

PAIS & ME/CFS und ihre Abgrenzung zu F-Diagnosen bzw. F-Diagnosen als Komorbiditäten



MMag. DDr. Markus Gole

Praxis für Psychologie, Philosophie
und Berufskunde

Webinar, 12.03.2025



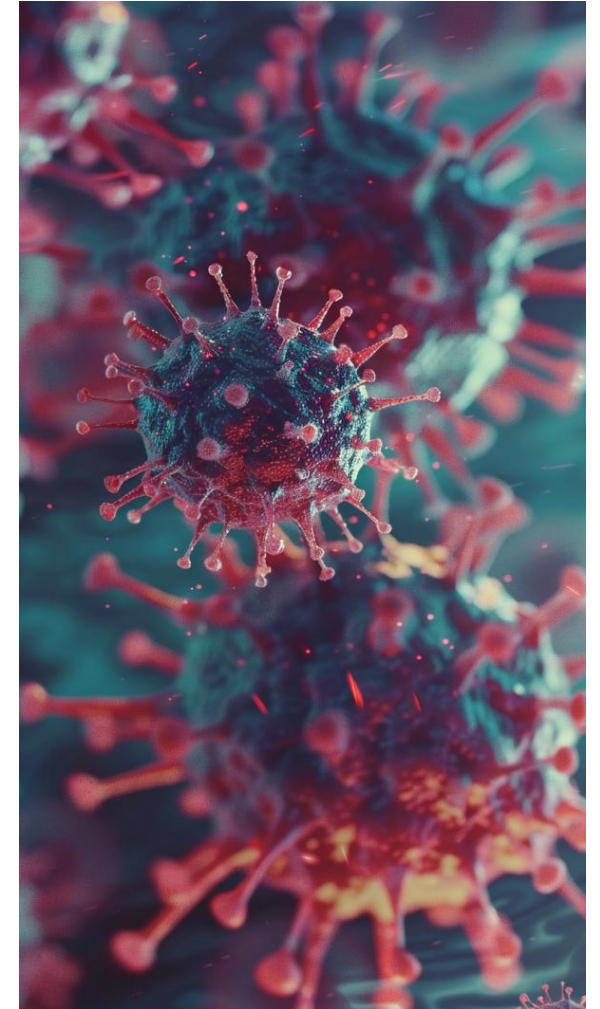
Genesen ist nicht gesund

Nach **jeder** Infektion können Symptome weiter bestehen bleiben.

Nach der akuten SARS-CoV-2-Infektion unterscheidet man zwischen

- **Long Covid (LC):** Beschwerden bestehen zwischen 4 Wochen und 12 Wochen und
- **Post-Covid-Syndrom (PCS; ICD-10-Code: U09.9):** Beschwerden bestehen länger als 12 Wochen nach der akuten Infektion.

Eine Progredienz zu **ME/CFS (ICD-10-Code: G93.3)** ist möglich!





Berichte von Patient:innen

„Rausgehen und etwas Bewegung hilft.“

„Long Covid gibt es nicht, das ist alles psychisch.“

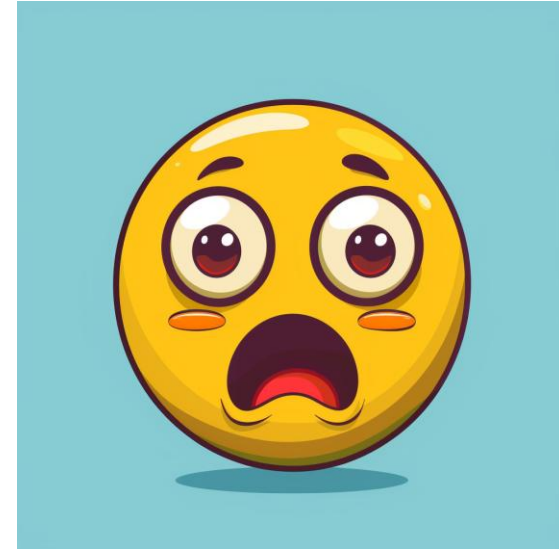
„An ME/CFS glaube ich nicht.“

„Die Neurologie glaubt nicht an ME/CFS.“

„Nein, ich werde mich nicht in ME/CFS einlesen, das ist psychisch.“

„Internationale Studien kann man nicht glauben.“

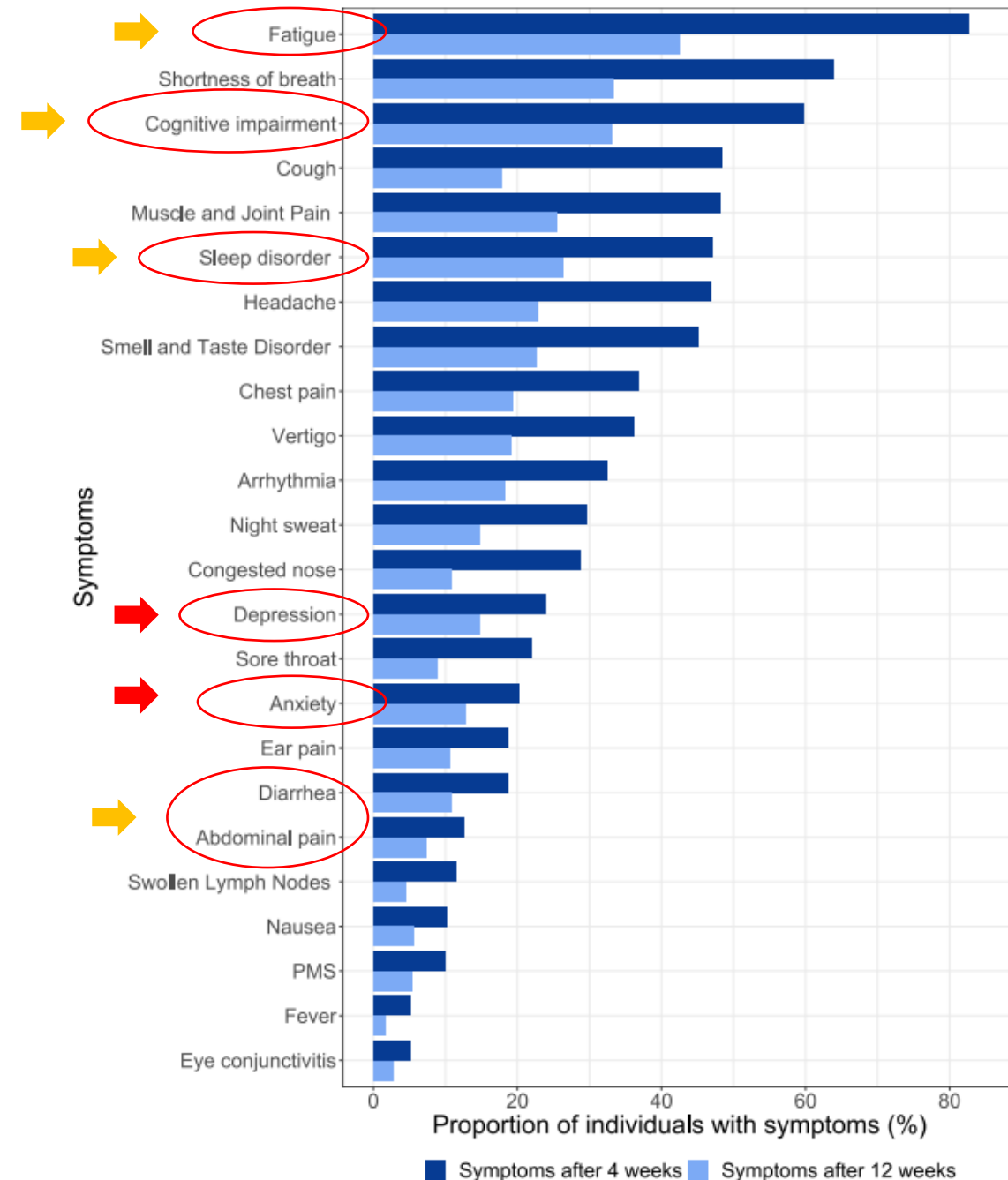
„Die Neurologie nennt es ME/CFS, die Psychiatrie nennt es Hypochondrie.“



Insights into early recovery from Long COVID—results from the German DigiHero Cohort

Ein Übersichtsartikel geht von mind. 10% aus, die LC/PCS-Symptome aufweisen.

Eine aktuelle Studie aus Deutschland geht von einer noch größeren Häufigkeit an Symptomen aus!





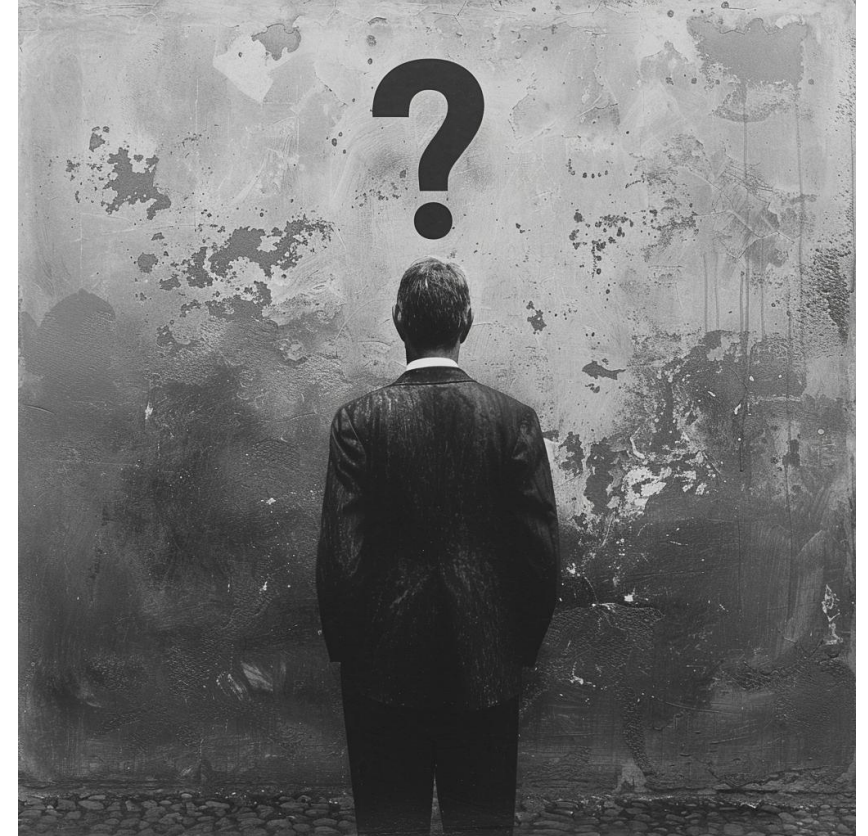
Intermezzo: Welcher Verdacht?

Patient:in präsentiert sich mit folgenden Symptomen:

- Erschöpfung
- Kognitive Probleme
- Schlafstörungen
- Durchfall/Bauchschmerzen
- Depressive Symptome
- Angstsymptome

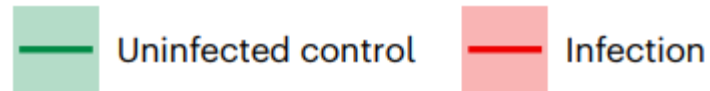


Erster Eindruck: F32.x, F41.2



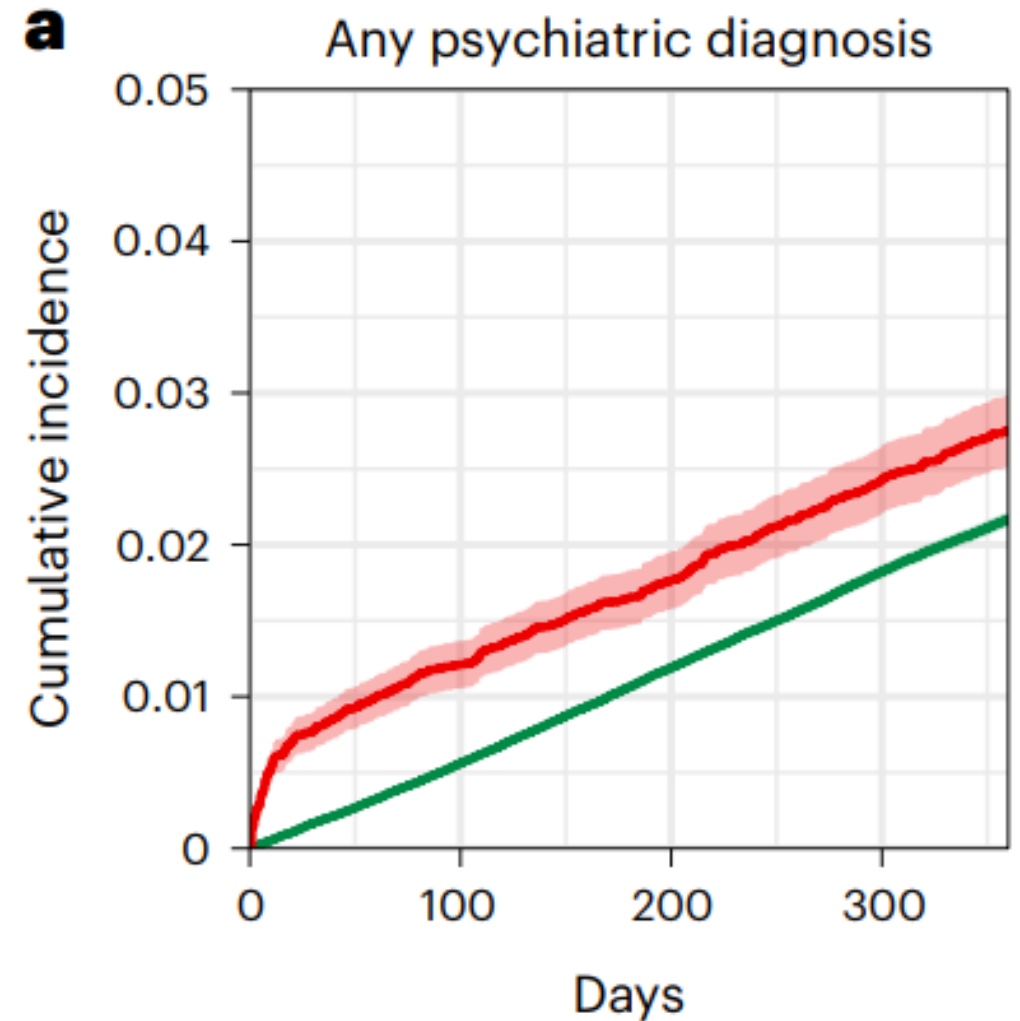


Post-Corona: psychische Erkrankungen



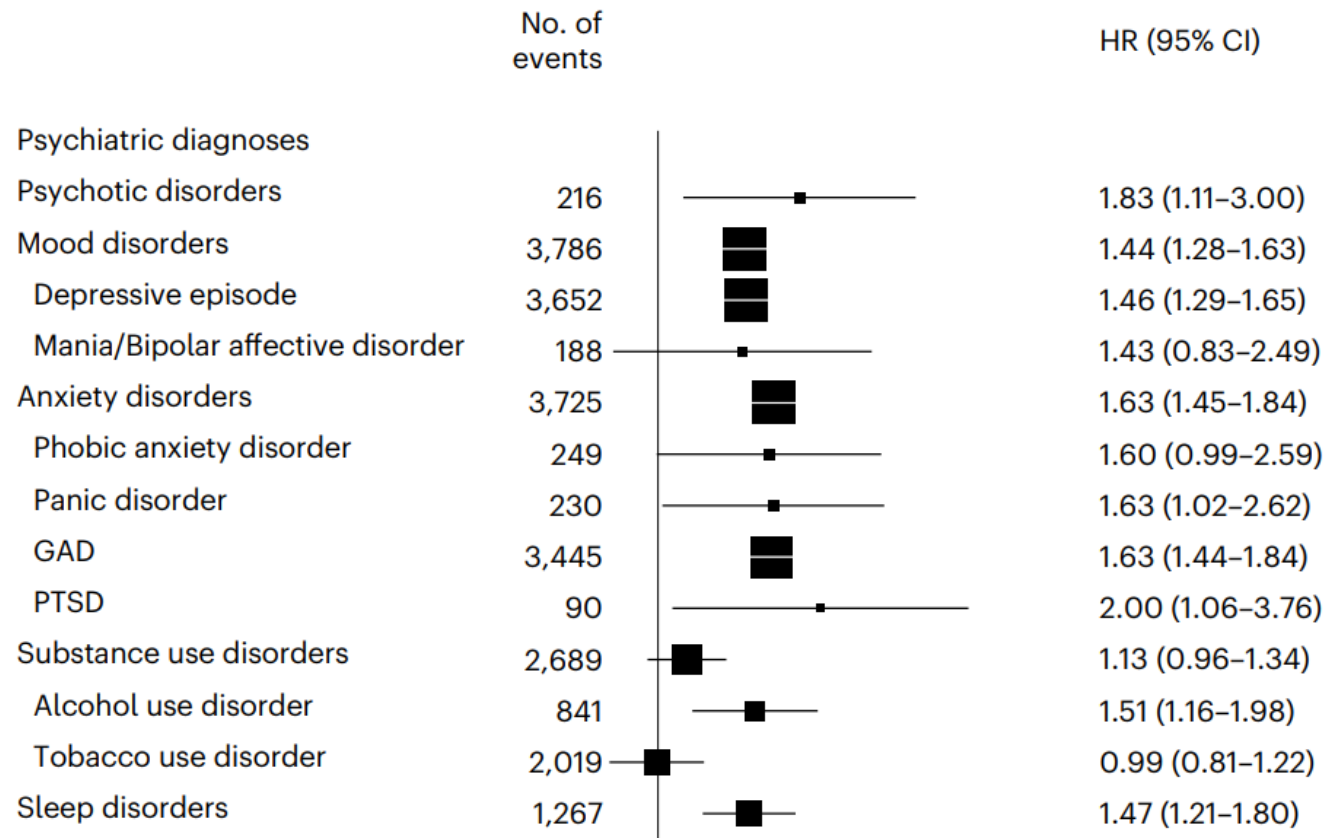
Eine Corona-Infektion erhöht das Risiko, psychisch zu erkranken!

Das Risiko, zu erkranken, liegt **bei 47%** und ist deutlich höher für hospitalisierte als für nicht-hospitalisierte Personen.





Psychische Erkrankungen bei PCS



Auszug aus Abb. 3

nature human behaviour



Article

<https://doi.org/10.1038/s41562-024-01853-4>

Long-term risk of psychiatric disorder and psychotropic prescription after SARS-CoV-2 infection among UK general population

Received: 13 October 2022

Yunhe Wang^{1,10}, Binbin Su^{2,10}, Junqing Xie^{3,4,5}, Clemente Garcia-Rizo^{6,7,8} &

Accepted: 28 February 2024

Daniel Prieto-Alhambra^{3,9}

Das Risiko ist höher für Nicht-Geimpfte.



ME/CFS: Komorbiditäten

Tabelle: 12-Monats-Prävalenzraten (gerundet) psychischer Erkrankungen bei ME/CFS und in der Normalbevölkerung

	Stichprobe		
	ME/CFS	NBV-D	NBV-USA
Depression unipolar	15-40%	8-12%	7%
Angststörung	20%	15%	18%
Somatoforme Störung	5-15%	4-13%	-
keine F-Diagnose	30-50%	64-66%	74%
Burn Out	-	2%	-
Neurasthenie	-	1%	-
Anpassungsstörung	-	1% [#]	-
Unwohlsein/Müdigkeit	-	-	-



Anmerkung: NBV = Normalbevölkerung; D = Deutschland;

[#] Lebenszeitprävalenz



Psychische Erkrankungen bei ME/CFS

DSM IV psychiatric disorders assessed by MINI interview at baseline

	No CFS <i>n</i> =124,223	CFS onset <i>n</i> =292
GAD	4.3%	12.9%
Dysthymia	1.2%	3.5%
Panic disorder	3.1%	9.3%
Social phobia	0.9%	5.6%
Agoraphobia	3.2%	7.7%
MDD	1.9%	5.5%
Any of above DSM-IV disorders	7.7	21.7

 frontiers | Frontiers in [Psychiatry](#)

TYPE Original Research
PUBLISHED 24 March 2023
DOI [10.3389/fpsyt.2023.1120250](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1120250)

 Check for updates

OPEN ACCESS

EDITED BY
Josef Jenewein,
Privatlinik Hohenegg AG,
Switzerland

REVIEWED BY
Adrijana D'Silva,
University of Calgary, Canada
Elspeth Guthrie,
University of Leeds,
United Kingdom

Psychiatric disorders and the onset of self-reported fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: The lifelines cohort study

Francis Creed*

School of Health Sciences, Division of Psychology & Mental Health, The University of Manchester, Manchester, United Kingdom

Psychische Erkrankungen
(Belastungen) beeinflussen
kognitive Funktionen.



Contents lists available at ScienceDirect

SSM - Qualitative Research in Health

journal homepage: www.journals.elsevier.com/ssm-qualitative-research-in-health

Clinician-associated traumatization from difficult medical encounters: Results from a qualitative interview study on the Ehlers-Danlos Syndromes

Colin M.E. Halverson^{a,b,c,d,*}, Heather L. Penwell^a, Clair A. Francomano^e^a Center for Bioethics, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, USA^b Department of Medicine, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, USA^c Department of Anthropology, Indiana University, Indianapolis, IN, USA^d Regenstrief Institute, Indianapolis, IN, USA^e Department of Medical and Molecular Genetics, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, USA

Vermeidung einer
Traumatisierung durch das
Gesundheitssystem!

ARTICLE INFO

Keywords:

Clinician-associated traumatization
Medical trauma
Post-traumatic stress symptoms
Ehlers-Danlos Syndromes
Bioethics
Medical anthropology
In-depth interviews
United States of America
Iatrogenic
Trauma symptoms

ABSTRACT

Patients with hypermobile Ehlers Danlos Syndrome often experience psychological distress resulting from the perceived hostility and disinterest of their clinicians. We conducted 26 in-depth interviews with patients to understand the origins of this trauma and how it could be addressed in practice. We found that the cumulative effects of numerous negative encounters lead patients to lose trust in their healthcare providers and the healthcare system, and to develop acute anxiety about returning to clinic to seek further care. We describe this as *clinician-associated traumatization*. Ultimately, our interviewees described the result of this traumatization as worse – but preventable – health outcomes.



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Economic Behavior and Organization

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jebo



Doctors' attitudes toward specific medical conditions[☆]

Brooke Scoles^{a,1}, Catia Nicodemo^{b,*}

^a London School of Economics, Houghton St, Hol-born, London WC2A 2AE, United Kingdom

^b University of Oxford, Department of Primary Care, and University of Verona Italy



ARTICLE INFO

Article history:

Received 25 February 2022

Revised 25 September 2022

Accepted 28 September 2022

Available online 25 October 2022

JEL classification:

I1

C01

C55

C8

Keywords:

Physician attitude

Machine learning

Language

Diagnoses

Lasso

ABSTRACT

This study uses machine learning and natural language processing tools to examine the language used by healthcare professionals on a global online forum. It contributes to an underdeveloped area of knowledge, that of physician attitudes toward their patients. Using comments left by physicians on Reddit's "Medicine" subreddit (r/medicine), we test if the language from online discussions can reveal doctors' attitudes toward specific medical conditions. We focus on a set of chronic conditions that usually are more stigmatized and compare them to ones well accepted by the medical community. We discovered that when comparing diseases with similar traits, doctors discussed some conditions with more negative attitudes. These results show bias does not occur only along the dimensions traditionally analyzed in the economics literature of gender and race, but also along the dimension of disease type. This is meaningful because the emotions associated with beliefs impact physicians' decision making, prescribing behavior, and quality of care. First, we run a binomial LASSO-logistic regression to compare a range of 21 diseases against myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS), depression, and the autoimmune diseases multiple sclerosis and rheumatoid arthritis. Next, we use dictionary methods to compare five more chronic diseases: Lyme disease, Ehlers-Danlos syndrome (EDS), Alzheimer's disease, osteoporosis, and lupus. The results show physicians discuss ME/CFS, depression, and Lyme disease with more negative language than the other diseases in the set. The results for ME/CFS included over four times more negative words than the results for depression.

Vermeidung einer
vorschnellen oder negativ
geprägten Beurteilung!



ORIGINAL ARTICLE

Austerity and identity formation: How welfare cutbacks condition narratives of sickness

Niklas Altermark¹  | Åsa Plesner² 

¹Department of Political Science, Lund University, Lund, Sweden

²Stockholm Business School, Stockholm University, Stockholm, Sweden

Correspondence

Niklas Altermark, Department of Political Science, Lund University, Box 52, Lund 221 00, Sweden.

Email: niklas.altermark@svet.lu.se

Funding information

Forskningsrådet om Hälsa, Arbetsliv och Valfärd, Grant/Award Number: 2017-02098

Abstract

In recent years, Swedish sick insurance has become more restrictive. In this article, we analyse how people not being granted payments, despite being seriously ill, are affected. Scholarship on identity formation and sickness stress the importance of constructing narratives in order to come to terms with one's situation. Our analysis of 30 qualitative interviews with people diagnosed with ME/CFS shows that workfare politics conditions such identity formation and often prevents it from taking place. Interviewees describe extreme stress as a result of their contacts with the Social Insurance Agency (SIA),

Erkrankung wird
behördenseitig nicht
anerkannt und verleugnet!



'We have no services for you... so you have to make the best out of it': A qualitative study of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome patients' dissatisfaction with healthcare services

Line Melby PhD, Research manager  | Roshan das Nair PhD, Senior researcher

Results: Four main themes were developed: (1) 'Nonexistent services' cover patients' experience that healthcare services had nothing to offer them after receiving their ME/CFS-diagnosis. (2) 'Nonpersonalised services' documents experiences where patients did receive services, which *in theory* was appropriate for relieving a specific health problem, but *in practice* were experienced as inappropriate because they were not adapted to the patient's need. (3) 'Slow services' address patients' experience of getting services too late (or too little) to be useful. (4) 'Wrong services' comprise patients' experiences of being offered and/or 'forced' to accept services that they felt were inappropriate for their health problems.

Conclusions: Providers' lacking knowledge of the condition and lack of precise recommendations for follow up may partly explain unsatisfactory experiences.

Fehlendes Wissen im
Gesundheitssystem!



Research article

Identifying the mental health burden in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) patients in Switzerland: A pilot study

Rahel Susanne König^a, Daniel Henry Paris^{b,c}, Marc Sollberger^{d,e}, Rea Tschopp^{b,c,f,*}

^a Faculty of Medicine, University of Basel, Klingelbergstrasse 61, 4056, Basel, Switzerland

^b Swiss Tropical and Public Health Institute, Kreuzstrasse 2, 4123, Allschwil, Switzerland

^c University of Basel, Switzerland

^d Memory Clinic, University Center for Medicine of Aging Basel, Felix Platter-Hospital, Basel, Switzerland

^e Department of Neurology, University Hospital Basel and University of Basel, 4002, Basel, Switzerland

^f Armauer Hansen Research Institute, Jimma Road, 1005, Addis Ababa, Ethiopia

ARTICLE INFO

Keywords:

Depression

Myalgic Encephalomyelitis/ chronic fatigue

syndrome

Stigmatization

Suicidal ideations

Switzerland

ABSTRACT

Background: Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) is a debilitating chronic disease of significant public health and clinical importance. It affects multiple systems in the body and has neuro-immunological characteristics. The disease is characterized by a prominent symptom called post-exertional malaise (PEM), as well as abnormalities in the immune-inflammatory pathways, mitochondrial dysfunctions and disturbances in neuroendocrine pathways. The purpose of this study was to evaluate the impact of ME/CFS on the mental health and secondary psychosocial manifestations of patients, as well as their coping mechanisms.

Method: In 2021, a descriptive cross-sectional study was conducted in Switzerland. A self-administered paper questionnaire survey was used to gather data from 169 individuals diagnosed with ME/CFS.

Results: The majority of the patients (90.5%) reported a lack of understanding of their disease, resulting in patients avoiding talking about the disease due to disbelief, trivialization and avoidance of negative reactions. They felt most supported by close family members (67.1%). Two thirds of the patients (68.5%) experienced stigmatization. ME/CFS had a negative impact on mental health in most patients (88.2%), leading to sadness (71%), hopelessness for relief (66.9%), suicidal thoughts (39.3%) and secondary depression (14.8%). Half of the male patients experienced at least one suicidal thought since clinical onset. Factors significantly associated with depression were the lack of cure, disabilities associated with ME/CFS, social isolation and the fact that life was not worth anymore with ME/CFS. The three main factors contributing to suicidal thoughts were (i) being told the disease was only psychosomatic (89.5%), (ii) being at the end of one's strength (80.7%) and (iii) not feeling being understood by others (80.7%).

ME/CFS-Betroffene weisen üblicherweise psychische Belastungen auf.

Größter Einflussfaktor für das Auftreten von Suizidgedanken: „being told the disease was only psychosomatic“.

Why the Psychosomatic View on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Is Inconsistent with Current Evidence and Harmful to Patients



Manuel Thoma^{1,*}, Laura Froehlich² , Daniel B. R. Hattesohl¹, Sonja Quante¹, Leonard A. Jason³ 
and Carmen Scheibenbogen⁴ 

- ¹ German Association for ME/CFS, 20146 Hamburg, Germany; daniel.hattesohl@dg.mecfs.de (D.B.R.H.); sonja.quante@dg.mecfs.de (S.Q.)
² Research Center CATALPA, FernUniversität in Hagen, 58097 Hagen, Germany; laura.froehlich@fernuni-hagen.de
³ Center for Community Research, DePaul University, Chicago, IL 60614, USA; ljason@depaul.edu
⁴ Institute of Medical Immunology, Charité—Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin and Humboldt Universität zu Berlin and Berlin Institute of Health (BIH), 10117 Berlin, Germany; carmen.scheibenbogen@charite.de
* Correspondence: manuel.thoma@dg.mecfs.de

Abstract: Since 1969, Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) has been classified as a neurological disease in the International Classification of Diseases by the World Health Organization. Although numerous studies over time have uncovered organic abnormalities in patients with ME/CFS, and the majority of researchers to date classify the disease as organic, many physicians still believe that ME/CFS is a psychosomatic illness. In this article, we show how detrimental this belief is to the care and well-being of affected patients and, as a consequence, how important the education of physicians and the public is to stop misdiagnosis, mistreatment, and stigmatization on the grounds of incorrect psychosomatic attributions about the etiology and clinical course of ME/CFS.

Keywords: myalgic encephalomyelitis; chronic fatigue syndrome; ME/CFS

1. Introduction

Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (hereafter: ME/CFS) is a chronic and debilitating disease that predominantly affects women, but also men, in all age

Vermeidung einer falschen
Behandlung!



check for
updates

Citation: Thoma, M.; Froehlich, L.; Hattesohl, D.B.R.; Quante, S.; Jason, L.A.; Scheibenbogen, C. Why the Psychosomatic View on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Is Inconsistent with Current Evidence and Harmful to Patients. *Medicina* **2024**, *60*, 83. <https://doi.org/10.3390/medicina60010083>

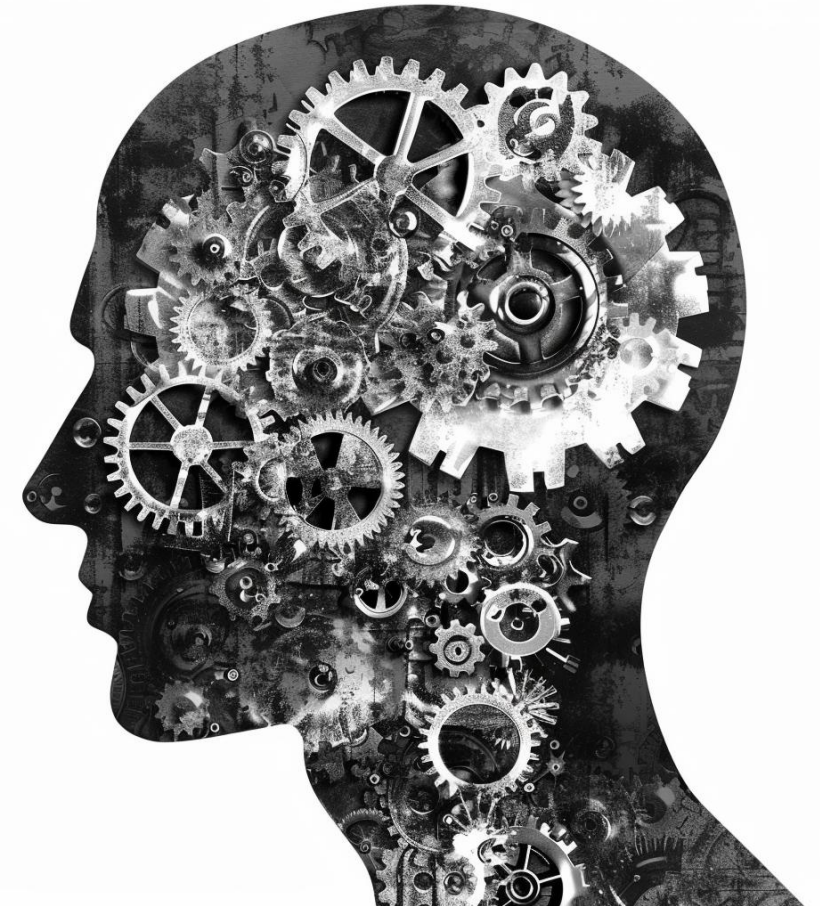


Kognitive Probleme...

... sind typischerweise **bei ME/CFS** vorhanden.

Sebaiti et al. (2022) berichten robuste Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen:

- **Verarbeitungsgeschwindigkeit** (g zwischen -0.59 und -0.82; z.B. WAIS Zahlen-Symbol-Test)
- **Aufmerksamkeit/Konzentration** (g zwischen -0.50 und -0.75; z.B. PASAT und CPT für selektive Aufmerksamkeit/Daueraufmerksamkeit)
- **Kurzzeitgedächtnis** (g = -0.55, Spatial Span Forward)
- **Langzeitgedächtnis** (g zwischen -0.50 und -0.67; z.B. CLT, ROCF)
- **Exekutive Funktionen** (g = -0.51, Stroop Test)





Kognitive Probleme...

... sind auch Teil der einschlägigen Diagnosekriterien.

- **Kann-Kriterium bei IOM:** Entweder liegen kognitive Beeinträchtigungen oder orthostatische Symptome vor. Ungefähr 96% von Betroffenen mit orthostatischen Symptomen haben auch kognitive Beeinträchtigungen.
- **Kann-Kriterium bei CCC:** Aufgelistet in der Rubrik der neurologischen/kognitiven Manifestationen.

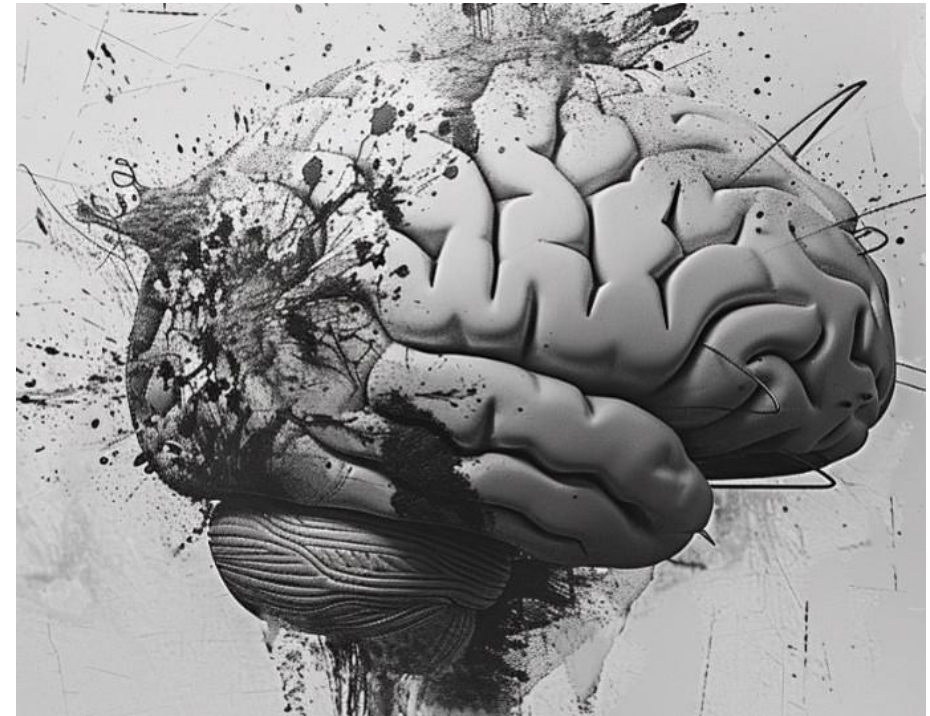




Kognitive Probleme...

... hängen **bei ME/CFS** mit auch mit strukturellen/funktionellen Besonderheiten im Gehirn zusammen, z.B.:

- **Hypoaktivität in der Insula** (Lee et al., 2024).
- **Stärkere funktionale Konnektivität** innerhalb bestimmter Netzwerke (Inderyas et al., 2024; z.B. *Default Mode Network*).
- **Reduzierte kortikale Dicke** im Frontal- und Parietalkortex (Thapaliya et al., 2022).
- **Neurotransmitter-Imbalance** (Thapaliya et al., 2025: Glutamat erhöht).
- Hinweise auf eine **Neuroinflammation** (Chaves-Filho et al., 2023).



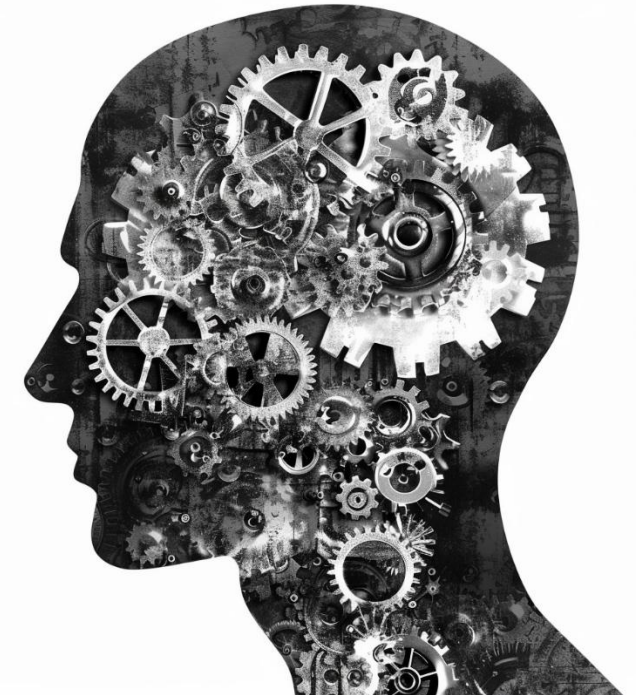
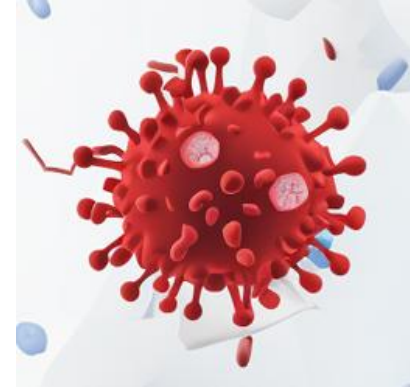


Kognitive Probleme...

... sind bei 22% der Betroffenen **eines PCS** vorhanden (Ceban et al., 2022).

Knapp et al. (2024) berichten robuste Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen:

- **Verarbeitungsgeschwindigkeit** ($g = -0.44$)
- **Aufmerksamkeit/Konzentration** ($g = -0.38$; einfache und komplexe Aufgaben)
- **Lernen/Merken** ($g = -0.34$)
- **Sprache** (v.a. Wortflüssigkeit; $g = -0.34$)
- **Exekutive Funktionen** ($g = -0.32$)

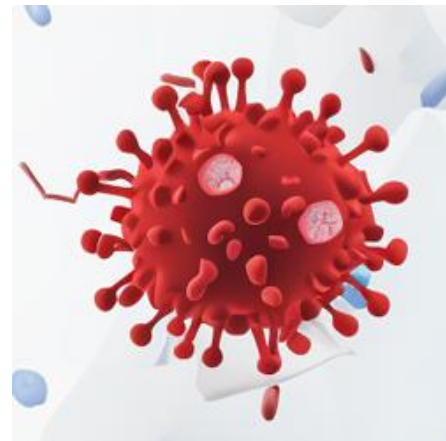
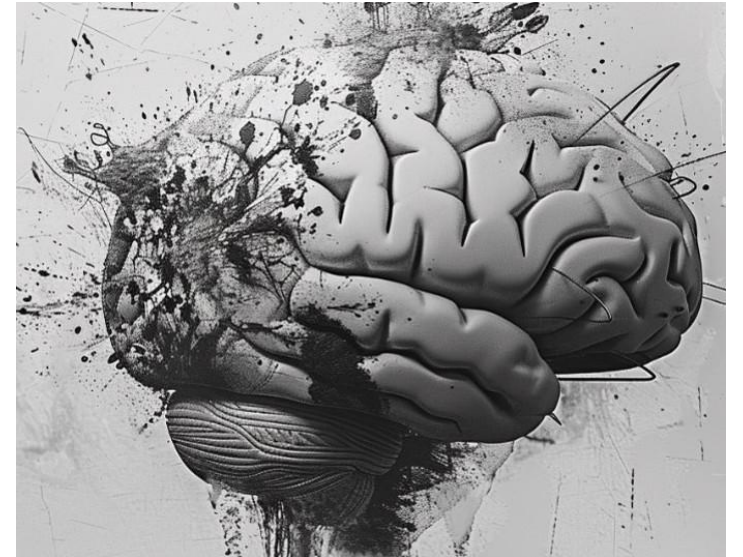




Kognitive Probleme...

... hängen **bei PCS** ebenso mit den ähnlichen strukturellen/funktionellen Besonderheiten im Gehirn zusammen, wie es auch bei ME/CFS der Fall ist.

Hinzu kommt eine Störung der Blut-Hirn-Schranke, die wiederum mit kognitiven Dysfunktionen korreliert (Greene et al., 2024).





Herangehensweise Diagnostik

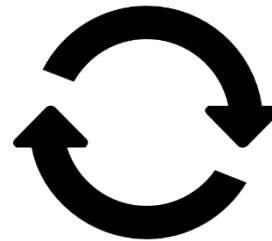
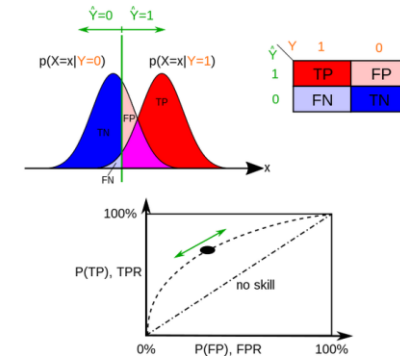
Psychopathologischer Status



Ausführliche Anamnese



Psychologische Testverfahren



Aktenlage/Befunde/Somatik



ME/CFS-spezifische Fragebögen





PEM als Kardinalsymptom: ME/CFS

PEM bedeutet **eine Zustandsverschlechterung nach Anstrengung**, das vor der Erkrankung nicht gewesen wäre.

Anstrengung kann körperlicher, kognitiver oder emotionaler Natur sein und stellen oftmals Kleinigkeiten dar (z.B. Zähneputzen).

Die Zustandsverschlechterung kann für Stunden bis Wochen dauern, **manchmal auch bleibend sein!**

Das beste differentialdiagnostische Merkmal.





Differentialdiagnostik: F4x.x

In der Versorgungspraxis gibt es Überschneidungen zu:

- F43.x Anpassungsstörung
- F45.1 generalisierte Angststörung
- F45.0/F45.1 Somatisierungsstörung
- F45.2 hypochondrische störung
- F45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung
- ~~F48.0 Neurasthenie~~



*Eher historisches Überbleibsel einer Freud'schen Ära.
Wurde von der WHO aus dem ICD-11 gestrichen
(überholt)!*

Matching Terms

neurasthenia (deprecated)



Differentialdiagnostik: F4x.x

Diagnose	Differentialdiagnostische Überlegungen	Unterschied ME/CFS
F43.x – Anpassungsstörung	Meist affektive Symptome im Vordergrund (ängstliche und/oder depressive Komponenten), konkreter belastender Auslöser, meist < 6 Monate	Affektive Symptome nicht im Vordergrund und Stimmung/Affekt typischerweise unauffällig, Dauer > 6 Monate
F41.1 – generalisierte Angststörung	Dauer $\geq$ 6 Monate, Sorgen über alltägliche Kleinigkeiten mit einer Vielzahl an mehr oder weniger spezifischen Symptomen (v.a. vegetative Symptome wie Herzklopfen, psychische Symptome wie Gefühl von Schwäche)	Gesundheitsbezogene Angst typisch, keine „frei flottierende“ oder generalisierte Angst gegeben, keine vorherrschende Besorgnis auf alltägliche Ereignisse gegeben



Differentialdiagnostik: F4x.x

Diagnose	Differentialdiagnostische Überlegungen	Unterschied ME/CFS
F45.0/F45.1 – Somatisierungsstörung	Dauer ≥ 6 Monate oder ≥ 2 Jahre, viele, chronische und wechselnde körperliche Symptome, ständige Fokussierung auf Krankheitsgeschehen, kein hinreichendes körperliches Substrat vorhanden	Keine Kausalrichtung von Psyche $\rightarrow$ Körper, viele pathophysiologische Ergebnisse bei nicht-standardmäßigen Untersuchungen (Forschung!)
F45.2 – hypochondrische Störung	Entweder ≥ 6 Monate anhaltende Überzeugung, an mind. 1 schweren körperlichen Erkrankung zu leiden oder anhaltende Beschäftigung mit einer angenommenen Missbildung; Suche nach medizinischer Behandlung, Weigerung, medizinische Feststellungen zu akzeptieren, dass keine körperliche Ursache existiert	Manchmal seltene körperliche Komorbiditäten (z.B. Ehler-Danlos-Syndrom), viele pathophysiologische Ergebnisse bei nicht-standardmäßigen Untersuchungen (Forschung!)



Differentialdiagnostik: F4x.x

Diagnose	Differentialdiagnostische Überlegungen	Unterschied ME/CFS
F45.3 – somatoforme autonome Funktionsstörung	Vegetative Probleme im Vordergrund, ohne organisches Korrelat, die autonome Erregung muss in ≥ 1 Organsystem zugeordnet werden: (1) Herz/kardiovaskuläres System, (2) oberer Gastronintestinaltrakt, (3) unterer Gastronintestinaltrakt, (4) respiratorisches System, (5) Urogenitalsystem; weitere Symptome müssen auch noch gegeben sein	Komorbide Erkrankungen sind teilweise erklärend (z.B. POTS), vegetative Symptome nicht im Vordergrund, viele pathophysiologische Ergebnisse bei nicht-standardmäßigen Untersuchungen (Forschung!)



Exkurs: Psychosomatikfalle

Die ungerechtfertigte Vergabe einer Psychosomatik-Diagnose führt dazu, dass diese Diagnose kleben bleibt:

1. Versuchen Betroffene, diese loszubekommen, müssen sie wieder das Gesundheitssystem beanspruchen und die Diagnose anzweifeln.
2. Damit weigern sie sich, die Diagnose zu akzeptieren.
3. Das wird wiederum als krankheitsimmanent und krankheitsbestätigend ausgelegt („beharrliche Weigerung einer Akzeptanz“).





Exkurs: Verhaltensbeobachtung





Differentialdiagnostik: F3x.x/F60.x

In der Versorgungspraxis gibt es Überschneidungen zu:

- F32.x/F33.x Depression
- F60.x Persönlichkeitsstörungen (v.a. ängstlich/depressive Züge)

Diagnose	Differentialdiagnostische Überlegungen	Unterschied ME/CFS
F32.x/F33.x – Depression	Dauer ≥ 2 Wochen oder immer wieder auftretend im Längsschnitt, v.a. depressive Stimmung, Interessens-/Freudverlust, verminderter Antrieb, affektive Verflachung, Morgentief, neg. Selbstbild	Stimmung/Affekt unauffällig, kein Morgentief, kein Interessens-/Freudverlust, kein verminderter Antrieb
F60.x – Persönlichkeitsstörungen	Beginn im Kindes-/Jugendalter, Funktionsbeeinträchtigung, Leidensdruck, deutliche, starre und unangepasste Abweichungen im Denken, Fühlen, Verhalten	Längsschnitt unauffällig, Kindheit/Jugend unauffällig, etwaige psychische Missempfinden erst nach ME/CFS-Symptomatik, flexibles Denken, Fühlen, Verhalten



Differentialdiagnostik: Rxx.x/Z73

In der Versorgungspraxis gibt es Überschneidungen zu:

- R53 Unwohlsein/Erschöpfung
- Z73 Burn Out

Diagnose	Differentialdiagnostische Überlegungen	Unterschied ME/CFS
R53 – Unwohlsein/Erschöpfung	Eigentlich keine Krankheitswertigkeit, allgemeine und unspezifische Ermüdung, oftmals vorübergehend	Hoher Krankheitswert, „bleierne“ Erschöpfung, bleibend bis verschlechternd, sehr selten Remission
Z73 – Burn Out	Langsame Entwicklung, oftmals Überlastung durch Arbeit, affektive Symptome (z.B. gereizt, gedrückte Stimmung)	Oftmals im Anschluss an Infekte, keine affektiven Symptome, abruptes Auftreten kommt vor, unabhängig von Arbeitsbelastung



Fallstricke (1/2): FB-Fetischismus

Testergebnisse aus klinisch-psychologischen Fragebögen sind als Heuristik/Hilfestellung zu betrachten: Daraus folgt nie **notwendigerweise** eine F-Diagnose!

Beispiele häufiger Fragebögen:

- Symptom-Check-Liste (SCL)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)
- Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)
- ...





Fallstricke (1/2): Beispiel

SCL-90-S (psychische Belastbarkeit)	T-Wert	
Somatisierung	74	stark erhöht
Zwanghaftigkeit	66	deutlich erhöht
Unsicherheit im Sozialkontakt	60	leicht erhöht
Depressivität	66	deutlich erhöht
Ängstlichkeit	67	deutlich erhöht
Aggressivität	60	leicht erhöht
Phobische Angst	67	deutlich erhöht
Paranoides Denken	55	unauffällig
Psychotizismus	62	leicht erhöht

Somit *nicht* psychotizistisch!

Erklärung: *somatische Ursache*

Die Skala "Psychotizismus" ist vor allem wegen dem Maximalwert im Item 87 "Dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist", erhöht. [REDACTED] sagt, dass diese Überzeugung klar durch die vorhandenen Befunde und die somatischen Diagnosen erklärt wird (z.B. POTS, Polyneuropathie).

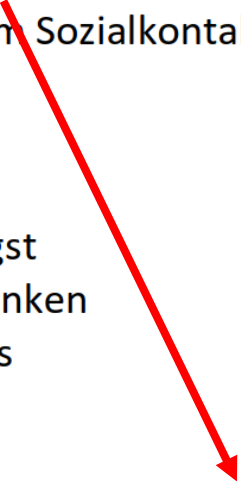


Fallstricke (1/2): Beispiel

SCL-90-S (psychische Belastbarkeit)	T-Wert	
Somatisierung	74	stark erhöht
Zwanghaftigkeit	66	deutlich erhöht
Unsicherheit im Sozialkontakt	60	leicht erhöht
Depressivität	66	deutlich erhöht
Ängstlichkeit	67	deutlich erhöht
Aggressivität	60	leicht erhöht
Phobische Angst	67	deutlich erhöht
Paranoides Denken	55	unauffällig
Psychotizismus	62	leicht erhöht

Somit *nicht* zwanghaft!

Erklärung: *brain fog*



Die Skala "Zwanghaftigkeit" spiegelt v.a. die massiv vorhandenen kognitiven Probleme im Gedächtnis, der Konzentration und ein allgemeines Gefühl der Leere im Kopf wider (v.a. Items 9, 51 und 55). Zu den hohen Werten in Item 10 "Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit", wird gesagt, dass bis jetzt sehr wenig Personen bei Behörden auf ihre Bedürfnisse eingegangen sind.



Fallstricke (1/2): Beispiel

HADS-D (Angst/Depression)

Angst

Depression

Rohwert
6
8

unauffällig

grenzwertig

Somit *nicht* depressiv!

Erklärung: *Erschöpfung/PEM*

Der Rohwert von 8 in der Depressionsskala spricht für eine grenzwertige Ausprägung. Der höchste Wert wurde im Item "Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst" angegeben. Auf Nachfrage gibt ■■■■■ an, dass dies auf die Erschöpfung einer körperlichen Aktivitätsaufnahme zurückzuführen ist, jedoch nicht auf depressive Veränderungen.



Fallstricke (2/2): ME/CFS-Demenz

Zur Differentialdiagnostik auch **ME/CFS-nahe Fragebögen** verwenden! Je spezifischer, desto besser.

Beispiele Fragebögen:

- DePaul Symptom Questionnaire – Short Form (DSQ-SF)
- DePaul Symptom Questionnaire – Post Exertional Malaise (DSQ-PEM)
- Fatigue-Skala (FS)





Fallstricke (2/2): Beispiel

DSQ-SF (ME/CFS)

Falldefinition nach IOM-Kriterien

Falldefinition nach den kanadischen
Konsenskriterien

Ja/Nein

Ja

Ja

Eine ME/CFS-Diagnose nach
den IOM-Kriterien und den
kanadischen
Konsenskriterien liegt vor.

**Symptome (inkl. Erschöpfung) nicht psychisch erklärbar + Screening
ME/CFS erfüllt = V.a. ME/CFS**

Dem Auswertungsalgorithmus von Jason und Sunnquist (2018) folgend sind die wesentlichen diagnostischen Kriterien von ME/CFS nach dem *Institute of Medicine* (IOM, 2015) und nach den kanadischen Konsenskriterien (Carruthers et al., 2003) **erfüllt**.



Fallstricke (2/2): Beispiel

DSQ-PEM (ME/CFS)

PEM gemäß Auswertungssystematik

Ja

Eine PEM liegt vor,
Zeitkriterium > 14 h erfüllt.



**Symptome einer Zustandverschlechterung nicht psychisch erklärbar +
PEM ist vorhanden + Zeitdauer für ME/CFS erfüllt = V.a. ME/CFS**

Dem Auswertungsalgorithmus von Cotler et al. (2018) folgend sind die wesentlichen diagnostischen Kriterien einer PEM **erfüllt**. [REDACTED] weist ein Rating von ≥ 2 in der Häufigkeit und gleichzeitig im Schweregrad in den dafür vorgesehenen Items auf. Sie erlebt eine Verschlechterung ihrer Fatigue nach körperlicher und geistiger Anstrengung, wobei die Verschlechterung mehr als 7 Tage andauert. Dabei ist der Cut-Off-Wert von 14 h deutlich überschritten und das geforderte Zeitkriterium einer ME/CFS-Diagnose ist erfüllt.



Fallstricke (2/2): Beispiel

FS (Erschöpfung/Fatigue)

Gesamtsumme (FS-T)

Physische Erschöpfung (FS-P)

Mentale Erschöpfung (FS-M)

Rohwert

29

19

10

weit überdurchschnittlich

weit überdurchschnittlich

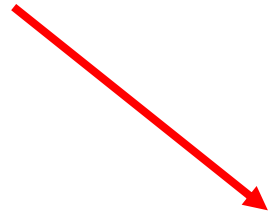
weit überdurchschnittlich

Ja/Nein

Falldefinition klinisch relevanter
Fatigue/Erschöpfung

Ja

Eine klinisch relevante
Fatigue/Erschöpfung liegt
vor.



Symptome der Erschöpfung nicht psychisch erklärbar + klinisch relevante/hohe Ausprägung + ME/CFS-Screening positiv = V.a. ME/CFS



Königsweg: Gespräch

**Vor und/oder während der Diagnostiksitzung:
Aktenlage studieren,
Vorbefunde lesen,
Erhebung des
psychopathologischen
Status, Erfragen von
schlechten Tagen.**



**Nach der
Diagnostiksitzung:
Nachfrage, PEM
explorieren.**



Cave intensive Gespräche

Zeit ist kostbar und wenig vorhanden.

Der Psychologen-Gesamtvertrag sieht folgende Positionen vor:

Pos.- ziffer	Gegenstand	Zeitaufwand
1	Exploration (Verrechenbarkeit siehe unten)	30 Minuten



**60 Min. bedürfen einer
Begründung
Max. 3 Mal 30 Min. für
1 Patienten (pro 12
Monate)**

Bericht Rechnungshof für 2023, Dauer Kontakt zu Hausarzt:

**Ärztliche Versorgung
im niedergelassenen Bereich**



**Im Durchschnitt zwischen 5
und 7 Minuten**



Wozu Diagnostik?

Nie als Selbstzweck, sondern um eine passende Behandlung zu garantieren!

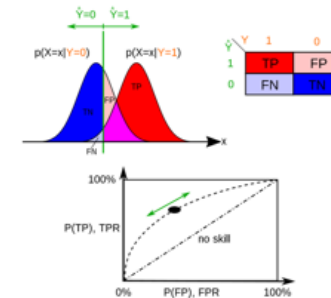
Psychopathologischer Status



Ausführliche Anamnese



Psychologische Testverfahren



Aktenlage/Befunde/Somatik



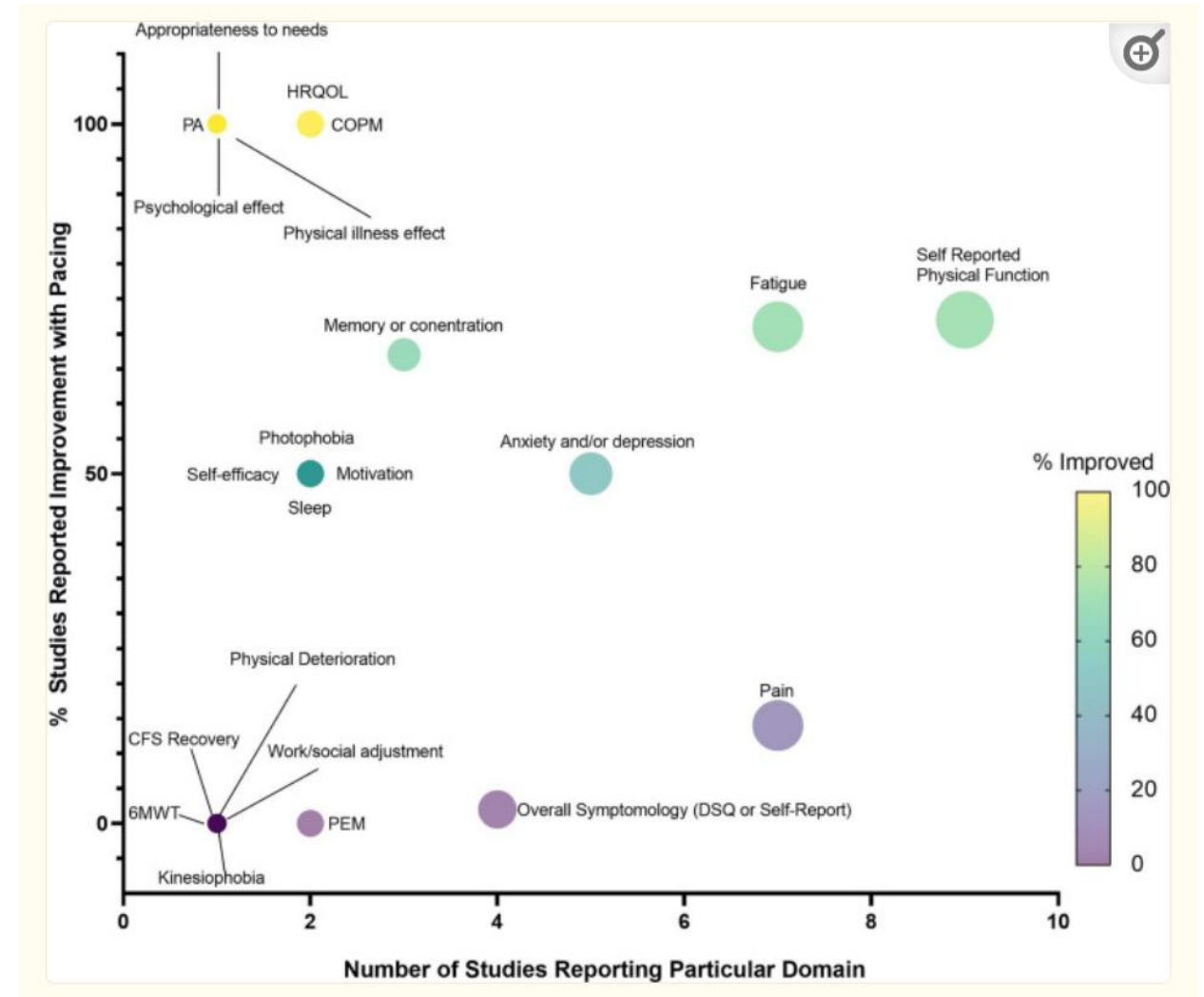
ME/CFS-spezifische Fragebögen



Pacing als Mittel der Wahl der Behandlung



Um eine PEM zu vermeiden, muss mit den eigenen Energiereserven sorgsam umgegangen werden: das ist **Pacing**.



Psychotherapie/Psychologie



Opinion

The Role of Psychotherapy in the Care of Patients with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome

Tilman Grande ^{1,*}, Bettina Grande ¹, Patrick Gerner ², Sabine Hammer ³, Michael Stingl ⁴ , Mark Vink ⁵ 
and Brian M. Hughes ⁶ 

Von Long COVID zu ME/CFS – Der Beitrag der Klinischen Psychologie zur Diagnostik und Behandlung

From Long COVID to ME/CFS – The Contribution of Clinical Psychology
to Diagnosis and Treatment

Markus Gole

Psychologie in Österreich 4 & 5 | 2023

353



Stellt eine zusätzliche Option dar:

- Krankheitsbewältigung
- Komorbide psychische Erkrankungen
- **NICHT** kurativ für ME/CFS/PCS



Offene Fragen

Rückmeldung

Kommentare

Lob/Kritik





Literaturverzeichnis



Zitierte Literatur

- Altermark, N. & Plesner, A. (2021). Austerity and identity formation: how welfare cutbacks condition narratives of sickness. *Sociology of Health and Illness*, 44, 1270-1286.
- Asselmann, E., Beesdo-Baum, K., Hamm, A., Schmidth, C. O., Hertel, J., Grabe, H. J. & Pané-Farré, A. (2019). Lifetime and 12-month prevalence estimates for mental disorders in northeastern Germany: findings from the Study of Health in Pomerania. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, 341-350.
- Bungenberg, J., Hohenfeld, C., Costa, A. S., Heine, J., Schwichtenberg, K., Hartung, T., Franke, C., Binkofski, F., Schulz, J. B., Finke, C. & Reetz, K. (2024). Characteristic functional connectome related to Post-COVID-19 syndrome. *Scientific Reports*, 14, 4997.
- Carruthers, B. M., Jain, A. K., De Meirleir, K. L., Peterson, D. L., Klimas, N. G., Lerner, A. M., Bested, A. C., Flor-Henry, P., Joshi, P., Powles, A. C. P., Sherkey, J. A. & van de Sande, M. I. (2003). Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. Clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 11, 7-115.
- Ceban, F., Ling, S., Lui, L. M. W., Lee, Y., Gill, H., Teopiz, K. M., Rodrigues, N. B., Subramaniapillai, M., Di Vincenzo, J. D., Cao, B., Lin, K., Mansur, R. B., Ho, R. C., Rosenblatt, J. D., Miskowiak, K. W., Vinberg, M., Maletic, V. & McIntyre, R. S. (2022). Fatigue and cognitive impairment in post-COVID-19 syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 101, 93-135.
- Chaves-Filho, A. M., Braniff, O., Angelova, A., Deng, Y. & Tremblay, M.-E. (2023). Chronic inflammation, neuroglial dysfunction, and plasmalogen deficiency as a new pathobiological hypotheses addressing the overlap between post-COVID-19 symptoms and myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Brain Research Bulletin*, 201, 110702.
- Christley, Y., Duffy, T., Everall, J. P. & Martin, C. R. (2013). The neuropsychiatric and neuropsychological features of chronic fatigue syndrome: revisiting the enigma. *Current Psychiatric Reports*, 15, 352.
- Conroy, K. E., Islam, M. F. & Jason, L. A. (2023). Evaluating case diagnostic criteria for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS): toward an empirical case definition. *Disability and Rehabilitation*, 45, 840-847.
- Cotler, J., Holtzman, C., Dudun, C. & Jason, L. A. (2018). A brief questionnaire to assess post-exertional malaise. *Diagnostics*, 8, 66.
- Creed, F. (2023). Psychiatric disorders and the onset of self-reported fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: the lifelines cohort study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1120250.



Zitierte Literatur

- Davis, H. E., McCorkell, L., Vogel, J. M. & Topol, E. J. (2023). Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. *Nature Reviews Microbiology*, 21, 133-146.
- Diexer, S., Klee, B., Gottschick, C., Broda, A., Purschke, O., Binder, M., Gekle, M., Girndt, M., Hoell, J. I., Moor, I., Sedding, D., Rosendahl, J. & Mikończyk, R. (2024). Insights into early recovery from long COVID – results from the German DigiHero Cohort. *Scientific Reports*, 14, 8569.
- Fineschi, S., Fahlström, M., Fällmar, D., Haller, S. & Wikström, J. (2024). Comprehensive MRI assessment reveals subtle brain findings in non-hospitalized post-COVID patients with cognitive impairment. *Frontiers in Neuroscience*, 18, 435218.
- Gole, M. (2023). Von Long COVID zu ME/CFS. Der Beitrag der Klinischen Psychologie zur Diagnostik und Behandlung. *Psychologie in Österreich*, 43, 353-359.
- Grande, T., Grande, B., Gerner, P., Hammer, S., Stingl, M., Vink, M. & Hughes, B. M. (2023). The role of psychotherapy in the care of patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Medicina*, 59040719.
- Greene, C., Connolly, R., Brennan, D., Laffan, A., O'Keeffe, E., Zaporozhan, L., O'Callaghan, J., Thomson, B., Connolly, E., Argue, R., Martin-Loeches, I., Long, A., Chaellaigh, C. N., Conlon, N., Dorherty, C. P. & Campbell, M. (2024). Blood-brain barrier disruption and sustained systemic inflammation in individuals with long-COVID-associated cognitive impairment. *Nature Neuroscience*, 27, 421-432.
- Halverson, C. M. E., Penwell, H. L. & Francomano, C. A. (2023). Clinician-associated traumatization from difficult medical encounters: results from a qualitative interview study on the Ehler-Danlos Syndromes. *SSM – Qualitative Research in Health*, 3, 100237.
- Hosp, J. A., Reisert, M., Dressing, A., Götz, V., Kellner, E., Mast, H., Arndt, S., Waller, C. F., Wagner, D., Rieg, S., Urbach, H., Weiller, C., Schröter, N. & Rau, A. (2024). Cerebral microstructural alterations in Post-COVID-condition are related to cognitive impairment, olfactory dysfunction and fatigue. *Nature Communications*, 15, 4256.
- Inderyas, M., Thapaliya, K., Marshall-Gradisnik, S., Barth, M. & Barnden, L. (2024). Subcortical and default mode network connectivity is impaired in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Frontiers in Neuroscience*, 17, 1318094.
- Institute of Medicine (IOM) (2015). *Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. Redefining an illness. Report guide for clinicians*. Online: <https://www.nap.edu/resource/19012/MECFScliniciansguide.pdf>
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U.- (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23, 304-319.



Zitierte Literatur

- Jason, L. A. & Sunnquist, M. (2018). The development of the DePaul Symptom Questionnaire: original, expanded, brief, and pediatric versions. *Frontiers in Pediatrics*, 6, 330.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Knapp, S. A. B., Austin, D. S., Aita, S. L., Caron, J. E., Owen, T., Borgogna, N. C., Del Bene, V. A., Roth, R. M., Milberg, W. P., Hill, B. D. (2024). Neurocognitive and psychiatric outcomes associated with postacute COVID-19 infection without severe medical complication: a meta-analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 95, 1207-1216.
- Lee, J.-S., Sato, W. & Son, C.-G. (2024). Brain-regional characteristics and neuroinflammation in ME/CFS patients from neuroimaging: a systematic review and meta-analysis. *Autoimmunity Reviews*, 23, 103484.
- Maerker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1745-1752.
- Maske, U. E., Riedel-Heller, S. G., Seiffert, I., Jacobi, F. & Hapke, U. (2016). Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichtetem diagnostiziertem Burnout-Syndrom. Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“. *Psychiatrische Praxis*, 43, 18-24.
- Melby, L. & das Nair, R. (2023). "We have no services for you... so you have to make the best out of it": A qualitative study of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome patients' dissatisfaction with healthcare services. *Health Expectations*, 1-12.
- Molina, K. M., Chen, C.-N., Algeria, M. & Li, H. (2012). Prevalence of neurasthenia, comorbidity, and association with impairment among a nationally representative sample of US adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1733-1744.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2021). *Myalgic encephalomyelitis (encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. NICE guideline*. Online: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206>
- Rabady, S., Altenberger, J., Brose, M., Denk-Linnert, D.-M., Fertl, E., Götzinger, F., de la Cruz Gomez Pellin, M., Hofbaur, B., Hoffmann, K., Hoffmann-Dorninger, R., Koczulla, R., Lammel, O., Lamprecht, B., Löffler-Ragg, J., Müller, C. A., Poggenburg, S., Rittmannsberger, H., Sator, P., Strenger, V., Vonbank, K., Wancata, J., Weber, T., Weber, J., Weiss, G., Wendler, M. & Zwick, R.-H. (2021). Leitlinie S1: long COVID: Differenzialdiagnostik und Behandlungsstrategien. *Wiener klinische Wochenschrift*, 133 (Suppl. 7), S237-S278.



Zitierte Literatur

- Sanal-Hayes, N. E. M., McLaughlin, M., Hayes, L. D., Mair, J. L., Ormerod, J., Carless, D., Hilliard, N., Meach, R., Ingram, J. & Sculthorpe N. F. (2023). A scoping review of 'pacing' for management of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS): lessons learned for the long COVID pandemic. *Journal of Translational Medicine*, 21, 720.
- Scoles, B. & Nicodemo, C. (2022) Doctor's attitudes toward specific medical conditions. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 204, 182-199.
- Sebaiti, M. A., Hainselin, M., Gounden, Y., Sirbu, C. A., Sekulic, S., Lorusso, L., Nacul, L. & Authier, F. J. (2022). Systematic review and meta-analysis of cognitive impairment in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS). *Scientific Reports*, 12, 2157.
- Thapaliya, K., Marshall-Gradisnik, S., Staines, D., Su, J. & Barnden, L. (2022). Alteration of cortical volume and thickness in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 848730.
- Thapaliya, K., Marshall-Gradisnik, S., Eaton-Fitsch, N., Eftekhari, Z., Inderyas, M. & Barnden, L. (2025). Imbalanced brain neurochemicals in long COVID and ME /CFS: a preliminary study using MRI. *The American Journal of Medicine*, 138, 567-574.
- Thoma, M., Fröhlich, L., Hattesoehl, D. B. R., Quante, S., Jason, L. A. & Scheibenbogen, C. (2024). Why the psychosomatic view on myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome is inconsistent with current evidence and harmful to patients. *Medicina*, 60, 83.
- Van Elzaker, M. B., Bues, H. F., Brusaferrri, L., Kim, M., Saadi, D., Ratai, E.-M., Dougherty, D. D., Loggia, M. L. (2024). Neuroinflammation in post-acute sequelae of COVID-19 (PASC) as assessed by [¹¹C]PBR28 PET correlates with vascular disease measures. *Brain, Behavior, and Immunity*, 119, 713-723.
- Wang, Y., Su, B., Xie, J., Garcia-Rizo, C. & Prieto-Alhabra, D. (2024). Long-term risk of psychiatric disorder and psychotropic prescription after SARS-CoV-2 infection among UK general population. *Nature Human Behaviour*.
- Whiteside, D. M., Basso, M. R., Shen, C., Fry, L., Naini, S., Waldron, E. J., Holker, E., Porter, J., Eskridge, C., Logemann, A. & Minor, G. N. (2024). The relationship between performance validity testing, external incentives, and cognitive functioning in long COVID. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 46, 6-15.
- World Health Organization (WHO) (2023). *Clinical management of COVID-19: Living guideline*, 18 August 2023.
Online: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2023.2>