Erschöpfung und psychische Erkrankungen – differentialdiagnostische Wege zu ME/CFS

MMag. DDr. Markus Gole

Praxis für Psychologie, Philosophie und Berufskunde

Wien, 18.08.2023: KÜNSTLERHAUS VEREINIGUNG + BLACK FERK STUDIO

Formen der Erschöpfung

Andere Sachverhalte, nicht vergleichbar:
Diagnostikkriterien, ICD-10-Codes, Ätiologie, Verlauf, Behandlung, Phänomenologie etc.

R53 → Unwohlsein/Ermüdung

Z73 → Burn Out

F43.x → Anpassungsstörung

F48.0 → Neurasthenie

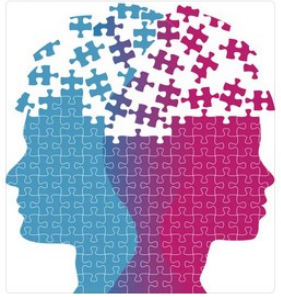
F32.x/F33.x → Depression

F45.0/F45.1 → Somatisierungsstörung

G93.3 → ME/CFS

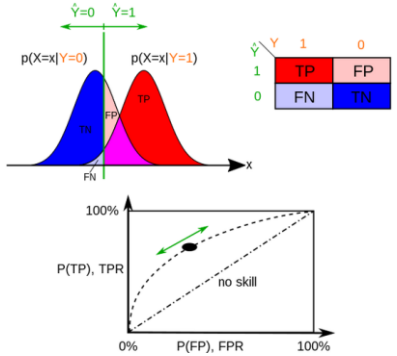
Herangehensweise Diagnostik

Psychopathologischer Status



Ausführliche Anamnese

Psychologische Testverfahren



Aktenlage/Befunde

ME/CFS-spezifische Fragebögen

Differentialdiagnostik – Kernpunkte (1/2)

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
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

Differentialdiagnostik – Kernpunkte (2/2)

Diagnose	Differentialdiagnostische Überlegungen	Unterschied ME/CFS
F48.0 – Neurasthenie	Vages Konstrukt, Erschöpfung nach geistiger/körperlicher Anstrengung, weitere Zusatzsymptom (z.B. Schlafstörungen), psychischer Ursprung ***Eher historisches Überbleibsel von Freud***	Klare, anerkannte Diagnosekriterien (IOM, CCC), körperlicher Ursprung
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
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 → Körper, viele pathophysiologische Ergebnisse bei nicht-standardmäßigen Untersuchungen (Forschung!)

Wann ME/CFS-Diagnose?

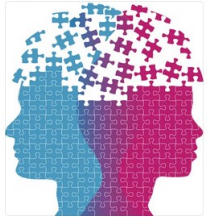
Der destruktive Teil:

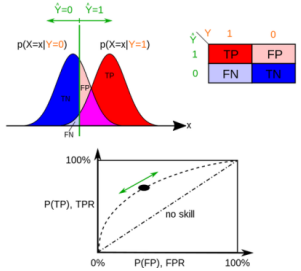
- Andere körperliche Erkrankungen erklären die Symptome nicht.
- Psychische Erkrankungen erklären die Symptome nicht.

Der konstruktive Teil:

- Einschlägige Diagnostikkriterien für ME/CFS (IOM, CCC) sind erfüllt.
- Post Exertional Malaise (PEM) > 14 h liegt vor.

Zusammenspiel des diagnostisches Prozesses





Nach aktuellem Forschungsstand bestes differentialdiagnostisches Merkmal für ME/CFS!

Carruthers et al., 2003; Cotler et al., 2008; et al.; Conroy et al., 2023; IOM, 2015

Komorbiditäten im psychischen Bereich

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

Asselmann et al., 2019; Christley et al., 2013; Jacobi et al., 2014; Kessler et al., 2005; Maerker et al., 2012; Maske et al., 2016; Molina et al., 2012

Offene Fragen

Rückmeldung

Kommentare

Lob/Kritik

Anhang

Herangehensweise Diagnostik (1/5)

Ausführliche Anamnese/Exploration

- z.B. alle „W-Fragen“: Was, Wann, Wie, Wo

Beispiel:

Herr X leidet seit mehr als 20 Jahren unter profunder Erschöpfung, die zu massiven Einschränkungen in seinem Leben führte. Im Laufe der Jahre sei es zunehmend zur deutlichen Verschlechterung seines Allgemeinzustandes gekommen.

Herangehensweise Diagnostik (2/5)

Objektive Befunde von außen

- z.B. Vorgutachten, Atteste, Befunde, Labore

Beispiel:

Von neurologischer Seite her wurden u.a. eine **autonome Funktionsstörung** (posturale orthostatische Tachykardiesyndrom - POTS) und **immunologische Defizite** im Sinne eines Mastzellenaktivierungssyndroms (MCAS) festgestellt.

Herangehensweise Diagnostik (3/5)

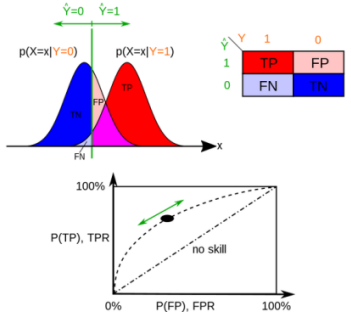
Psychopathologischer Status

- z.B. Stimmung, Affekt, Orientierung, Denkstörung

Beispiel:

Bewusstsein normal, in allen Qualitäten orientiert, Ductus geordnet, Denkziele werden klar erreicht, Altgedächtnis unauffällig, Kurzzeitgedächtnis leicht beeinträchtigt, kognitive Flexibilität und exekutive Funktionen grobklinisch beeinträchtigt, Stimmung ausgeglichen, Affizierbarkeit in beiden Skalenbereichen gegeben, Antrieb normal, keine formalen Denkstörungen, teilweise werden gesundheitsbezogene Ängste berichtet, sonst keine inhaltlichen Denkstörungen

Herangehensweise Diagnostik (4/5)



Normierte/standardisierte psychologische Testverfahren

- z.B. Konzentration, Gedächtnis, psychisches Befinden

Beispiel:

HADS-D: Die Rohwerte in der Depressionsskala von 3 und in der Angstskala von 2 sprechen für unauffällige Angst- und Depressionsausprägungen.

COG (S8): Verglichen mit der alters- und geschlechtsspezifische Norm zeigt sich eine unterdurchschnittliche selektive Aufmerksamkeitsleistung (Prozentrang 12).

TMT-A: Die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit ist im Vergleich zur Normierungsstichprobe unterdurchschnittlich ausgeprägt (Prozentrang 8).

Herangehensweise Diagnostik (5/5)

ME/CFS-spezifische Fragebögen

- z.B. PEM, Kernsymptome ME/CFS, Fatigue-Skalen

Beispiel:

DSQ-SF: Dem Auswertungsalgorithmus 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.**

DSQ-PEM: Dem Auswertungsalgorithmus folgend sind die wesentlichen diagnostischen Kriterien einer PEM **erfüllt.** Die Zustandsverschlechterung nach körperlicher und mentaler Anstrengung wird für 3 Tage erlebt, wobei der Cut-Off-Wert von 14 h deutlich überschritten wird.

Erschöpfung als Chamäleon

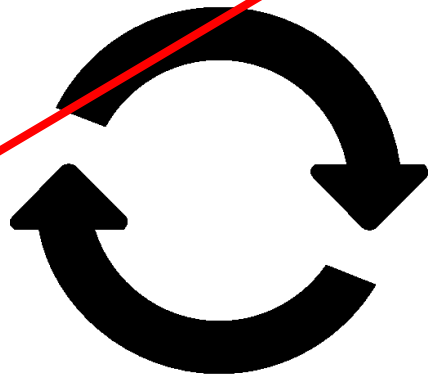
Psychische Gründe

Frage: Wie abgrenzen?

Körperliche Gründe

Depression, Angst, Schmerzsyndrom

Umgebungsgründe



MS, Darmerkrankungen,
akute Infektionen, **ME/CFS!**

Arbeit, Familie, Freizeit

Exkurs Philosophie: Wissenschaftstheorie und Logik

Einhaltung der Hierarchie der Evidenzbasierung

- Randomisierte, kontrollierte Studien > nicht-experimentellen Studien > Expertenmeinungen

Hüten vor Wortmagie

- Das Verwenden von Wörtern alleine schaffen keine Realität (vgl.: „Osterhase“)
- Das Nicht-Verwenden von Wörtern macht Dinge nicht irreal (vgl.: „militärische Spezialoperation“)

Kein Springen zu Konklusionen

- Aus unauffälligen Standarduntersuchungen (z.B. Laborwerte) folgt nicht notwendigerweise ein Ausschluss von ME/CFS
- Aus fehlenden Biomarkern folgt nicht die Nicht-Existenz von ME/CFS
- Erschöpfung als Symptom ist oftmals kein ME/CFS (Prävalenzrate ME/CFS in der Normalbevölkerung < 1%), doch folgt daraus nicht notwendigerweise ein Ausschluss von ME/CFS

Exkurs: Arbeitsfähigkeit und berufskundliche Aspekte

Der Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitspension (z.B. Invaliditätspension für Arbeiter:innen) liegt nach ständiger Rechtssprechung vor allem dann vor, wenn:

- Regelhafer KS ≥ 7 Wochen (RS 0113471): Ärztliche Expertise
- Zusatzpausen > 20 Minuten (RS 0084414): Ärztliche und/oder psychologische Expertise
- Verdienst < gesetzliche Lohnhälfte (RS 0084587): Berufskundliche Expertise
- Wegstrecke von 500m sehr stark eingeschränkt oder unzumutbar (RS 0085049): Ärztliche Expertise
- Ein Verweisbarkeit liegt nicht mehr vor: Berufskundliche Expertise

In jedem Fall gründet sich eine berufliche Einsetzbarkeit auf medizinische und psychologische Leistungskalküle

Literaturverzeichnis

Zitierte Literatur

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.

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.

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.

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/MECFSclinicians guide.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.

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.

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.

Molina, K. M., Chen, C.-N., Algería, 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.