

Die Problematik psychiatrischer Begutachtungen im Bereiche der Psychotraumatologie

Thomas Moehlecke

Ausgangslage

Als niedergelassener Psychiater bin ich des öfteren mit versicherungsmedizinischen psychiatrischen Begutachtungen zur Beurteilung des Invaliditätsleistungsanspruchs konfrontiert, die in dafür spezialisierten Zentren der Begutachtung wie Medas Basel/Langenthal (Institut für forensische Psychiatrie und Psychotherapie IFPP), ABI Basel usw. verfasst werden. Als ausgewiesener Traumatherapeut DeGPT stosse ich dabei wiederholt mit grossem Befremden auf Aussagen wie «das Ereignis ist per se nicht geeignet, beim Exploranden ein entsprechendes Trauma zu erzeugen», womit das sogenannte A-Kriterium gemäss DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) nicht erfüllt sei, oder etwa die Aussage, zwischen Traumaereignis und Erstmanifestation der Störung liege eine zu lange Latenzzeit, womit eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) a priori ausgeschlossen werden könne.

Zu den Kriterien gemäss DSM IV

Zur Erinnerung hier der Wortlaut des A-Kriteriums gemäss DSM IV: «Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die folgenden Kriterien vorhanden waren: 1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. 2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. (Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äussern.)»

Die Diagnose der PTBS umfasst nebst dem obengenannten A-Kriterium gemäss DSM IV zudem folgende 5 Kriterien B–F:

- Kriterium B umfasst ein wiederholtes *Wiedererleben oder Intrusionen* in Form von: 1. einschliessenden Traumabildern (Flashbacks); 2. Trauma assoziierten Albträumen; 3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehren würde, einer erhöhten Triggerung durch spezifische innere und äussere Reize, welche an das traumatische Ereignis anknüpfen und zum Gefühl des Wiedererlebens führen.
- Kriterium C umfasst ein *anhaltendes Vermeidungsverhalten bezüglich traumaassoziierter Reize* oder *Abflachung der allgemeinen Reagibilität*. Drei der sieben folgenden Kriterien sind erfüllt: 1. bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen

La problématique des expertises psychiatriques dans le domaine de la psychotraumatologie

Les expertises courantes effectuées dans le domaine de la psychotraumatologie ne sont fréquemment plus adaptées à l'évolution des connaissances scientifiques actuelles en la matière. Celles-ci se réfèrent souvent à des définitions diagnostiques rigides et éloignées de la réalité et mènent aussi parfois à de fausses déclarations, comme par exemple le fait de croire qu'une période de latence trop longue entre le traumatisme et la manifestation clinique permet d'exclure une perturbation post-traumatique. Une anamnèse complète chez des personnes atteintes de traumatismes complexes ne peut justement pas être effectuée dans un cadre neutre, c'est-à-dire en dehors de toute technique thérapeutique. Ce type d'«expertise neutre» mène dans de nombreux cas, et pour les raisons précitées, à un faux résultat négatif et à un diagnostic erroné dont les implications en matière de capacité de travail et de gain sont loin d'être négligeables. L'on peut donc se demander si la pratique actuelle des offices AI qui consiste, en cas de doutes, à mandater une expertise neutre est encore justifiée pour le domaine de la psychotraumatologie ou si elle ne devrait pas être revue. Pour l'auteur de l'article, l'impression globale obtenue par l'étude de tous les rapports médicaux établis par les thérapeutes concernés est beaucoup plus parlante.

in Bezug auf das Trauma; 2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen wachrufen; 3. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern; 4. deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten; 5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen; 6. eingeschränkte

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Moehlecke
Facharzt FMH Psychiatrie
und Psychotherapie
Traumatherapeut DeGPT
Rütistrasse 2
CH-5400 Baden
Tel. 056 221 82 10
Fax 056 221 82 11
tmoehlecke@sunrise.ch
www.ppp-baden.ch

- Bandbreite des Affektes; 7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunftsperspektive.
- Kriterium D umfasst die *Übererregung oder den erhöhten Arousal*. Zwei der folgenden fünf Kriterien sind erfüllt: 1. Mühe ein-/durchzuschlafen; 2. erhöhte Reizbarkeit bis hin zu gehäuften Wutausbrüchen; 3. Konzentrationsstörungen; 4. Hypervigilanz; 5. übertriebene Schreckreaktionen.
 - Kriterium E: Das Störungsbild (Kriterien B–D) dauert *länger als einen Monat* an.
 - Kriterium F: Das Störungsbild verursacht in *klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen* in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Sowohl im DSM IV als auch im ICD 10 wird explizit die Möglichkeit eines *verzögerten Beginns* aufgeführt, wenn der Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem Belastungsfaktor liegt (DSM IV: [1] sowie ICD 10: [2]).

Bei der Durchsicht der besagten Gutachten stelle ich leider fast regelmässig fest, dass die Exploration der Traumaanamnese zumeist sehr unvollständig ist, so dass wichtige traumatisierende Ereignisse, die die Schwere der entsprechenden Traumafolgeerkrankung erst verständlich machen, häufig fehlen.

fang an meine Patient(inn)en oft mehrere Jahre benötigen, bis sie das notwendige Vertrauen in mich haben, um über ihre höchstpersönlichen und oft sehr schambesetzten oder mit Schuldgefühlen besetzten Traumata sprechen zu können.

Diese Überlegungen legen somit den Schluss nahe, dass in einem Setting der Begutachtung mit einer dem Patienten fremden Person eine vollständige Erhebung einer Traumaanamnese in der Regel gar nicht möglich ist, und der Austausch mit dem behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten deshalb unerlässlicher Bestandteil der Begutachtung komplex traumatisierter Menschen sein muss. Oft ist es jedoch so, dass vonseiten der Begutachter ebendieser persönliche Austausch mit mir als Psychiater und Psychotherapeuten oft nicht gesucht und lediglich Bezug auf bestehende Berichte meinerseits genommen wird.

Gutachten oft nicht auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand

Leider ist zusätzlich zu den obengenannten Überlegungen festzustellen, dass der Grossteil der Gutachten im Bereich der Psychotraumatologie nicht mehr auf dem neuesten Stand der Wissenschaft ist: So entbehrt etwa die in einem Gutachten des IFPP Langenthal gemachte Aussage, die Latenzzeit von mehreren Jahren zwischen

Leider ist ein Grossteil der Gutachten im Bereich der Psychotraumatologie nicht mehr auf dem neuesten Stand der Wissenschaft

Patientenspezifische Faktoren

Hier gilt es, einige Eigenschaften, die für die psychotraumatologische Klientel typisch sind, näher zu erläutern: Sämtliche Exploranden, die zur Begutachtung in diese Zentren gelangen, befinden sich zum Zeitpunkt der Begutachtung in der Regel bereits auf einem erhöhten Angstniveau, dies ganz einfach deshalb, weil mit dieser Begutachtung für die Exploranden im Zusammenhang mit ihrem IV-Leistungsanspruchsantrag sehr viel für ihre weitere Zukunft auf dem Spiel steht.

Als behandelnder Psychiater und Psychotherapeut habe ich natürlich eine ganz andere und vielleicht auch einfachere Position als diejenige der Begutachter: Die Patienten erhoffen sich bei mir therapeutische Hilfe, sehen mich weniger als Bedrohung, sondern mehr als ihnen wohlwollend eingestellte Helferperson. Was jedoch besonders bei komplex traumatisierten Menschen fast immer in der Anfangsphase einer Traumabehandlung als Problem auftaucht, ist die zumeist erhebliche Angst vor einer Provokation intrusiver Symptome durch unsachgemässe, zu invasive Anamneseerhebung.

Im Rahmen solcher Traumabehandlungen mache ich oft die Erfahrung, dass trotz Einbettung in eine wohlwollende Atmosphäre mit Vermittlung geeigneter Traumamaterialdistanzierungstechniken von An-

ereignis und Manifestation der Erkrankung schliesse die Entstehung einer PTBS aus, schlichtweg jeglicher wissenschaftlichen Grundlage: Selbst das ICD 10 und DSM IV sehen *expressis verbis* auch die Möglichkeit sehr viel längerer Latenzzeiten zwischen Traumaereignis und Erstmanifestation einer PTBS vor, wenn die Symptomatik der PTBS entsprechend typisch ist und mit keiner anderen Erkrankung besser erklärt werden kann. So wird etwa in der Arbeit von Guido Flatten, Arne Hofmann et al. [3] von einer etwa 25 %-igen Häufigkeit einer sogenannten «Late Onset PTBS» gesprochen.

Und schliesslich möchte ich noch einige Überlegungen zu der wiederholt in den Gutachten der obengenannten Abklärungszentren erwähnten Aussage der Nichteignung eines Ereignisses als A-Kriterium für die Bildung einer PTBS anbringen: In psychotraumatologisch-wissenschaftlichen Fachkreisen gilt es als hinlänglich bekannt, dass nicht das objektive Ereignis an sich, sondern vielmehr seine subjektive Wertigkeit für das Opfer von entscheidender Bedeutung dafür ist, ob dieses Ereignis traumatisierenden Charakter hat oder nicht. Im Artikel von T. Maier [4], führt der Autor sehr schön aus, warum die Diagnose der PTBS gemäss DSM IV mit der alleinigen Berücksichtigung der Kriterien B–F bei Vorhandensein eines subjektiv traumati-

sierenden Ereignisses genauso valide ist wie bei rigidem Festhalten an der Definition des bisherigen A-Kriteriums im DSM IV – gemäss Maier kommt es bei diesem Vorgehen nicht zu mehr falsch positiven Resultaten in der Diagnose dieser Störung.

Wichtigkeit subjektiver Faktoren

Bei komplex traumatisierten Menschen findet sich häufig eine sequenzielle Kette diverser Formen frühkindlicher häuslicher Gewalt (psychische, physische, sexuelle Gewalt, Vernachlässigung), die zu einer erhöhten Vulnerabilität des Opfers führen. Entsprechende traumabedingte Krankheitssymptome bleiben aber oft aufgrund noch ausreichender individueller Ressourcen für lange Zeit auf der Störungsebene betrachtet im subsyndromalen Bereich kompensiert. Dabei gilt es heute als bestens gesichert, dass gerade, bedingt durch den unweigerlich vorhandenen Loyalitätskonflikt des Kindes gegenüber den elterlichen Bezugspersonen und die existentiell notwendige Bindung an diese, frühkindlich in der eigenen Familie erlittene Formen von Gewalt oder psychischer Vernachlässigung einen sehr viel stärker traumatisierenden Charakter auf das Opfer haben als sonstige Formen von Gewalt ausserhalb der eigenen Familie. Die zu rigide formulierte Definition des A-Kriteriums trägt der Wichtigkeit der subjektiven Wahrnehmung eines Ereignisses durch das Individuum sowie eben dieser frühkindlichen intrafamiliären Gewalt in keiner Weise Rechnung.

Gut untersucht wurden die fatalen Auswirkungen solcher frühkindlichen Traumatisierungen in der breiten Metaanalyse der sogenannten «Adverse Childhood Experiences (ACE) Study» [5–6], in der eine massiv erhöhte Inzidenz zahlreicher somatischer wie auch psychiatrischer Störungen im Erwachsenenalter im Falle einer frühkindlichen Traumatisierung nachgewiesen werden konnte.

Später kommt es dann – etwa bei in die Schweiz immigrierten Ausländern – häufig zu einer Entwurzelungsproblematik und oft zu einem zusätzlichen traumatisierenden Ereignis wie z. B. einem unter Umständen relativ banal erscheinenden Arbeitsunfall, der dann durch die bereits vorbestehende erhöhte psychische Vulnerabilität beim Betroffenen zur Dekompensation und Entwicklung einer nun klinisch manifesten PTBS führt, obschon 1. der Zeitpunkt der häuslichen Gewalt der Kindheit oft viele Jahre zurückliegt und 2. die alleinige Berücksichtigung des sogenannten «Bagateltraumas» wie etwa dem späteren Unfall am Arbeitsplatz die plötzliche Dekompensation und Bildung einer PTBS in keiner Art und Weise zu erklären vermag.

Überlagerungsphänomene

Sehr häufig wird das ansonsten typische klinische Bild der PTBS jedoch z.B. nach einem Arbeitsunfall durch eine gleichzeitig unheilvolle Entwicklung einer *anhaltenden somatoformen Schmerzstörung* symptomatisch

überlagert. Die Patienten fokussieren dann in ihren Schilderungen oft auf ihre Schmerzproblematik, was einerseits ja störungsimmanent zu dieser Schmerz-erkrankung gehört – andererseits sind jedoch noch weitere Faktoren für diese Fokussierung verantwortlich: So entspricht die Fokusverlagerung weg von den Symptomen der PTBS auch gemäss DSM IV dem C-Kriterium der Vermeidung in der Diagnose der PTBS, das ja dadurch charakterisiert ist, dass die Opfer zwecks Verminderung intrusiver Symptome es tunlichst vermeiden, über ihre PTBS-Erkrankung zu sprechen, und insgesamt so zwischen Phasen der Übererregung (Kriterium D) mit Intrusionen (Kriterium B) sowie Phasen der Vermeidung (Hypoarousal, Kriterium C) oszillieren.

Andererseits besteht aber gerade bei diesen fremdländischen Kulturen oft eine Art der *Alexithymie*, d. h., die Patienten haben nicht gelernt oder es ist in ihrem soziokulturellen Verständnis nicht gestattet, über psychische Schwächen zu sprechen bzw. diese überhaupt emotional und kognitiv wahrzunehmen, wodurch unter anderem diese starke Fokussierung auf ihre Schmerzsymptome erklärt werden kann. Werden dann jedoch die von der IV anerkannten sogenannten *Foerster'schen Kriterien* [7] genauer im Rahmen einer Begutachtung überprüft, die, sofern erfüllt, dazu führen, dass eine anhaltende somatoforme Schmerz-erkrankung ausnahmsweise ebenfalls einen IV-Leistungsanspruch erlangt, dann erweist es sich im Falle einer vollständigen Trauma- und Konflikt- diagnostik, dass diese Kriterien oft ebenfalls vollumfänglich erfüllt sind. In diesen Fällen führt dann z. B. die Fokusverlagerung auf die Schmerzsymptomatik zu einer intrapsychischen Entlastung der emotionalen Belastung wie z. B. von mit den erlittenen Traumen im Zusammenhang stehenden quälenden Schuldgefühlen.

Fallvignette

Die folgende Fallvignette veranschaulicht sehr gut, wie unvollständig in diesem Fall der Begutachtung die Trauma- und Unfallanamnese sowie die psychopathologischen Befunde erhoben wurden, was sich in fataler Weise auf die Beurteilung von Diagnose und Arbeitsfähigkeit auswirkte:

Infolge unsachgemässer Exploration des Unfallereignisses im Rahmen einer Begutachtung wurde der Sturz eines Patienten am Arbeitsplatz als Bagatelltrauma abgetan. Tatsächlich war der Patient bei der Arbeit mit einer laufenden Bahngleis-schneidemaschine zu Boden gestürzt, wobei die Maschine dicht neben ihm zu Boden fiel! Wäre sie direkt auf ihn gefallen, so hätte die Maschine dem Mann glattweg den Rumpf durchtrennt! Der betreffende Patient hatte während seiner Kindheit schwerste Formen physischer und psychischer Gewalt durch den cholерischen Vater erlitten, der, als der Patient im frühen Erwach-

senenalter für kurze Zeit das Haus verliess, während eines Raptusanfalls die Mutter des Patienten zu Tode prügelte!

Im obigen Gutachten wurde die schwere sequenzielle häusliche Gewalt in der Kindheit inklusive der Tötung der Mutter durch den Vater des Patienten mit keinem Wort erwähnt! Dem Patienten wurde mit den obenerwähnten Begründungen der zu grossen Latenzzeit zwischen Ereignis und Störungsbeginn und der Nichteignung des Arbeitsunfalls als A-Kriterium die Diagnose der PTBS sowie überdies der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aberkannt. Es wurde ihm eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert und gegenüber dem Auftraggeber, der zuständigen IV-Stelle, die Empfehlung ausgesprochen, jegliche IV-Leistungsansprüche abzulehnen!

Solche Gutachten sind leider keine Einzelfälle. Die Gutachten im Bereiche der Psychotraumatologie sind einerseits entsprechend den obigen Ausführungen oft nicht mehr auf dem erforderlichen neuesten Stand der Wissenschaft, andererseits sind sie in unzulässiger Weise oberflächlich und weisen regelmässig nicht tolerierbare Mängel bezüglich Traumaanamnese sowie psychodynamischer Konfliktdiagnostik auf.

Bilanz

Die gängige Gutachterpraxis im Bereiche der Psychotraumatologie entspricht in vielen Fällen nicht mehr dem erforderlichen wissenschaftlichen Stand, es wird darin häufig an zu rigiden, realitätsfremden diagnostischen Definitionen festgehalten, teilweise aber auch mit falschen Aussagen, wie etwa eine zu grosse Latenz zwischen Traumaereignis und Krankheitsmanifestation schliesse eine PTBS-Erkrankung aus, operiert.

Eine vollständige Traumaanamnese kann gerade bei komplex traumatisierten Menschen gar nicht wie sonst üblich in einem neutralen Rahmen, losgelöst von therapeutischen Techniken, erhoben werden. Eine sogenannte «neutrale Begutachtung» führt in vielen Fällen aus den obengenannten Gründen unweigerlich zu falsch negativen Antworten und falschen diagnostischen Beurteilungen mit nicht verwertbaren Implikationen für die Frage nach der bestehenden Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Damit stellt sich die zentrale Frage, ob die heute gängige Praxis der IV-Stellen, im

Zweifelsfall eine neutrale Begutachtung in Auftrag zu geben, im Bereich der Psychotraumatologie noch vertretbar ist oder ob diese Praxis der Begutachtungen nicht entsprechend den obengemachten Anregungen grundlegende Veränderungen erfahren müsste. Viel aussagekräftiger erscheint dem Autor im Bereich der Psychotraumatologie der Gesamteindruck, der sich durch das Einholen aller Arztberichte der bisher involvierten Therapeuten ergibt.

Ich hoffe, mit diesen Reflexionen bei der Leserschaft und insbesondere auch bei den obenerwähnten Abklärungszentren auf fruchtbaren Boden zu stossen, und ich wünsche mir, dass meine Darlegungen die Art und Weise der künftigen Begutachtungen im Bereiche der Psychotraumatologie positiv beeinflussen, damit komplex traumatisierte Menschen in unserer Gesellschaft im Rahmen einer Begutachtung die Hilfe erfahren dürfen, die sie verdienen.

Literatur

- 1 Sass H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2000. Posttraumatische Belastungsstörung, diagnostische Kriterien, S. 492.
- 2 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 4. Auflage. Bern: Hans Huber; 2000. Posttraumatische Belastungsstörung, diagnostische Kriterien, S. 170.
- 3 Flatten G, Gast U, Hofmann A, Wöller W, Reddemann L, Siol T, et al. Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer; 2004.
- 4 Maier T. Weathers' and Keane's, «the criterion A problem revisited: controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma». J Trauma Stress. 2007;20(5):915-6.
- 5 Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. Am J Prev Med. 1998;14:245-58.
- 6 Dube SR, Felitti VJ, et al. The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from our birth cohorts dating back to 1990. Prev Med. 2003;37:268-77.
- 7 Foerster K. Die Begutachtung bei sozial- und versicherungsmedizinischen Fragen. In: Foerster K, Dreßing H (Hrsg.). Venzlaff / Foerster – Psychiatrische Begutachtung. 4. Auflage. München: Urban und Fischer; 2004.