shows that cognitive behavioral therapy has definitely earned a place as a standard approach. Based on these results, it is recommended to show patients the therapeutic form of cognitive behavioral therapy and to resort to alternative types of this therapy form in case of possible complications.

*Keywords:* diagnosis, functional neurological disorders, cognitive behavioral therapy

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>2</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>3</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>6</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>7</b>
1.1 Fragestellung .....	8
<b>2 Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>9</b>
2.1 Funktionell neurologische Störungen.....	9
2.1.1 Symptome.....	10
2.1.2 Diagnose.....	12
2.2 Kognitive Verhaltenstherapie .....	13
<b>3 Methodik.....</b>	<b>14</b>
<b>4 Ergebnisse.....</b>	<b>15</b>
4.1 Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie .....	15
4.1.1 Grundsätzliche Wirksamkeit .....	15
4.1.2 Vergleich zu anderen Therapien .....	20
4.1.3 Vergleich zu anderen Krankheiten .....	22
4.2 Alternative kognitive Verhaltenstherapien .....	23
4.2.1 Gruppentherapie .....	24
4.2.2 Fernbehandlung .....	25
<b>5 Diskussion.....</b>	<b>27</b>
<b>6 Schlussdiskussion.....</b>	<b>31</b>
<b>7 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>33</b>
<b>8 Selbstständigkeitserklärung .....</b>	<b>39</b>

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 Hoover-Zeichen bei funktioneller Beinschwäche (Stone et al., 2020). .....	11
Abbildung 2 Funktioneller Sehverlust (Stone et al., 2020). .....	11
Abbildung 3 Lerntheoretisches Modell der Angstvermeidung (LaFrance & Bjønæs, 2018). .	14
Abbildung 4 Anfallshäufigkeit bei KVT mit und ohne Standardversorgung (Goldstein et al., 2010). .....	17
Abbildung 5 Wahrgenommene Veränderung der Gesamtsituation der Symptome bei T3 (Labudda et al., 2020). .....	19

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Diagnostische Kriterien von funktionellen neurologischen Störungen.....	9
Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien .....	14
Tabelle 3 Pico-Prinzip .....	15
Tabelle 4 Ablauf von Behandlung bei KVT .....	18
Tabelle 5 Formen der psychologischen Behandlung .....	23
Tabelle 6 Selbsteinschätzungen .....	25

**Abkürzungsverzeichnis**

CGI.....	Clinical-Global-Impressions-Skala
DSM-5 .....	Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen, 5. Auflage
FNS.....	Funktionelle neurologische Störungen
ICD-10.....	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IKVT .....	Internet basierte kognitive Verhaltenstherapie
KVT.....	Kognitive Verhaltenstherapie
PNES .....	Psychogene nicht-epileptische Anfälle

## 1 Einleitung

Eine frustrierte Gebärmutter, die trotz gebärfreudiger Schöpfung lange über ihre Zeit hinaus ohne Frucht bleibt, wird geplagt und erkrankt. Sie stürzt den Körper der Frau in Not und verursacht Krankheiten, bis die Liebe der beiden Geschlechter sie stillt (Kollesch, 1989). So wurde in der Antike von Platon die Krankheit beschrieben, die bis dahin als Hysterie bekannt war. Freud und Breuer (1991) setzten bei ihren Untersuchungen dieser Krankheit den Fokus auf das Unterbewusstsein und stellten dazu die Theorie auf, dass sich Konflikte in der Psyche durch körperliche Symptome ersichtlich machen und dadurch versuchen, Stress zu verringern. Dazu führten sie Konversion als Begriff ein. In der heutigen Zeit wird jedoch die neutrale Begriffsbezeichnung *funktionelle neurologische Störungen* (FNS) verwendet (Stone et al., 2011). Die vorliegende Arbeit wird sich deswegen auf diesen Begriff beziehen.

Für Mitarbeitende aus der Neurologie und Psychiatrie stellen Patientinnen und Patienten mit FNS keine Einzelfälle dar. Zum Beispiel wurde in einer australischen Kohortenstudie durch 884 ambulante und neurologische Untersuchungen bei 15 % die Diagnose FNS festgelegt (Ahmad & Ahmad, 2016). Interessanterweise wurde auch bei 8 % der Personen mit Schlaganfall-Verdachtsfällen schlussendlich FNS als eigentliche Ursache diagnostiziert (Gargalas et al., 2015).

Die meisten Personen mit FNS werden in Notaufnahmen, Spezialsprechstunden oder Epilepsie-Zentren behandelt. Zu den Symptomen gehören u. a. Schlaganfälle, Schwindel, Bewegungs- und Sehstörungen (Popkirov, 2020). Dadurch wird deutlich, dass es kein spezifisches Symptom für FNS gibt. Dies ist wichtig zu verstehen, um sich der Breite dieser Krankheit bewusst zu sein.

Helle (2019) erläutert, dass für die Frage nach einer geeigneten Therapie beim Bekämpfen von psychischen Krankheiten oft auf den Dodo-Effekt verwiesen wurde. Dieser Effekt wurde erstmals von Rosenzweig (1936) erwähnt, wobei festgestellt wurde, dass es keine Unterschiede in der Wirksamkeit verschiedener Formen der Psychotherapie gibt. Demnach würden verschiedene Therapieformen wie Psychoanalysen, Verhaltens- und Hypnosetherapien gleichgestellt sein, da diese Patientinnen und Patienten in irgendeiner Form helfen. Dabei spielt die Namensgebung des Effekts auf die fiktive Figur Dodo aus „Alice im Wunderland“ an, welcher nach einem Rennen erklärt: „Jeder hat gewonnen, und alle sollen Preise haben“ (Carroll, 2020).

Gelauff et al. (2013) zeigen auf, dass Prognosen für FNS keine deutlichen Verbesserungen nach sich ziehen. 39 % der Personen mit motorischen FNS haben bei Nachuntersuchungen die gleichen oder schlechtere Symptome. Nur 20 % der Patientinnen und

Patienten erleben eine vollständige Remission. Reuber et al. (2003) fanden, dass in 71 % der Fälle Patientinnen und Patienten 1 bis 10 Jahre nach der Diagnose noch immer unter Anfällen litten. Infolgedessen verfolgten lediglich 41 % eine berufliche Anstellung oder besuchten eine Schule. Die restlichen Patientinnen und Patienten waren entweder aus gesundheitlichen Gründen arbeitslos (12 %), im Ruhestand (41 %) oder bezogen Rente (5 %).

Umso wichtiger ist es demnach, die Wirksamkeit von spezifischen Therapieformen aufzuzeigen, um erkrankten Personen Hoffnung geben zu können, die eine Verbesserung der Symptome – oder sogar ein symptomfreies Leben – in Ausblick stellen kann. Das Vertrauen der Patientinnen und Patienten würde die Akzeptanz psychologischer Erklärungen für die Symptome erhöhen, was letztlich eine starke Vorhersagevariable für die Symptomverbesserung ist (O’Connell et al., 2020).

Mayor et al. (2011) gibt bekannt, dass sich Kliniken am meisten auf die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Therapiemöglichkeit beziehen. Deswegen macht eine genauere Untersuchung dieser Therapieform am meisten Sinn.

### **1.1 Fragestellung**

Um sich mit der grundsätzlichen Relevanz von KVT bei FNS auseinanderzusetzen, muss zunächst die Wirksamkeit dieser Therapieart in Bezug zur Krankheit hinterfragt werden. Um eine Therapie dieser Form bei Patientinnen und Patienten zu unterstützen, sollte diese empirisch belegen können, dass sie bei Personen mit FNS nicht nur eine ersichtliche Verbesserung der Symptome bewerkstelligt, sondern diese auch in einem höheren Rahmen vollbringt als andere Arten der Psychotherapie. Ansonsten könnte in der Praxis weiterhin auf den Dodo-Effekt Bezug genommen werden.

Das Ziel dieser Arbeit ist, die Auswirkung von KVT auf FNS zu untersuchen. Um dies zu erreichen, wird zu Beginn FNS und KVT genauer erläutert. Danach wird KVT auf ihre Wirkung überprüft und mit anderen Behandlungen und Krankheitsverläufen verglichen. Schlussendlich soll folgende Fragestellung beantwortet werden: „Hat bei einer Diagnose von funktionellen neurologischen Störungen die kognitive Verhaltenstherapie einen Platz als Standardvorgehen verdient?“. Des Weiteren sollen mögliche Formen der KVT dargelegt werden, die in spezifischen Szenarien als Alternativen angeboten werden und dadurch die Durchführbarkeit erhöhen könnten. Aus Praktikabilitätsgründen kann in der vorliegenden Arbeit kein umfassender Einblick in weitere Therapieformen für FNS, die die KVT nicht direkt betreffen, dargelegt werden.



## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Funktionell neurologische Störungen

Bei FNS handelt es sich um eine komplexe Erkrankung an der Schnittstelle zwischen Neurologie und Psychiatrie. Bevor die Kriterien für FNS angepasst wurden, war sie als Krankheit mit «medizinisch unerklärlichen» sensomotorischen neurologischen Symptomen bekannt (Trimble & Reynolds, 2016). Im *Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen* (DSM-5) und der *internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD-10) wird zusätzlich der Begriff „Konversion“ verwendet (siehe Tabelle 3), der von Freud und Breuer (1991) eingeführt wurde. Die *American Psychiatric Association* (2013) betont dabei bei der neuen Version des DSM-5 die Wichtigkeit einer positiven klinischen Diagnosestellung.

Tabelle 1

#### *Diagnostische Kriterien von funktionellen neurologischen Störungen*

ICD-10 Dissoziative Störungen/Konversionsstörungen (F44.x)	
1.	Klinische Charakteristika, wie sie für die einzelnen Störungen (Amnesie, Fugue, Anfälle, Paresen etc.) typisch sind.
2.	Keine körperliche Erkrankung, die die Symptome ausreichend erklären könnte.
3.	Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und psychosozialen Belastungen (auch wenn diese von Patientinnen und Patienten selbst nicht gesehen wird).
DSM-5 Konversionsstörung (Störung mit funktionellen neurologischen Symptomen)	
A.	Ein oder mehrere Symptome veränderter freiwilligen Willkürmotorik oder sensorischer Dysfunktion.
B.	Klinischer Befund belegt Inkompatibilitäten zwischen den Symptomen und erkennbaren neurologischen oder medizinischen Krankheiten.
C.	Das Symptom oder Defizit ist nicht besser durch eine andere medizinische oder psychische Störung erklärbar.
D.	Das Symptom oder Defizit verursacht klinisch signifikantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen oder führt zu medizinischen Untersuchungen.
(American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2022)	

Die Symptome von FNS sind abwechslungsreich und umfassen eine abnorme Bewegungskontrolle. Dazu gehören u. a. Schwäche, Tremor oder dystone Körperhaltung. Gleichzeitig finden auch oft Episoden von verändertem Bewusstsein statt, welche Anfällen ähneln können und abnorme Empfindungen mit sich bringen. Müdigkeit, Schmerzen und kognitive Schwierigkeiten sind häufige zusätzliche Symptome (Gilmour et al., 2020).

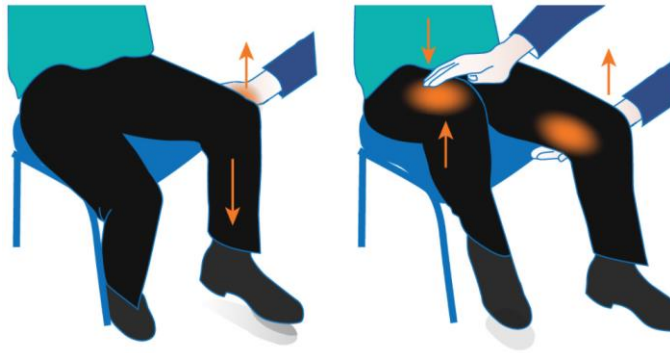
Bei FNS werden die frühen vorbewussten Phasen der motorischen Planung durch eine Kombination aus abnormalen und unwillkürlichen Vorhersagen über den Zustand des Körpers durch starke emotional orientierte Hirnnetzwerke, wie das limbische System und die Amygdala, gestört. Dadurch können Anzeichen, wie z. B. ein Gesichtsfeldausfall, erklärt werden. Dies macht vor allem Sinn, wenn das Gehirn als prädiktives Organ betrachtet wird, das Vorhersagen über den Körper trifft, anstelle einer von Grund auf konstruierter Wahrnehmung (Aybek et al., 2014).

Es wird angenommen, dass das Gehirn bei FNS übermäßig starke Vorhersagen auf der Grundlage dessen trifft, was es zu sehen erwartet (z. B. Tunnelblick) oder was es in der Lage ist zu tun (z. B. Beinschwäche). Dies führt zu Problemen, da diese Vorhersagen als wahr angesehen werden, bevor die tatsächlich eingehenden sensorischen Informationen eintreffen (Edwards, 2019).

Psychische Faktoren waren eine lange Zeit erforderliche Bedingungen für eine Diagnose, werden aber heute nicht mehr als Notwendigkeit vorausgesetzt. Jedoch konnte aufgezeigt werden, dass bei vielen Personen mit FNS eine emotionale Belastung auffindbar ist (Epstein et al., 2016).

### ***2.1.1 Symptome***

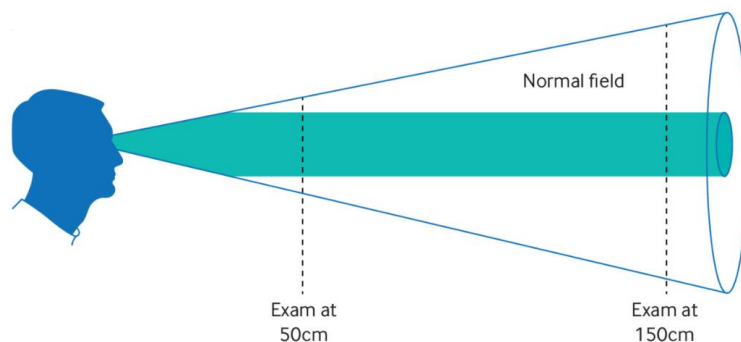
Bei einem Hoover-Test soll die Person in einer Untersuchung im Liegen oder Sitzen ihr Bein nach unten drücken. Dabei kann ein Symptom von FNS sein, dass der Kraftaufwand gering ist. Sobald die Person jedoch das andere Bein nach oben strecken soll und sich dadurch auf das gesunde Bein konzentriert, erhält das erste Bein unbewusst mehr Kraft (siehe Abbildung 1) (Stone et al., 2020).



*Anmerkung.* Hüftstreckung ist bei direkten Tests schwach (links), aber die Stärke der Hüftstreckung wird bei kontralateraler Hüftbeugung gegen Widerstand normal (rechts).

*Abbildung 1.* Hoover-Zeichen bei funktioneller Beinschwäche (Stone et al., 2020).

Stone et al. (2020) beschreiben auch ein röhrenförmiges (und nicht wie normal kegelförmiges) Sehvermögen, welches bei Patientinnen und Patienten mit FNS ein charakteristisches Merkmal sein kann. Dabei ist das Gesichtsfeld in 150 cm Entfernung genauso breit wie bei einer Entfernung von 50 cm. Die physikalischen Gesetze besagen, dass der Durchmesser eines Feldes mit der Entfernung konisch zunehmen sollte (siehe Abbildung 2). Zusätzlich kann bei FNS ein funktioneller Tremor als Symptom auftreten. Die erkrankten Personen haben dabei zitternde Körperteile, welche ihre Bewegungen jedoch aufgrund rhythmischer Töne dem Rhythmus anpassen können.



*Anmerkung.* Bei einem funktionellen Sehverlust wird das Sichtfeld bei zunehmender Entfernung nicht grösser. Die Fläche ist bei 50 cm und 150 cm gleich gross.

*Abbildung 2.* Funktioneller Sehverlust (Stone et al., 2020).

Es besteht auch die Möglichkeit, psychogene nicht-epileptische Anfälle (PNES) vorzufinden. Dies sind Ereignisse, die einem epileptischen Anfall ähneln, jedoch gehen damit

keine charakteristischen elektrischen Entladungen einher, die eine Epilepsie ausmachen (Devinsky et al., 2011).

### **2.1.2 Diagnose**

Das DSM-5 zeigt auf, dass FNS als eine eindeutig positive klinische Erkrankung angesehen werden muss – und nicht als Ausschlussdiagnose. Dadurch kann sie klar von anderen Störungen unterschieden werden (American Psychiatric Association, 2013) (siehe Tabelle 1).

Die Anamneseerhebung sollte nicht nur nach motorischen und sensorischen Symptomen untersucht werden, sondern auch nach Müdigkeit, Schlaf- und Gedächtnisstörungen. Das Beschreiben eines typischen Tages der Patientinnen und Patienten hilft dabei, sich ein Bild von der Stärke der Beeinträchtigung machen zu können. Möglicherweise wird dadurch auch ersichtlich, in welchem Ausmass zusätzlich Angstzustände und Depressionen vorhanden sind (Stone et al., 2020).

Stone et al. (2020) erklären weiter, dass beim Beginn und Verlauf der Beschwerden besonders auf körperliche Auslöser ein Fokus gelegt werden soll, wie z. B. Verletzungen oder Migräne, die erklären können, warum ein bestimmtes Symptom auftritt. So kann beispielsweise eine Migräne-Aura eine funktionelle Gliederschwäche auslösen oder eine unerwartete Bewusstlosigkeit kann nachfolgende dissoziative Anfälle auslösen. Es sollte auch nach dissoziativen Symptomen, wie z. B. Depersonalisation (das Gefühl, vom eigenen Körper abgekoppelt zu sein) und Derealisation (das Gefühl, von der Aussenwelt abgekoppelt zu sein), gefragt werden. Dies sind häufige Symptome, die zu Beginn oder im Rahmen eines dissoziativen Anfalls auftreten können. Gleichzeitig kann es für Patientinnen und Patienten erleichternd sein, wenn sie erfahren, dass ihre Erfahrungen einen medizinischen Namen haben und von vielen anderen Menschen geteilt werden. Patientinnen und Patienten sollten zudem nach der eigenen Meinung befragt werden. Dabei geht es um ihre Erfahrungen mit der Krankheit und dem medizinischem Fachpersonal, und was ihrer Meinung nach zu diesem Zeitpunkt von Ärzten getan werden sollte.

Wenn das Gespräch zu vergangenen traumatischen Lebensereignissen führt, kann dies bei der Formulierung der Ätiologie und der künftigen Behandlung hilfreich sein, jedoch auch Ängste auslösen. Personen mit FNS, die diese Ereignisse nicht erlebt haben, können durch frühere Begegnungen so sensibilisiert sein, dass sie diese Art der Befragung als Eindringen in ihre Privatsphäre und als unangemessene Suche nach einer psychologischen Ursache betrachten. Patientinnen und Patienten mit FNS, die negative Erfahrungen gemacht haben, können das Gefühl haben, dass sie von einer Autoritätsperson für ihre Symptome verantwortlich gemacht werden, was das traumatisierende Ereignis rekapitulieren kann. Falls

erforderlich oder erwünscht, sollte in einem für die Patientin oder den Patienten angemessenen Tempo nach negativen Lebensereignissen gefragt werden (Stone et al., 2020).

## **2.2 Kognitive Verhaltenstherapie**

Während der kognitiven Wende in den 60er-Jahren kam es durch Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis und Forschungsergebnissen zu einer Integration kognitiver Elemente in verhaltenstherapeutischen Konzepten. Dadurch wurden nicht mehr nur äusserliche Beobachtungen, wie z. B. Verhaltensweisen, in Erklärungsmodelle und Behandlungskonzepte aufgenommen, sondern auch innere Vorgänge. Dazu zählen u. a. Gedanken, Wahrnehmungen und Einstellungen. In der KVT werden dabei behaviorale und kognitive Methoden kombiniert. Dies führt in der Praxis beispielsweise zu behavioraler Aktivierung und Disputation der Grundannahmen in der Therapie depressiver Störungen (Radkovsky & Berking, 2012).

Auch Selbstmanagementmodelle (Kanfer et al., 2011) oder motivationale Konzepte, wie z. B. Ziele und Pläne (Caspar, 2018), werden in verhaltenstherapeutisches Vorgehen integriert. Damit diese Art der Verhaltenstherapie von der klassischen abgrenzbar ist, wird dabei von *Integrativer Verhaltenstherapie* gesprochen.

Hofmann et al. (2012) beschreiben die KVT als eine Gruppe von Interventionen, die von der Grundannahme ausgehen, dass psychische Störungen und psychologischer Stress durch kognitive Faktoren aufrechterhalten werden. Der Kerngedanke besteht darin, dass Kognitionen zur Aufrechterhaltung von emotionalen Störungen und Verhaltensproblemen beitragen. Das Basismodell geht davon aus, dass therapeutische Strategien zur Veränderung dieser Kognitionen zu einer Veränderung des emotionalen Stresses und der problematischen Verhaltensweisen führen.

Das Ziel der KVT bei funktionellen Störungen besteht nicht immer in der unmittelbaren Verringerung der körperlichen Symptome, sondern vielmehr in der Verbesserung der mit den Symptomen verbundenen kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen. Die Ziele der Patientinnen und Patienten werden in der Regel zu Beginn der Therapie besprochen und vereinbart (O'Connell et al., 2020).

Dabei handelt es sich um eine zeitlich begrenzte Art der Behandlung, die Personen helfen soll, sich ihrer dysfunktionalen Denkweise bewusst zu werden. Durch neue Denkweisen über die Symptome und neue Wege, auf diese zu reagieren, soll die Funktion der Patientinnen und Patienten maximiert werden (Stone, 2005). LaFrance und Bjørnæs (2018) veranschaulichen dazu das lerntheoretische Modell der Angstvermeidung bei PNES (siehe Abbildung 3).

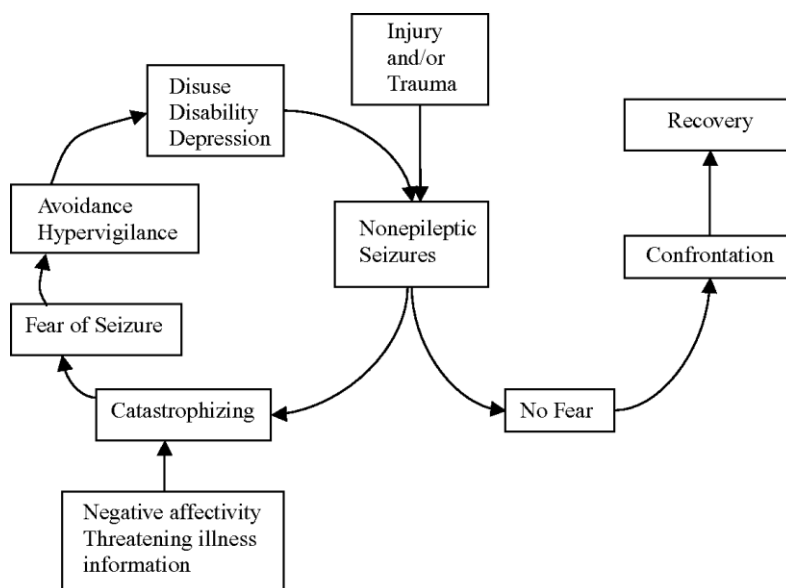


Abbildung 3. Lerntheoretisches Modell der Angstvermeidung (LaFrance & Bjønæs, 2018).

Während der Therapie wird oft der sokratische Dialog verwendet, um Patientinnen und Patienten notwendige Erkenntnisse für psychisch gesunde Denkweisen zu vermitteln und Mut für die Selbstbestimmung eigener Lebensinhalte zu geben. Dabei wird kein neues Wissen vermittelt, sondern durch eine Fragetechnik aufgezeigt, wie die individuelle Wahrheit selbst gefunden werden kann (Linden & Hautzinger, 2021).

### 3 Methodik

Um einen Überblick über die Wirksamkeit und Alternativen von KVT zu ermöglichen, wurde als Studiendesign eine Literaturarbeit gewählt. Für die Auswahl der Studien wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert (siehe Tabelle 2), die in Anlehnung an das PICO-Prinzip (siehe Tabelle 3) formuliert wurden.

Tabelle 2

#### Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Volltext-Artikel	Kein Volltext-Artikel
Artikel in wissenschaftlichen Journalen, Bücher	Kommentare, Briefe, Stellungnahmen, Dissertationen
Deutsche oder Englische Sprache	Artikel ausserhalb des psychologischen Bereichs

Tabelle 3

*Pico-Prinzip*

Population	Patienten mit FNS oder spezifischer Unterform
Intervention	Kognitive Verhaltenstherapie
Comparison	Andere Therapieformen, andere Krankheitsbilder, keine Therapie
Outcome	Veränderung von Symptomen

Auf eine zeitliche Einschränkung der untersuchten Literatur wurde verzichtet, da viele relevante Studien und Artikel, auf welche in späteren Untersuchungen Bezug genommen wurde, mehr als zehn Jahre alt sind.

Für die Suche nach wissenschaftlicher Literatur wurde die spezialisierte Suchmaschine „Google Scholar“ verwendet. Zusätzlich wurden relevante Studien aus den Referenzlisten der bereits recherchierten Studien eingeschlossen.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie

#### 4.1.1 Grundsätzliche Wirksamkeit

Goldstein et al. (2004) belegt die Wirksamkeit von KVT, indem 20 Patientinnen und Patienten mit PNES an 12 wöchentlichen Sitzungen einer KVT-Intervention teilnahmen. Bei der Therapie war ein zentraler Aspekt, dass den Personen eine Erklärung für das Auftreten und die Aufrechterhaltung ihrer dissoziativen Anfälle gegeben wurde. Als Bewertungskriterien wurden primäre und sekundäre Messwerte verwendet. Zu den primären Messwerten gehörten Skalen über Angstzustände und Depression, Beeinträchtigung in der Arbeit und dem sozialen Umfeld, Fragebogen zur Angst, Tagebücher über die Anfallshäufigkeit und der Beschäftigungsstatus der Patientinnen und Patienten. Ebenfalls wurden sekundäre Ergebnismessungen vorgenommen, die die Veränderungen in der Einstellung der Personen zu den Anfällen untersuchten.

Beim ersten Behandlungstermin nahmen alle Patientinnen und Patienten an einer antiepileptischen Medikation teil, die schrittweise reduziert wurde. Am Ende der CBT wurden alle 16 Teilnehmenden, die die Therapie vollendet haben, erfolgreich von der antiepileptischen Medikation abgesetzt. Nach der Behandlung zeigten die Ergebnisse signifikante Verringerungen bei der Häufigkeit der dissoziativen Anfälle. Dies hielt auch bei der Nachuntersuchung nach sechs Monaten an. Bei 13 der 16 Teilnehmenden hat sich die Anfallshäufigkeit um mindestens 50 % verringert. Im Zeitraum zwischen der letzten

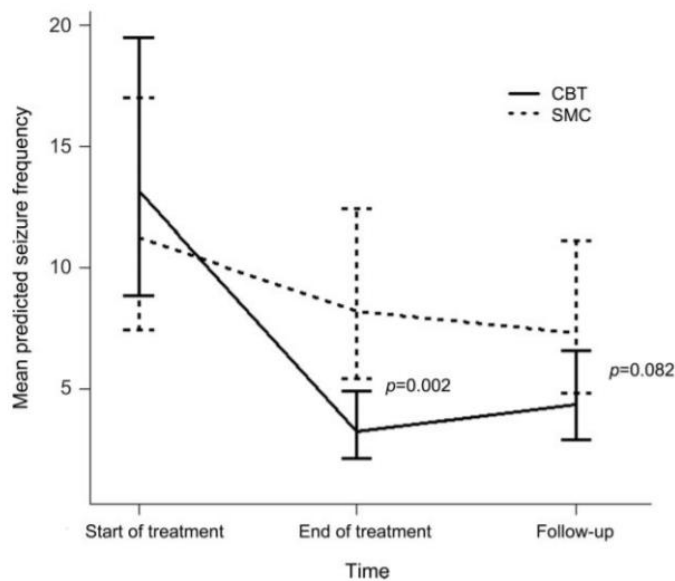
Behandlung und der Nachuntersuchung waren vier Personen anfallsfrei und weitere drei hatten im Monat vor der Nachuntersuchung keine Anfälle.

Nach Abschluss der Behandlung berichteten die Patientinnen und Patienten über eine Verringerung der von ihnen wahrgenommenen negativen Folgen der Erkrankung. Der Glaube an eine Kontrolle oder Heilung der Symptome hatte zum Behandlungsende zugenommen und blieb auch darüber hinaus bestehen. Auch die Quote der Personen, die arbeitslos waren, nahm bei den 16 Teilnehmenden ab.

LaFrance et al. (2014) setzen das Verwenden von KVT in Kombination mit medizinischer Standardversorgung über die alleinige Standardversorgung. Die Kombination verringert dabei die Anfälle bei Personen mit PNES um 51.4 % und verbessert die Gesamtfunktion der Teilnehmenden. Eine zusätzliche Einnahme des Antidepressivums Sertralin hat zu einer Verringerung von 59.3 % geführt.

Auch Goldstein et al. (2010) sprechen sich bei Patientinnen und Patienten mit PNES für eine Kombination von KVT und medizinischer Standardversorgung aus. Die Therapie, die untersucht wurde, bestand aus 12 Sitzungen, in welchen der Umgang mit den Anfällen, die Reduktion der Anfallsfrequenz und die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus beobachtet wurde. Es wurde zu Aktivitäten ermutigt, die bisher vermieden wurden, und die Patientinnen und Patienten sollten sich mit negativen Gedanken und Krankheitsvorstellungen auseinandersetzen, die das Auftreten von PNES, ein geringeres Selbstwertgefühl, schlechte Stimmungen oder Ängste aufrechterhalten. Gleichzeitig wurden bei den Sitzungen die Tagesordnung und die Planung und Überprüfung von Hausaufgaben betrachtet. Zu den Hausaufgaben gehörte u. a. das Ausfüllen von Anfallsprotokollen. Die Häufigkeit der Anfälle am Ende der Therapie verringerte sich stärker bei einer zusätzlichen KVT (siehe Abbildung 4). Diese Vorteile sind auch bei der Nachbeobachtung nach sechs Monaten vorhanden. Gleichzeitig sind die Personen mit KVT wahrscheinlicher für drei aufeinanderfolgende Monate anfallsfrei. Trotzdem hilft auch bereits eine alleinige medizinische Standardversorgung bei Anfällen.





*Anmerkung.* CBT = Kognitive Verhaltenstherapie; SMC = Medizinische Standardversorgung.  
*Abbildung 4.* Anfallshäufigkeit bei KVT mit und ohne Standardversorgung (Goldstein et al., 2010).

LaFrance et al. (2009) testeten eine modifizierte Form von KVT. Sie zeichnete sich durch eine kurzzeitige gegenwartsorientierte Psychotherapie aus, die sich mit kognitiven Verzerrungen befasst und Verhaltensänderungen für Patientinnen und Patienten mit PNES fördert. Zu Beginn gibt es eine Überwachung der Anfälle und während der eigentlichen Therapie wird versucht, die Kontrolle über diese Anfälle zu erlangen. Das Training umfasst Kommunikation, Verständnis von Medikamenten, eine Durchführung einer funktionellen Verhaltensanalyse und die Untersuchung von Auslösern. Dabei wird spezifisch auf Stimmungs-Kognitions-Umwelt-Verbindungen, automatische Gedanken (tief verwurzelte Kerngedanken über sich selbst) und somatische Fehlinterpretationen eingegangen (siehe Tabelle 4). 17 von 21 Teilnehmenden schlossen die Therapie ab. Dabei konnte von den 21 Patientinnen und Patienten bei 16 Personen ein Rückgang der Anfallshäufigkeit von 50 % festgestellt werden. Bei den Patientinnen und Patienten, die die Therapie beendet haben, waren bei 11 Personen die Anfälle am Ende der Therapie vollständig verschwunden. Neben der Verringerung der Symptome kam es zusätzlich zu einer Verringerung von Depressionen und Angstzuständen. Die Lebensqualität sowie familiäre und psychosoziale Funktionen steigerten sich ebenfalls.

Tabelle 4

*Ablauf von Behandlung bei KVT*

Zeitraum	Behandlungsziel
Vorstellung	Einführung für Patientinnen und Patienten und Anfälle verstehen
Woche 1	Entschluss fassen, mit Prozess der Übernahme der Kontrolle zu beginnen
Woche 2	Unterstützung erhalten
Woche 3	Entscheidung über medikamentöse Therapie
Woche 4	Lernen, eigene Auslöser zu beobachten
Woche 5	Negative Emotionen in produktive Bahnen lenken
Woche 6	Entspannungsübungen
Woche 7	Erkennung der Aura vor einem Anfall
Woche 8	Umgang mit externen Lebensbelastungen
Woche 9	Umgang mit internen Problemen und Konflikten
Woche 10	Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens: lernen, Spannungen abzubauen
Woche 11	Andere Anfallssymptome
Woche 12	Kontrolle übernehmen: Ein fortlaufender Prozess

(LaFrance et al., 2009)

Bei einem Fallbericht von LaFrance und Friedman (2009) wird die Verwendung von KVT bei einer Patientin mit *Psychogenic movement disorders* beschrieben. Es handelt sich bei der Patientin um eine 22-jährige Frau, die seit fünf Jahren an ihrer Krankheit leidet. Die Behandlungsart war ein wöchentliches KVT-Programm mit 12 Sitzungen. In der vierten Woche war die Bauch- und Armdystonie bereits vollkommen aufgelöst. In der letzten Woche führte das Programm zu einem vollständigen Verschwinden der Symptome, das auch 16 Monate nach der Behandlung symptomfrei andauerte. Bei der Therapie wurde ein ähnliches Programm wie bei PNES-Patientinnen und -Patienten (siehe Tabelle 4) angewendet. Lediglich die Überwachung der Anfälle wurde durch eine Überwachung und Kontrolle der Bewegung ersetzt. Nach der Therapie konnte die Patientin zusätzlich alle Medikamente absetzen und wieder in den Arbeitsalltag einsteigen.

LaFrance und Friedman (2009) sprechen sich gegen einen möglichen Placebo-Effekt oder eine Spontanheilung aus, da die Symptome der Patientin vor der KVT trotz Meditationsversuchen unveränderlich blieben. Gleichzeitig ging es der Patientin im Laufe der

Behandlung erst teilweise und dann vollständig besser. Auch dieses Resultat spricht für eine Wirkung von KVT.

Labudda et al. (2020) untersuchten 80 Patientinnen und Patienten mit PNES, die eine kognitive Verhaltenspsychotherapie in einer stationären Einrichtung besuchten. Die teilnehmenden Personen wurden vor (T1) und nach der der Behandlung (T2) untersucht. sechs Monate nach der Behandlung nahmen 55 Personen an der Nachuntersuchung teil (T3). Zu allen drei Zeitpunkten mussten die Teilnehmenden einen psychopathologischen Fragebogen ausfüllen. Alle Personen erhielten wöchentlich in 50-minütigen Sitzungen individuelle Psychotherapie. Im Vordergrund stand die Vermittlung von Selbstberuhigungsstrategien. Später konzentrierte sich die Psychotherapie individueller auf die Verbesserung patientenspezifischer Probleme und Unterstützung von Problemlösung, Stressregulation und zwischenmenschlicher Kompetenzen. Es wurden Hausaufgaben erteilt, um die Patientinnen und Patienten zu ermutigen, die Inhalte der letzten Sitzung zu wiederholen und auszuprobieren.

Zum Zeitpunkt T2 waren 23 % der teilnehmenden Personen mindestens 14 Tage anfallsfrei. Bei der Nachuntersuchung T3 waren 12 von 55 Patientinnen und Patienten seit mehr als einem Monat anfallsfrei, wovon sechs Personen seit mehr als drei Monaten keinen Anfall mehr aufwiesen. Von den 12 Personen, die bei T3 anfallsfrei waren, waren nur zwei bereits bei T2 anfallsfrei und blieben somit auch zu Hause anfallsfrei. Obwohl viele teilnehmende Personen keine PNES-Freiheit erreichten, erlebte die Mehrheit der Patientinnen und Patienten (74,1 %) subjektiv eine verbesserte PNES-Situation bei T3 (siehe Abbildung 5).

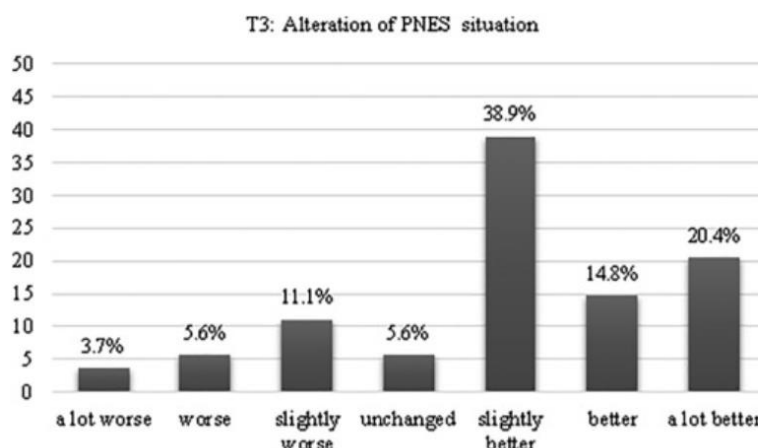


Abbildung 5. Wahrgenommene Veränderung der Gesamtsituation der Symptome bei T3 (Labudda et al., 2020).

Die Teilnehmenden, die direkt nach der Behandlung bei T2 frei von Anfällen waren, unterschieden sich laut Therapeutinnen und Therapeuten nicht von denen, die in Bezug auf psychopathologische Parameter, nicht frei waren. Die kurzfristige PNES-Freiheit bei T2 ist demnach nicht prädiktiv für längerfristige Ergebnisse.

Da sich viele Studien auf Patientinnen und Patienten mit PNES konzentrieren und andere Arten von FNS aussen vorlassen, haben Gutkin et al. (2020) die Evidenz für ambulante individuelle Psychotherapie für Erwachsene mit FND systematisch überprüft. Der Schwerpunkt lag dabei auf der psychodynamischen Therapie und der KVT. Bei den 19 untersuchten Studien musste es sich um eine ambulant durchgeführte Psychotherapie handeln. Die meisten KVT-Studien zeigten statistisch signifikante Vorteile bei der Messung körperlicher Symptome. Die Effektstärken, die berechnet werden konnten, waren meist mässig bis gross bei körperlichen Symptomen und gering bis mässig bei Messungen der psychischen Gesundheit, Funktion und Lebensqualität. Die Effektstärken für die psychodynamische Therapie am Ende der Behandlung und der Nachbeobachtung waren wesentlich geringer als bei der KVT. Dies könnte laut Gutkin et al. (2020) jedoch auch an der geringen Qualität der Studien liegen, die sich mit der psychodynamischen Therapie befassten. In Bezug auf die Wirksamkeit von KVT auf die verschiedenen Arten von FNS geben die Resultate keinen Grund zur Annahme, dass Psychotherapie bei einer bestimmten Unterart von FND wirksamer wäre als bei anderen Arten. Im Vergleich zu einer medizinischen Standardbehandlung war die Verringerung der Anfallshäufigkeit jedoch etwa gleich. Nur 20 % bei der KVT und 12 % bei der Standardbehandlung konnten nach 12 Monaten ein anfallsfreies Leben führen. Auch bei Angst und Depression gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Gutkin et al. (2020) erläutern jedoch, dass sich die psychosoziale Funktionsfähigkeit bei der KVT deutlich verbesserte.

#### ***4.1.2 Vergleich zu anderen Therapien***

Wampold et al. (1997) untersuchten in einer Metaanalyse mehrere Studien, die sich mit dem Vergleich von Psychotherapien befassten. Als Resultat geben sie an, dass beim Vergleich von Psychotherapien die wahren Unterschiede zwischen all diesen Behandlungen gleich null sind. Darüber hinaus steht die Effektgrösse in keinem positiven Zusammenhang mit dem Veröffentlichungsdatum der Studien, was darauf hindeutet, dass verbesserte Forschungsmethoden keine Effekte nachweisen. Gleichzeitig standen die Ergebnisse der Therapien nicht im Zusammenhang mit der Ähnlichkeit der Behandlungen, was darauf hindeutet, dass unähnlichere Behandlungen keine grösseren Effekte hervorrufen. Die Beweise

aus diesen Analysen unterstützen die Vermutung, dass die Wirksamkeit von Behandlungen ungefähr gleichwertig ist.

Luborsky (1975) hat festgestellt, dass beim Vergleichen von Psychotherapien untereinander nur unbedeutende Unterschiede in Bezug auf den Anteil der Patientinnen und Patienten bestehen, bei denen eine Verbesserung eintrat. Darauf aufbauend bestätigten sie den Dodo-Effekt. Luborsky et al. (2002) untersuchten dazu 17 Metaanalysen über den Vergleich aktiver Behandlungen untereinander. Sie fanden eine mittlere, unkorrigierte, absolute Effektgrösse, die nicht signifikant ist. Dies bestärkt den Effekt über die Irrelevanz der unterschiedlichen Psychotherapieformen weiter.

Marcus et al. (2014) übernahmen in ihrer Metaanalyse im Allgemeinen dieselben Einschlusskriterien wie Wampold et al. (1997). Um den Dodo-Effekt zu testen, wurde ein Q-Test berechnet. Ein statistisch signifikanter Q-Wert weist darauf hin, dass die Effektgrössen zwischen den Therapieformen bei Panikstörungen heterogen sind. Je grösser der Q-Wert ist, desto grösser ist die Heterogenität zwischen den Effektgrössen und desto geringer ist die Unterstützung für den Dodo-Effekt. Bei der Beendigung der Studien war der Unterschied der Therapieformen heterogen, was dem Dodo-Effekt widerspricht. Der Q-Wert gab dazu die Information, dass keine einzelne Studie für die Heterogenität verantwortlich ist. Die KVT ist nach den Resultaten jedoch nur der psychodynamischen Therapie statistisch überlegen.

Tolin (2010) stellte Studien gegenüber, die KVT direkt mit Verhaltenstherapie, psychodynamischer, unterstützender oder zwischenmenschlicher Therapie vergleichen. Insgesamt konnte dabei aufgezeigt werden, dass KVT den anderen Behandlungen bei der Verringerung der Symptome überlegen ist. Die Symptome der Grunderkrankung, die allgemeine Funktionsfähigkeit und die globale Symptomschwere sind bei KVT nach der Behandlung mit besseren Werten verbunden als alternative Therapien. Geringe, jedoch nicht signifikante Effekte wurden auch für komorbide Symptome und Lebensqualität festgestellt, die für eine KVT sprechen. Dies ist bei Beendigung der Therapie, bei der sechsmonatigen Nachbeobachtung sowie nach einem Jahr der Fall. Bei den verschiedenen alternativen Behandlungen gibt es jedoch keinen signifikanten Unterschied. Zudem war die KVT anderen Psychotherapien bei der Behandlung von Ängsten und Depressionen überlegen.

Baardseth et al. (2013) untersuchten erneut die Metaanalyse von Tolin (2010). Die Ergebnisse ergaben vergleichbare Effekte bei der Verringerung der Symptome, jedoch keine Unterschiede bei der allgemeinen Lebensveränderung. Gleichzeitig wurden dabei die Ergebnisse zur Behandlung von Angststörungen mit KVT oder anderen Therapieformen

verglichen. Die Effektgrösse war bei der Verringerung der Symptome nicht signifikant. Auch bei allgemeinen Lebensveränderungen gab es fast identische Ergebnisse.

Kroenke (2007) untersuchte mehrere Studien, die sich mit der Effektivität von KVT bei Patientinnen und Patienten mit FNS beschäftigen. Dabei wurden Symptome (Anzahl und/oder Schweregrad), funktioneller Status (funktionelle Beeinträchtigung oder Lebensqualität) und psychologischer Status (störungsspezifischer Bereich oder allgemeines Mass für Depression, Angst oder psychische Belastung) als Ergebnisse ausgewertet. Die Ergebnisse konnten positiv (im Vergleich zur Kontrollgruppe), zweideutig (Trend zugunsten der Behandlungsgruppe, wobei der Gruppenunterschied statistisch nicht signifikant war) oder negativ (die Gruppen unterschieden sich nicht) eingestuft werden. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die KVT durchgängig wirksam ist (11 von 13 Studien). Im Vergleich dazu weisen andere Behandlungen ein negatives oder nicht schlüssiges Ergebnis auf.

Gleichzeitig gibt es auch Hinweise darauf, dass Antidepressiva bei der Symptomlinderung unterstützend wirken. Allerdings geht aus den Resultaten nicht hervor, inwiefern es sich um eine allgemeine Wirkung handelt, die durch die Verringerung von Depressionen und Angstzuständen vermittelt wird, oder um eine spezifische Wirkung auf die Symptome der Patientinnen und Patienten.

Auch Cuijpers (2016) untersuchte mehr als 100 veröffentlichte Studien, in welchen KVT, interpersonelle Psychotherapie und nicht-direktive Beratungen verglichen wurden. Keine der Studien hatte jedoch eine ausreichende Aussagekraft, um eine eindeutige Effektgrösse vorzuweisen. Metaanalysen weisen dabei ein erhebliches Risiko für Verzerrung auf.

#### ***4.1.3 Vergleich zu anderen Krankheiten***

O'Connell et al. (2020) untersuchten anhand eines retrospektiven Vergleichs die Wirksamkeit von KVT im Vergleich von FNS-Patientinnen und -Patienten zu Patientinnen und Patienten mit anderen neurologischen oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keine Hinweise auf FNS hatten. Dazu haben sie anonyme Datensätze von den Personen in zwei Kohorten aufgeteilt. Als Kernbestandteil der KVT wurde Patientinnen und Patienten mit FNS Psychoedukation, kognitive und verhaltenstherapeutische Techniken sowie Strategien zur Rückfallverhütung angeboten. Durch das Hinterfragen kognitiver Verzerrungen versuchten Therapeutinnen und Therapeuten, die Personen dazu zu bringen, ein psychologisches Verständnis der Symptome zu akzeptieren. Zudem wurden die Patientinnen und Patienten gebeten, ein Stimmungs- und Gedankentagebuch zu führen und Entspannungstechniken zu üben, um Vermeidungsverhalten zu reduzieren.

Auf einer Skala aus den Kategorien „Symptome verbesserten sich“, „blieben gleich“ oder „verschlechterten sich“ mussten sich die 98 FNS- und 76 ONP-Patientinnen und -Patienten nach der KVT-Behandlung selbst einschätzen. Die Resultate zeigten, dass sich die Symptome bei Patientinnen und Patienten mit FNS nach eigenen Aussagen um 44 (49,4 %) und ohne FNS 40 (58,0 %) verbesserten. Dies ist ein nicht signifikanter Unterschied. Zu einer Verschlechterung der Symptome kam es bei 8 (8,2 %) FNS-Patientinnen und Patienten und 9 (11,8 %) Patientinnen und Patienten ohne FNS. Es gab keine Angaben über die Veränderung des Befindens bei 9 (9,2 %) FNS-Patientinnen und -Patienten und 7 (9,2 %) Patientinnen und Patienten ohne FNS.

Schlussendlich konnten O’Connell et al. (2020) aufzeigen, dass sich die Auswirkungen auf Symptome durch eine ambulante KVT-Behandlung grundsätzlich verbessern. Es wurde auch ersichtlich, dass verheiratet sein und ein jüngeres Alter zu Beginn der Erkrankung zur Symptomverbesserung beitrugen. Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Familienstand oder sexueller Missbrauch hatten jedoch keinen Einfluss auf die Symptomverbesserung. Zudem ergab sich eine starke Vorhersagevariable für die Symptomverbesserung bei Akzeptanz und Erklärungen der Symptome vor der Inanspruchnahme einer KVT.

#### **4.2 Alternative kognitive Verhaltenstherapien**

Mayor et al. (2011) zeigten, dass 93 % der Kliniken im Vereinigten Königreich und Irland eine psychologische Behandlung als bevorzugtes Mittel für Patientinnen und Patienten mit PNES angeben. Jedoch können lediglich 35 % der Kliniken allen Personen diese Behandlung ermöglichen. Darüber hinaus waren 15 % nicht imstande, auch nur einer Person eine psychologische Behandlung anzubieten. KVT war dabei für 67.2 % der Patientinnen und Patienten eine mögliche Therapieform. Dies zeigte eine Befragung, die sich mit Kliniken und deren Möglichkeiten für Patientinnen und Patienten auseinandersetzte (siehe Tabelle 5). Deswegen muss es alternative Möglichkeiten geben, um die Verfügbarkeit von KVT zu vergrössern um diese so einer höheren Menge an Personen anbieten zu können.

Tabelle 5

#### *Formen der psychologischen Behandlung*

Psychologische Behandlung	<i>n</i>	%
Kognitive Verhaltenstherapie	82	67.2
Ich weiss es nicht	47	38.5
Eklektische psychologische Behandlung (Mischung von Ansätzen)	40	32.8

Familientherapie	27	22.1
Kognitiv-analytische Therapie	14	11.5
Psychotherapeutische Ansätze für Persönlichkeitsstörungen (dialektische Verhaltenstherapie, kognitiv-analytische Therapie)	12	9.8
Psychodynamische interpersonelle Therapie	12	9.8
Psychoanalytische Psychotherapie	16	13.1

*Anmerkung.* Behandlungen, welche Patientinnen und Patienten des National Health Service im Vereinigten Königreich und Irland zur Verfügung stehen. Mehrere Antworten möglich (Mayor et al., 2011).

#### 4.2.1 Gruppentherapie

Conwill et al. (2014) untersuchten die Ergebnisse einer Informations- und Managementintervention innerhalb einer wöchentlichen KVT-basierten Gruppentherapiesitzung mit FNS-Patientinnen und Patienten. Dazu wurden Personen mit PNES untersucht, die als Ursache FNS vorwiesen.

Für die Messung des Befindens der Patientinnen und Patienten wurden zwei validierte Fragebogen (*36-Item Short-Form-Health-Survey* (SF-36) und *Hospital-Anxiety-and-Depression-Scale* (HADS)) verwendet, welche von jeder therapierenden Person vor und nach der KVT-basierten Gruppentherapie ausgefüllt wurde. Gleichzeitig wurde jede Person einer neuropsychiatrischen Beurteilung durch einen Spezialisten unterzogen. Die Beurteilung umfasste die Verwendung der validierten *Clinical-Global- Impressions-Skala* (CGI). Dazu gehörten die *CGI-Schweregradskala*, ein Mass für die psychische Gesundheit, und im Anschluss der letzten Gruppentherapiesitzung die *CGI-Verbesserungsskala*, ein Mass für die Veränderung des klinischen Zustands.

Bei Angst und Depression zeigte sich ein nicht signifikanter Trend zur Verbesserung nach der Intervention. Dies scheint laut Conwill et al. (2014) vielversprechend, da Depressionen und Angstzustände bei Personen mit PNES und anderen FNSs häufig auftreten. Bei den SF-36-Teilergebnissen zeigten die Bereiche "emotionales Wohlbefinden" und "Rolleneinschränkung aufgrund emotionaler Probleme" eine statistisch signifikante Verbesserung. Bei den restlichen Kategorien wurde eine nicht signifikante Veränderung festgestellt (siehe Tabelle 6). Die Tendenzen zur Verbesserung, die sich bei den Selbstauskünften zeigten, stimmten mit den vom Arzt bewerteten CGI-Werten überein. Der mittlere CGI-Verbesserungswert wies auf eine minimale bis deutliche Verbesserung hin.



Tabelle 6

*Selbsteinschätzungen*

Measure	Score before therapy Mean	Score after therapy Mean
SF-36 ( <i>n</i> = 14)	37.4 (24.7)	41.6 (20.9)
HADS anxiety ( <i>n</i> = 16)	8.6 (6.0)	7.8 (5.0)
HADS depression ( <i>n</i> = 16)	9.1 (5.3)	8.4 (5.0)
<i>SF-36 subscores</i>		
Physical functioning	45.1 (36.5)	45.4 (36.8)
Body pain	40.3 (32.2)	43.9 (29.6)
Energy/fatigue	25.5 (24.7)	30.0 (21.8)
Social functioning	47.3 (33.0)	41.1 (32.0)
Emotional well-being	43.1 (26.2)	57.4 (26.2)

*Anmerkung.* Beinhaltet Lebensqualität (SF-36) und Depression/Angst (HADS) vor und nach KVT-basierten Gruppentherapiesitzungen (Conwill et al., 2014).

**4.2.2 Fernbehandlung**

Wie die zuvor genannten Studien bereits aufzeigen, hilft KVT bei der Symptomverringern von FNS-Patientinnen und -Patienten. Die Durchführung in der Praxis kann jedoch durch unterschiedliche Hindernisse erschwert werden. In Bezug auf eine Pandemie, Angstzustände oder Depressionen könnten alternative Arten der KVT-Behandlung von Vorteil sein, um mögliche Hürden zu verringern, die Personen davon abhalten, eine Therapie zu besuchen. Zudem würde es auch allgemeinen Erschwernissen, wie z. B. eine begrenzte Verfügbarkeit oder Standort, entgegenkommen. Momentan wird als Mittel der Fernbehandlung vor allem auf Video- oder Telefonanrufe zurückgegriffen (Lin & Espay, 2021).

Gleichzeitig ist ein Kernelement der KVT die persönliche Sitzung und die darauffolgenden Arbeiten von zu Hause aus. Dabei sollen Patientinnen und Patienten empfohlene KVT-Interventionen selbstständig durchführen. Dies führt zu einer strukturierten Flexibilität der Therapie, da die Fortschritte regelmässig bewertet werden können und so die KVT gegebenenfalls neukalibriert wird (British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, o. D.).

Sharpe et al. (2011) analysierten ein KVT-basiertes Selbsthilfeprogramm mit zusätzlich vier individuellen, 30-minütigen Sitzungen, an welchen die Handhabung des Programms erklärt wurde. Hauptbestandteile des Selbsthilfeprogramm waren die Behandlung von Angst und Depressionen und Selbstmanagementtechniken zum Umgang mit dem Gefühl von Hilflosigkeit aufgrund der Symptome. Das Selbsthilfeprogramm wurde zusätzlich zur herkömmlichen Therapie verwendet. Patientinnen und Patienten mit funktionellen Bewegungsstörungen und Anfällen hatten dabei nur einen Unterschied von 13 % zwischen der KVT-basierten angeleiteten Selbsthilfe und der üblichen Behandlung. Zusätzlich gab die Gruppe mit dem Selbsthilfeprogramm eine zufriedenere Rückmeldung über den Ablauf der Therapie als Personen in der Standardgruppe und sie gaben nach drei Monaten eine Verbesserung des Gesundheitszustands an. Nach weiteren drei Monaten konnte dieser jedoch nicht mehr bestätigt werden.

Lin und Espay (2021) untersuchten unterschiedliche Plattformen als mögliche alternative Fernbehandlungsmethoden. Zu Arbeitsbüchern liegen keine Studien zur eigenständigen Behandlung vor, jedoch helfen sie als verbesserte Zugänglichkeit einer Therapie, da sie wöchentliche Therapiesitzungen auf alle drei Wochen reduziert. Wenn die Therapie über das Internet (IKVT) in Form von einer selbstgeführten Behandlung stattfindet, können Patientinnen und Patienten diese zu jeder Zeit und an jedem Ort durchführen. Dies steigert die Zugänglichkeit. Jedoch sind die Behandlungen dabei vorgegeben und nicht auf das Individuum angepasst. Zudem sind dazu noch keine Untersuchungen zu Personen mit FNS durchgeführt worden. In dieser Hinsicht geht eine herkömmliche Therapie der Variante im Internet voraus. Anwendungen über Smartphone oder Tablet können einen Chatbot integrieren, welche mit Patientinnen und Patienten durch einen Chat – ähnlich einer Mensch-zu-Mensch-Unterhaltung – stattfindet. Diese Anwendungen führen zwar zu einer erhöhten Einhaltung der Behandlung, sind jedoch auf dem momentanen Stand noch nicht in der Lage, das umfangreiche Spektrum einer KVT-Behandlung wiederzugeben.

Durch eine Metaanalyse konnte anhand von Vergleichen zwischen angeleiteten IKVT und persönlichen Behandlungen aufgezeigt werden, dass die angeleitete IKVT und die persönliche Behandlung gleich wirksam ist. Daraus lässt sich ableiten, dass die IKVT eine vielversprechende, wirksame und potenziell kosteneffiziente Alternative zur herkömmlichen KVT darstellt (Andersson et al., 2014).

Bei der Untersuchung wurden allerdings nur soziale Angst-, Panikstörungen, depressive Symptome, Körperunzufriedenheit, Tinnitus, männliche sexuelle Dysfunktion und Spinnenphobie untersucht.

Auch Cuijpers et al. (2019) sprechen der Telefon- und den angeleiteten Selbsthilfe-Behandlungsformen eine vergleichbare Wirksamkeit zur Einzeltherapie zu. Bei einer ungeleiteten Selbsthilfe (ohne Beteiligung einer Therapeutin oder Therapeuten) sind die Ergebnisse jedoch statistisch signifikant weniger wirksam als Einzel-, Gruppen-, Telefon- und angeleitete Selbsthilfe-KVT.

## 5 Diskussion

Um die KVT als Standardvorgehen bei Patientinnen und Patienten mit FNS zu untersuchen, wurden mehrere Studien zur Wirksamkeit von KVT analysiert. Dazu wurde die eigentliche Wirksamkeit bei Personen mit FNS überprüft und ein Vergleich zu anderen Krankheiten und Therapieformen gezogen. Ausserdem wurden Alternativen zur herkömmlichen KVT vorgestellt.

Die Ergebnisse der Untersuchungen haben aufgezeigt, dass es keine klare Antwort für einen einheitlichen Therapieverlauf gibt. Auf der einen Seite zeigen Studien eine Überlegenheit von KVT auf (Baardseth et al., 2013; Marcus et al., 2014; Tolin, 2010), auf der anderen Seite gibt es jedoch auch Untersuchungen, die keine relevanten Unterschiede in Therapieformen feststellten (Cuijpers, 2016; Luborsky et al., 2002). O'Connell et al. (2020) zeigten auf, dass die KVT bei Personen mit FNS zumindest genau so wirksam ist wie bei Personen mit anderen Krankheiten. Die Auswirkungen der Symptome durch eine ambulante KVT-Behandlung verbessern sich grundsätzlich. Wichtig ist hierbei Akzeptanz und Erklärungen der Symptome vor der Inanspruchnahme einer KVT. Auch Fallberichte (LaFrance & Friedman, 2009) und Untersuchungen (Goldstein et al., 2004; LaFrance et al., 2014) sprechen zumindest für eine Wirkung von KVT. Dabei konnte eine wahrgenommene Verringerung der negativen Folgen der Krankheit durch KVT aufgezeigt werden. Es ist trotz grosser Anzahl an Studien noch immer nicht klar, inwieweit es klinisch relevante Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapieformen zu verzeichnen gibt. Conwill et al. (2014) legten durch ihre Untersuchungen eine mögliche Durchführbarkeit einer Gruppentherapie dar. Neben der Gruppentherapie scheinen auch Alternativen bei der KVT eine vergleichbare Wirkung zu haben. KVT-basierte Selbsthilfeprogramme (Sharpe et al., 2011), IKVT (Andersson et al., 2014), Telefon- und angeleitete Selbsthilfe-Behandlungsformen (Cuijpers et al., 2019), Arbeitsbücher und Anwendungen über Smartphone oder Tablet (Lin & Espay, 2021) können ebenfalls als Möglichkeiten in Betracht gezogen werden.

In der Praxis sollte demnach weiterhin individuell auf Patientinnen und Patienten eingegangen werden und Behandlungen den Symptomen und Krankheiten entsprechend angepasst werden. Fobian und Szaflarski (2021) erklären dazu, dass wenn eine Art der KVT-

Therapie bei einer Person nicht einschlägt, dies nicht zwingend bei einer anderen Person auch der Fall sein muss. Gleichzeitig kann eine einmal erfolgreiche Art der Therapie nicht einfach für alle Patientinnen und Patienten übernommen werden. Dies erscheint nachvollziehbar, wenn die Bandbreite an Symptomen einbezogen wird, die bei FNS auftreten kann. Dies bestätigten auch Ergebnisse von Saifee et al. (2012), die Personen mit motorischen FNS untersuchten, die eine Therapie besuchten und seit mindestens zwei Jahren entlassen wurden. Sie argumentieren dabei, dass psychologische Attributionen als Kriterien für die Auswahl von Patientinnen und Patienten für eine KVT verwendet werden könnten. Trotzdem zeigen die Resultate eine positive Auswirkung einer KVT-Behandlung bei Personen mit FNS. Auch Tolin (2010) zeigt auf, dass KVT bei Nachbehandlungen besser abschneidet als andere Formen der Psychotherapie. Die Schwere der Symptome ist nach der Behandlung bei dieser Therapieform im Vergleich kleiner. Für Tolin ist dabei klar, dass die KVT für viele – wenn nicht sogar für die meisten Patientinnen und Patienten – als erste Wahl angesehen werden sollte.

Auch Goldfried (2015) gibt sich als Befürworter einer erweiterten KVT aus, da die von ihm bevorzugte theoretische Ausrichtung der KVT zwar ein wirksames Mittel zur Unterstützung vieler Patientinnen und Patienten zu sein scheint, aber die ausschliessliche Konzentration auf offenkundige Verhaltens- und Lernmodelle die erfolgreiche Intervention bei Patientinnen und Patienten einschränkt. Aus diesem Grund erweitert er die KVT um psychodynamische und erfahrungsbezogene Ideen.

Wenn die herkömmliche Art der KVT durch diverse Umstände nicht durchgeführt werden kann, scheinen Gruppentherapien eine mögliche Alternative darzustellen. Es wird deutlich, dass Psychotherapie – insbesondere die KVT – bei somatoformen Störungen im Allgemeinen hilfreich ist. Es lässt sich sagen, dass die aufgezeigten Studien Hinweise liefern, dass Gruppentherapiesitzungen mit einem KVT-basierten Ansatz eine praktikable Option für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit PNES und anderen FNSs sind, insbesondere wenn das emotionale Wohlbefinden bei der Symptom-Ätiologie und -Prognose von Bedeutung ist.

Obwohl die KVT auf individuelle Bedürfnisse der Person Bezug nehmen sollte, zeigen Conwill et al. (2014) Hinweise auf eine mögliche Durchführbarkeit dieser Therapieform in einem grösseren Rahmen. Wenn eine Gruppentherapie als Alternative angeboten werden könnte, würde dies aus Gründen der Kosteneffizienz und Durchführbarkeit zumindest aus wirtschaftlicher Sichtweise Sinn machen. Auch andere Untersuchungen deuten darauf hin, dass Gruppentherapien keine signifikanten Unterschiede zu Einzeltherapien aufzeigen (Cuijpers et al., 2019).

Herkömmliche Arbeiten zu Hause können Patientinnen und Patienten möglicherweise von einem optimalen Lernerfolg aus der Therapie abhalten, da diese umständlich gestaltet sind und sie dadurch die Aufgaben nicht gründlich genug durcharbeiten. Die Therapietreue ist in der Praxis ein ernsthaftes Hindernis für die Wirksamkeit der KVT (LeBeau et al., 2013). Wenn die Arbeiten zu Hause oder die Therapien an sich in einem anderen Medium vermittelt werden würden, könnte dies die grundsätzliche Therapietreue von Patientinnen und Patienten steigern.

Obwohl für die Untersuchungen von IKVT nur soziale Angst-, Panikstörung, depressive Symptome, Körperunzufriedenheit, Tinnitus, männliche sexuelle Dysfunktion und Spinnenphobie untersucht wurden, könnten die Resultate bei Patientinnen und Patienten mit FNS ähnlich ausfallen, da O'Connell et al. (2020) bei der persönlichen KVT keine Unterschiede in den Ergebnissen aufgrund der Krankheiten festgestellt hat.

Jedoch sollte bei diesen Alternativen trotzdem ein Therapeut oder eine Therapeutin den Kontakt zu Patientinnen oder Patienten pflegen, da bei ungeleiteter Selbsthilfe die Ergebnisse statistisch signifikant weniger wirksam sind als bei Einzel-, Gruppen-, Telefon- und angeleiteten Selbsthilfe-KVT (Cuijpers et al., 2019).

Es scheint in der Forschung jedoch unterschiedliche Ansichten zu geben, für welchen Schweregrad der Symptome eine IKVT angemessen ist. Eine Meinung basiert auf der Tatsache, dass bei einer internetbasierten Therapie möglicherweise keine Beurteilung und Leitung der Behandlung durch Therapeutinnen und Therapeuten erfolgt. Deswegen sollten Patientinnen und Patienten bei sofortigen erforderlichen Behandlungen, starken Depressionen oder Suizidgedanken aus dieser Form der Therapie ausgeschlossen werden und lieber eine herkömmliche Therapieform auswählen (Carlbring & Andersson, 2006). Spätere Ergebnisse liefern jedoch Anzeichen dafür, dass eine internetbasierte Behandlung bei Personen von leichten bis schweren Depressionen – mit oder ohne komorbide Angststörung – wirksam ist (van Bastelaar et al., 2012).

Auch wenn die Fernbehandlung als alternative Variante noch weiter untersucht werden muss, könnte sie in Zukunft die Verfügbarkeit von KVT vergrößern. Als wichtiger positiver Punkt müssen sicherlich die geringen Kosten einer Online-Variante angesprochen werden. Da eine solche Form der Therapie nur bei der eigentlichen Produktion Grundkosten verursacht, könnte sie für günstige Preise in ärmeren Gebieten angeboten werden, so zum Beispiel im Sudan, da dort bei einer Stichprobe 60 % der FNS-Betroffenen junge, arbeitslose Frauen sind (Osman et al., 2020).

Zusammenfassend kann aufgezeigt werden, dass Patientinnen und Patienten von einer Therapie profitieren. Dabei kommt es nur sekundär auf die genaue Therapieform an – primär

hingegen mehr auf die neurologische Betreuung. Das beschreibt auch Popkirov (2020) mit seiner Erläuterung über die Wichtigkeit einer Therapie. Ohne neurologische Betreuung kommt es zu einer erhöhten Rückverlegung der Symptome. Besonders bezieht sich dies auf Symptome wie dissoziative Anfälle, funktionelle Bewegungsstörungen und Schwindelsyndrome. Dabei ist es auch wichtig, die Prognose so früh wie möglich zu stellen. Im besten Fall wird diese bereits im Kindesalter gestellt, da Prognosen von FNS im Erwachsenenalter ein schlechteres Verbesserungspotenzial aufweisen als bei Kindern (Durrant et al., 2011).

Zu den genannten Alternativen gibt es bereits Untersuchungen zu weiteren Kombinationsmöglichkeiten, die in Zusammenarbeit mit KVT zu einer Verbesserung der Symptome führen können. Unter anderem wurden von Butler et al. (2020) Psychedelika als mögliche zusätzliche Unterstützung zur KVT bei Patientinnen und Patienten mit FNS untersucht. Die Ergebnisse zeigen auf, dass Psychedelika durchaus zu einer Verbesserung der Symptome führen. Bei einer Untersuchung wurde von insgesamt 26 Patienten bei 69 % ( $N = 18$ ) zumindest eine gewisse Verbesserung der Symptome festgestellt. Da die Zulassung psychedelischer Drogen jedoch je nach Ortschaft eingeschränkt ist, könnten weitere Forschungen in diesem Bereich schwierig werden.

Mögliche zusätzliche Unterstützungen zur KVT bei Patientinnen und Patienten mit FNS sind demnach bereits bekannt und können in die Therapie miteinbezogen werden. Neue Ergebnisse zeigen weitere Optionen, die Symptome von FNS zu verringern. Gonsalvez et al. (2021) untersuchten dazu nicht-invasive Hirnstimulation (NIBS) bei Personen mit FNS. Allerdings konnten dazu keine Schlussfolgerungen gezogen werden, die eine aussagekräftige Wirksamkeit bestätigen.

Für genauere Aussagen über den Vergleich von KVT zu anderen Therapieformen benötigt es jedoch weitere Studien. Viele der aufgezeigten Studien weisen eine geringe Stichprobengröße auf. Zudem fehlt oft eine Behandlungskontrollgruppe, was die Kreditibilität der Studien verkleinert. Ein Vergleich zwischen KVT und anderen Therapieformen ist schwer in eine Double-Blind-Studie einzubinden, da bei der Therapie eine Behandlung mit KVT nicht verborgen werden kann. Da es sich bei FNS um eine komorbide Krankheit handelt (Gelauff et al., 2013), wird die Verallgemeinerbarkeit von Studien über FNS eingeschränkt. Zukünftige Studien sollten die Teilnahme von Patientinnen und Patienten nicht vom Vorhandensein von Depressionen und Angstzuständen abhängig machen. Zusätzlich unterscheiden Studien beim Therapieerfolg eine Anfallsreduzierung und -freiheit. Dies macht einen genauen Vergleich schwierig, da nicht die gleichen Resultate als Erfolg berechnet werden.

Bei den untersuchten Studien, die die Wirksamkeit von KVT auf Personen mit FNS untersuchten, handelte es sich bei der Krankheit meistens um PNES. Gutkin et al. (2020) geben zu diesem Phänomen die Erklärung ab, dass PNES relativ homogen und im Vergleich zu anderen Subtypen von FNS diagnostisch einfacher zu untersuchen ist.

In nächster Zeit könnten jedoch mehr Studien in diesem Bereich veröffentlicht werden, da es eine wesentliche Änderung in der Klassifikation gab, ein erhöhtes Interesse an dieser Störung vorhanden ist und neue Mittel für klinische Studien vorhanden sind (Kroenke, 2007).

In Zukunft könnten sich Studien spezifisch mit der Therapie bei Kindern und Jugendlichen befassen und der Frage nachgehen, wie sich Behandlungsansätze zu Erwachsenen mit FNS unterscheiden.

## **6 Schlussdiskussion**

Das Ziel der vorliegenden Literaturarbeit war es, die KVT als Standardvorgehen bei Patientinnen und Patienten mit FNS zu untersuchen. Für die Beantwortung wurden mehrere Studien zu diesem Themenbereich untersucht, die die Wirksamkeit von KVT an sich überprüften und diese auch mit anderen Formen der Therapie und anderen Krankheiten verglichen.

Die aufgezeigten Studien legen eine signifikante Wirksamkeit von KVT bei Patientinnen und Patienten mit FNS dar. Dabei beschreiben die erkrankten Personen eine wahrgenommene Verringerung der negativen Folgen der Krankheit durch KVT. Jedoch scheint es nicht nur diese Variante der Psychotherapie zu geben, die bei Patientinnen und Patienten zum Erfolg führt. Auch medizinische Standardversorgungen und Antidepressiva scheinen bei Symptomen von FNS zu helfen. In der Praxis sollte somit weiterhin individuell auf die Personen eingegangen werden und die Behandlung den Symptomen und Krankheiten entsprechend angepasst werden.

Kann die KVT nicht wie geplant in einer Einzeltherapie durchgeführt werden, ist die Gruppentherapie eine vergleichbare Alternative. Ansonsten können auch KVT-basierte Selbsthilfeprogramme, IKVT, Telefon- und angeleitete Selbsthilfe-Behandlungsformen, Arbeitsbücher und moderne Anwendungen über Smartphone oder Tablet als Möglichkeiten in Betracht gezogen werden. Dazu müssen in Zukunft jedoch noch weitere Forschungsarbeiten durchgeführt werden, um mögliche Nebeneffekte auszuschliessen, die eine Therapie ohne echten Kontakt zu einer Therapeutin oder Therapeuten mit sich bringen könnten. In Zukunft könnten sich Studien spezifisch mit diesen alternativen Varianten der KVT auseinandersetzen. Obwohl es zurzeit einige Forschungen über die Therapie mit PNES gibt, sind andere Arten von FNS weniger erforscht. Spezifische Studien zu möglichst effizientem Vorgehen bei allgemeiner

FNS würden Patientinnen und Patienten unterstützen, die Symptome so schnell wie möglich zu bekämpfen. Zusätzliche Forschungen mit der Therapie bei Kindern und Jugendlichen und der Frage wie sich Behandlungsansätze zu Erwachsenen mit FNS unterscheiden, wären ebenfalls hilfreich für die Praxis.

Durch die Untersuchung der Studien wurde aufgezeigt, dass die KVT einen berechtigten Platz als Standardvorgehen einnimmt, wenn Personen mit FNS eine Therapie aufsuchen. Alternativ zur Eins-zu-Eins-Therapie können auch andere Formen dieser Therapie zu Verbesserungen der Symptome führen. Kann keine Behandlung vor Ort durchgeführt werden, könnte in Zukunft eine Fernbehandlung als Ersatz angeboten werden, jedoch fehlen hierfür noch ausschlaggebende Forschungsergebnisse.



## 7 Literaturverzeichnis

- Ahmad, O., & Ahmad, K. E. (2016). Functional neurological disorders in outpatient practice: An Australian cohort. *Journal of Clinical Neuroscience*, 28, 93–96. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2015.11.020>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (5. Aufl.). American Psychiatric Publishing.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288–295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Aybek, S., Nicholson, T. R., Zelaya, F., O'Daly, O. G., Craig, T. J., David, A. S., & Kanaan, R. A. (2014). Neural Correlates of Recall of Life Events in Conversion Disorder. *JAMA Psychiatry*, 71(1), 52. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2842>
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., Lindemann, A. M., Kivlighan, D. M., Laska, K. M., del Re, A. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 395–405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.004>
- British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies. (o. D.). *What is CBT?* Babcp. <https://babcp.com/What-is-CBT>
- Butler, M., Seynaeve, M., Nicholson, T. R., Pick, S., Kanaan, R. A., Lees, A., Young, A. H., & Rucker, J. (2020). Psychedelic treatment of functional neurological disorder: a systematic review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 10, 204512532091212. <https://doi.org/10.1177/2045125320912125>
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22(3), 545–553. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.10.009>
- Carroll, L. (2020). *Alice's Adventures in Wonderland: The Original 1865 Classic Novel*. Independently published.
- Caspar, F. (2018). *Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Hogrefe AG.
- Conwill, M., Oakley, L., Evans, K., & Cavanna, A. E. (2014). CBT-based group therapy intervention for nonepileptic attacks and other functional neurological symptoms: A

- pilot study. *Epilepsy & Behavior*, 34, 68–72.  
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.03.012>
- Cuijpers, P. (2016). Are all psychotherapies equally effective in the treatment of adult depression? The lack of statistical power of comparative outcome studies. *Evidence Based Mental Health*, 19(2), 39–42. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102341>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 700.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>
- Devinsky, O., Gazzola, D., & LaFrance, W. C. (2011). Differentiating between nonepileptic and epileptic seizures. *Nature Reviews Neurology*, 7(4), 210–220.  
<https://doi.org/10.1038/nrneurol.2011.24>
- Durrant, J., Rickards, H., & Cavanna, A. E. (2011). Prognosis and Outcome Predictors in Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Epilepsy Research and Treatment*, 2011, 1–7.  
<https://doi.org/10.1155/2011/274736>
- Edwards, M. J. (2019). Functional neurological disorder: an ethical turning point for neuroscience. *Brain*, 142(7), 1855–1857. <https://doi.org/10.1093/brain/awz194>
- Epstein, S. A., Maurer, C. W., LaFaver, K., Ameli, R., Sinclair, S., & Hallett, M. (2016). Insights into Chronic Functional Movement Disorders: The Value of Qualitative Psychiatric Interviews. *Psychosomatics*, 57(6), 566–575.  
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.04.005>
- Fobian, A. D., & Szaflarski, J. P. (2021). Identifying and evaluating novel treatment targets for the development of evidence-based interventions for functional neurological disorder. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 100479. <https://doi.org/10.1016/j.ebr.2021.100479>
- Freud, S., & Breuer, J. (1991). *Studien über Hysterie*. Beltz Verlag.
- Gargalas, S., Weeks, R., Khan-Bourne, N., Shotbolt, P., Simblett, S., Ashraf, L., Doyle, C., Bancroft, V., & David, A. S. (2015). Incidence and outcome of functional stroke mimics admitted to a hyperacute stroke unit. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 88(1), 2–6. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-311114>
- Gelauff, J., Stone, J., Edwards, M., & Carson, A. (2013). The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 220–226. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-305321>

- Gilmour, G. S., Nielsen, G., Teodoro, T., Yogarajah, M., Coebergh, J. A., Dilley, M. D., Martino, D., & Edwards, M. J. (2020). Management of functional neurological disorder. *Journal of Neurology*, 267(7), 2164–2172. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-09772-w>
- Goldfried, M. R. (2015). A Professional Journey Through Life. *Journal of Clinical Psychology*, 71(11), 1083–1092. <https://doi.org/10.1002/jclp.22218>
- Goldstein, L. H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, M. R., Moriarty, J., Toone, B. K., & Mellers, J. D. C. (2010). Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot RCT. *Neurology*, 74(24), 1986–1994. <https://doi.org/10.1212/wnl.0b013e3181e39658>
- Goldstein, L. H., Deale, A. C., O'Malley, S. J. M., Toone, B. K., & Mellers, J. D. C. (2004). An Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy as a Treatment for Dissociative Seizures. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 17(1), 41–49. <https://doi.org/10.1097/00146965-200403000-00005>
- Gonsalvez, I., Spagnolo, P., Dworetzky, B., & Baslet, G. (2021). Neurostimulation for the treatment of functional neurological disorder: A systematic review. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 100501. <https://doi.org/10.1016/j.ebr.2021.100501>
- Gutkin, M., McLean, L., Brown, R., & Kanaan, R. A. (2020). Systematic review of psychotherapy for adults with functional neurological disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 92(1), 36–44. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-321926>
- Helle, M. (2019). Forschung in der Psychotherapie. *Psychotherapie*, 161–191. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58712-6\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58712-6_6)
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2011). *Selbstmanagement-Therapie*. Springer Publishing.
- Kollesch, J. (1989). *Antike Heilkunst*. Reclam.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 881–888. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31815b00c4>
- Labudda, K., Frauenheim, M., Miller, I., Schrecke, M., Brandt, C., & Bien, C. G. (2020). Outcome of CBT-based multimodal psychotherapy in patients with psychogenic

- nonepileptic seizures: A prospective naturalistic study. *Epilepsy & Behavior*, 106, 107029. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107029>
- LaFrance, W. C., Baird, G. L., Barry, J. J., Blum, A. S., Frank Webb, A., Keitner, G. I., Machan, J. T., Miller, I., & Szaflarski, J. P. (2014). Multicenter Pilot Treatment Trial for Psychogenic Nonepileptic Seizures. *JAMA Psychiatry*, 71(9), 997. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.817>
- LaFrance, W. C., & Bjønæs, H. (2018). Designing Treatment Plans Based on Etiology of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Gates and Rowan's Nonepileptic Seizures*, 283–299. <https://doi.org/10.1017/9781316275450.029>
- LaFrance, W. C., & Friedman, J. H. (2009). Cognitive behavioral therapy for psychogenic movement disorder. *Movement Disorders*, 24(12), 1856–1857. <https://doi.org/10.1002/mds.22683>
- LaFrance, W. C., Miller, I. W., Ryan, C. E., Blum, A. S., Solomon, D. A., Kelley, J. E., & Keitner, G. I. (2009). Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 14(4), 591–596. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.02.016>
- LeBeau, R. T., Davies, C. D., Culver, N. C., & Craske, M. G. (2013). Homework Compliance Counts in Cognitive-Behavioral Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 171–179. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.763286>
- Lin, A., & Espay, A. J. (2021). Remote delivery of cognitive behavioral therapy to patients with functional neurological disorders: Promise and challenges. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 100469. <https://doi.org/10.1016/j.ebr.2021.100469>
- Linden, M., & Hautzinger, M. (2021). *Verhaltenstherapiemanual – Erwachsene (Psychotherapie: Praxis) (German Edition)* (9. Aufl. 2022 Aufl.). Springer.
- Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well--mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2–12. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2>
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519–530. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.001>

- Mayor, R., Smith, P. E., & Reuber, M. (2011). Management of patients with nonepileptic attack disorder in the United Kingdom: A survey of health care professionals. *Epilepsy & Behavior*, 21(4), 402–406. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.05.019>
- O’Connell, N., Watson, G., Grey, C., Pastena, R., McKeown, K., & David, A. S. (2020). Outpatient CBT for Motor Functional Neurological Disorder and Other Neuropsychiatric Conditions: A Retrospective Case Comparison. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 32(1), 58–66. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.19030067>
- Osman, A. H., Alsharief, S. M., & Siddig, H. E. (2020). Functional neurological disorder: Characteristics and outcome in a limited-resources country (Sudan). *Epilepsy & Behavior*, 111, 107151. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107151>
- Popkirov, S. (2020). *Funktionelle neurologische Störungen: Erkennen, verstehen, behandeln (German Edition)* (1. Aufl. 2020 Aufl.). Springer.
- Radkovsky, A., & Berking, M. (2012). Kognitive Verhaltenstherapie. *Springer-Lehrbuch*, 23–43. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-25523-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-642-25523-6_3)
- Reuber, M., Pukrop, R., Bauer, J., Helmstaedter, C., Tessendorf, N., & Elger, C. E. (2003). Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Annals of Neurology*, 53(3), 305–311. <https://doi.org/10.1002/ana.3000>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Saifee, T. A., Kassavetis, P., Pareés, I., Kojovic, M., Fisher, L., Morton, L., Foong, J., Price, G., Joyce, E. M., & Edwards, M. J. (2012). Inpatient treatment of functional motor symptoms: a long-term follow-up study. *Journal of Neurology*, 259(9), 1958–1963. <https://doi.org/10.1007/s00415-012-6530-6>
- Sharpe, M., Walker, J., Williams, C., Stone, J., Cavanagh, J., Murray, G., Butcher, I., Duncan, R., Smith, S., & Carson, A. (2011). Guided self-help for functional (psychogenic) symptoms: A randomized controlled efficacy trial. *Neurology*, 77(6), 564–572. <https://doi.org/10.1212/wnl.0b013e318228c0c7>
- Stone, J. (2005). Functional symptoms in neurology: management. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76(suppl\_1), i13–i21. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2004.061663>
- Stone, J., Burton, C., & Carson, A. (2020). Recognising and explaining functional neurological disorder. *BMJ*, m3745. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3745>

- Stone, J., LaFrance, W. C., Brown, R., Spiegel, D., Levenson, J. L., & Sharpe, M. (2011). Conversion Disorder: Current problems and potential solutions for DSM-5. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(6), 369–376. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.07.005>
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>
- Trimble, M., & Reynolds, E. (2016). A brief history of hysteria. *Handbook of Clinical Neurology*, 3–10. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-801772-2.00001-1>
- van Bastelaar, K. M., Pouwer, F., Cuijpers, P., Riper, H., Twisk, J. W., & Snoek, F. J. (2012). Is a Severe Clinical Profile an Effect Modifier in a Web-Based Depression Treatment for Adults With Type 1 or Type 2 Diabetes? Secondary Analyses From a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e2. <https://doi.org/10.2196/jmir.1657>
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, „all must have prizes.“ *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- World Health Organization. (2022). *The Icd-10 Classification Of Mental & Behavioural Disorders: Clinical Descriptions And Diagnostic Guidelines* (1. Aufl.). AITBS PUBLISHERS.

## 8 Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss Artikel 36 Absatz 1 Buchstabe o des Gesetzes vom 5. September 1996 über die Universität zum Entzug des aufgrund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'C' followed by a dot and a flourish that resembles a 'B'.

Cédric Berther, Montag, 31. Januar 2022, Ostermundigen