

# PAIS inkl. ME/CFS und deren Abgrenzung zu F- Diagnosen: Klinisch-psychologische und neuropsychologische Aspekte in der Diagnostik



MMag. DDr. Markus Gole

Praxis für Psychologie, Philosophie  
und Berufskunde

Webinar, 23.05.2024



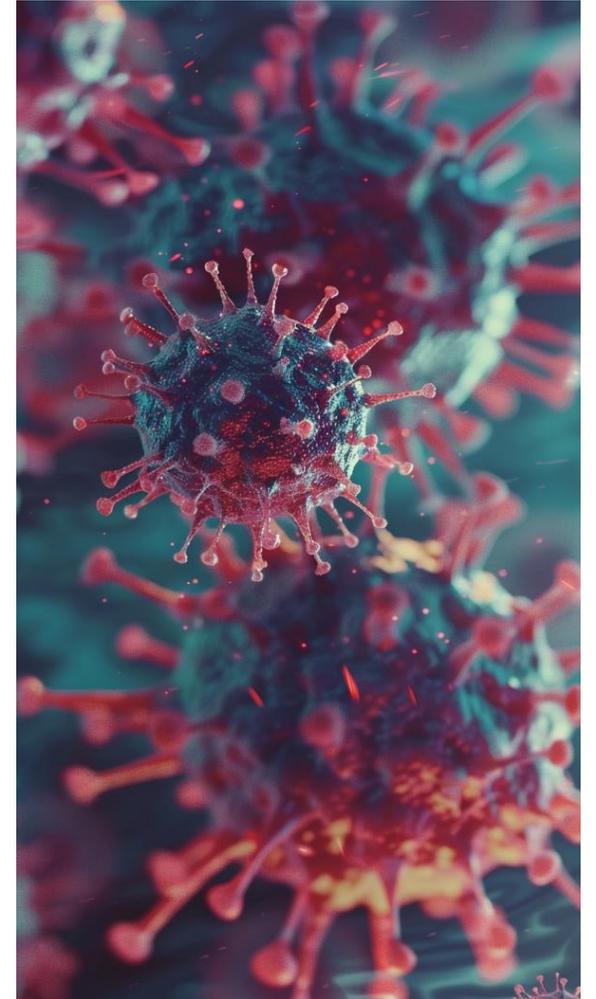
# Genesen ist nicht gesund

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.

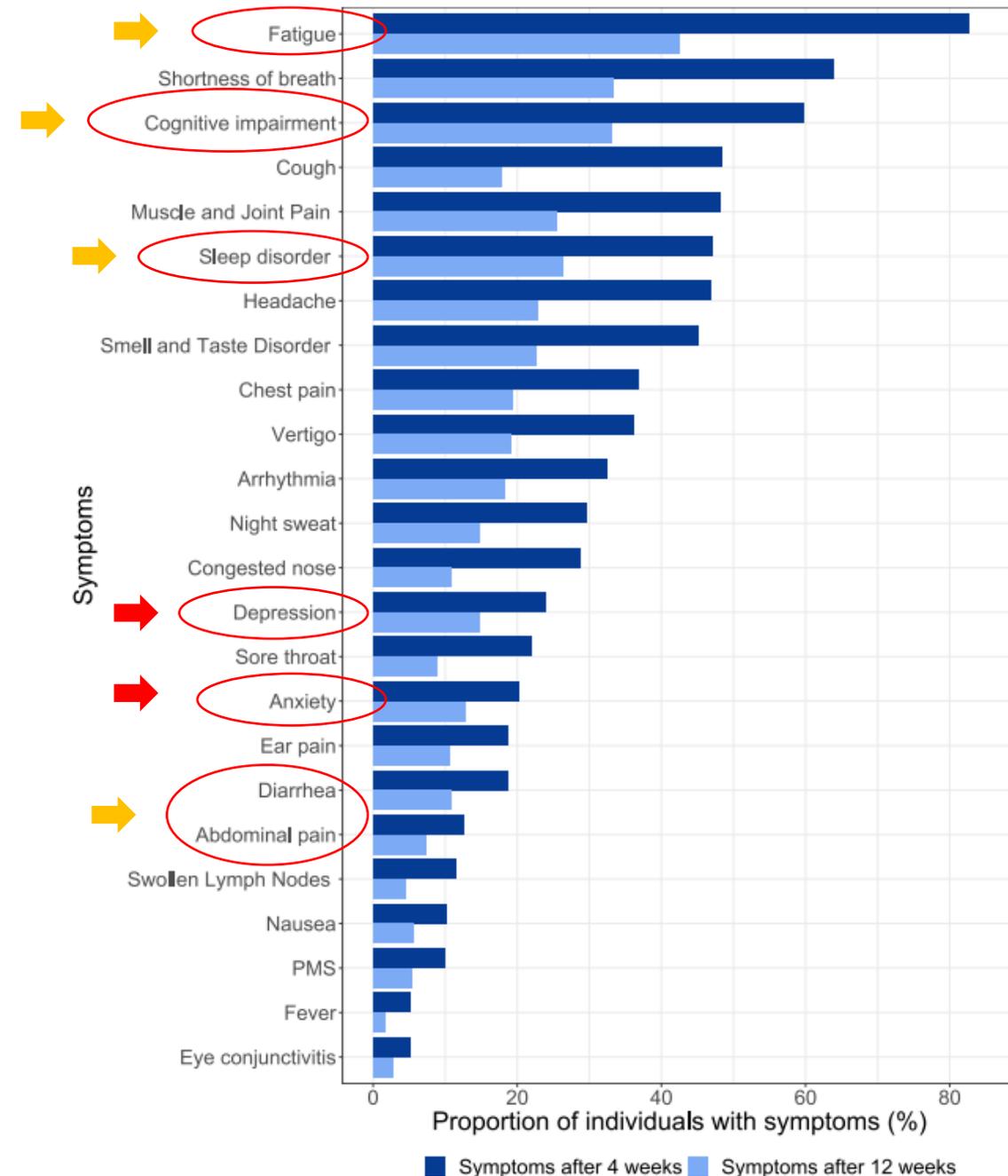
Eine Progredienz zu **ME/CFS (ICD-10-Code: G93.3)** ist möglich!



# 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!





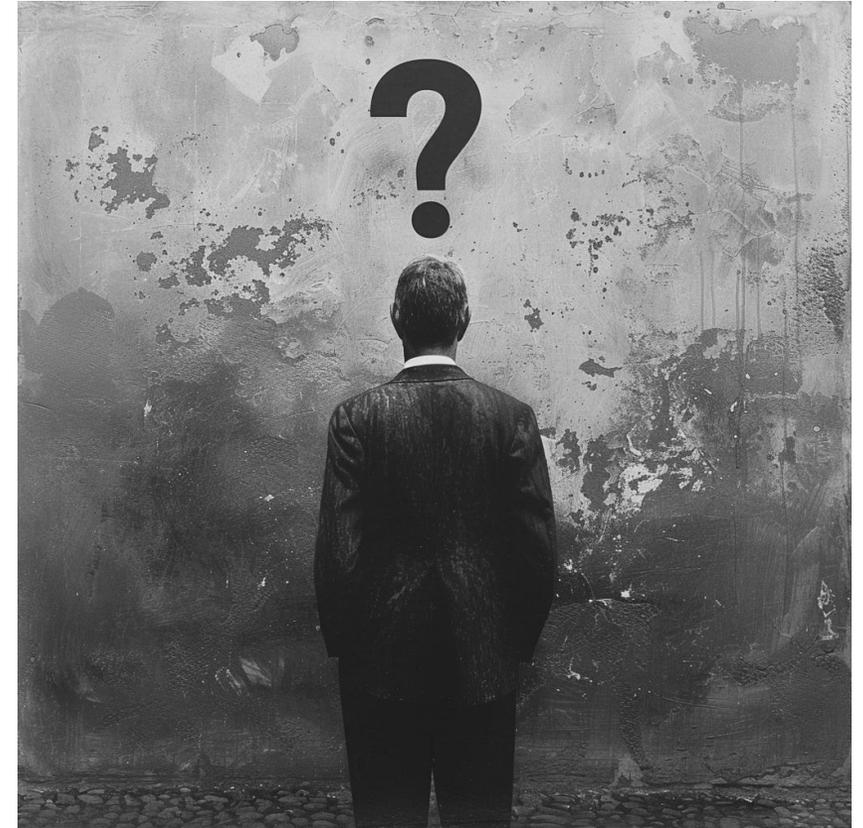
# Intermezzo: Welcher Verdacht?

Patient:in präsentiert sich mit folgenden Symptomen:

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



**Erster Eindruck: F32.x, F41.2**

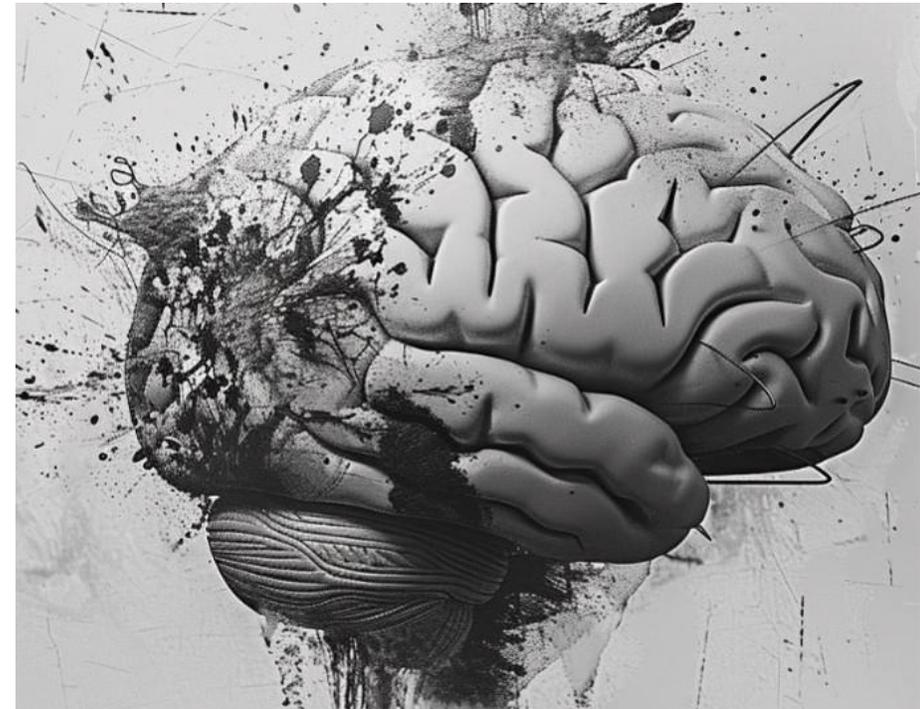




# Kognitive Probleme bei ME/CFS

Sebaiti et al. (2022) analysierte 33 Studien (n = 1 086 Patient:innen/968 Kontrollpersonen). Robuste Beeinträchtigungen (mind.moderate Effektstärke) waren hier gegeben:

- **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)



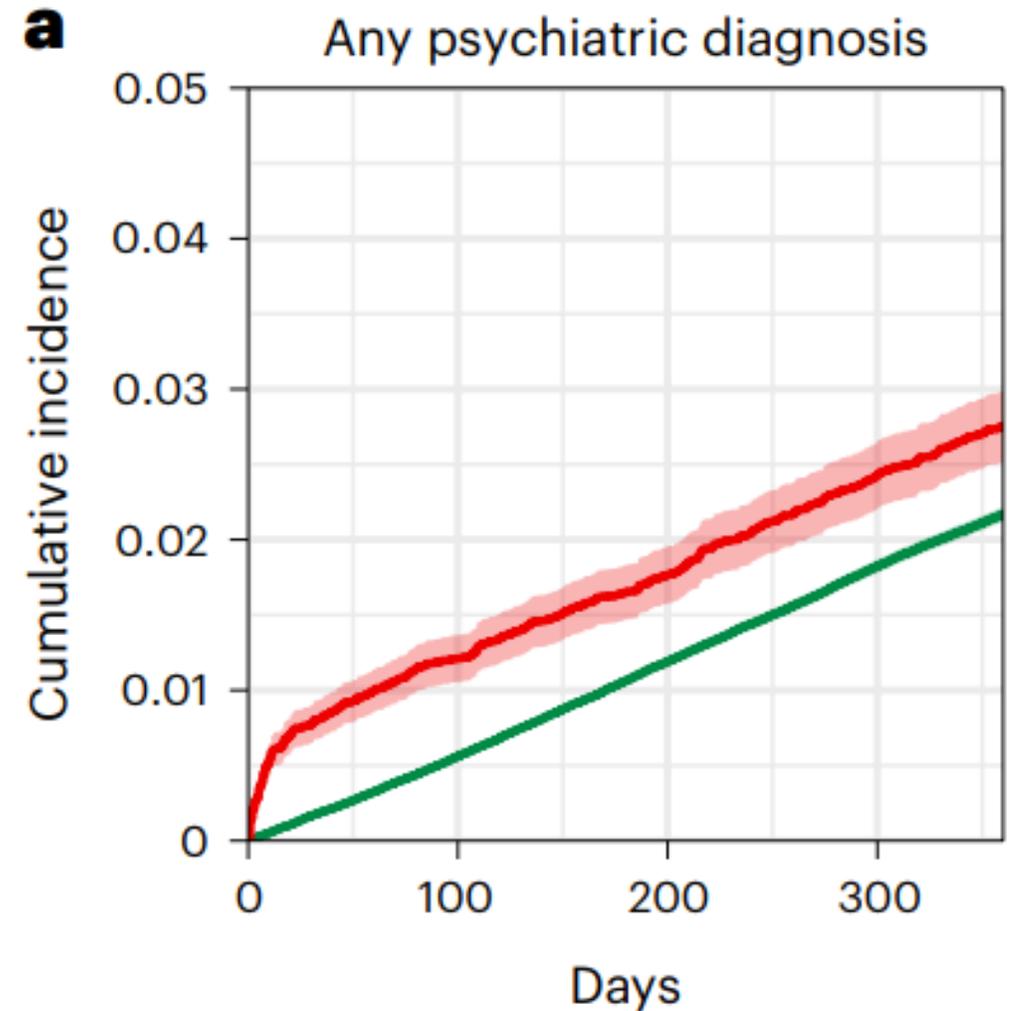


# Post-Corona: psychische Erkrankungen



**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.





# 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



# Warnung vor Fehldiagnosen bei Post Covid und ME/CFS

Gole wies auch auf die Problematik falscher Diagnosen durch Gutachter hin. Dies betreffe Anträge bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) auf Invaliditätspension oder verminderte Erwerbsfähigkeit bzw. bei Pflegegeld-Einstufungen, aber auch Probleme mit dem Bezug von AMS-Geldern, da etwa Sperren drohen, wenn Betroffene wegen ihres Zustandes Kurse nicht besuchen können. Oftmals würden bereits vorliegende, von Spezialisten erstellte, Befunde negiert und seitens der Gutachter eine psychische Diagnose gestellt mit allen Konsequenzen - etwa der Aufforderung, sich in eine für PEM-Betroffene schädliche aktivierende Rehabilitation zu begeben.



# Berichte von Patient:innen

**„Rausgehen und etwas Bewegung hilft.“**

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

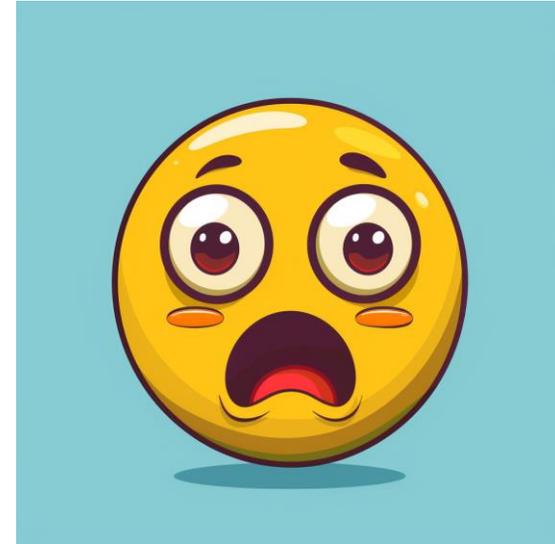
**„An ME/CFS glaube ich nicht.“**

**„Die Neurologie glaubt nicht an ME/CFS.“**

**„Die Gangschwierigkeiten kommen nicht von Long Covid oder ME/CFS, das ist nur psychosomatisch.“**

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

**„Internationale Studien kann man nicht glauben.“**





Contents lists available at ScienceDirect

## SSM - Qualitative Research in Health

journal homepage: [www.journals.elsevier.com/ssm-qualitative-research-in-health](http://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 <sup>a,b,c,d,\*</sup>, Heather L. Penwell <sup>a</sup>, Clair A. Francomano <sup>e</sup>

<sup>a</sup> Center for Bioethics, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, USA

<sup>b</sup> Department of Medicine, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, USA

<sup>c</sup> Department of Anthropology, Indiana University, Indianapolis, IN, USA

<sup>d</sup> Regenstrief Institute, Indianapolis, IN, USA

<sup>e</sup> 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](http://www.elsevier.com/locate/jebo)



## Doctors' attitudes toward specific medical conditions<sup>☆</sup>

Brooke Scoles<sup>a,1</sup>, Catia Nicodemo<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup>London School of Economics, Houghton St, Hol-born, London WC2A 2AE, United Kingdom

<sup>b</sup>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!

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



Manuel Thoma<sup>1,\*</sup>, Laura Froehlich<sup>2</sup> , Daniel B. R. Hattesoehl<sup>1</sup>, Sonja Quante<sup>1</sup>, Leonard A. Jason<sup>3</sup>   
and Carmen Scheibenbogen<sup>4</sup> 

- <sup>1</sup> German Association for ME/CFS, 20146 Hamburg, Germany; daniel.hattesoehl@dg.mecfs.de (D.B.R.H.); sonja.quante@dg.mecfs.de (S.Q.)
  - <sup>2</sup> Research Center CATALPA, FernUniversität in Hagen, 58097 Hagen, Germany; laura.froehlich@fernuni-hagen.de
  - <sup>3</sup> Center for Community Research, DePaul University, Chicago, IL 60614, USA; ljason@depaul.edu
  - <sup>4</sup> 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!

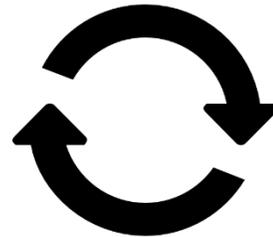


**Citation:** Thoma, M.; Froehlich, L.; Hattesoehl, D.B.R.; Quante, S.; Jason, L.A.; Scheibenbogen, C. Why the Psychosomatic View on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Is Inconsistent with Current Evidence and Harmful to Patients. *Medicina* 2024, 60, 83. <https://doi.org/10.3390/medicina60010083>



# Herangehensweise Diagnostik

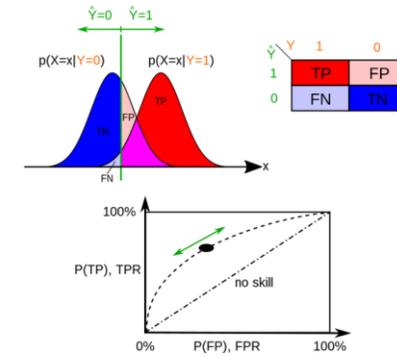
## Psychopathologischer Status



## Ausführliche Anamnese



## Psychologische Testverfahren



## Aktenlage/Befunde/Somatik



## ME/CFS-spezifische Fragebögen





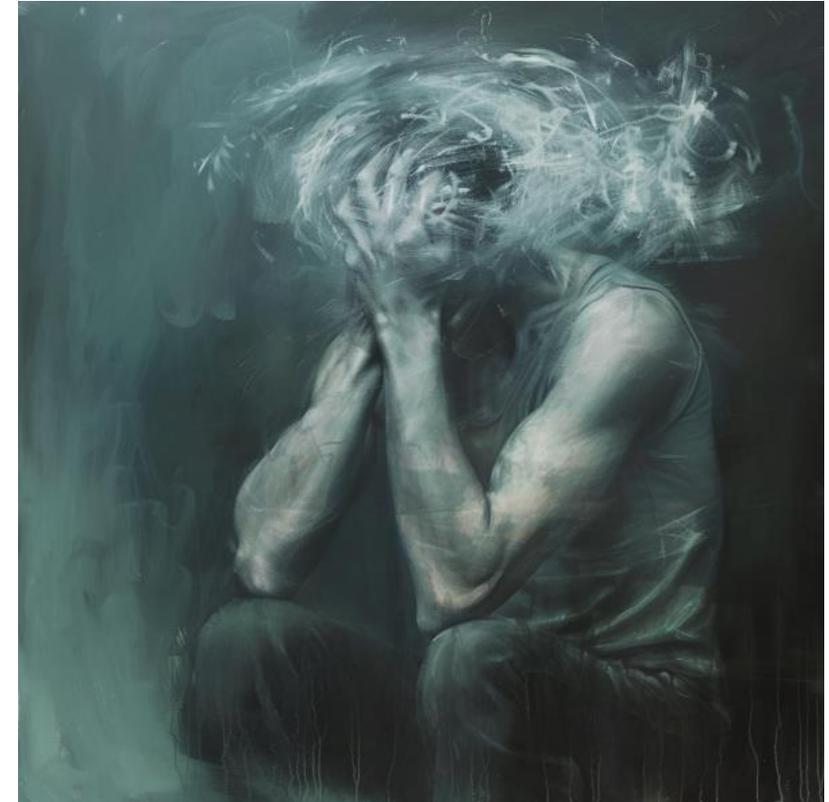
# PEM als Kardinalsymptom: ME/CFS

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 Zustandverschlechterung 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
- F45.3 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
<b>F43.x – Anpassungsstörung</b>	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
<b>F41.1 – generalisierte Angststörung</b>	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
<b>F45.0/F45.1 – Somatisierungsstörung</b>	Dauer $\geq$ 6 Monate oder $\geq$ 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!)
<b>F45.3 – somatoforme autonome Funktionsstörung</b>	Vegetative Probleme im Vordergrund, ohne organisches Korrelat, die autonome Erregung muss in $\geq$ 1 Organsystem zugeordnet werden: (1) Herz/kardiovaskuläres System, (2) oberer Gastrointestinaltrakt, (3) unterer Gastrointestinaltrakt, (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
<b>F32.x/F33.x – Depression</b>	Dauer $\geq$ 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
<b>F60.x – Persönlichkeitsstörungen</b>	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
<b>R53 – Unwohlsein/Erschöpfung</b>	Eigentlich keine Krankheitswertigkeit, allgemeine und unspezifische Ermüdung, oftmals vorübergehend	Hoher Krankheitswert, „bleierne“ Erschöpfung, bleibend bis verschlechternd, sehr selten Remission
<b>Z73 – Burn Out</b>	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 (1/3): 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 (1/3): Beispiel

	<i>T-Wert</i>	
<b>SCL-90-S (psychische Belastbarkeit)</b>		
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. ██████████ sagt, dass diese Überzeugung klar durch die vorhandenen Befunde und die somatischen Diagnosen erklärt wird (z.B. POTS, Polyneuropathie).



# Fallstricke (1/3): Beispiel

	<i>T-Wert</i>	
<b>SCL-90-S (psychische Belastbarkeit)</b>		
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 (1/3): Beispiel

	<i>Rohwert</i>	
<b>HADS-D (Angst/Depression)</b>		
Angst	6	unauffällig
Depression	8	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 (2/3): 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 (2/3): 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 (2/3): 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**. ████████████████████ weist ein Rating von  $\geq 2$  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 (2/3): 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*

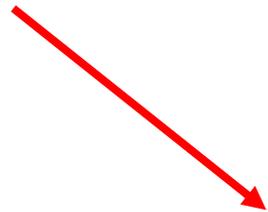
Falldefinition klinisch relevanter  
Fatigue/Erschöpfung

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 Diagnostiksituation:  
Aktenlage studieren,  
Vorbefunde lesen,  
Erhebung des  
psychopathologischen  
Status, Erfragen von  
schlechten Tagen.**



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

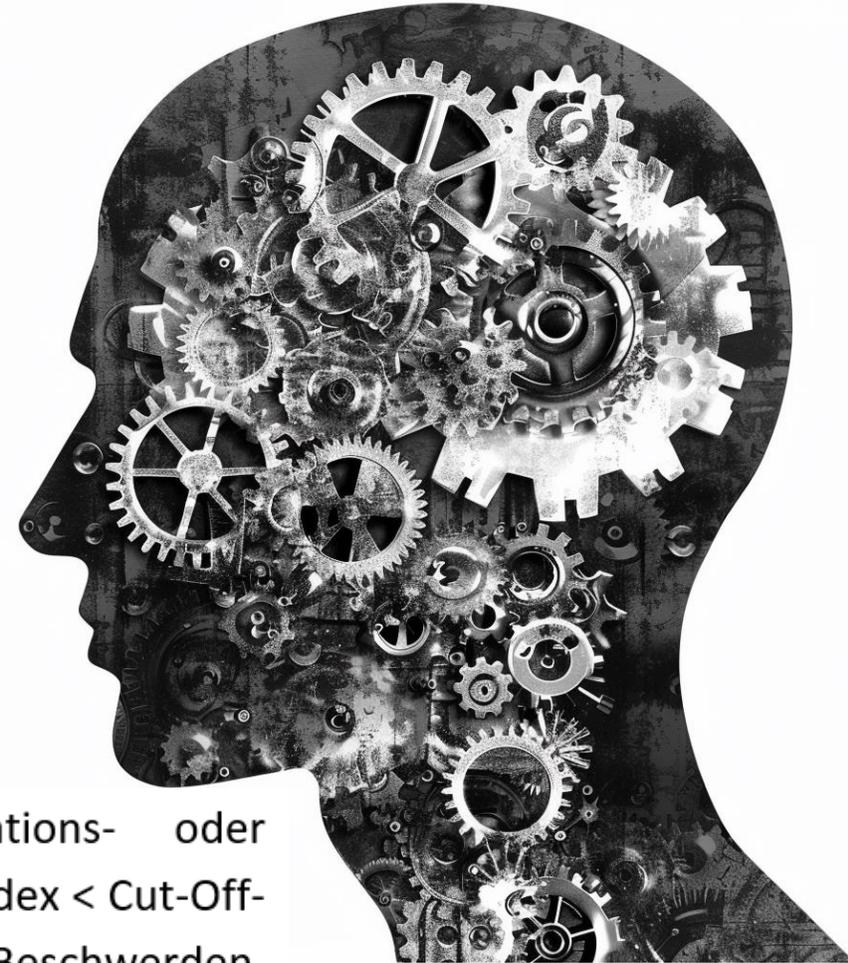


# Fallstricke (3/3): Validierungs-Scheu

Zur Absicherung kognitiver/neuropsychologischer Ergebnisse und zur Absicherung der Symptomschilderung **Validierungsverfahren** verwenden!

**Ergebnisse valide und belastbar!**

Aus Basis der Beschwerdevalidierung lassen sich keine Aggravations- oder Verdeutlichungstendenz erkennen (2 Verfahren von 2; Leistungsvalidierung: Index < Cut-Off-Wert von 1.0, Symptomvalidierung: 2 Pseudobeschwerden/28 genuine Beschwerden, Quotient < 2.288). Die Symptomschilderung und die kognitive Leistung sind somit als glaubhaft anzunehmen.





# Beispiel LC/PCS: Leistungsvalidierung

Whiteside et al. (2024) zeigten, dass auch bei LC/PCS-Betroffenen (ca. 3-25 Monate nach der akuten Infektion) nicht-valide kognitive Leistungen vorkommen. Sie verglichen die Ergebnisse von 4 Verfahren zur Leistungsvalidierung.

0 von 4  
nicht geschafft

1 von 4  
nicht geschafft

2 von 4  
nicht geschafft

**Table 1.** Demographic characteristics of pass ( $N = 210$ ), intermediate ( $N = 15$ ), and fail ( $N = 22$ ) groups.

	Pass		Intermediate		Fail		All	
<b>Age</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>
	50.97	14.16	51.27	14.07	53.73	11.59	51.16	13.9
<b>Education</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>
	14.86	2.44	13.87	2.33	14.32	2.46	14.75	2.44
<b>Gender</b>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Women	140	66.7	9	60	14	63.6	163	66
Men	69	32.9	6	40	8	36.3	83	33.6
Transgender	1	0.5	0	0	0	0	1	0.4



# Wozu Diagnostik?

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

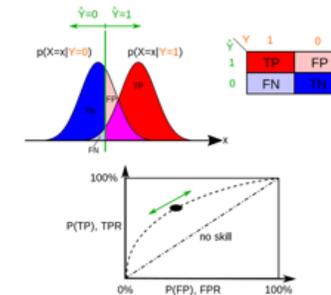
## Psychopathologischer Status



## Ausführliche Anamnese



## Psychologische Testverfahren



## Aktenlage/Befunde/Somatik



## ME/CFS-spezifische Fragebögen





**Offene Fragen**

**Rückmeldung**

**Kommentare**

**Lob/Kritik**





# Literaturverzeichnis



# Zitierte Literatur

- Asselmann, E., Beesdo-Baum, K., Hamm, A., Schmidh, 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.
- Cotler, J., Holtzman, C., Dudun, C. & Jason, L. A. (2018). A brief questionnaire to assess post-exertional malaise. *Diagnostics*, 8, 66.
- 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.
- 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.
- 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/MECFSciniciansguide.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.
- Jason, L. A. & Sunnquist, M. (2018). The development of the DePaul Symptom Questionnaire: original, expanded, brief, and pediatric versions. *Frontiers in Pediatrics*, 6, 330.



# Zitierte Literatur

- 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.
- 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. & Zweck, R.-H. (2021). Leitlinie S1: long COVID: Differenzialdiagnostik und Behandlungsstrategien. *Wiener klinische Wochenschrift*, 133 (Suppl. 7), S237-S278.
- 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.
- 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.
- 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.