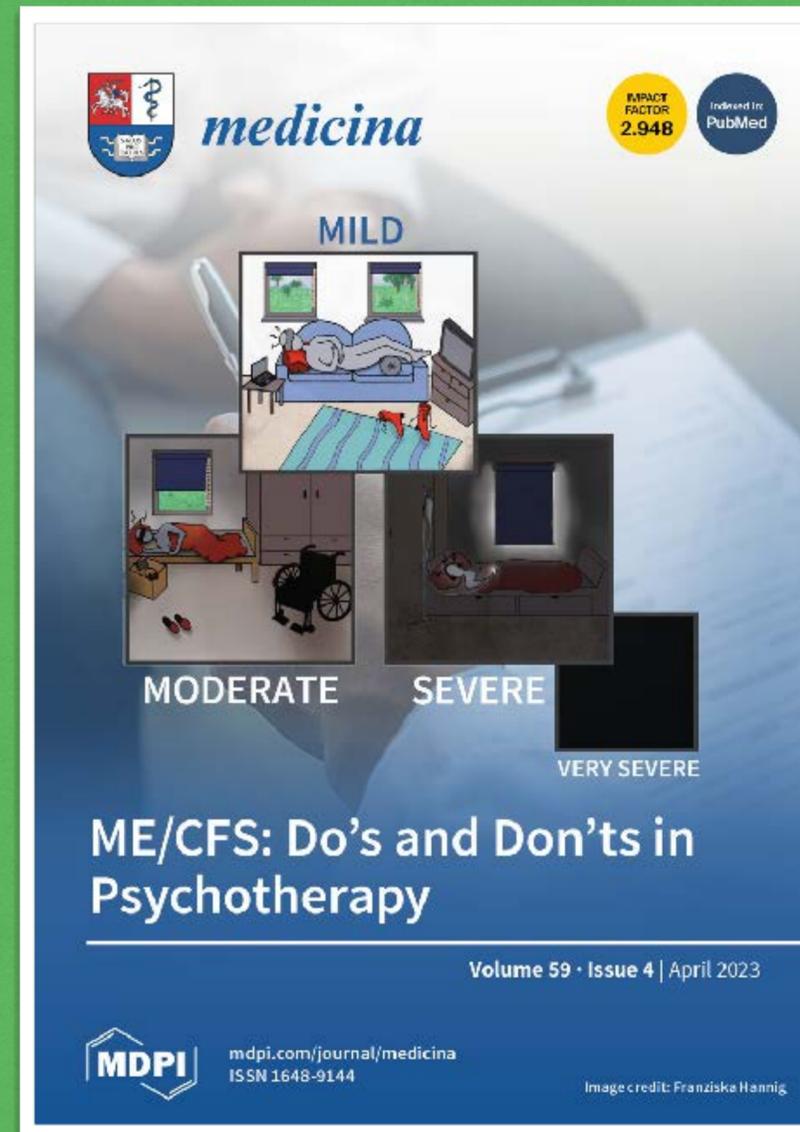


Die Rolle der Psychotherapie in der Versorgung von Post-COVID und ME/CFS



Dr. Tilman und Bettina Grande

Heidelberg, 06.07.23

- 1. Ein medizinischer Überblick zu Post COVID und ME/CFS**
- 2. Somatisch, psychisch, psychosomatisch, psychisch „überlagert“?**
- 3. Versorgungsrealität Betroffener und ihrer Angehörigen**
- 4. Die Rolle der Psychotherapie**
- 5. Do's and Don'ts für uns Psychotherapeut*innen**



SARS-CoV2 Infektion



Impfung



Viren,
Bakterien,
Parasiten,
(...)

akutes Covid-19



Long Covid



Post Covid
Syndrom



ME/CFS

NICE: Post COVID Syndrom , WHO Post COVID

4 Wochen

8 Wochen

12 Wochen

6 Monate

bestehende und neue Symptome

Verschiedene Pathogene sind als Auslöser von ME/CFS bekannt, u.a.:

- ▶ **Epstein-Barr-Virus (EBV)**
- ▶ **Influenza**
- ▶ **Herpes Viren (Herpes simplex, HHV1)**
- ▶ **Bakterien: Borrelien, Chlamydien, Q-Fieber, Dengue-Fieber**

SARS-CoV-2 (Corona) ist nur einer von vielen möglichen Auslösern für ME/CFS

Auch aus Post COVID kann ME/CFS werden

“It’s extraordinary how many people [with Covid-19] have a post-viral syndrome that’s very strikingly similar to myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome.

— DR. ANTHONY FAUCI

**DIRECTOR OF NIAID, U.S. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH
MEMBER OF THE WHITE HOUSE CORONAVIRUS TASKFORCE**



*Topol E, Verghese A. "Fauci to Medscape: 'We're All In It Together...'" Medscape (July 17, 2020)
Available online: https://www.medscape.com/viewarticle/933619#vp_3*

Aus Post COVID kann ME/CFS werden ...?

31.08.2022:

**Eine Charité-Studie liefert Belege für diese
lang gehegte Annahme**

<https://link.springer.com/article/10.1007/s15010-020-01464-x>

<https://www.nature.com/articles/s41467-022-32507-6>

**LONG COVID FÄLLE IN EUROPA:
36 MILLIONEN (WHO, 27.06.23)**

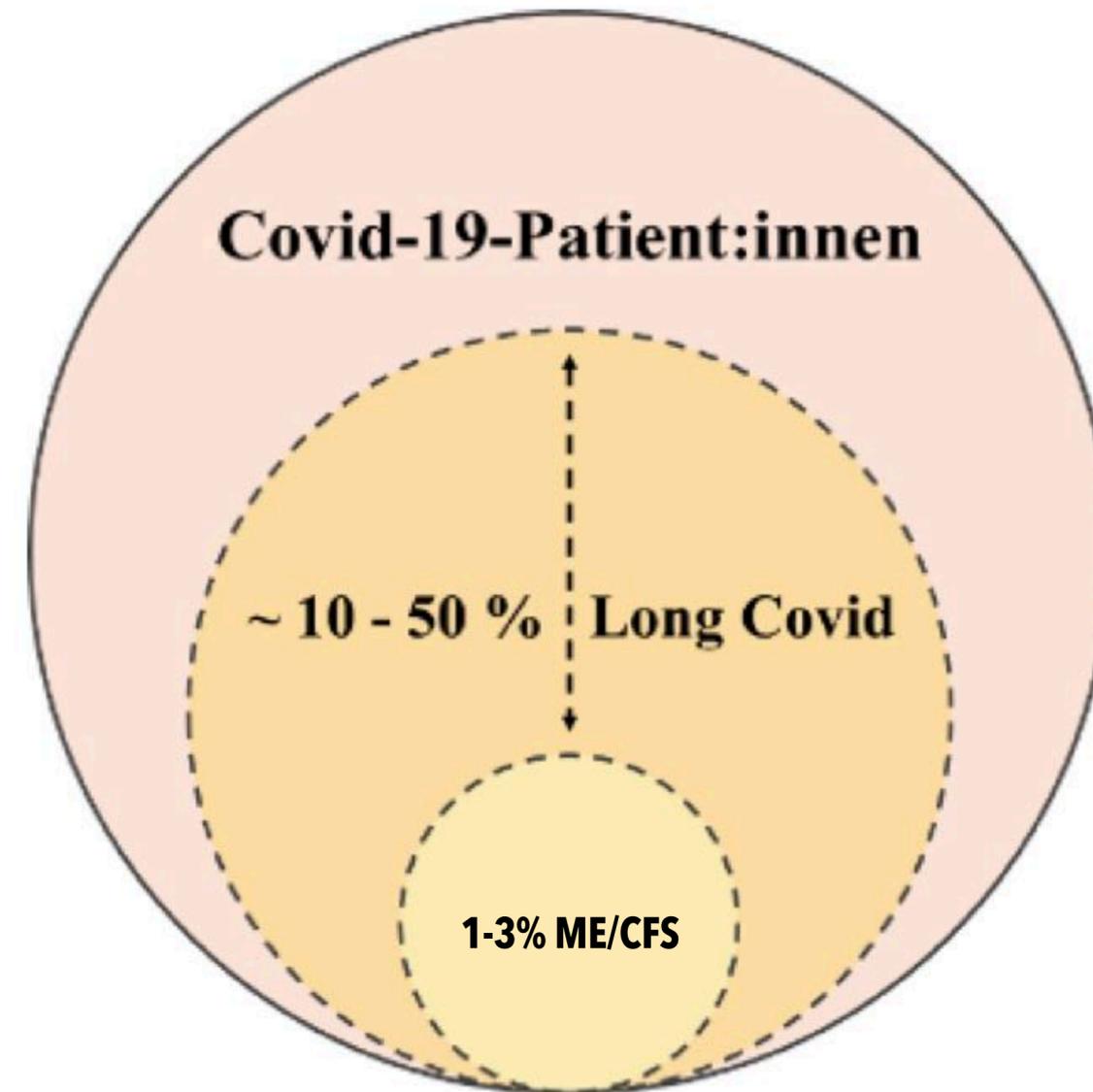


Abb. 3: Spannweite der geschätzten Long-COVID-Prävalenz. Quelle: LongCOVID Deutschland

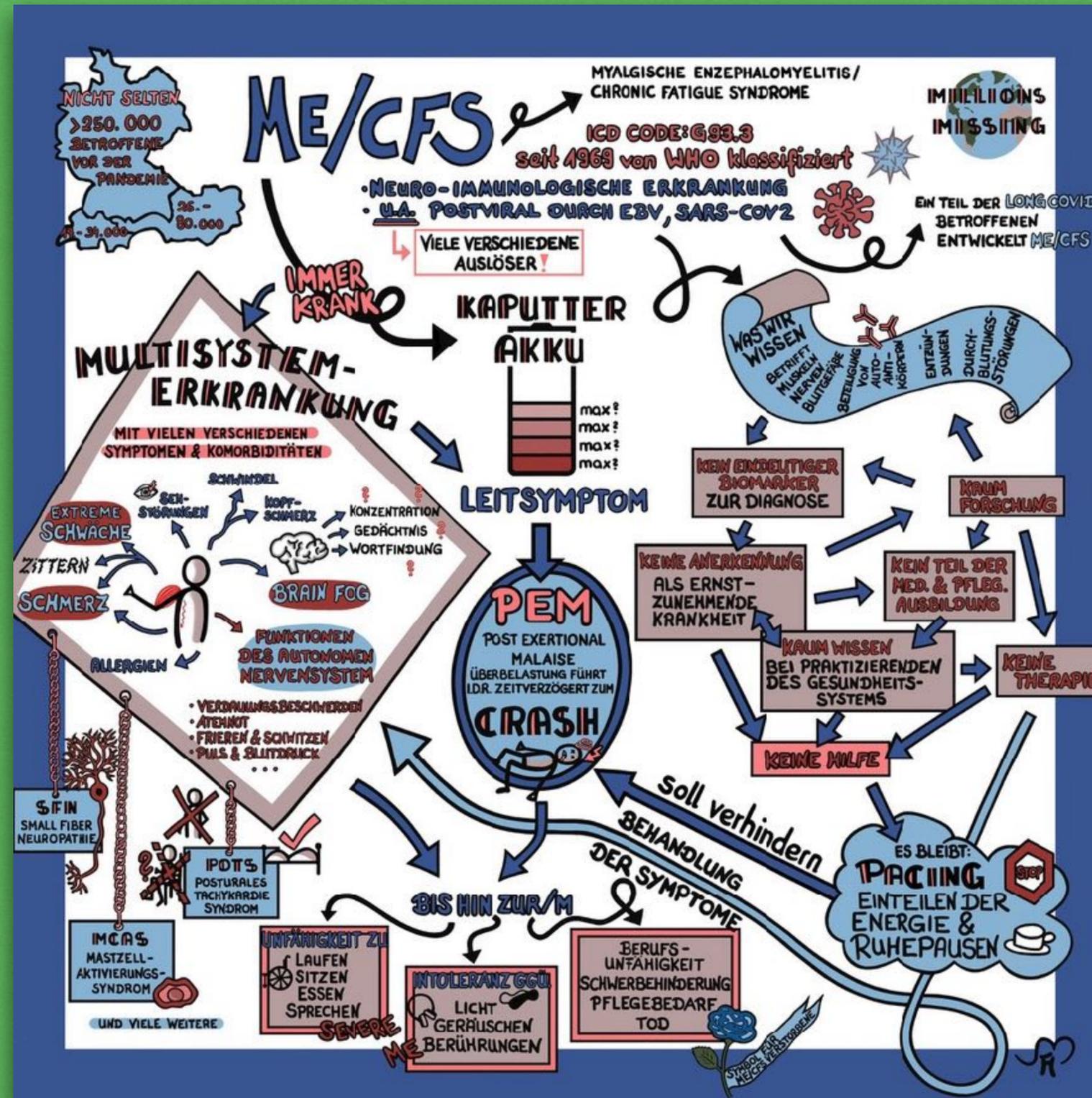
ME/CFS:

Seit 1969 in der ICD!

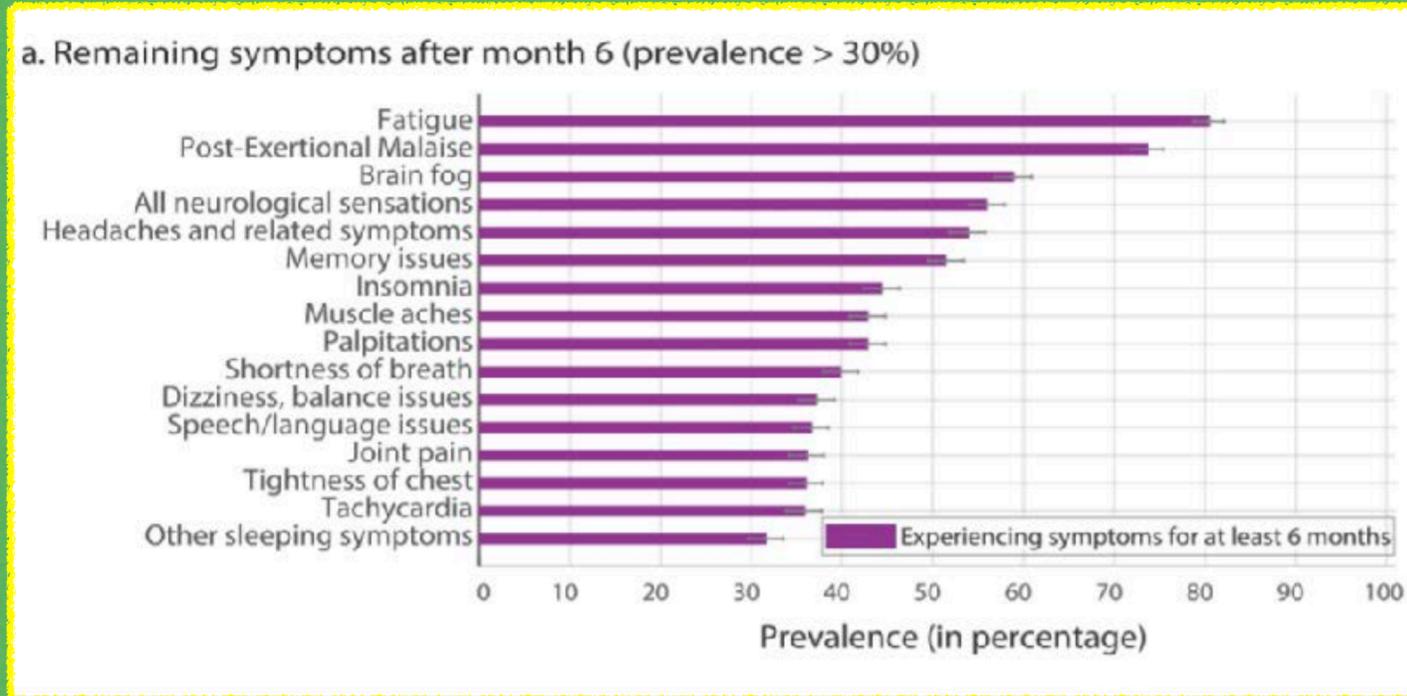
MYALGISCHE ENZEPHALOMYELITIS / CHRONISCHES FATIGUE-SYNDROM

KEINE seltene Erkrankung!

- ▶ PRÄVALENZ 0,3%- 0,8 %
- ▶ IN DEUTSCHLAND PRÄPANDEMISCH CA. 300.000 BETROFFENE
- ▶ 90.000 KINDER UND JUGENDLICHE!
- ▶ 2/3 FRAUEN
- ▶ ERKRANKUNGSGIPFEL 15 - 40 JAHRE
- ▶ KANN IN JEDEM ALTER AUFTRETEN
- ▶ CHRONISCH, NUR 10 - 30 % BESSERUNG
- ▶ DIE MEISTEN ERKRANKTEN SIND NICHT MEHR ARBEITSFÄHIG
- ▶ ICD-10 G93.3, ICD-11 8E49



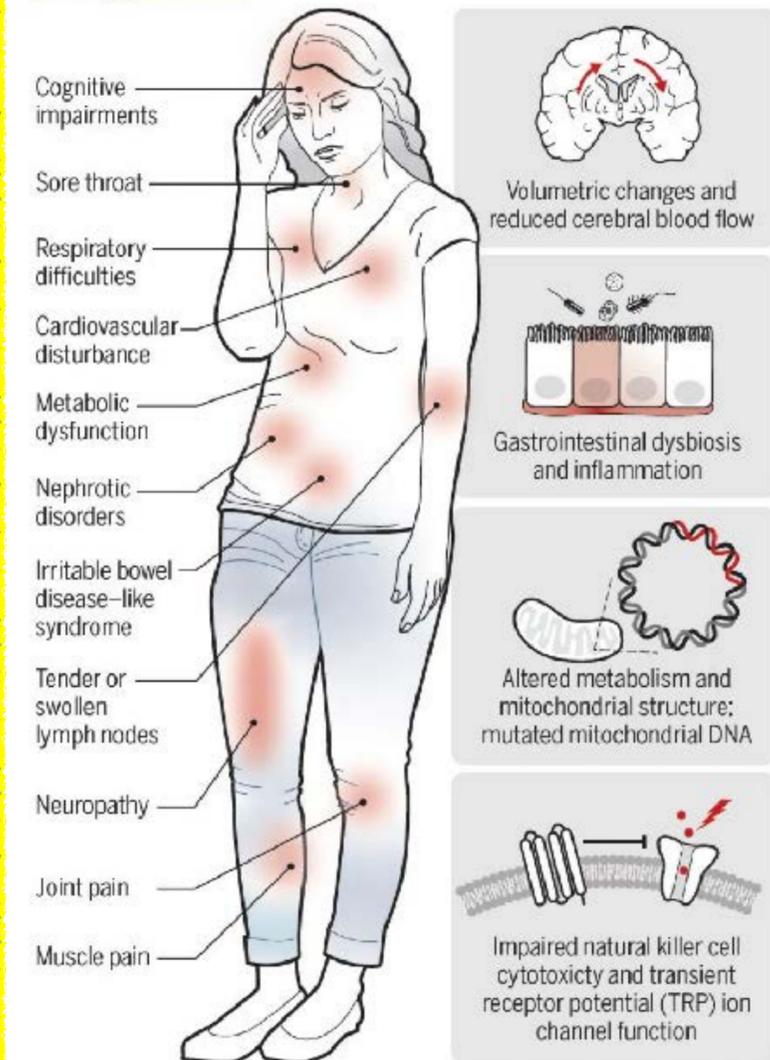
Überschneidungen Post-COVID-Syndrom und ME/CFS



Quelle: Davies et al. (2020), <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019>

Proposed mechanisms underlying ME/CFS

Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) presents as a range of symptoms that affect multiple organ systems. Enteric dysbiosis, neurological and immune dysfunction, as well as impaired mitochondrial function are implicated in the pathomechanism of ME/CFS. These symptoms also occur in Long Covid, although with differing prevalence.



Quelle: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abo1261>

Die häufigsten Long COVID Symptome sind systemischer und neurologischer Art (Davis et al., 2020):

Post-Exertional Malaise (PEM): Belastungsinduzierte Zustandsverschlechterung, auch Belastungsintoleranz genannt

Fatigue: Krankhafte Schwäche/Erschöpfung

Brain Fog:

- Konzentrationsstörungen
- Wortfindungsstörungen
- Gedächtnisprobleme
- Sprachstörungen

Schmerzsymptome:

- Kopfschmerzen
- Muskelschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Brustschmerzen

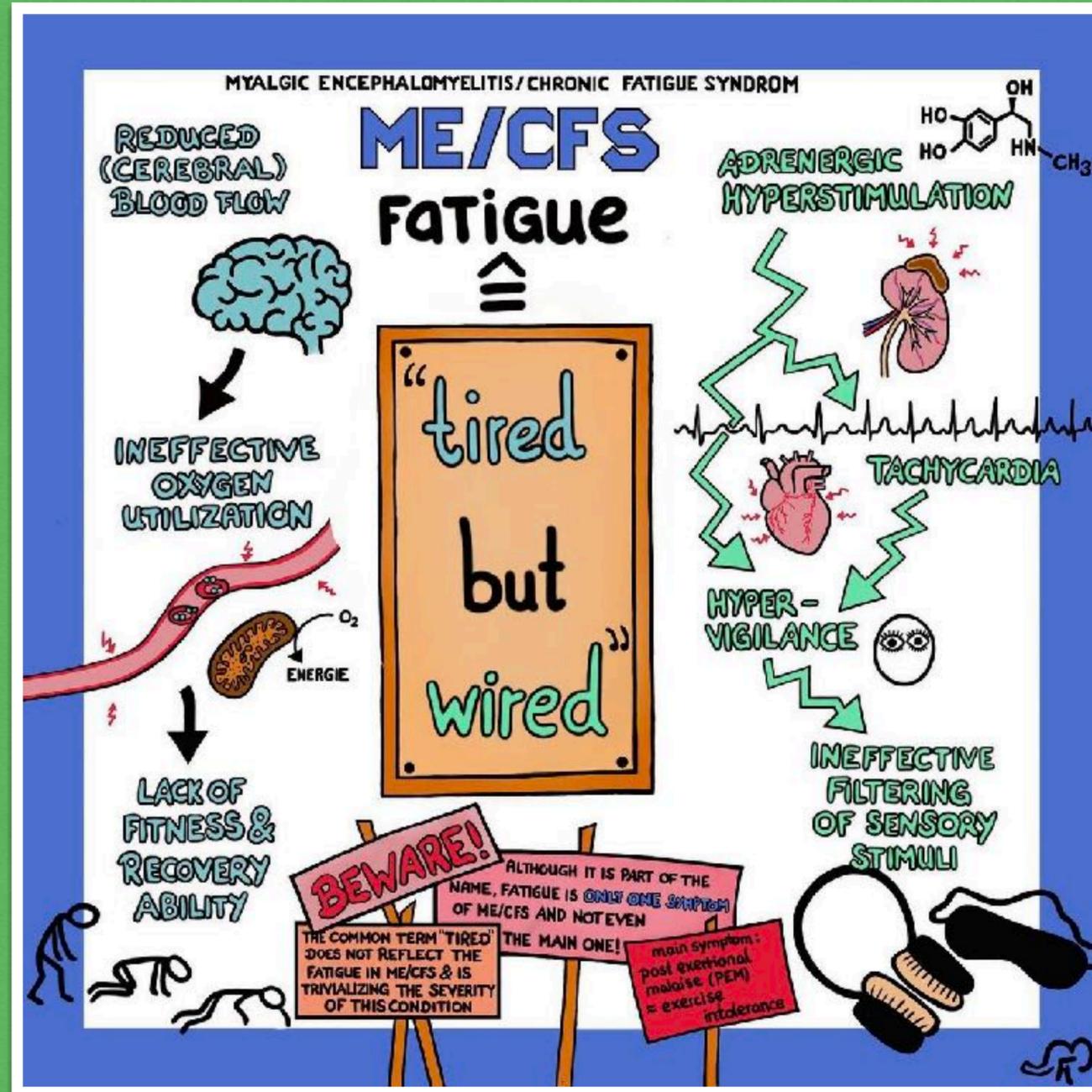
Autonome Dysfunktion:

- Herzrasen
- Palpitationen
- Schwindel/Benommenheit
- Orthostatische Intoleranz
- Empfindungsstörungen: z. B. Brennen oder Kribbeln unter der Haut

Schlafstörungen:

- unerholsamer Schlaf
- Durchschlafstörungen
- Einschlafstörungen
- Kurzatmigkeit
- Engegefühl in der Brust
- Verlust oder Veränderung des Geruch- und Geschmackssinns

„Müde, aber unter Strom!“



BRAIN FOG

Konzentrationsstörung

Vergesslichkeit

Verwirrtheit

mangelnder Fokus

Wahrnehmung

Stimmungsschwankungen

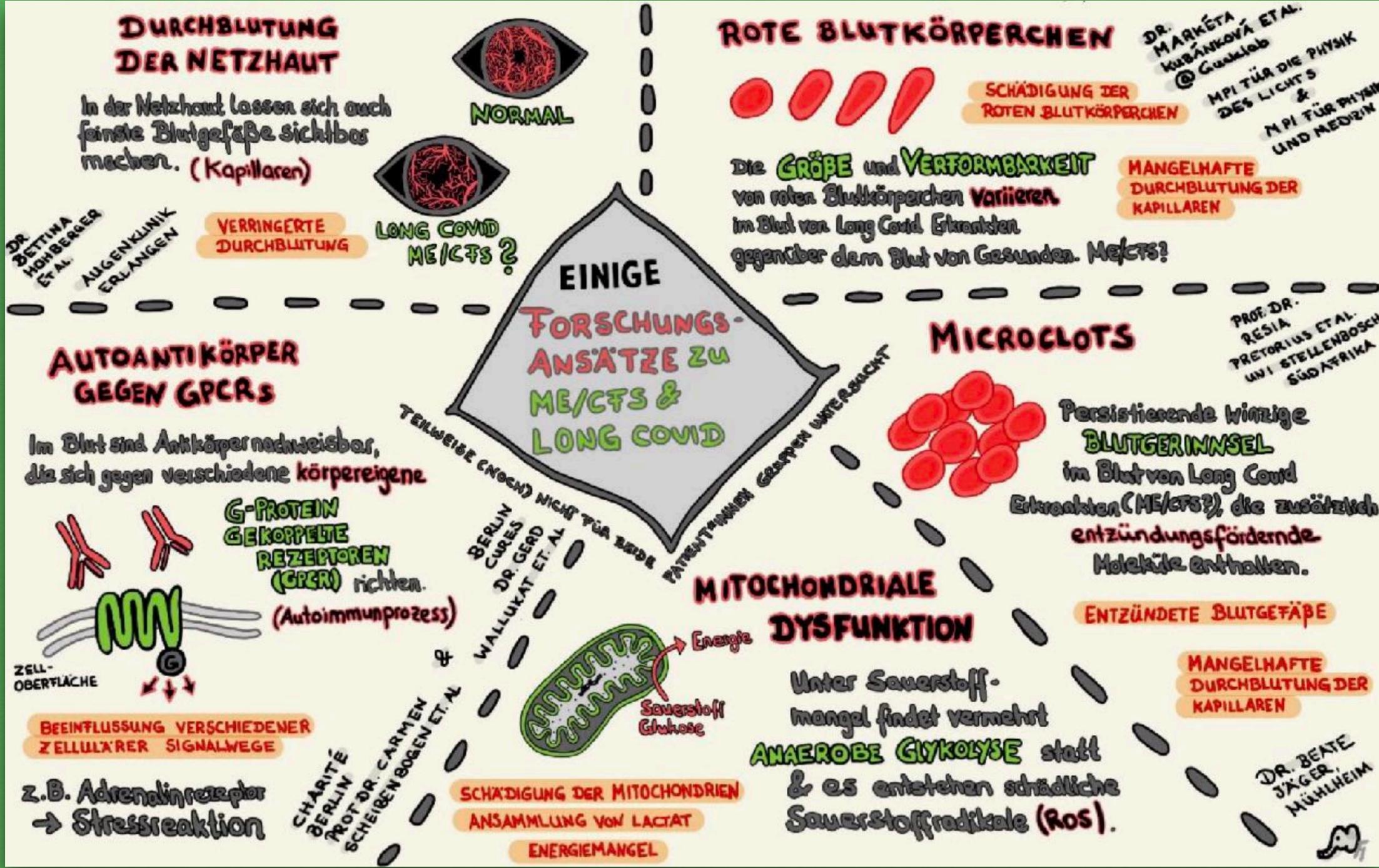
Kopfschmerzen

Antriebslosigkeit

Orientierungslosigkeit

STROOP-Test

Gelb	Blau	Schwarz	Rot	Grün
Blau	Schwarz	Rot	Grün	Gelb
Grün	Rot	Gelb	Blau	Schwarz
Rot	Gelb	Grün	Schwarz	Blau
Schwarz	Grün	Blau	Gelb	Rot



Replizierte Befunde bei ME/CFS und Long COVID



Befund	ME/CFS	Long COVID	
Reduzierter Zerebraler Blutfluss	Ichise, 1992 Schwartz, 1994 Schwartz, 1994 Goldstein, 1995 Costa, 1995 Goldberg, 1997 Abu-Judeh, 1998 Kuratsune, 2002 Yoshiuchi, 2006	Biswal, 2011 Shungu, 2012 Gay, 2016 Natelson, 2017 Campen, 2020 Campen, 2021 Li, 2021 Campen & Visser, 2022	Campen, 2021 Novak, 2021 Marcic, 2021 Campen & Visser, 2022 Campen & Visser, 2022 Kim, 2022
Endotheliale Dysfunktion	Newton, 2011 Scherbakov, 2020 Blauensteiner, 2021 Serland, 2021	Haffke, 2022 Bertinat, 2022 Flaskamp, 2022	Ambrosino, 2021 Nandadeva, 2021 Mejia-Renteria, 2021 Charfeddine, 2021 Haffke, 2022 Flaskamp, 2022 Mahdi, 2022
Autoantikörper gegen G-Protein gekoppelte Rezeptoren	Tanaka, 2003 Yamamoto, 2012 Loebel, 2016 Fujii, 2020 Bynke, 2020	Szklarski, 2021 Freitag, 2021 Gravelsina, 2022 Sotzny, 2022	Wallukat, 2021 Mardin, 2022 Szewczykowski, 2022 Sotzny, 2022 Schlick, 2022 Paniskaki, 2022
Regionaler Hypometabolismus im Zentralen Nervensystem	Tirelli, 1998	Siessmeier, 2003	Guedj, 2021 Morand, 2021 Sollini, 2021 Verger, 2022 Goehringer, 2022
Verringerte periphere Sauerstoffversorgung	McCully & Natelson, 1999 Tanaka, 2002 McCully, 2004 Neary, 2008	Vermeulen, 2014 Melamed, 2019 Joseph, 2021	Singh, 2021 Al-Hakeim, 2022
Erhöhte ventrikuläre Laktatlevel	Mathew, 2008 Murrrough, 2010 Shungu, 2012	Natelson, 2017 Natelson, 2017 Mueller, 2019	Etter, 2022
Arterielle Steifheit	van de Putte, 2005 Spence, 2008	Słomko, 2021 Bond, 2021	Oikonomou, 2022
Überaktivierte Blutplättchen und kleinste Blutgerinnsel	Nunes, 2022 Jahanbani, 2022	Ahmed, 2022	Pretorius, 2021 Pretorius, 2022 Camera, 2022 Constantinescu-B, 2022
Verminderte Verformbarkeit roter Blutkörperchen	Saha, 2019		Kubánková, 2021

MS vs. ME/CFs

Situation Multiple Sklerose versus ME/CFS

	MS	ME/CFS
Erkrankte in D	250.000	ca. 300. – 400.000
Frauen : Männer	2:1	2:1
Altersgipfel	20 - 40	18 - 40
Lebensqualität (EQ-5D-3L)*	0,67	0,47
Zugelassene Medikamente	16	0
Autoimmunerkrankung (PubMed, 3.7.22)	18.089 Publikationen	55 Publikationen#
Forschungsprojekte Stand 2022	102 (nur DFG)	gesamt 7 (ab 8/22)
Zentren in D	217“	2

*Falk Hvidberg M, et al. The Health-Related Quality of Life for Patients with ME/CFS. PLoS One. 2015

entspricht Stand MS 1968

"Das BMBF fördert seit 2009 das krankheitsbezogene Kompetenznetz Multiple Sklerose mit insgesamt 21,9 Mio. Euro (<https://www.kompetenznetz-multiplesklerose.de/ueber-uns/transparenz>)."

Sars-CoV-2 Infektion führt u.a. zu:

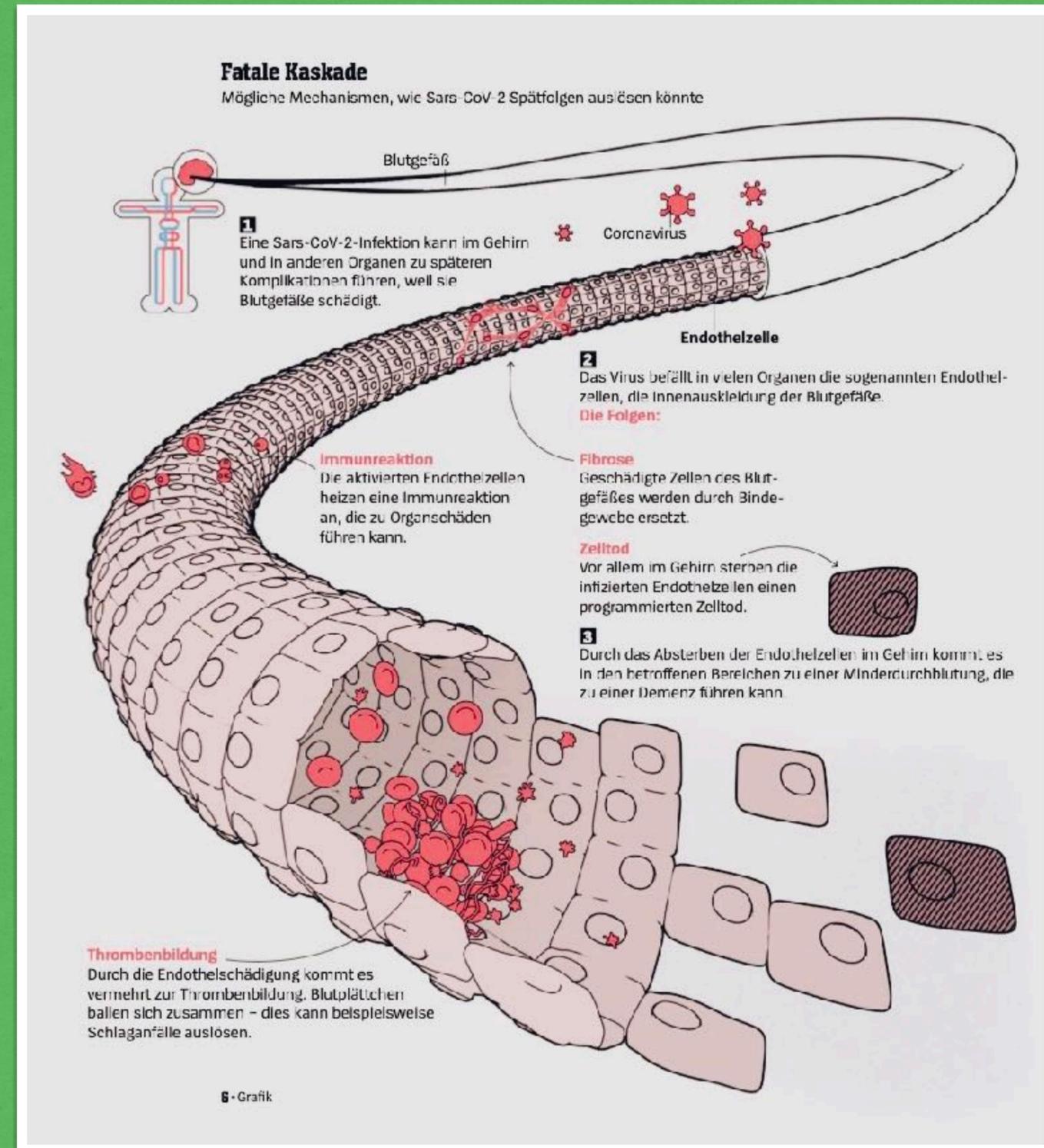
➔ **Fibrose**

➔ **Zelltod**

➔ **Minderdurchblutung**

➔ **Immunreaktion**

➔ **Thromben**



"Wenn wir die Entzündung bremsen, verhindern wir die Autoimmunität.

**Denn: Die Entzündung ist
der Treiber der Autoimmunität."**

Carmen Scheibenbogen, Jena, 19.11.22

3 KARDINALSYMPTOME ME/CFS:

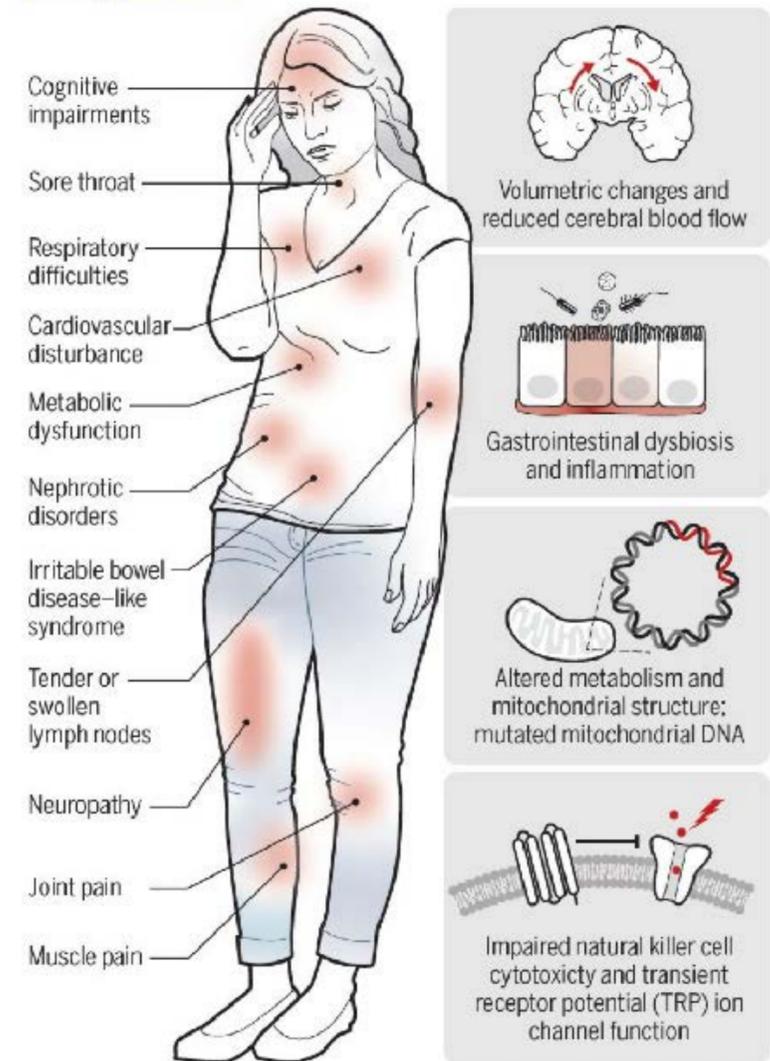
PEM Post Exertional Malaise

POTS Posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom

SFN Small Fiber Neuropathie

Proposed mechanisms underlying ME/CFS

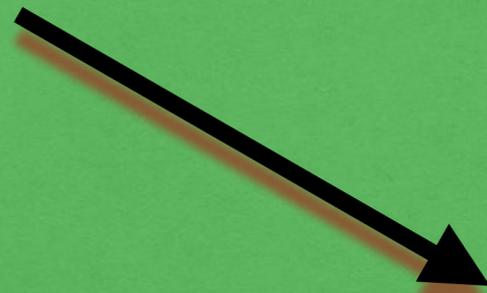
Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) presents as a range of symptoms that affect multiple organ systems. Enteric dysbiosis, neurological and immune dysfunction, as well as impaired mitochondrial function are implicated in the pathomechanism of ME/CFS. These symptoms also occur in Long Covid, although with differing prevalence.



SFN

Small Fiber Neuropathie

- ▶ Verändertes Schwitzen
- ▶ Reduziertes Temperaturempfinden
- ▶ Blasenstörung
- ▶ Obstipation
- ▶ Brennschmerzen
- ▶ POTS



- ▶ **Hautbiopsie** feiner Nervenzellen
- ▶ Per Nervenleitgeschwindigkeit nicht beurteilbar!

POTS

Posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom

Kreislaufdysregulation

- ▶ Reduzierter Blutfluss im Gehirn
- ▶ Kognitive Beeinträchtigungen
- ▶ Schwindel
- ▶ Tachykardie,
- ▶ Pulszunahme >30 im Stehen
- ▶ Labor, EKG, Herzecho oB!

Diagnostik von POTS: Schellong-Test

www.BatemanHorneCenter.org Updated: June 2021

Bateman Horne Center
RESEARCH | CLINICAL CARE | EDUCATION



Orthostatic Vital Signs/The 10-Minute NASA Lean Test

	Blood Pressure (BP)		Heart Rate bpm	Comments/Symptoms
	Systolic	Diastolic		
Supine 1 minute				
Supine 2 minute				
Standing 0 minute				
Standing 1 minute				
Standing 2 minute				
Standing 3 minute				
Standing 4 minute				
Standing 5 minute				
Standing 6 minute				
Standing 7 minute				
Standing 8 minute				
Standing 9 minute				
Standing 10 minute				

www.BatemanHorneCenter.org Updated: June 2021

POST EXERTIONAL MALAISE: PEM

Beim Überschreiten der individuellen Belastungsgrenze verschlechtert sich **zeitverzögert** (14-48 h) der Zustand:
Bekannte Symptome verschlimmern sich, und/ oder neue Symptome kommen hinzu.

S1-Leitlinie Post-COVID / Long-Covid (2. Auflage vom 31.8.22)

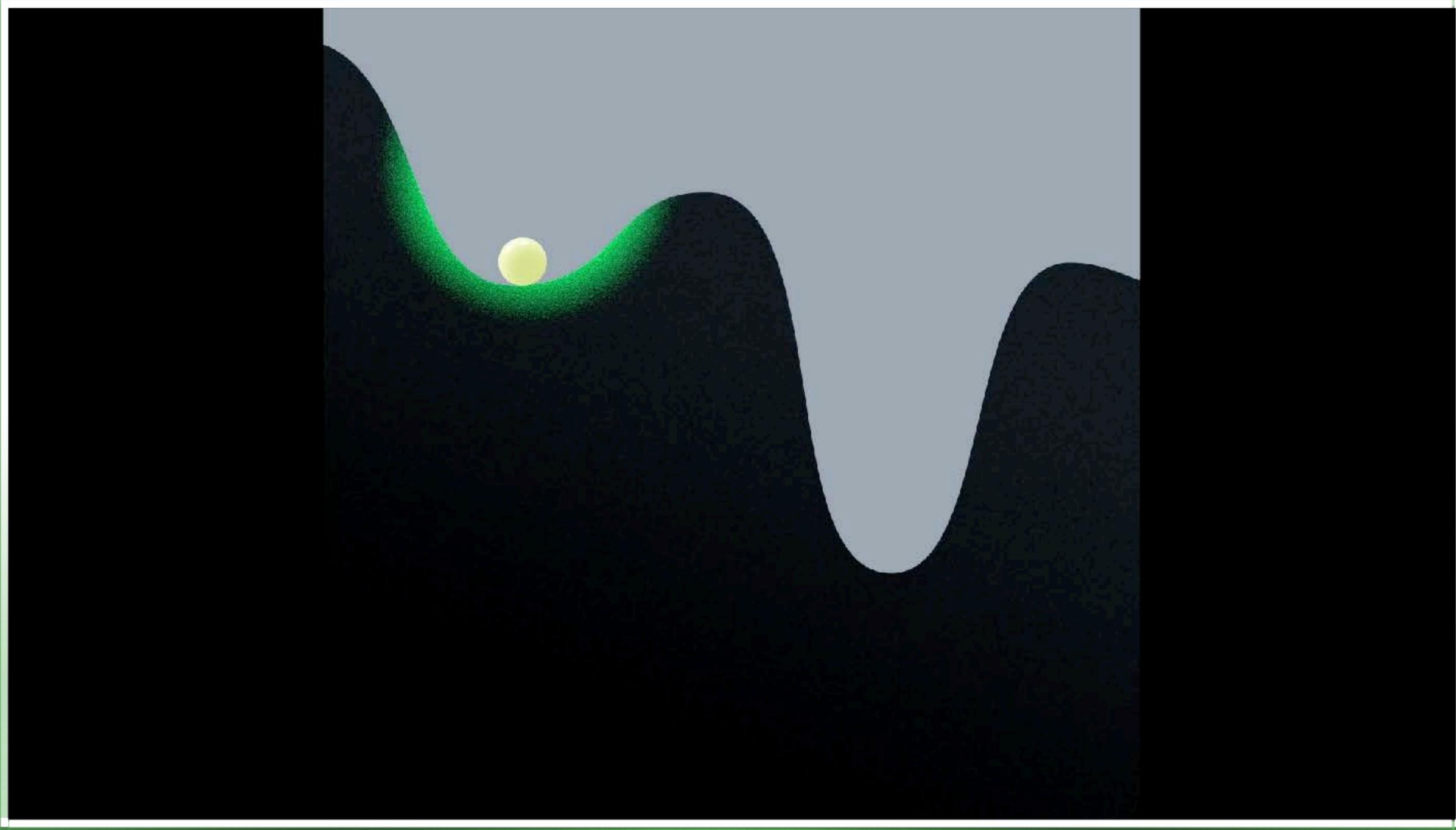
- Grundsätzlich soll die gute Prognose kommuniziert werden.
- Es sollte eine symptomorientierte Therapie angeboten werden.
- Es sollte eine psychosomatische Grundversorgung angeboten werden.
- Es sollte eine psychosoziale Betreuung initiiert werden.
- Die Koordination der fakultativ erforderlichen spezialisierten Behandlung, mit evtl. erneuter stationärer Therapie, bzw. rehabilitativen Maßnahmen sollte angeboten werden.
- Die Absprache mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (Physiotherapie, Sport-/Bewegungstherapie, Ergotherapie, psychologische Psychotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Pflegedienst, Sozialdienst, Soziotherapie, ebenso wie Apotheken...) sollte ggf. initiiert werden.
- Belastungsintoleranz sollte erkannt und Überlastung zukünftig vermieden werden.
- Es sollte eine engmaschige Zusammenarbeit mit Behörden, Ämtern, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern angestrebt werden.
- Eine Heilmittelversorgung sollte bei Bedarf initiiert werden.
- Die Beantragung eines angemessenen Grades der Behinderung oder Pflegegrades sollte gegebenenfalls nach zeitlicher Latenz (sechs Monate) diskutiert werden.

„Psychosomatische Grundversorgung“

3 von 122

eines adäquaten Coping-Verhaltens (z.B. weder Überforderung noch inadäquate Vermeidung von Aktivitäten) sowie die Unterstützung durch geeignete Hilfsmittel und sozialmedizinische Massnahmen. Je nach individueller Symptomatik (körperlich, kognitiv und/oder emotional) kommen unterschiedlich gewichtet zusätzlich eine kontrollierte Anleitung zu körperlicher Aktivität bzw. dosiertem körperlichem Training zum Einsatz, ein Training der kognitiven Leistungsfähigkeit, und/oder eine psychotherapeutische bzw. psychopharmakologische Behandlung. Eine ergotherapeutische Unterstützung kann überlegt werden. Körperlicher Überbeanspruchung mit möglicher nachfolgender Symptomverschlechterung (PEM) sollte durch wohl dosierte, gegebenenfalls supervidierte körperliche Aktivität bzw. körperliches Training und individuell angemessenes Energiemanagement („Pacing“) vorgebeugt werden. Ausführliche Empfehlungen zur körperlichen Aktivität bei Post-/Long-COVID und zum „Pacing“ finden sich z.B. unter [81]. Eine Heilmittelversorgung kann sinnvoll sein und belastet bei entsprechender Kodierung nicht das Praxisbudget. Sollte sich ambulante Maßnahmen als nicht ausreichend erweisen, kann über eine (teil-)stationäre Behandlung mit dem individuell angezeigten indikationsspezifischen Behandlungsschwerpunkt nachgedacht werden.

Post Exertional Malaise (PEM)



PEM

Post Exertional Malaise

Mit Hilfe des Hand Dynamometer Tests objektivierbar zu machen



- Eine Störung des muskulären Ionentransports
- Ungleichgewicht der Elektrolyte
- Hoher Natriumgehalt in der Muskulatur
- Geht einher mit inverser Korrelation zur Handkraft



CharitéCentrum für Innere Medizin und Dermatologie

Hand Dynamometer Test

Patienten Etikett

männlich / weiblich Rechtshänder / Linkshänder

Uhrzeit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Unterarm auf den Tisch legen
 - Handtrainer in die Hand nehmen
 - 3 Sekunden maximal ziehen, danach 5 Sekunden Pause
- die Übungen 10 x wiederholen
Nach 1 Stunde die gesamte Messung wiederholen

● APPENDIX: PHYSICAL STATUS ACCORDING TO THE TEST RESULT GIVEN BY THE DYNAMOMETER

AGE	MALE			FEMALE		
	Weak	Normal	Strong	Weak	Normal	Strong
10-11	<12.6	12.6-22.4	>22.4	<11.8	11.8-21.6	>21.6
12-13	<19.4	19.4-31.2	>31.2	<14.8	14.8-24.4	>24.4
14-15	<28.5	28.5-44.3	>44.3	<15.5	15.5-27.3	>27.3
16-17	<32.6	32.6-52.4	>52.4	<17.2	17.2-29.0	>29.0
18-19	<35.7	35.7-55.5	>55.5	<19.2	19.2-31.0	>31.0
20-24	<38.8	38.8-56.6	>56.6	<21.5	21.5-35.3	>35.3
25-29	<37.7	37.7-57.5	>57.5	<25.6	25.6-41.4	>41.4
30-34	<38.0	38.0-55.8	>55.8	<21.5	21.5-35.3	>35.3
35-39	<35.8	35.8-55.6	>55.6	<20.3	20.3-34.1	>34.1
40-44	<35.5	35.5-55.3	>55.3	<18.9	18.9-32.7	>32.7
45-49	<34.7	34.7-54.5	>54.5	<18.8	18.8-32.4	>32.4
50-54	<32.9	32.9-50.7	>50.7	<18.1	18.1-31.9	>31.9
55-59	<30.7	30.7-48.5	>48.5	<17.7	17.7-31.5	>31.5
60-64	<30.2	30.2-48.0	>48.0	<17.2	17.2-31.0	>31.0
65-69	<28.2	28.2-44.0	>44.0	<15.4	15.4-27.2	>27.2
70-99	<21.3	21.3-35.1	>35.1	<14.7	14.7-24.5	>24.5

Anil van der Zee

CAPTURE.DANCE.WORDS



<https://anilvanderzee.com/>

- 1. Ein medizinischer Überblick zu Post COVID und ME/CFS**
- 2. Somatisch, psychisch, psychosomatisch, psychisch „überlagert“?**
- 3. Versorgungsrealität Betroffener und ihrer Angehörigen**
- 4. Die Rolle der Psychotherapie**
- 5. Do's and Don'ts für uns Psychotherapeut*innen**

ME/CFS:

Somatisch, psychisch, psychosomatisch,
psychisch „überlagert“?

ME/CFS: Somatisch, psychisch, psychosomatisch, psychisch „überlagert“?

- Diese Frage entsteht wegen vor allem des (noch) **fehlenden wissenschaftlichen Konsens** zu den
 - Pathomechanismen
 - Biomarkern
 - wirksamen Therapien

- Aktueller „**Grad der Psychologisierung**“ in verschiedenen Bereichen
 - Wissenschaft und Forschung
 - Medizinisches Versorgungssystem
 - Kostenträger
 - Soziales Umfeld Betroffener, „Gesellschaft“
 - Psychotherapeuten?

Hinweise auf einen psychosomatischen Hintergrund in der klinisch-psychotherapeutischen Exploration

- Biographische **Belastungen**
- Lebensgeschichtlich entstandene spezifische **unbewusste Motive**, die in der Krankheitsverarbeitung sichtbar werden
- **Vorerkrankungen** (insbesondere psychische)
- Allgemeines **Funktionsniveau**
- **Krankheitsverhalten** in der Familie und in der eigenen Vergangenheit
- Auffälligkeiten im **Umgang mit der aktuellen Erkrankung**:
Vermeidung, Schonung, ängstliche Erwartungen
- Auffälligkeiten in der Untersuchungssituation/ in der **Beziehungsgestaltung**

Medizinisch unerklärte Beschwerden = psychosomatisch?

- **Gefahr der Zirkularität:** „Fündig werden, weil etwas da sein *muss* wenn nichts somatisches vorliegt“
 - „Elastizität“ psychologischer Konstruktionen
 - „Thrillerlogik“
 - „**psychosomatisch**“ als Restkategorie?

- Fragen zur **Selbst-Überprüfung:**
 - Steht das psychologische Konstrukt zu dem Ausmaß der Beeinträchtigung in einem **passenden Verhältnis**?
 - Ist das psychologische Konstrukt **hinreichend spezifisch** bezogen auf die Art der Erkrankung bzw. des Krankheitsverhaltens?

- **Eigene Erfahrungen** mit Betroffenen

Helfen DSM, ICD oder Tests weiter?

➤ ICD 10: **F45 Somatoforme Störung**

„Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.“

➤ DSM 5: **SBS - Somatische Belastungsstörung**

Verzicht auf das Kriterium „organisch unerklärt“

PHQ 15

Screeningfragebogen Somatisierung/ Somatoforme Störung

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt	
Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schmerzen im Brustbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Häufigste **Fehldiagnose** bei ME/CFS: Depression.

Unterscheidung ME/CFS vs. Depression.

Symptome	Depression	ME/CFS
Fatigue, Energiemangel	Ja	Ja ?
Schlafstörung	Ja	Ja
Niedergeschlagenheit ohne Anlass	Ja	Manchmal (reaktiv, mit Anlass)
Ängstlichkeit	Ja	Nein
Gefühl der Wertlosigkeit	ja	Nein
Fehlendes Interesse an Dingen, die zuvor Freude bereitet haben	Ja	Nein
Phasen schwerer Depressionen mit Suizidgedanken	Ja	Nein
Orthostatische Regulationsstörung	Wie übrige Bevölkerung	Häufig
Hypersensitivität gegenüber Geräuschen, Licht...	Nein	Häufig
Probleme mit Thermoregulation	Nein	Häufig
Postexertionelle Malaise, PEM	Nein	Ja

Häufigste Verwechslungen:

- * **Angststörungen:** ICD F41- Panikstörung, generalisierte Angststörung, Angst/Depression gemischt
- * **Depression:** ICD F32, F33 - depressive Episode
- * **Somatoforme Störungen:** ICD F45 - Somatisierungsstörung, somatoforme autonome Funktionsstörung, somatoforme Schmerzstörung
- * **Neurasthenie:** ICD F48.0



vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen
abnehmende Effektivität
Konzentrationsschwierigkeiten
Gefühl körperlicher Schwäche
muskuläre u.a. Schmerzen
Schlafstörungen

Psychotherapeutische Konzepte

- **Kognitiv-behaviorales Modell:**
Infektion und Erkrankung
 - **Aufmerksamkeitsfixierung** auf Symptome, die der Krankheit zugeschrieben werden
 - **ängstliche Erwartung** bzgl. der Folgen von Aktivität
 - **Vermeidung und Rückzug**
 - **wachsende Ängstlichkeit, Ohnmacht, Depression, Dekonditionierung**
- **Circulus vitiosus**
- **Modell** beschreibt **Chronifizierungsprozesse** bei Krankheiten aller Art
- Daraus resultierende psychotherapeutische Strategien:
 - **Kognitive Verhaltenstherapie** (KVT; cognitiv behavioral therapy CBT)
 - **Gegen die Vermeidung: Aktivierungstherapie** (graded exercise therapy GET)

Bewertungen der Studienlage

- Britische Gesundheitsaufsicht (**NICE** - National Institute for Health and Care Excellence) 2021
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) 2023

- **NICE ***
KVT: **nicht kurativ** wirksam, kann nur unterstützende Bedeutung haben
GET: ausdrücklich **nicht indiziert**, zahlreiche Berichte über **Verschlechterungen!**

- **IQWiG ****
KVT: „Anhaltspunkte“ für kurz- und mittelfristigen Nutzen bezogen auf **subjektive Kriterien** („Angebot vor allem an leichter erkrankte Patienten, etwas besser mit ihrer Situation zurechtzukommen“), **kein kurativer Nutzen**
GET: kleine Vorteile kurz- und mittelfristig („einige Meter weiter gehen“), klinische Relevanz fraglich; im Ergebnis **kein Anhaltspunkt für Nutzen** wegen des Schadenpotentials von GET

- Beide Beurteilungen gelten **nur für Betroffene mit leichter oder mittlerer Krankheitsschwere!**

* <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206>

** <https://www.iqwig.de/projekte/n21-01.html>

Problem der **Verschlechterung** durch aktivierende Therapien (GET)

- **NICE:** „Aufgrund der von Menschen mit ME/CFS gemeldeten Schäden sowie der eigenen Beobachtungen des Komitees zu den Folgen der Überschreitung von Energiegrenzen bestimmt der Richtlinienentwurf, dass jedes Programm, das auf festen schrittweisen Steigerungen der körperlichen Aktivität oder Bewegung basiert (GET), nicht zur Behandlung von ME/CFS angeboten werden (soll).“
- **IQWiG:** „Obwohl die Schilderungen nur eine sehr schwache Evidenz darstellen, finden sich verschiedene glaubwürdige, auch von betreuenden Ärztinnen und Ärzten sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten bestätigte **Beschreibungen von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen**, die der größtenteils niedrigen Aussagesicherheit der teilweise positiven Studienergebnisse der GET gegenüber zu stellen sind.“
„ bisher (sind) offenbar keine Anstrengungen unternommen wurden, die Berichte über schwerwiegende negative Folgen einer Aktivierungstherapie außerhalb vergleichender Studien auf eine zuverlässige Basis zustellen.“

Problem der **Verschlechterung** durch aktivierende Therapien (GET)

- Wiederkehrende und sehr zahlreiche **Berichte Abbrüche oder über Verschlechterungen**:
„Auf zwei Beinen in die Reha hinein, im Rollstuhl aus der Reha heraus!“
- Patientenbefragungen: **Viele Befragten berichten über Verschlechterungen!** *
- Studie zur Provokation von PEM **
- Fehlende Forschung zu GET:
 - PEM ist nicht der nur teilweise Einschlusskriterium
 - es werden keine schwerer Betroffenen erfasst
 - Selbstselektion Betroffener
 - was wird als Dropout/Fehlschlag bewertet?
- **Wie würde bei entsprechender Sachlage mit einem Medikament verfahren?**

* https://europeanmecoalition.com/wp-content/uploads/2022/11/EMEC_IQWiQ-Stellungnahme_final-version.pdf

** <https://doi.org/10.3390/medicina59030571>

- 1. Ein medizinischer Überblick zu Post COVID und ME/CFS**
- 2. Somatisch, psychisch, psychosomatisch, psychisch „überlagert“?**
- 3. Versorgungsrealität Betroffener und ihrer Angehörigen**
- 4. Die Rolle der Psychotherapie**
- 5. Do's and Don'ts für uns Psychotherapeut*innen**

250.000 PatientInnen mit ME/CFS

300-500.0000 ?



Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen
Charité

Prof. Dr. Uta Behrends
München Schwabing

KANADISCHE KRITERIEN FÜR DIE DIAGNOSE ME/CFS

FRÜHESTENS 6 MONATE NACH KRANKHEITSBEGINN DIAGNOSTIZIERBAR

CHARITÉ

Kanadische Kriterien für die Diagnose CFS/ME

Carruthers BM Myalgic encephalomyelitis/Chronic fatigue syndrome: International Consensus Criteria 2003

Patienteninformation

Name Vorname
geb. Datum

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Symptome an.

1. Erschöpfung/Fatigue und Zustandsverschlechterung nach Belastung

deutliches Ausmaß einer neu aufgetretenen, anderweitig nicht erklärbaren, andauernden körperlichen oder mentalen Erschöpfung, die zu einer erheblichen Reduktion des Aktivitätsniveaus führt

Erschöpfung, Verstärkung des schweren Krankheitsgefühls und/oder Schmerzen nach Belastung mit einer verzögerten Erholungsphase (meist mehr als 24 Stunden, kann Tage dauern)

Die Symptome können durch jede Art von körperlicher oder mentaler Anstrengung oder Stress verschlechtert werden

2. Schlafstörungen

Einschlafstörungen

Durchschlafstörungen

Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus

Schlaf führt zu keiner Erholung

3. Schmerzen

Gelenkschmerzen

Muskelschmerzen

Kopfschmerzen

4. Neurologische/Kognitive Manifestation

Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses

Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung

Wortfindungsstörungen

Lesestörungen

Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen

Desorientierung oder Verwirrung

Bewegungskordinationsstörungen

Es kommt zu Überlastungserscheinungen (Rückfälle und/oder Ängste) durch: zu viele Informationen, zu viele Sinneseindrücke (zB Licht, Lärm) zu viel Stress

PEM!

CHARITÉ

5. Autonome Manifestation

Schnelle Lagewechsel (v.a. Liegen zum Stehen) führen zu Schwindel und/oder "Schwarzwerden vor Augen"

Bei Lagewechsel tritt Herzrasen auf (POTS)

Schwindel und Benommenheit

Extreme Blässe

Darmstörungen (diffuse Schmerzen, Brennen, Blähungen)

Blasenstörungen

Palpitation (Herzklopfen)

Atemnot bei leichter Belastung

6. Neuroendokrine Manifestation

Anpassung Körpertemperatur gestört

Schwitzen, fiebriges Gefühl

Hitze oder Kälte nicht gut vertragen

Kalte Extremitäten (kalte Hände oder Füße)

Gewichtszunahme oder abnormaler Appetit

Gewichtsabnahme

Stress ist schlechter zu verarbeiten Stress führt zu einer Verstärkung der Erschöpfung und emotionaler Unsicherheit

7. Immunologische Manifestationen

Schmerzhaft Lymphknoten

Wiederkehrende Halsschmerzen

Neue Allergien/ Bereits bestehende Allergien haben sich verändert

Grippe Ähnliche Symptome oder allgemeines Krankheitsgefühl

Überempfindlichkeit, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Chemikalien

Carruthers BM, Kumar Jain A, De Meirleir KL, et al. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. Journal of Chronic Fatigue Syndrome 2003;11(1):7-97.

CHARITÉ

Erläuterung zur Auswertung

Die Erkrankung muss für mindestens 6 Monaten bestehen, um CFS von einer postinfektiösen Fatigue abzugrenzen.

Für die Diagnose CFS/ME müssen die Kriterien (1) Fatigue, Zustandsverschlechterung nach Belastung (post exertionelle Malaise = PEM*) alle erfüllt sein, mindestens eines bei (2) Schlafstörungen** und (3) Schmerzen**; zwei oder mehr bei (4) neurologische / kognitive Manifestationen und eins oder mehrere Symptome von mindestens zwei der Kategorien (5) autonome, (6) neuroendokrine und (7) Immunmanifestationen.

*Die Zustandsverschlechterung tritt nach leichter körperlicher oder mentaler Belastung auf und ist ausgeprägt und länger anhaltend, meist für mehr als 24 Stunden. Inzwischen besteht Konsens, dass auch 14 Stunden als Diagnosekriterium ausreichen (Cotler J, Diagnostics, 2018). Während Sport Erschöpfung bei vielen Erkrankungen bessert, führt es bei CFS zu Zustandsverschlechterung.

**Es gibt eine kleine Gruppe von Patienten, die keine Schlafstörungen oder Schmerzen haben. Wenn die Erkrankung mit einer Infektion begonnen hat, sollte die Diagnose CFS/ME auch in Erwägung gezogen werden.

CFS ist eine Ausschlussdiagnose. CFS-Symptome können auch bei anderen Erkrankungen auftreten. Häufige komorbide Erkrankungen bei CFS sind: Fibromyalgie, Reizdarm, Hashimoto Thyreoiditis

Wichtige Differentialdiagnosen von CFS

Rheumatologie	Endokrinologie/ Gynäkologie	Hämatologie/ Onkologie	Infektionen	Gastroenterologie	Neurologie
Undifferenzierte Kollagenose/PMR/ Sjögren-Syndrom	Hashimoto-Thyreoiditis*	Tumorfatigue	Chronische Hepatitis	CED, Zöliakie	HWS-Spondylitosen/ Instabilität*
Fibromyalgie*	Endometriose*		Lyme-Borreliose	Reizdarm-Syndrom*	Myasthenia gravis
M. Bechterew/ Psoriasisarthritis				PBC/PSC	Multiple Sklerose

*kann auch als Komorbidität von CFS auftreten

Häufigere Komorbiditäten von CFS

Immunologie	Rheumatologie	Autonome Dysfunktion	Gastroenterologie	Neurologie	Schlaf	Endokrinologie/ Gynäkologie
Immunglobulinmangel/ Infektivierung	Fibromyalgie*	POTS/ Ruhelachykardie	Reizdarm-Syndrom	HWS-Instabilität/ Spondylitosen	Schlafapnoe	Hashimoto-Thyreoiditis*
Mast Cell Aktivierung Syndrom	Ehlers-Danlos Syndrom	Orthostatische Hypotension	Nahrungsmittel-intoleranzen	Small Fiber Neuropathien	Restless Leg Syndrom	Metabolisches Syndrom
Schwere Allergien	Sicca Symptome (Sjögren Syndrom ausschließen)			Migräne Hypersensitivität		Endometriose*

Weitere Informationen zur Diagnose und Therapie:

Nacul L, Authier J, Scheibenbogen C et al. EUROPEAN ME NETWORK (EUROMENE) Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision and Care of People with ME/CFS in Europe. <https://www.preprints.org/manuscript/202009.0688/v2>

Charité Fatigue Centrum <https://cfc.charite.de/>

Therapiemöglichkeiten: Symptomatisch

- Viel Flüssigkeit und Salz (bei Hypotonieneigung)
- Kreislauf anregen: Kompressionsstrümpfe, Kneipp Kur etc.
- Meidung von Histaminliberatoren - bei Magen-/Darmproblemen
- Atemtherapie

Offlabel Therapien

- Antihistaminika (Cetirizin, Loratadin, Ketotifen, Rupatadin, Famotidin)
- Betablocker bzw. Ivabradin oder Mestinon bei Kreislaufbeschwerden (POTS)
- Schmerzen: Pregabalin und Duloxetin (übliche Schmerzmittel oft wirkungslos)
- Blutverdünner
- **Abilify** (Aripiprazol) in niedriger Dosierung neuroinflammatorische Wirkung bei Brainfog
- Low Dose **Naltrexon** (LDN); bei niedrigem Dopaminspiegel entzündungshemmend
- **Venlafaxin** (SNRI; -> bei vorhandenen SK-Antikörpern hilft es gegen Serotonin-Dysregulation)

Versorgung und Forschung für PostCOVID und ME/CFS

 **Bundesgesund...** · 17.06.23
Hallo [REDACTED] das BMG ist sich bewusst, dass ME/CFS eine große Belastung für die betroffenen Menschen darstellt. Die [@bundesregde](#) fördert bereits Forschungsprojekte zu Long-/Post-COVID-assoziiertes ME/CFS mit einem Volumen im mittleren zweistelligen Millionenbereich. 1/2

 **Bundesgesundheitsmini...** ·
[@BMG_Bund](#)
Ein weiteres Ziel des BMG ist die Vernetzung von Kompetenzzentren und Ambulanzen, sodass diese u. a. ein Netzwerk zur Erforschung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung rund um Long-/Post-COVID (inkl. COVID-19-assoziiertes ME/CFS) aufbauen können. 2/2

Die unterschiedlichen Schweregrade von ME/CFS



„Ich habe einen kaputten Akku“

Die Politikerin leidet unter ME/CFS, dem chronischen Erschöpfungssyndrom. Ein Gespräch über Energie in Löffeln und Vorträge im Liegen.



Chronisch erschöpft: Marina Weisband Foto: Jakob Schnetz

taz am wochenende: Frau Weisband, Anfang des Jahres haben Sie im Bundestag **eine kraftvolle Rede zum Holocaust-Gedenktag gehalten**. Es gab viel Applaus. Inzwischen wissen wir: Da waren Sie schon am chronischen Erschöpfungssyndrom ME/CFS erkrankt.

Marina Weisband · 29.11.22 ...
Mein Tag heute: ich liege allein in einem abgedunkelten Raum. Es ist still. Ich kann nicht sprechen. Ich kann selten mal aufs Handy schauen. Jede Bewegung schmerzt. Zeit scheint nicht zu vergehen. Ich weiß nie, ob ich mich von crash voll erhole.

[#MECFS](#)

421 168 3.976

Marina Weisband · 31.03.23 ...
Ich bin nicht müde.
Ich bin nicht ausgebrannt.
Ich bin nicht unmotiviert.

[#MECFS](#)

Marina Weisband · 24.04.22 ...
Ich bin seit zwei Tagen in einem crash, sodass ich nur noch liegen und manchmal ans Smartphone kann. Neben chatten mit Freunden, seid ihr hier gerade mein Fester zur Welt. Danke vor allem an alle, die es mit Positivem füllen! :)

[#MECFS](#)

607 158 8.024

Marina Weisband · 20.04.22 ...
[#MECFS](#) ist für mich vor allem eine lange lange Liste von Leuten und Tätigkeiten, die ich im Stich lasse, enttäusche, vernachlässige.
Ich habe mal Tango getanzt. Ich habe mal gemalt. Jetzt ist allem diese steile Wand im Weg. Ein Teil von mir ist weg.

[#meawarenesshour](#)

39 104 1.227

Erfahrungen Betroffener auf der Suche nach medizinischer Hilfe:

„Ich nenne meine Krankheit und ernte lautes Lachen.“

- ➔ Skepsis/ Beschwerden werden nicht ernst genommen
- ➔ Bagatellisierung: „Jeder ist mal müde“
- ➔ Psychologisierung
- ➔ Gaslighting
- ➔ Angemessene Behandlung auch anderer Erkrankungen wird versagt
- ➔ Zuständigkeitsabweisung
- ➔ Fehldiagnosen/ Fehlbehandlungen/ keine Behandlung
- ➔ Begutachtungen: In der Regel Psychologisierung (F45/ F32/ F48)
- ➔ Rehamaßnahmen



Julian Reichelt  @jreichelt · 2T

Long Covid scheint mir zunehmend Long
keine Lust auf Arbeit.

 1.391  713  4.955 



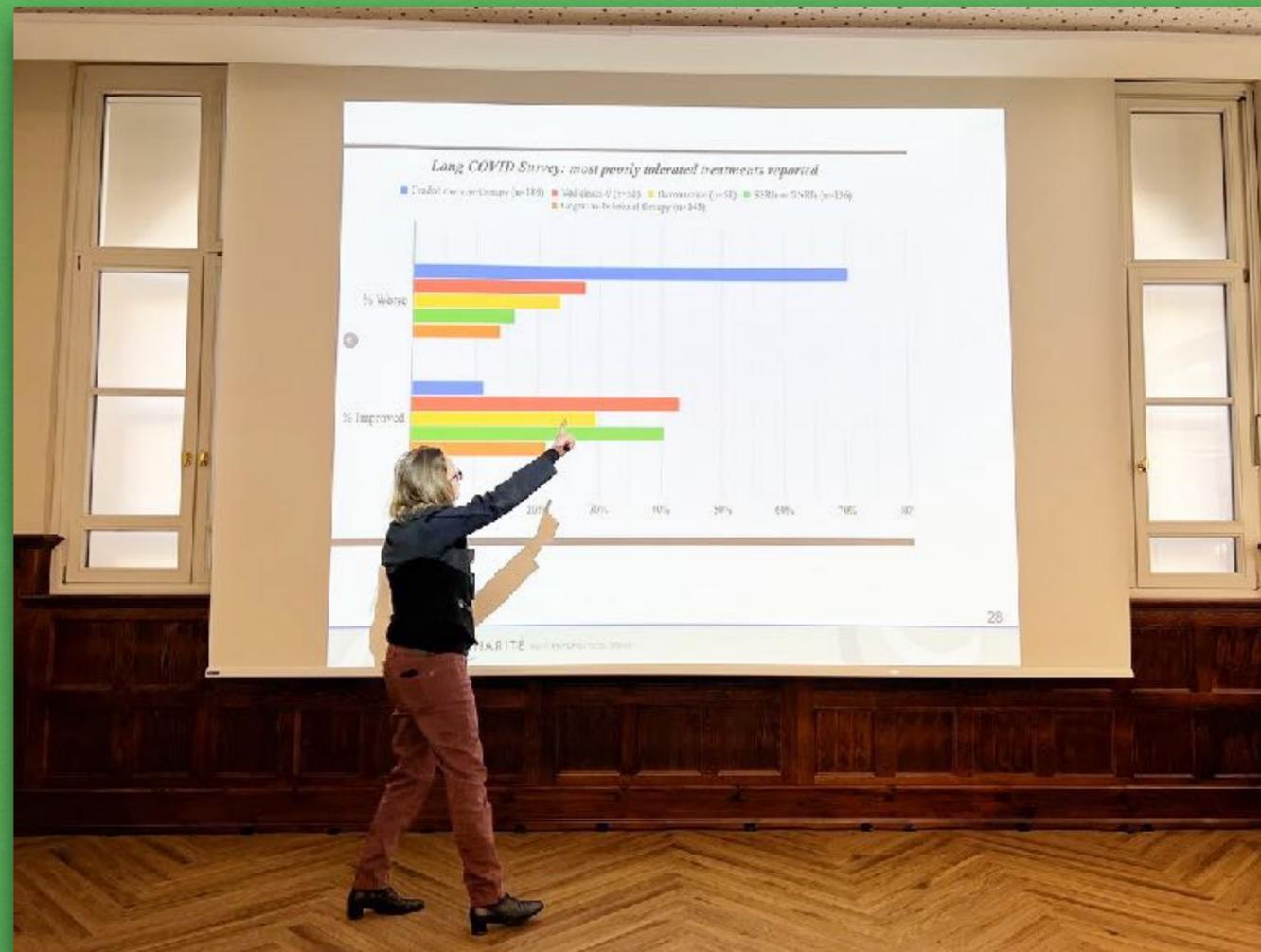
Claudia Ellert @claudia_ellert · 2T

Sehr geehrter Herr Reichelt, ich stehe
Ihnen sehr gern für ein Gespräch zur
Verfügung. Ich bin als Gefäßchirurgin seit
16 Monaten arbeitsunfähig und geb Ihnen
gern einen Einblick in diese Zeit. Dies ist
ein ernst gemeintes Angebot. Ich freue
mich auf Ihre Antwort.

 64  120  2.729  

Rehakliniken: Neue Ausrichtung ist notwendig

Im Juni 2021 ging Miriam Herzog für sechs Wochen in eine Rehabilitation. "Doch diese hat meinen Zustand verschlechtert, vor allem die neurologischen Beschwerden und die Erschöpfung wurden schlimmer. Erst danach wurde ich bettlägerig." Im Februar 2022 war sie in einer Intensivtherapie mit einer speziellen Atemtherapie, die sie bis heute fortführt. Mittlerweile geht es Miriam Herzog es etwas besser. Sie möchte nun mit zwei Stunden wieder bei der Arbeit einsteigen – im Büro, nicht mehr in der Kinderkrippe. Denn die Reize würde sie nicht mehr aushalten.



„Welche Behandlung wurde bei LongCOVID am schlechtesten vertragen?“

GET, eine stufenweise mobilisierende Therapie, die unzähligen Menschen mit ME/CFS bereits massiv geschadet hat.“

Carmen Scheibenbogen, 11/22 Jena

<https://www.mdpi.com/1598928>



**WENN PEM:
KEINE MOBILISIERENDE REHA!**

„Multimodale Reha“: Trotz PEM aufs Laufband

MULTIMODALE REHA

Belastungsintoleranz

Ergometertraining,
Laufband, Gehtraining

Sarkopenie

Krafttraining

Dyspnoe

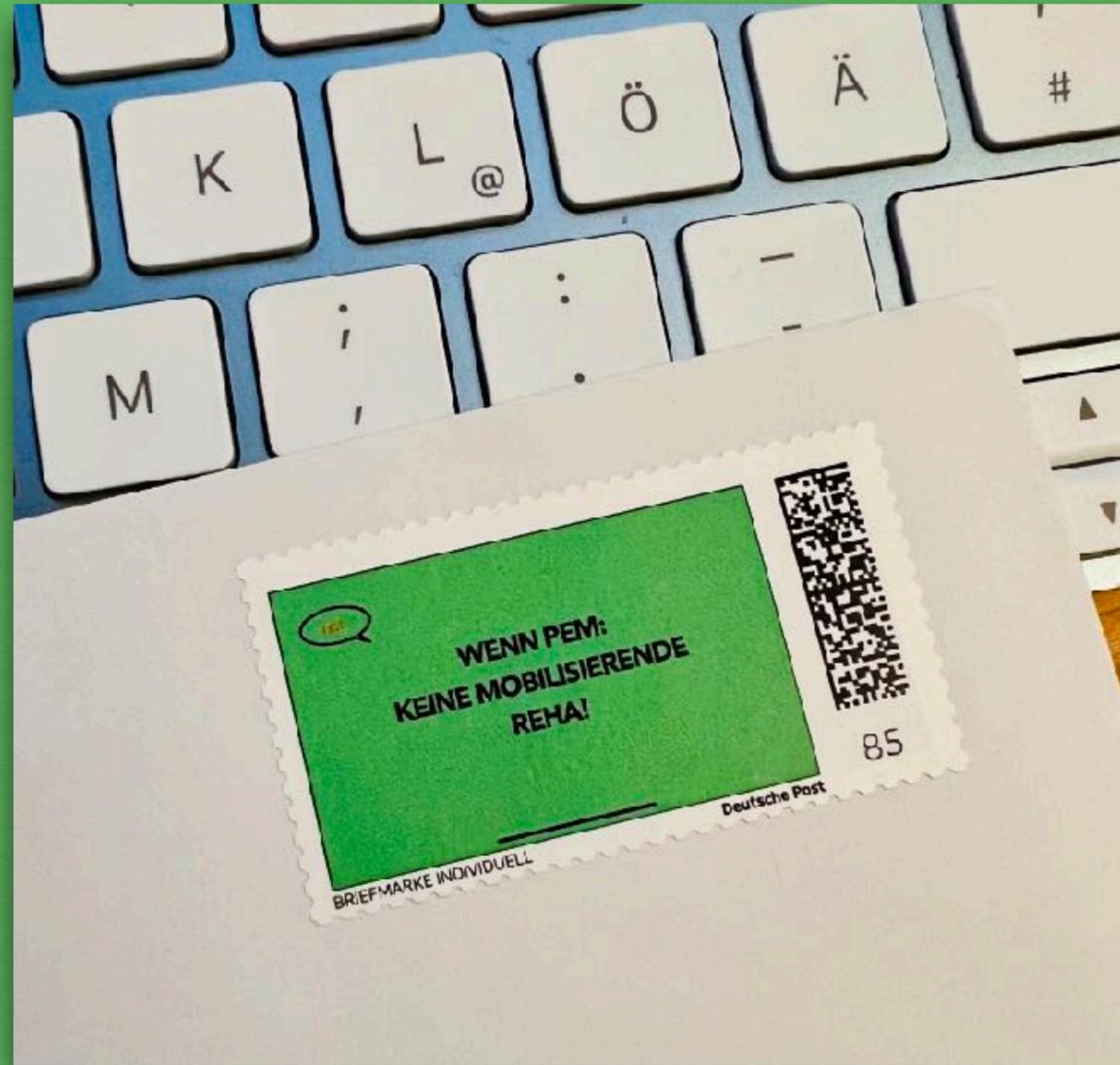
Dysfunktionelles Atmen
Atemphysiotherapie
Atemmuskeltraining

Gedächtnis-,
Wortfindungsstörungen,
Konzentrationsschwäche

Kognitives Training

Fatigue Syndrom
Angststörung
Depression
PTBS
Psychologisch /
psychotherapeutische
Intervention

Schulung
COVID 19
Stress
Energiemanagement





Durch Meldungen zweier Ärztinnen gerät die Mutter eines an Post Covid erkrankten Kindes in den Fokus des Jugendamts. Nun kämpft sie gegen schwere Vorwürfe – und darum, ihren Sohn zurückzubekommen.



spiegel.de
(S+) Post Covid bei einem
Zehnjährigen: Erst wurde er krank,...

Timos Beschwerden sind mal stärker und mal schwächer, ein typisches Phänomen bei Post Covid von Kindern und Heranwachsenden, wie die Weltgesundheitsorganisation WHO in ihrer Faldefinition bestätigt [↗](#): »Die Symptome können schwanken oder Betroffene einen Rückfall erleiden.« Im

»Das ganze Verfahren können wir nur kopfschüttelnd zur Kenntnis nehmen. Künftig muss man Müttern mit Post-Covid-Kindern raten, nicht nur Ärzte zu konsultieren, sondern auch Rechtsanwälte.«

Nora Jahns Anwältin in einer Beschwerde vor Gericht

- 1. Ein medizinischer Überblick zu Post COVID und ME/CFS**
- 2. Somatisch, psychisch, psychosomatisch, psychisch „überlagert“?**
- 3. Versorgungsrealität Betroffener und ihrer Angehörigen**
- 4. Die Rolle der Psychotherapie**
- 5. Do's and Don'ts für uns Psychotherapeut*innen**

**„Mein Arzt hat nichts gefunden.
Ich soll eine Psychotherapie machen.“**

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Anpassungsstörungen (F43.2 G), Panikstörung [episodisch

paroxysmale Angst] (F41.0 G)

Befund/Medikation

AOK
PLUS

Anlage Arbeitsunfähigkeitszeiten, Seite 1

Diagnosen/Diagnosesicherheit/Lokalisation

J06.9 - Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet / gesichert /
F43.9 - Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet / gesichert /
F32.0 - Leichte depressive Episode / gesichert /
F32.1 - Mittelgradige depressive Episode / gesichert /
J06.9 - Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet / gesichert /
Z22.8 - Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten / gesichert /
U07.1 - Coronavirus-Krankheit-2019, Virus nachgewiesen / gesichert /
R43.2 - Parageusie / gesichert /
J06.9 - Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet / gesichert /
J01.9 - Akute Sinusitis, nicht näher bezeichnet / gesichert /
M54.5 - Kreuzschmerz / gesichert /
F45.0 - Somatisierungsstörung / /

Diagnosen

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	F33.2
Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten (02.10.2020)	Z11
Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2	U99.0
Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	F41.0
Alpträume [Angstträume]	F51.5
Bradykardie, nicht näher bezeichnet	R00.1

Aktuelle psych. Anamnese

Herr G. berichtet im Ausnahmegespräch von Panikanacken, qualender Antriebsschwäche, Zukunftsängsten, Morgentief, Hoffungslosigkeit und Insultizienzerleben, Konzentrationseinschränkungen, sozialem Rückzug, dysphorischer Genetztheit mit Jähzorn, Gedankenkreisen, schweren Schlafstörungen mit zeitweisem Alpträumen ca. 1 Mal pro Woche seit einem halben Jahr, und diversen körperlichen Beschwerden.

Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Praxis für Patienten*innen mit Post COVID und ME/CFS



- ➔ Video Sitzungen
- ➔ Dauer der Sitzungen
- ➔ Häufigkeit der Sitzungen
- ➔ Kurzfristige Absagen
- ➔ Vorzeitiges Ende einer Sitzung
- ➔ Kontakt per Email
- ➔ Anpassung von Inhalt und Schwere der Themen

Aktivitäten, die zu PEM und somit zur womöglich bleibenden Verschlechterung führen können

Körperliche Aktivitäten

- Zur Arbeit/ Uni/ Schule gehen
- Arzttermin/ Begutachtung
- Ein Spaziergang
- Massagen
- Ernährung: Das Kochen
- Ernährung: Das Essen
- Wetter/ Temperatur
- Sich duschen
- Sich die Zähne putzen
- Aus dem Bett aufstehen
- Sich im Bett umdrehen

Kognitive Aktivitäten

- Arbeit/ Uni/ Schule
- Arzttermine/ Begutachtung
- Auto fahren
- Einen (anderen Weg) gehen/ fahren
- Ein Gespräch/ Telefonat
- In den Kalender schauen
- Entscheidungen treffen
- Im Supermarkt sein
- Lesen, schreiben
- Filme schauen, Radio hören
- Jeglicher sensorischer Reiz

Emotionale Aktivitäten

- Arbeit/ Uni/ Schule
- Arzttermine/ Begutachtungen
- Psychotherapie
- Einsamkeit
- Etwas bewältigt haben
- Etwas *nicht* bewältigen können
- Einen Liebesbrief bekommen
- Ein negatives Feedback bekommen
- Gutes Feedback bekommen
- *Eigene* Gefühle
- Gefühle *anderer*



PEM

**Aktivitäten, die zu PEM und somit
zur womöglich bleibenden Verschlechterung führen können**

Körperliche Aktivität

Kognitive Aktivität

Emotionale Aktivität

Alles, was den Stoffwechsel aktiviert



PEM

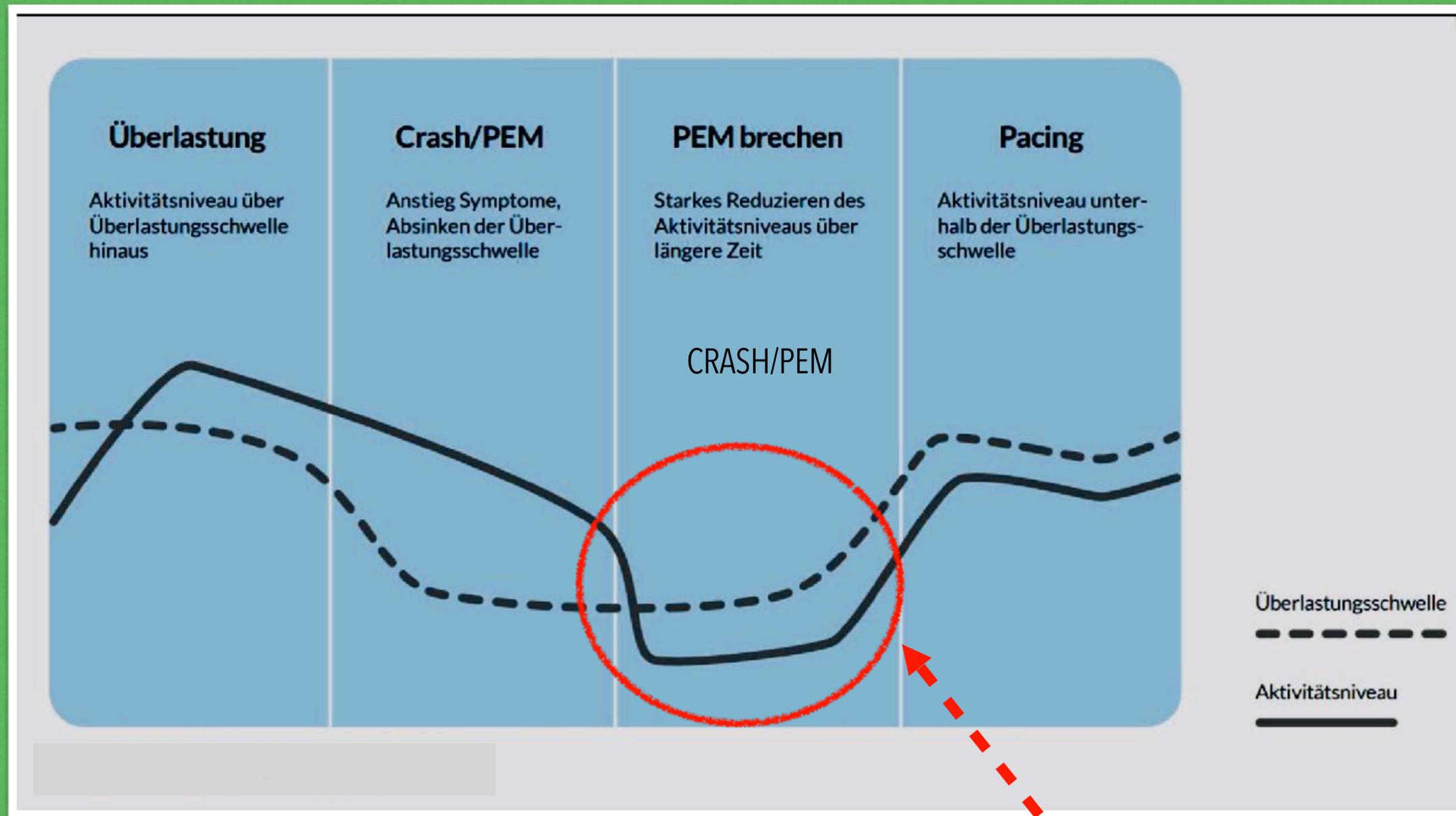
POST Exertional Malaise

Wenn ich aus dem „Hier und Jetzt“ beurteile,
„Da geht noch was“, dann steuert dies -womöglich- in den Crash.
Erreiche ich bereits spürbare Grenzen, so ist die Gefahr von PEM besonders hoch -
zugleich ist sie keine Gewissheit .
Das ist die Unberechenbarkeit von PEM.

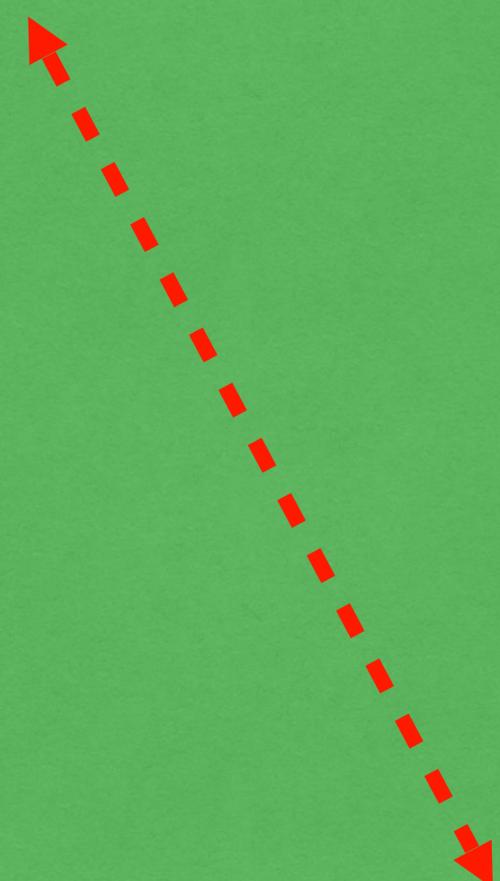
WAS IST PACING?

- Zentrale Botschaft: Auf die persönlichen Belastungsgrenzen hören (lernen)
- Anpassung der Aktivität, dass es zu keiner Verschlechterung des Zustandes kommt
- Unterhalb dieser pathologisch reduzierten Belastungsgrenze bleiben
- Faustregel: Herzfrequenz bei Belastung „ $200 - \text{Lebensalter} \times 0,6$ “

Was **bedeutet** Pacing?



Körperliche Stresswerte, berechnet auf der Basis von HRV bei ME/CFS



PEM/
CRASH



Stresswerte an einem relativ guten Tag mit Aktivitäten unterhalb der Belastungsgrenze: **Pacing**



Stresswerte **nach** Belastung, an einem Tag ohne jede Aktivität

„Kann es wirklich sein, dass der gestrige Spaziergang eine derartige Verschlechterung bei mir ausgelöst hat?“

Ja. Und und Sie sollten sich nun unbedingt mit Pacing beschäftigen!

IST PACING DIE LÖSUNG?

„Ich mache doch schon gar nichts mehr, Frau Grande!“

PACING ist eine Herausforderung!

Gedanke zum Sonntag
#MECFS, PEM: "Wenn ich meinen Tatendrang zügeln könnte, würde mir **Pacing** leichter fallen". Ich wache auf mit zig Wünschen und Ideen für den Tag, und streiche nach und nach alles wieder durch. Warum streiche ich alles wieder durch? Die Strafe wäre zu schmerzhaft

Man bekommt nichts erledigt ohne sich selbst zu erledigen.
#PEM

Ja, immer aufpassen müssen, seine Euphorie zu zügeln. Wobei ich hier auf hohem Niveau klage, ich weiß. Wie viele von uns MECFS Betroffenen können nicht mehr aufrecht sein, nicht mehr sprechen, nichts mehr in den Händen halten. Wie viele, können nicht mehr online sein.

Auch kein Gefühl von Befriedigung, wenn man etwas erledigt hat. Im Bad nur kurz durchs Waschbecken wischen ist nicht dasselbe wie ein geputztes, aufgeräumtes Bad als Resultat einer Anstrengung. Ich vermisse dieses Gefühl total.

Genau. Man muss so viel Abstriche machen, bei den Anforderungen an sich selbst. Also, ich bin gar nicht mehr ich selbst. Ich-Sein geht mit MECFS, PEM nicht. Blitzblank nach dem Putzen war doch die Belohnung für die Tat. Nun gibt es keine Belohnung, aber Strafe: Crash ohne blank

Ich finde das besonders schwierig bei Gesprächen. Ich freue mich einfach so über Kontakt und manche Freund*innen Mal wieder zu sehen und werde so euphorisch. Ich hasse es, dass man quasi nie einfach loslassen und genießen kann.

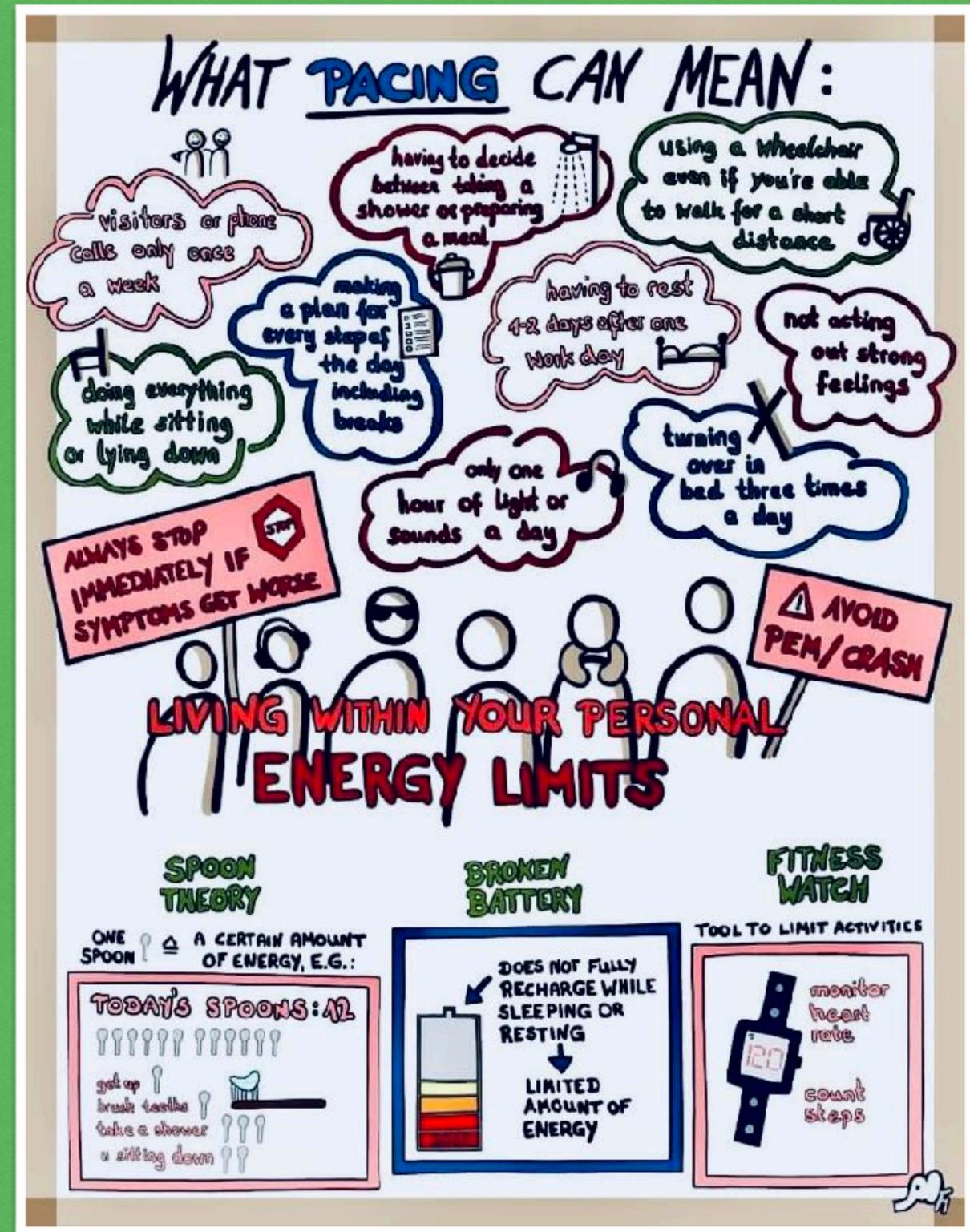
Wenn ich nicht gut pace und Adrenalin ansteigt, kann ich tatsächlich noch so einiges. Es ist dann, als würde ich unter Drogen stehen, ich versuche mich selbst zu betrügen, dass das jetzt anders ist und ich das doch mal machen kann.

WAS PACING FÜR DIE BETROFFENEN BEDEUTEN KANN:

- Einschränkungen
- Selbstbeherrschung
- Verzicht
- Frustration
- Isolation
- Einsamkeit
- Verzweiflung
- Ängste
- Depression



PSYCHOTHERAPIE



Pacing wird oft als Lösung des Problems verstanden,
ist aber selbst ein **großes Problem** und eine enorme Aufgabe,
zu deren Lösung Psychotherapie
einen wichtigen Beitrag leisten kann.

Was braucht man für Pacing?

Selbstwahrnehmung / Körperwahrnehmung:

- Wie erlebe ich meinen Körper, seine Veränderungen?
- Nehme ist meine psychische Verfassung, wie verändert sie sich?

Selbst-Steuerung:

- Das eigene Handeln auch hinsichtlich seiner Folgen abwägen
- Sich von Ansprüchen und Erwartungen anderer abgrenzen können („Nein“ sagen)
- Verzicht leisten, Frustration aushalten



Pacing im **Hier und Jetzt des therapeutischen
Settings beachten und umsetzen!**

Was sind die Foki der Psychotherapie?

- PEM-Analyse: Was hat zum Crash beigetragen?
- Was davon könnte in Zukunft vermieden werden?
- Selbstvorwürfe wegen eines Crashes
- Praktische und emotionale Folgen durch die Einschränkungen
- Einsatz und Umverteilung der begrenzten Ressourcen
- Wann sage ich „Nein“ gegenüber Anforderungen von Außen
- Die Beachtung all dieser Punkte im Hier und Jetzt der Psychotherapie



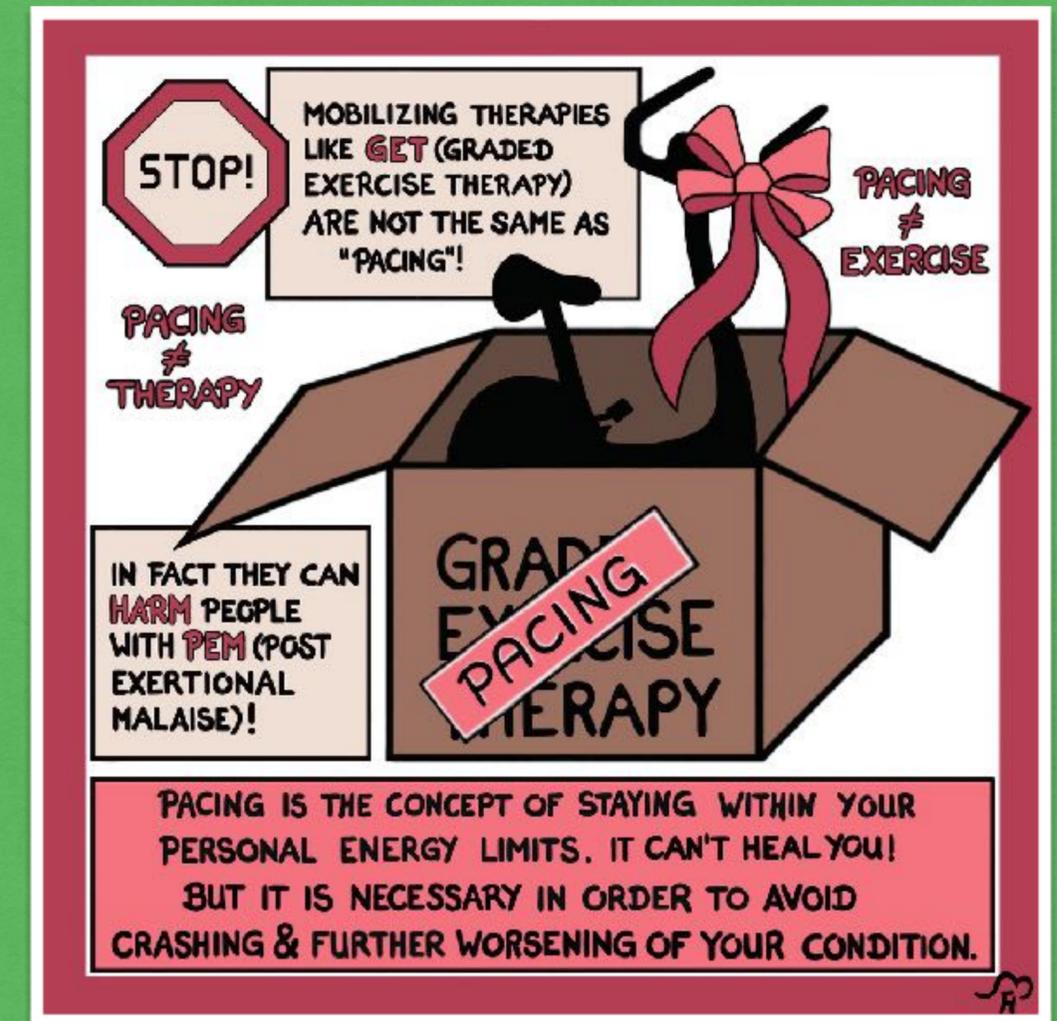
Therapeut*innen können diesen Prozess begleiten und fördern, haben aber nicht primär ein überlegenes Wissen, das es ihnen erlauben würde, die betroffene Person von "außen" zu führen

**Die vielen Einschränkungen,
der dauernde Verzicht bringt oft eine grundsätzliche Infragestellung
der eigenen Identität mit sich.**

**Das, was einen Menschen ausmachte, geht nicht mehr -
das, was nun zählt, ist dem Eigenem fremd.**

Zentrale Elemente der therapeutischen Arbeit mit PCS und ME/CFS

- ▶ Einführung und Vertrautmachen in das Prinzip Pacing
- ▶ Umgang mit inneren Widerständen bei der Einhaltung des Pacing- „Regimes“
- ▶ Grenzen setzen gegen sozialen Druck
- ▶ Existenzielle Themen im Zusammenhang mit einer schweren/
chronischen/ schwächenden Erkrankung



WENN KEINE ANDERE,

GESICHERTE ICD-10 DIAGNOSE AUS DEM F-BEREICH VORLIEGT: F54

- ▶ Kombination von G93.3 oder U09.9 mit F54

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F54 **Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten**

Info: Diese Kategorie sollte verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher Krankheiten spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen sind meist leicht, oft lang anhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V.

Inkl.: Psychische Faktoren, die körperliche Störungen bewirken
Beispiele für den Gebrauch dieser Kategorie sind: Asthma [F54](#) und [145.-](#)

Oder: ICD-10 F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

- 1. Ein medizinischer Überblick zu Post COVID und ME/CFS**
- 2. Somatisch, psychisch, psychosomatisch, psychisch „überlagert“?**
- 3. Versorgungsrealität Betroffener und ihrer Angehörigen**
- 4. Die Rolle der Psychotherapie**
- 5. Do's and Don'ts für uns Psychotherapeut*innen**



medicina

IMPACT
FACTOR
2.948

Indexed in:
PubMed

MILD



MODERATE

SEVERE

VERY SEVERE

ME/CFS: Do's and Don'ts in Psychotherapy

Volume 59 • Issue 4 | April 2023



mdpi.com/journal/medicina
ISSN 1648-9144

Image credit: Franziska Hannig

<https://doi.org/10.3390/medicina59040719>

*Verzichten Sie bei der psychotherapeutischen Arbeit auf kurativen Ehrgeiz
(in Richtung einer aktiven Erweiterung der Belastungsgrenzen)!*

- **Alle psychotherapeutischen Verfahren** (nicht nur die VT) arbeiten gegen Vermeidung und ermutigen zur Erweiterung von Grenzen
- Akzeptieren Sie, dass die Grenzen ihrer Patientin/ihres Patienten **körperlich** gesetzt sind
- **Respekt vor PEM** und Crashes
- **Es ist aktuell sehr viel leichter, Post Covid und ME/CFS durch ambitionierte Therapien zu verschlechtern als zu verbessern!**

Fördern Sie die Selbstwahrnehmung und Körperwahrnehmung ihrer Patientinnen und Patienten anstatt diese zu hinterfragen!

- Alle Verfahren hinterfragen dysfunktionale Vorstellungen von PatientInnen als **kognitive Fehler** (VT) oder als **Ausdruck unbewusster Konflikte** (AP) etc.
- Das betrifft insbesondere Vorstellungen, die mit **Vermeidung** verbunden sind
→ genau das ist im Falle von ME/CFS **fatal**
- **PEM als Fehlkognition**, als „Anleitung zur Chronifizierung“? (vs. IQWiG, NICE, u.a.)
- Pacing verlangt das Erlernen von Selbst- und **Körperwahrnehmung**, der **Antizipation** und der **Selbststeuerung** (Energiemanagement)
- Lassen Sie ihre Patientin/ihren Patienten **zum Experten ihrer/seiner Selbst** werden!
Sie haben **als Therapeut/in hat kein überlegenes Wissen**.
- **Gerade dies ist das Herausfordernde und eigentlich Interessante in der psychotherapeutischen Arbeit mit Betroffenen!**

Unterstützen und fördern Sie Pacing!

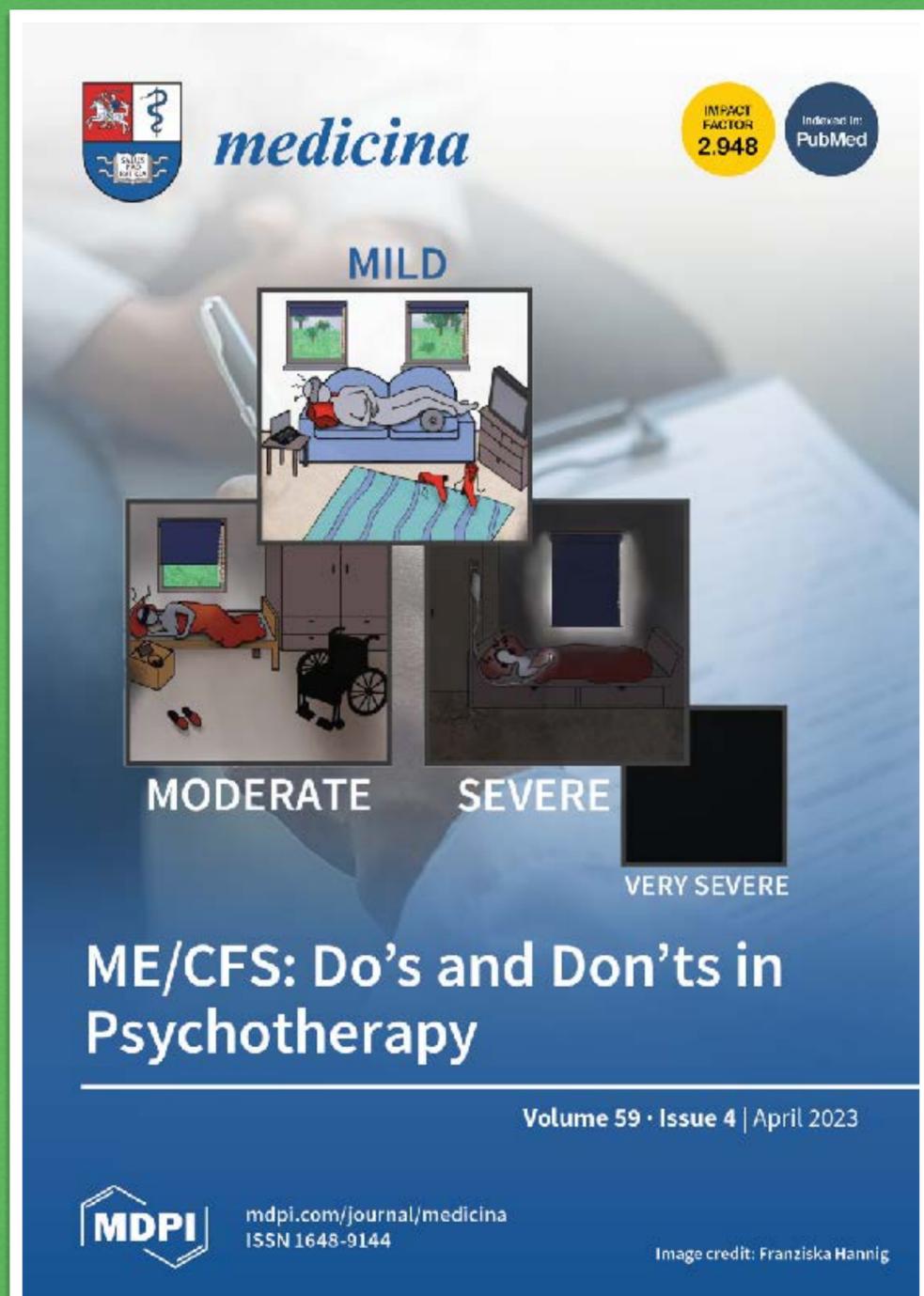
- Lassen Sie ihre Patientin/ihren Patienten zum Pacing-Experten werden!
- Was wird mit Pacing **gewonnen**?
 - Pacing **verhindert Crashes und u.U. bleibende Verschlechterungen**
 - Pacing bringt den Gewinn, dass Betroffene die **Möglichkeiten** innerhalb der von ihrer Erkrankung gesetzten Belastungsgrenzen **möglichst gut ausschöpfen**
 - Pacing vermittelt das Erleben teilweise **wiedergewonnener Kontrolle**
- Pacing ist aktuell das **einzigste Verfahren** zur (nicht-medikamentösen) Steuerung der ME/CFS-Beschwerden
- Mit **konsequentem Pacing im ersten Jahr** ihrer Erkrankung können Betroffene ihre Chance auf eine **Remission** der Erkrankung verbessern!

*Widerstehen Sie der Verführung, Betroffenen Hoffnungen zu machen,
die Ihre Behandlung nicht einlösen kann!*

- Betroffene kommen nicht selten mit der **Hoffnung**, dass ihr Leiden psychisch oder psychosomatisch bedingt ist. Wenn Sie diese annehmen,
- ... werden **Erwartungen** geweckt, dass durch die eigene Mitwirkung in der Psychotherapie eine **Besserung** erreicht werden kann:
- „Man muss eben nur **richtig wollen!**“
- Dies führt aber früher oder später zur **Enttäuschung, Versagens- und Schuldgefühlen** angesichts der relativen Unbeeinflussbarkeit von ME/CFS.

Und was ist mit dem **bio-psycho-sozialen Modell**?

- Argument: *„Es ist doch eine allgemein anerkannte und zeitgemäße Auffassung, dass psychische Faktoren grundsätzlich bei allen Erkrankungen eine Rolle spielen?“*
- Das stimmt, impliziert aber nicht , dass Psychotherapie deshalb **kurativ** wirksam sein kann !!!
- ME/CFS-Betroffene sind durch ihre Erkrankung, die damit verbundenen Folgen für Ihr Leben und die Herausforderungen des Pacings so schwer belastet, dass sie seelisch leiden und u.U. psychische Symptome entwickeln.
- Diese Beschwerden sind deshalb **somato-psychisch** und eine Psychotherapie kann daher nur **unterstützend**, nicht aber kurativ sein (vergleichbar etwa der Psychoonkologie).
- Nur **in diesem Sinne** stimmt auch hier das bio-psycho-soziale Modell und die Aussage, dass psychische Faktoren wie bei allen Erkrankungen auch bei ME/CFS eine Rolle spielen.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



<https://doi.org/10.3390/medicina59040719>