

Vorwort zur deutschen Ausgabe

Von Hans-Michael Sobetzko, Arzt, zur Broschüre:

Chronic Fatigue Syndrom
Diagnose und Behandlung
von Patienten mit ME/CFS
Klinische Leitlinien für Psychiater
Eleanor Stein MD FRCP(C)

Viele deutsche Ärzte betrachten das Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS) nach wie vor als eine im Kern psychische Störung, bei der überdurchschnittlich viele Erkrankte einer psychotherapeutischen Behandlung ablehnend gegenüber stehen. Häufig wird die Ansicht vertreten, es mit einer höchst problematischen Patientengruppe zu tun zu haben, deren Genesungschancen auf Grund dieser Haltung eher gering seien. Bei CFS handele es sich dabei um nichts anderes als eine modernistische Bezeichnung für altbekannte psychische Erkrankungen. Eine Anwendung der CFS-Definition und Abklärungsleitlinien erschwere in solchen Fällen die psychotherapeutische Arbeit erheblich. Die Patienten fixierten sich dadurch auf organische Krankheitsursachen und wichen einer Bearbeitung der vermuteten psychischen Probleme aus.

Frei zugängliche Fachinformationen aus seriösen internationalen Quellen, die eine andere Sichtweise belegen, werden dagegen meist nur unzureichend zur Kenntnis genommen, manchmal sogar bewusst ignoriert. Ein Verlassen der gewohnten Klassifikationssysteme erscheint vielen Ärzten und Psychologen im Anbetracht einer „Modekrankheit“ als überflüssig, ökonomisch oder sogar schädlich. Von CFS-Patienten beklagte negative Behandlungserfahrungen werden als Teil des Widerstands gegen angebotene Psychotherapieansätze und nicht selten sogar als eine Verweigerung der Kooperation gewertet. Selbstkritische Überlegungen zu den verwendeten diagnostischen Instrumenten und therapeutischen Strategien finden sich dagegen kaum.

So enthalten beispielsweise die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) eine weitgehende Gleichsetzung des CFS mit dem psychiatrischen Krankheitsbild „Neurasthenie“. Diese Sichtweise, die zuletzt 2001 überarbeitet wurde und damit 7 Jahre intensiver CFS-Forschung nicht einbezieht, spiegelt sich nicht zuletzt auch in vielen Gutachten wider. Oft wird ein Grad der Behinderung (GdB) attestiert, der den realen Einschränkungen schwer erkrankter CFS-Patienten nicht annähernd gerecht wird.

Festzuhalten bleibt, dass renommierte internationale Wissenschaftler, Psychiater und Psychologen eingeschlossen, CFS als eine heterogene Erkrankung klassifizieren, also als eine Störung, für die es vermutlich mehrere Ursachen und unterschiedliche Krankheitsmechanismen gibt. Es erscheint daher plausibel, dass charakteristische Auffälligkeiten, z.B. immunologische oder virologische Befunde, nur in Untergruppen zu finden sind, die nach Stellung der Diagnose „CFS“ anhand spezifischer Merkmale definiert werden können. Fukuda und Kollegen haben diese Untergruppeneinteilung bereits 1994 in ihren Leitlinien zur CFS-Abklärung vorgeschlagen. Durch betont weit gefasste Definitionsansätze oder eine Reduzierung des Problems auf das Einzelsymptom „chronische Erschöpfung“ wird dagegen

eine Vielzahl psychischer Erkrankungen in die Betrachtung des Gesamtkollektivs einbezogen, so dass aus objektivierbaren Auffälligkeiten in Untergruppen durch statistische Effekte Zufallsbefunde werden, die für die Mehrheit der Untersuchten und die Diagnosestellung unbedeutend scheinen. Es erfolgt quasi eine „Majorisierung“ bzw. „Psychiatisierung“ der anhand restriktiverer Kriterien definierten Kerngruppe(n).

Auch bei Kenntnis dieser spezifischen Problematik bereitet die Abgrenzung des Chronic-Fatigue-Syndroms von psychischen Störungen in der Praxis häufig erhebliche Probleme. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn sich Symptome finden, die sowohl für ein CFS als auch eine psychische Störung sprechen können. Die international meist verwendete Definition des Krankheitsbildes CFS nach Fukuda und Kollegen beschrieb bereits 1994 verschiedene psychische Erkrankungen, die neben einem CFS vorkommen können und in ihrem Beschwerdespektrum erhebliche Überschneidungen mit der CFS-Symptomatik aufweisen. In den Leitlinien werden in der Auflistung „Conditions That Do Not Adequately Explain Chronic Fatigue“ explizit nicht-psychotische und nicht-melancholische Depressionsformen, Angststörungen, Neurasthenie sowie somatoforme Störungen genannt. Diese Diagnosen können somit die Art und Schwere der bei CFS auftretenden Beschwerden alleine nicht erklären. Es handelt sich nach Einschätzung der von Fukuda geleiteten Expertengruppe ggf. um Begleiterkrankungen, sog. Komorbiditäten. Sie erschweren oft zusätzlich Diagnostik und Behandlung des ohnehin komplexen Krankheitsbildes CFS.

Obwohl sich Eleanor Stein in einem umfassenden Ansatz vor allem mit Depressionen und Angststörungen auseinandersetzt, lassen sich viele ihrer Überlegungen auch auf die Problematik der Neurasthenien und somatoformen Störungen übertragen.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO beschreibt in der aktuellen Klassifikation von Krankheiten, der ICD-10-GM-2008, zwei Hauptformen der Neurasthenie, die sich beträchtlich überschneiden. Bei einer besteht das Hauptcharakteristikum in Klagen über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Formen findet sich eine ganze Reihe anderer unangenehmer körperlicher Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit. Sorge über abnehmendes geistiges

und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind häufig. Der Schlaf ist oft in der ersten und mittleren Phase gestört, es kann aber auch ein vermehrtes Schlafbedürfnis, eine sog. Hypersomnie, im Vordergrund stehen. Neurasthenien treten häufig nach körperlichen Erkrankungen, z.B. einem Virusinfekt oder nach besonderen Belastungen durch Stress auf. Für die Beschwerden finden sich allerdings keine hinreichenden körperlichen Ursachen.

Das Charakteristikum somatoformer Störungen besteht dagegen weniger in Erschöpfung und Leistungsminderung, sondern primär in wiederholten Klagen über körperliche Beschwerden und der Befürchtung, körperlich erkrankt zu sein. Hiermit verbunden sind hartnäckige Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Zu dieser Krankheitsgruppe zählt unter anderem auch die Hypochondrie.

Wenn somatische Störungen vorhanden sind, reichen sie nicht aus, die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten zu erklären.

Die Gefahr einer Gleichsetzung von CFS mit Neurasthenien und/oder somatoformen Störungen besteht darin, dass sich die psychiatrische Hypothese dadurch quasi von selbst stabilisiert. Messbare Befunde, die Symptome erklären oder zumindest Zweifel an den vermuteten rein psychischen Ursachen wecken könnten, werden entweder nicht aufgedeckt oder gegebenenfalls als Zufallsbefund ohne Bedeutung bewertet. Besonderheiten, wie die oft deutliche Zeitverzögerung des Auftretens massiver Befindensverschlechterungen nach Anstrengungen finden keine Berücksichtigung. Durch unterschiedliche Ursachenüberzeugungen und massive Diskrepanzen in der Bewertung krankheitsbedingter Einschränkungen entstehen erhebliche Spannungen im Arzt-Patient-Verhältnis, die einen angemessenen Umgang mit der Problematik zusätzlich erschweren.

Lähmende Erschöpfung und extreme Erschöpfbarkeit, von der Leiterin der CDC, Dr. Julie Gerberding, als ver-

gleichbar mit Leistungseinschränkungen bei schwersten Systemerkrankungen beschrieben, werden beispielsweise als Ausdruck einer primären psychischen Störung fehlinterpretiert. Ein hieraus resultierender Ratschlag lautet dann häufig, sich mit ansteigender Belastung körperlich aufzutrainieren. „CFS wegjoggen“ empfahl eine medizinische Fachzeitschrift vor einigen Jahren kurz und knapp. Dagegen stellte ein früherer Berufssportler fest, der größte Fehler, den er mit seiner Erkrankung gemacht habe, sei gewesen, viel zu früh wieder mit dem Training zu beginnen.

An CFS erkrankte Ärzte empfanden es oft als „demütigend“, von ihren Kollegen pauschal in die Gruppe psychisch Erkrankter eingeordnet zu werden und die Fähigkeit abgesprochen zu bekommen, die eigene Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit auch nur annähernd realistisch selbst bewerten zu können. Die Stellung einer psychiatrischen Diagnose sei oft sehr schnell erfolgt und die Richtung aller danach folgenden Diagnostik- und Therapieschritte hierdurch maßgeblich vorgezeichnet gewesen. Eine differenzierte Dokumentation der Beschwerden habe in der Folge bei vermuteten psychischen Ursachen kaum noch stattgefunden. Psychotherapeutische Ansätze ohne Berücksichtigung CFS-spezifischer Besonderheiten seien allerdings nicht nur meist wirkungslos geblieben, der Gesundheitszustand habe sich dabei oft sogar erheblich verschlechtert.

Positiv wurden dagegen Hilfen zur Krankheitsbewältigung beurteilt, wenn Therapeuten die berichteten Erfahrungen aus langjähriger Erkrankungszeit ernst genommen und in ihr Konzept einbezogen hätten. Je mehr Therapeuten ihre CFS-Patienten dabei als gleichberechtigte Partner und als Experten in eigener Sache anerkannt hätten, umso günstiger hätte sich dies auf die Ergebnisse der Behandlung ausgewirkt.

Vor diesem Hintergrund bieten die Überlegungen und Empfehlungen Eleanor Steins eine breite Palette wertvoller Anregungen und Strategien, die in diagnostischen und therapeutischen Ansätzen bei CFS unbedingt berücksichtigt werden sollten.

Redaktionelle Vorbemerkungen

Eleanor Steins Broschüre spricht ein heikles und äußerst umstrittenes Thema an – das der Psychotherapie, genauer: Verhaltenstherapie – für Patienten mit ME/CFS und anderen Multisystemerkrankungen wie Fibromyalgie oder Multipler Chemikaliensensitivität.

Bei kaum einer anderen organischen Erkrankung gehen die Erfahrungen der Patienten und die Meinungen von Ärzten, Psychologen und Psychiatern hinsichtlich der Genese der Erkrankung und der daraus folgenden „angemessenen“ Therapie derart auseinander wie bei ME/CFS.

Während die offiziellen Richtlinien zur Behandlung dieser Erkrankungen noch immer auf der Annahme einer

psychologischen Genese derselben beruhen und dementsprechend kognitive Verhaltenstherapie und körperliche Aktivierung als allein wirksame Therapie empfehlen, geht aus großen Umfragen von Patientenorganisationen hervor, dass beides der überwiegenden Mehrheit der Patienten im besten Falle nicht hilft, in vielen Fällen hingegen sogar schadet. (Siehe z.B. die gerade veröffentlichte Umfrage der britischen ME Association unter www.meassociation.org.uk)

Die Ablehnung der Patienten gegenüber diesen Therapieverfahren beruht jedoch nicht nur auf den wenig hilfreichen bis negativen Erfahrungen, die sie mit kognitiver Verhaltenstherapie und körperlicher

Aktivierung machen, sondern vor allem auf der impliziten Unterstellung, dass ihre Erkrankung allein durch „dysfunktionale“, d.h. falsche Krankheitsvorstellungen, übertriebene Aufmerksamkeit gegenüber an sich harmlosen und alltäglichen Befindlichkeitsstörungen und durch „dysfunktionales“ Krankheitsverhalten, d.h. einer übertriebenen Schonhaltung und der daraus folgenden Dekonditionierung erwachse.

Die Patienten wissen aus leidvoller, täglicher Erfahrung heraus ganz genau, dass dies – zu ihrem Bedauern – nicht der Fall ist. Sie wären mehr als froh, wenn ihr Leiden mit so einfachen Maßnahmen zu lindern wäre. Und Psychiater, die selbst an ME/CFS erkrankt sind – wie z.B. die Autorin dieser Broschüre –, können dies sowohl aus der fachlichen wie aus der persönlichen Perspektive bestätigen.

Zu unterstellen, all diese Symptome seien lediglich eine Folge falschen Denkens und Verhaltens, erleben die Patienten als ungerechtfertigte Schuldzuweisung und absolute Verharmlosung ihres Zustandes. Angesichts der Schwere des Krankheitsbildes und der massiven, organischen Symptome klingt eine solche Vorstellung in den Ohren der Betroffenen wie Hohn.

Ihr Leidensdruck ist oft so extrem, dass sie *alles* tun, um irgendeine Erleichterung zu finden und in das Leben zurückzukehren, das sie vor Ausbruch der Erkrankung hatten. Und dazu gehört auch Psychotherapie, in welcher Form auch immer. Aber leider treffen sie in Deutschland in der Regel nur auf ungeeignete Behandlungsansätze, die auf unrichtigen Annahmen über die Genese der Erkrankung beruhen.

Der Psychiater Prof. Michael Sadre-Chirazi-Stark, Leiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Asklepios-Westklinikums Hamburg, sagte kürzlich in einem Fernsehinterview bei RTL Hamburg: „Diese Behandlungsansätze sind leider nicht hilfreich, und viele Patienten kommen kränker zurück aus diesen Kuren, als sie hingefahren sind, weil die psychosomatische Behandlungsstrategie bedeutet, die Patienten wieder zu fordern und dadurch eine Leistungssteigerung zu erreichen.“

Der belgische Forscher Michael Maes hat kürzlich in einem Brief an das belgische Gesundheitsministerium beklagt, dass Patienten in den eigens für CFS-Patienten eingerichteten Zentren als organisch völlig gesund deklariert und schädlichen Leistungssteigerungsprogrammen sowie kognitiver Verhaltenstherapie unterzogen wurden, während man in seiner Klinik zahlreiche Anomalien feststellte wie beispielsweise erhöhte Zytokinwerte, erhöhte Werte für NF- κ B, Autoimmunerkrankungen, Anzeichen für oxidativen und nitrosativen Stress und Leaky-Gut-Syndrom.

Ein weiteres Problem besteht in den Bemühungen einer einflussreichen Schule von Psychiatern und Verhaltenstherapeuten, eine Diagnosekategorie zu etablieren, die weiterer Entdifferenzierung Tür und Tor öffnet, nämlich die der *Medically Unexplained Syndromes*, abgekürzt MUS. Statt in der unterschiedlichen Symptomatik von Erkrankungen wie Fibromyalgie, CFS/ME, Multipler Chemikaliensensibilität (MCS), Irritable Bowel Syndrome

(IBS - Reizdarmsyndrom), Golfkriegssyndrom etc. einen Hinweis auf die unterschiedliche Pathophysiologie dieser Multisystemerkrankungen zu sehen und diese als Ansatzpunkt für entsprechende biomedizinische Forschungsprojekte zu betrachten, werden alle „Beschwerden, die nicht durch Krankheit erklärbar sind“ (Winfried Rief, Psychologieprofessor in Marburg) und indifferenziert als medizinisch ungeklärt (MUS) definiert.

Dass man daraus auch die Notwendigkeit ableiten könnte, geeignete biomedizinische Forschungsprojekte und epidemiologische Untersuchungen zu starten, die die hinter den Beschwerden steckenden Krankheiten zu erklären versuchen, wird gar nicht erst in Betracht gezogen. Das (Noch-)Nicht-Wissen wird mit dieser Kategorienbildung zementiert und verwandelt sich unversehens zur „diagnostischen“ Kategorie - ein einigmaßen absurdes Vorgehen.

Man kann sich angesichts des Umgangs mit Multisystemerkrankungen wie ME/CFS, Fibromyalgie oder Multipler Chemikaliensensibilität des Eindrucks nicht erwehren, dass der Begriff der somatoformen Störung in einem hektischen Medizinbetrieb gerade durch seine Schwammigkeit gelegentlich als wohlfeile „Abfallkategorie“ für medizinisch „ungeklärte“ und schwierige Fälle dient – zum Nachteil von Patienten *und* Ärzten.

Die in Deutschland leider verbreitete Einordnung des ME/CFS als depressive oder somatoforme/psychosomatische Störung ohne organische Befunde „mit Krankheitswert“ negiert nicht nur die Schwere der Erkrankung und das Ausmaß der Behinderung der Patienten, sondern ignoriert auch die umfangreiche wissenschaftliche Literatur: Mittlerweile ist diese auf etwa 4000 wissenschaftlich seriöse (peer reviewed) Veröffentlichungen angewachsen. Diese belegen die teils massiven und für das Krankheitsbild typischen Anomalien in den immunologischen, endokrinen und neurologischen Systemen, die man bei gesunden Kontrollpersonen und primär psychiatrischen Erkrankungen nicht findet. In jüngster Zeit wird sogar wieder eine virale Genese diskutiert.

Der Informationsstand der Ärzte in Deutschland spiegelt in keiner Weise den Stand der Wissenschaft wider. Sie orientieren sich hingegen mehrheitlich an den veralteten Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) oder neueren, sogar mit Fortbildungspunkten zertifizierten Weiterbildungskursen mit entsprechendem Inhalt.

Das führt dazu, dass in Deutschland Patienten mit ME/CFS fälschlicherweise noch immer in der Regel eine psychiatrische Diagnose erhalten, statt ihnen eine angemessene medizinische *und* psychologische Betreuung zukommen zu lassen.

Diese Erfahrung lässt die Patienten oft ins Bodenlose fallen. Sie realisieren, dass man sie an dem Ort, an dem sie Hilfe erwarten, nicht nur allein lässt, nicht versteht, ihnen nicht hilft, sondern sie auch noch beschämt, stigmatisiert und für „selbst schuld“ an ihrer Misere erklärt. Sie verlieren den letzten Halt, die letzte Orientierung, die letzte Hoffnung auf Hilfe, sie zweifeln an sich selbst.

Hinzu kommt, dass sie nach verharmlosenden oder psychiatrischen Diagnosen oft von Freunden und der Familie fallen gelassen werden, und das alles in einem Zustand absoluter Hilflosigkeit und Abhängigkeit. Man bezeichnet sie als Hypochonder, Simulanten, Renten-neurotiker oder gar „faule Säcke“. Was Patienten in Sprechstunden des Fatigatio und Internetforen an Aussagen ihnen gegenüber beklagen, spottet oft jeder Beschreibung.

Die Erfahrungen, die die Patienten machen müssen, erfüllen alle Kriterien für schwere psychische Traumata, und ME/CFS-Patienten erleben sie häufig nicht nur einmal, sondern immer wieder.

Die *Folgen* solch kumulativer Traumatisierungen werden in einer weiteren Drehung in Richtung Missverständnis dann zur *Ursache* der Erkrankung erklärt. Sprich: werden die Patienten in ihrer Verzweiflung, Not und Angst im Umgang schwierig, ablehnend oder gar depressiv, fühlen sich manche in ihren Vorurteilen bestätigt – nach dem Motto: haben wir es nicht immer gesagt, dass es sich nur um eine psychische Erkrankung handelt? Was die Verzweiflung und Hilflosigkeit der Patienten ein weiteres Mal steigert – und schon ist ein Teufelskreis losgetreten, aus dem es kein Entrinnen zu geben scheint.

Darüber hinaus haben falsche psychiatrische Diagnosestellungen oft massive soziale Folgen: Manche Patienten verlieren ihren Lebensunterhalt, weil sie sich weigern, an psychologischen Therapieverfahren oder Kuraufenthalten in psychosomatischen Kliniken teilzunehmen, entweder, weil sie diese aufgrund der falschen Grundannahmen über ihre Erkrankung ablehnen oder weil sie schlicht zu schwach und krank sind, solche Therapien durchzustehen.

Dass solche Erfahrungen zu einer Wiederbelebung und Verstärkung evtl. vorhandener prä-morbider Traumatisierungen führen können, dürfte nicht nur für psychologisch geschulten Fachkräfte offensichtlich sein.

Statt das hilfreiche Potential psychotherapeutischer Verfahren als Begleitmaßnahme für schwere organische Erkrankungen auch für ME/CFS-Patienten zu eröffnen, führen die falschen Grundannahmen im Gegenteil noch zu einer iatrogenen Traumatisierung, d.h. durch ärztliches Handeln verursachten seelischen Verletzung. Die Patienten fühlen sich vollkommen allein gelassen, von Medizin, Psychologie, Familie, sozialem Umfeld – und das in einer Situation, in der sie aufgrund ihrer für Gesunde unvorstellbaren Schwäche und ihres schweren Krankheitsgefühls die Kontrolle über den Körper und oft auch über ihre geistigen Kapazitäten verloren haben.

Gerade diese kumulativen Traumata sind so verheerend, und ihre Folgen sind das, was Ärzte und Psychologen oft im Umgang mit diesen Patienten als diffuses Unbehagen spüren. Aber anstatt die Entstehung dieser Probleme zu erkennen, das eigene Verständnis zu korrigieren oder dem Patienten einfach Glauben zu schenken, werden sie in einer erneuten Verdrehung als Beleg für eine psychogene Ursache der Erkrankung interpretiert: Man wertet die „*rasch entstehende Irritation durch die schwierige Arzt-Patient-Interaktion*“ als „*frühzeitigen Hinweis*“ auf eine „*somatoforme Störung*“. (Zitat aus: Nina Sauer,

Wolfgang Eich: Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 1-2, 8. Januar 2007) Dass an dieser Interaktion zwei Parteien beteiligt sind und der Fehler auch im Verständnis oder Verhalten des Arztes oder Psychiaters liegen könnte, wird gar nicht erst in Betracht gezogen.

Die respektlose, im besten Falle durch Unwissen geprägte, aber oft körperlich wie seelisch schädliche Behandlung, die viele erdulden müssen, die immer wieder entgleisenden Dialoge sind das, was zum von dieser Fraktion so beklagten „dysfunktionalen Beziehungsverhalten“ der Patienten führt oder zu diesem zumindest erheblich beiträgt. Hier einen Ausweg zu finden ist nicht einfach, aber eine erste Maßnahme kann eine sachliche Information über die Krankheit als solche und über ihre psychosozialen Folgen sein.

Ziel der Arbeit von Selbsthilfeorganisationen wie dem Fatigatio ist, durch sachliche Informationen und die Verbreitung des aktuellen Forschungsstandes den Weg frei zu machen zu fruchtbaren Dialogen zwischen Arzt und Patient – unter anderem auch zu einer oft dringend benötigten Psychotherapie, die auf dem Wissen um die organischen Grundlagen dieser Erkrankung beruht, sei es nun eine primär verhaltenstherapeutisch oder eher psychoanalytisch ausgerichtete Therapie.

Es geht in dieser Broschüre also nicht darum, Psychotherapie oder Verhaltenstherapie zu verdammen, sondern aufzuzeigen, dass jene Formen für ME/CFS-Patienten ungeeignet oder gar schädlich sind, die von der irrigen Annahme ausgehen, dass die Krankheit durch dysfunktionale Vorstellungen und dysfunktionales Verhalten auf Seiten der Patienten erzeugt und aufrechterhalten würde, also das sei, was man hierzulande als „somatoforme Störung“ bezeichnet.

In einer für ME/CFS-Patienten angemessenen Psychotherapie muss es um die Bearbeitung der Traumata gehen, die durch die Krankheit und durch soziale und ärztliche Reaktionen verursacht sind, vielleicht auch um die Bearbeitung prä-morbider, alter Traumata und Verletzungen, die in dieser verzweifelten Lage wiederbelebt werden. Aber vor allem brauchen die Patienten ein gutes Krankheitsmanagement – auf körperlicher *und* seelischer Ebene.

Eine angemessene Psychotherapie muss zudem stets von dem Grundsatz ausgehen, dass die beste Psychotherapie für ME/CFS-Patienten noch immer die Verbesserung ihres körperlichen Zustandes und ihrer Lebensqualität ist.

Diesen schwierigen Weg freizuschaukeln und Missverständnisse auf beiden Seiten aus dem Weg zu räumen, soll diese hervorragende Broschüre einer selbst von ME/CFS betroffenen Psychiaterin dienen.

Das am Ende der Broschüre vorgestellte Behandlungsmodell von Eleanor Stein und Kollegen mag darüber hinaus eine Anregung sein, auch hierzulande geeignete Behandlungszentren für ME/CFS-Patienten aufzubauen.

Regina Clos und Marlies Zurhorst

im November 2008