

GRENZBEFUNDE IN DER PSYCHIATRISCHEN BEGUTACHTUNG

DR. HILDEGARD SCHAIN

PRAXIS FÜR NEUROLOGISCH-PSYCHIATRISCHE BEGUTACHTUNG IN DÜREN

BERLIN, 26. NOVEMBER 2021 / 14.01.2022 ONLINE-FORTBILDUNG DER DGNB

ERKLÄRUNG

- Interessenkonflikte werden eindeutig verneint.
- Es werden keine Industriebeziehungen unterhalten.

GLIEDERUNG

- Wahrnehmung des Patienten
- Artificielle Störungen
- CFS, MCS, FM
- MCI und suboptimales Leistungsverhalten
- Beschwerdenuvalidierung

EINSTIEG

- Die Begutachtung von somatoformen Störungen werfen oft die meisten Probleme auf, da die vom Probanden vorgetragenen Beschwerden durch die einzelnen Gutachter oft eine sehr unterschiedliche Gewichtung erfahren.
- Diese Störungen werden nur zu oft in der Nähe von Aggravation und Simulation angesiedelt und stellen ein nicht zu unterschätzendes Problem dar!
- Deswegen zunächst einige grundsätzliche Überlegungen für den Gutachter:

DIE WAHRNEHMUNG DES PROBANDEN

- Unvoreingenommene Wahrnehmung, d.h. am Konkreten orientiert
- Hypothesengeleitete, deduktive Wahrnehmung = interne Verarbeitung
- ==> die Wahrnehmung ist folglich nicht völlig einheitlich, obwohl dies objektiv so ist!!

EXPERIMENTALPSYCHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

- Der Nivellierer: die Wahrnehmung wird geglättet bzw. harmonisiert, d.h. Ungewöhnliches oder Unstimmigkeiten oder Widersprüchlichkeiten fallen zunächst einmal unter den Tisch.
- Der Akzentuierer: sie nehmen alles, auch Details und Nebensächlichkeiten, wie mit dem Brennglas wahr und sehen letztlich nur noch Einzelphänomene und nicht mehr das Syndrom.

•>>> Stellen Sie sich kritisch die Frage: zu welcher Gruppe gehöre ich als Gutachter?

PRIMACY - EFFEKT

- Der prägende Effekt des ersten Eindrucks hat einen erheblichen Einfluß auf weitere Einschätzungen.
- Diese primäre „Datenspeicherung“ läuft bei Kontakt mit psychisch Kranken oft in die Festsetzung ungünstiger Bewertungen, da die Aufnahmekapazität für zusätzliche Informationen sinkt (Stroebe et al. 1997).

HALO - EFFEKT

- Der Untersucher läßt sich von einer hervorstechenden Eigenschaft oder von einem intuitiv erfassten Gesamtbild leiten, so dass Einzelaspekte und Nebenfunde untergehen. Der Haloeffekt „überstrahlt“ alles andere!!
- **Es ist eine subjektive Fehlerquelle des Untersuchers!**

ROSENTHAL-EFFEKT

- Der Gutachter überträgt unbewußt über eine von ihm selbst nicht bemerkte (nonverbale) Kommunikation oder eine selbst mitinszenierte Untersuchungsatmosphäre in das Ergebnis mit hinein (Begriff nach dem amerikanischen Psychologen R. Rosenthal, 1966).
- ==> Es ist folglich ein störendes Phänomen in der klinischen Diagnostik!

CREDO DER BEGUTACHTUNG

- Es stehen psychopathologischer Befund und Diagnose natürlich im Zentrum.
- **ABER: es zählen die krankheitsbedingten Einschränkungen und damit die Einschränkungen betr. des beruflichen Leistungsvermögens!**
- **Der Aspekt der subjektiven Einschätzung mit der Schwierigkeit der willentlichen Beeinflussung der Beschwerden ist ein zusätzlicher Aspekt.**

ARTIFIZIELLE STÖRUNGEN

- Definition nach DSM-5: körperliche oder psychische Krankheitssymptome werden von den Betroffenen selbst bewußt vorgetäuscht oder gar künstlich erzeugt.
- Sie zielen jedoch selten auf die Erlangung einer Entschädigung ab.
- Körperintegritätsstörung: die Betroffenen streben eine chirurgische Amputation eines gesunden Körperteils an, um zu einer subjektiv erlebten vollständigen Identität zu gelangen.
- Kerngruppe artifizieller Störungen: Münchhausen-Syndrom und Münchhausen-by-proxy-Syndrom

KLINISCHE SYMPTOMATIK

- Subkutane Injektionen von z.B. verschmutzten Lösungen
- Unklare Fieberzustände
- Einnahme von Cumarin-Präparaten
- Stoffwechselerkrankungen
- Chirurgische Symptome

ÄTIOLOGIE

- Deprivation und Mißhandlungen in der Kindheit
- Häufig kurzzeitige psychotische Episoden
- Eßstörungen
- Borderline- und narzißtische Persönlichkeitsstörungen

ZIELVORSTELLUNGEN

- Symptomstabilisierung
- Rückbildung der Dissoziation als Abwehrfunktion
- Reduzierung eines therapiegefährdenden Verhaltens
- Rückfallprophylaxe

UMWELTBEZOGENE KÖRPERBESCHWERDEN

- Multiple Chemikaliensensibilität (MCS) = idiopathic environmental intolerances (IEI)
 - Substanzen in der Umwelt sollen verschiedene Symptome an unterschiedlichen Organ-systemen verursachen, ausgelöst durch Stoffe in bereits sehr geringer Konzentration
 - Konsenskriterien nach Batha et al. (Consensus Conference 1999)
 - Es existieren keine etablierten diagnostischen Tests betr. physiologischer oder bio-chemischer Parameter.

IEI -2-

- Es gibt keine MRT-Befunde, keine neuropsychologischen Befunde.
- Es existiert keine wirksame Therapie.
- Differentialdiagnostisch müssen psychiatrische Krankheitsbilder ausgeschlossen werden.
 - somatoforme Störungen
 - affektive und Angsterkrankungen
- Es kann nicht als eigenständige Krankheitsentität gelten.

KOMPETENZ DES GUTACHTERS

- Kenntnis um die wissenschaftliche Literatur (z.B. Dietel et al. 2006)
- Keine Bedingungen des Gutachten-Probanden erfüllen betr. Untersuchungsräumen u.ä.
- Sachliche und objektive Haltung bewahren trotz sog. „spezialisierter“ Anwälte.

CHRONIC FATIGUE SYNDROM (CFS)

- Leitsymptom: verstärkte Erschöpfbarkeit und Müdigkeit
- Generelle Schmerzen
- Kognitive Beeinträchtigungen

- Zeitgenössische Spielart der Neurasthenie oder der somatoformen Störung?
- **Aktuell: Post-/Long-COVID!!**

DIE NEUEN KRITERIEN BEI CFS

Nach dem Institut of Medicine (IOM 2015)

- Unwohlsein nach Belastung
 - Nicht erholsamer Schlaf
 - Unfähigkeit, das prämorbid Aktivitätsniveau aufrechtzuerhalten, seit > 6 Monaten, von anhaltender Erschöpfung begleitet.
 - Kognitive Beeinträchtigungen
 - Orthostaseproblem
-
- DD: somatische Faktoren penibel abklären!!

POST-LONG-COVID-19

- Fatigue mit allgemeinem Krankheitsgefühl, Mattigkeit, Antriebsverlust, rascher Erschöpfung und mangelnder Belastbarkeit
- Neurokognitive Störungen mit vermehrter Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, planerischem Denken und Sprachveränderungen
- Es besteht zumeist Arbeitsunfähigkeit.
- SI- Leitlinie Post-Long-COVID-19 von 8/2021: die Spätsymptome sind nicht an einen schweren Verlauf gebunden!

PROBLEMATIK

- Vielfalt der Krankheitssymptome
- Unspezifische Symptome
- Es fehlen Daten zur gesicherten Therapie.
- Es fehlen gesicherte Daten der Prävention.
- Aus gutachterlicher Sicht sind v.a. Selbstauskunftsinstrumente problematisch.
- Es gilt, bei rein psychischen Beschwerden eine Diagnostik anzustreben betr. konkreter affektiver Störungen, Angststörungen etc.

BESONDERES AUGENMERK LEGEN AUF:

- ähnliche somatische oder psychosomatische Beschwerden in der Anamnese
- hohe psychosoziale Belastung
- frühere gehäufte Konsultationen mit unergiebigem somatischer Diagnostik

RED FLAGS

- signifikante Gewichtsabnahme
- neu aufgetretene neurologische Defizite
- völlig neu auftretende Schmerzen
- insgesamt Auffälligkeiten, die unerklärlich sind.
- Im PET findet sich ein cerebraler Hypometabolismus in frontalen und parietalen Assoziationskortex (Hosp et al. 2021), nach 6 Monaten eine Reduktion desselben.
- Eine andere Fallkontrollstudie beschreibt Hypometabolismus im parahippocampalen Gyrus und Thalamus im PET (Sollini et al. 2021).

KRITERIEN DER BEGUTACHTUNG

- Die Beschwerdeschilderung alleine darf nicht zu einer gutachtlichen Folgerung führen!
- Entscheidend ist auch hier der konkrete psychopathologische Befund!
- Komorbidität und Chronizität sind in die Leistungsbeurteilung mit einzubeziehen.
- Mini-ICF-APP nach Linden zur Leistungseinschätzung heranziehen!!

MCI UND SUBOPTIMALES LEISTUNGSVERHALTEN

- Probanden mit hirnorganischen Läsionen im Anfangsstadium sind oft schwer zu differenzieren von suboptimalem Leistungsverhalten.
- Die Beschwerdenuvalidierungstests (BVT) beruhen auf 3 Grundprinzipien:
 1. scheinbar schwere Aufgabe (z.B. Rey-Test 1958)
 2. leichte vs. schwere Aufgabe
 3. Alternativwahlverfahren (Ratewahrscheinlichkeit als cut-off)

BESCHWERDENVALIDIERUNG

- Liegt das Ergebnis in einem BVT unterhalb der erwarteten Norm, so ist in einem nächsten Schritt der klinische Gesamtkontext zu bewerten.
- Die Einschätzung der Authentizität der vorgetragenen Beschwerden erfolgt i.R. einer Konsistenz- und Plausibilitätsanalyse; der psychopathologische Befund bleibt dabei Kernstück der Beurteilung.
- Dissimulation meint das Verbergen tatsächlich vorhandener Beschwerden bzw. Bagatellisieren, um Konsequenzen zu vermeiden.
- Medikamentenmonitoring

BESCHWERDENÜBERPRÜFUNG

- Symptomcheckliste: z.B. Strukturierter Fragebogen Spezifischer Symptome (SFSS) nach Cima et al. 2003, aber nicht als diagnostischer Test betr. Simulation!!!
- Leistungstests, z.B. Testbatterie zur Forensischen Neuropsychologie
- Transparenz und Nachvollziehbarkeit sind unerlässlich.

TAKE HOME MESSAGE

- Gerade Grenzbefunde in der Psychiatrie erfordern eine umfassende Exploration des Probanden und kritische Selbstreflexion des Gutachters.
- Gerade bei diesem Beschwerdekomples ist eine vorurteilsfreie und wertschätzende Einstellung des Gutachters entscheidend.
- Die Begutachtung kann somit unbeabsichtigt auch zur Klärung für den Probanden beitragen, unabhängig vom Ausgang des Verfahrens.

VIELEN DANK!

