

Gespensst Simulation¹

Zu diesem Artikel beachten Sie bitte unser Editorial (vorangehende Seite)



Andrés Baliarda

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Teufen (AR)

Quintessenz

- Die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) ist überlastet, und viele sind der Meinung, dass einige Rentenbezogener Simulanten sind.
- Besteht der Verdacht auf Simulation, so sollte der verantwortliche Arzt den pathogenen Prozess so exakt wie nur möglich verfolgen, denn es geht um die schwierige Differentialdiagnose: Leiden mit Krankheitswert oder Simulation? Und in der grauen Zone dazwischen: Inwiefern ist Aggravation am Werk?
- Die heutige somatische Medizin kann vieles erklären. Die Psychiatrie hingegen bekundet Mühe, die pathogenen Abläufe mancher Krankheitsfälle zu erfassen. Als Beispiel kann etwa die Fibromyalgie erwähnt werden, die an der Schnittstelle zwischen Soma und Psyche entsteht.
- Bemerkenswert ist die Tatsache, dass ein grosser Teil der Patienten mit einem rätselhaften Krankheitsbild aus südlichen Ländern stammen. Therapeutische Strategien, die sich sonst bewährt haben, können bei ihnen nutzlos sein. Es ist bekannt, dass sie oft in eine pathogene Regression geraten – doch andere machen etwas vor, sagen nicht die Wahrheit.

Summary

The spectre of simulation

- *Swiss Federal Disability Insurance is overstrained, and there is a widespread view that some applicants are merely simulators.*
- *If there is suspicion that a disease is simply being simulated, it is necessary to follow up the pathogenic process as minutely as possible. The medical profession also owes this to the “genuine” patients whose credibility may be questioned by the insurance.*
- *Present-day somatic medicine can explain a great deal. Psychiatry, on the other hand, has manifest problems coming to grips with the psychological aspects at work in the pathogenesis of certain “mystery” illnesses. An example that may be mentioned is fibromyalgia, which arises at the interface between soma and psyche.*
- *A remarkable fact is that some 90% of patients with an unexplained disease condition of this kind come from southern countries. They are either in regression or lying. Therapeutic strategies that have otherwise proved their worth are usually useless in these patients.*

¹ Die vorliegende Arbeit ist die Fortsetzung meines Artikels «Arbeitsunfähigkeit nicht bestimmbar – was nun?», Schweiz Med Forum. 2006;6(39):871–6. Um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, wird dem Leser freundlich empfohlen, die genannte Vorlage zu beachten.

«In dubio pro reo»

Der Simulation, das heisst der Verstellung oder der bewussten Vortäuschung von Krankheitszuständen, haftet wirklich ein gespenstiger Zug an: Sie wirkt in einem dunklen Bereich, will in ihrem Versteck bleiben, macht einem Angst. Niemand getraut sich so recht, über sie zu sprechen, geschweige denn, sie zu demaskieren. Wir Ärzte fürchten uns davor, dem Patienten Unrecht zu tun. «In dubio pro reo», und unser Gewissen ist beruhigt. Oder doch nicht ganz? Vielleicht ist dieser Patient, über den ich jetzt berichten muss, ein Lügenmeister?

Wer kann schon Schmerzen oder Müdigkeit messen? Welcher Psychiater kann Lügen erkennen, detektieren? Der Leitsatz «in dubio pro reo» ist sehr menschlich, hat aber zur Folge gehabt, dass ziemlich viele Politiker und Bürger uns Ärzten misstrauen. Sie denken, dass wir einige Simulanten nicht erkannt haben. Viele Bürger glauben auch Menschen zu kennen, die ohne hindernde Krankheit invalidisiert und von der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) berentet wurden. Daraufhin hat die politische Führung im Jahr 2004 verlangt, dass künftig weniger Invalidenrenten ausgesprochen werden. Die IV-Kommissionen reagierten prompt und konnten das Ziel, das Total der neu ausgesprochenen Renten um 20% zu senken, bereits praktisch erreichen. Man darf wohl annehmen, dass einige der gefürchteten Simulanten neuerdings nicht mehr durchgekommen sind – gut so; einigen echten Kranken ist dadurch aber Unrecht geschehen. Die Situation ist heikel: Manche Ärzte lösen ihre Zweifel, indem sie ihren Patienten «helfen», während einige Gutachter eine Arbeitsfähigkeit attestieren, die anstatt belegt nur angenommen ist. Nachdem der Patient das richtige Antidepressivum erhalten hat und richtig therapiert wird – so wird immer wieder geschrieben –, wird seine Arbeitsfähigkeit so und so viel Prozent betragen. Was sich freilich nur selten, wenn überhaupt, bewahrheitet.

Und wie nicht anders zu erwarten war, rollt nun die befürchtete Lawine von Leiden, Kosten und Komplikationen übers Land. Die enttäuschten Pa-

tienten sind weder geheilt noch sind sie arbeitsfähiger geworden. Ihren Lebensunterhalt müssen andere Instanzen tragen. Es wurde also kein wirklicher Erfolg oder Fortschritt erzielt. Schuld an dieser Misere sind ursprünglich die Simulanten.

Simulation: eine Feststellung per exclusionem

Lügendetektoren mögen imstande sein, eine Simulation direkt nachzuweisen. Solange diese Geräte aber nicht Einzug in die medizinische Forschung halten, lässt sich das Vorliegen einer Simulation nur durch den Ausschluss aller anderen Möglichkeiten feststellen oder – weil letzte Sicherheit hierbei kaum möglich ist – annehmen, bestenfalls mit grosser Wahrscheinlichkeit.

In erster Linie müssen natürlich mögliche somatische Ursachen des Leidens ausgeschlossen werden. Dessen ist die heutige Medizin bekanntlich bestens in der Lage, wenn auch wiederum nicht mit letzter Sicherheit. Darum gelten *idiopathische Schmerzen* nach wie vor als möglich: somatisch bedingt und doch nicht nachweisbar.

Danach gilt es, die psychische Situation unter die Lupe zu nehmen. Wie in meiner ersten Arbeit dargelegt, ist diese meist sehr komplex und sollte daher diagnostisch nicht vereinfacht werden: Somatisierung, Anpassungsstörung, Depression. Daher bleiben viele Patienten unverstanden, und es besteht die Gefahr, dass ihnen Unrecht geschieht. Zu bedenken sind hierbei besonders die pathogenen Kräfte der Existenzangst und der Regression. Diese ist gerade bei Menschen aus dem Süden oft massgebend; und Südländer machen auch den grössten Teil dieser Patienten-Gruppe aus.

Die Mentalität ist ausschlaggebend

Demnach wäre die Mentalität der Südländer bei der Entstehung derartiger Schwierigkeiten ausschlaggebend. Unvergessen ist der vielzitierte Satz: «Wir wollten Arbeitskräfte, aber es kamen Menschen» (Max Frisch). Ein lieber Kollege, ein Internist, hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass bei der Versicherung eines Menschen seine besondere Individualität mitversichert ist, worunter natürlich auch seine Mentalität fällt, stellt diese doch einen wesentlichen Aspekt seiner Person dar.

Jedes Volk hat seine Mentalität. Zum Repertoire möglicher unbewusster Reaktionen bei Menschen aus dem Süden gehört offensichtlich die Regression. «Mamma mia» wird erneut zum Wegweiser: Der Patient stürzt sich in die totale Bedürftigkeit, Hilflosigkeit und Abhängigkeit. Sein Privatleben bricht zusammen. Damit wird klar, dass sich die pathogenen Abläufe im unbewussten Bereich abspielen, will heissen, dass wir vor einer echten

psychischen Störung stehen, die selbstredend Krankheitswert hat.

Zur Mentalität südlicher Völker gehört aber auch die Kunst des ... Lügens! Meine Mutter hat uns Kinder in Spanien mitunter auch zur Lüge erzogen: «Sag der Grossmutter das nicht, es würde ihr weh tun! Sag lieber dies und jenes.» Eine Lüge – eine Pietätslüge wohlgermerkt, ebenso menschlich wie die Notlüge. Demzufolge kann (vor allem) der Südländer in einer Notsituation sowohl in eine Regression geraten als aber auch ganz bewusst *zur Lüge greifen*, also simulieren. Und das wollen wir, wenn immer möglich, erkennen und nicht hinnehmen.

Irritierend ist auch die Tatsache, dass bewährte therapeutische Strategien bei diesen Patienten meistens nichts bringen. Die Therapeuten beissen auf Granit, das Angebot wird von den Patienten oft als «Kindergarten» abgetan. *Ein Gutachten* über eine jüngere Südländerin empfiehlt nicht weniger als Folgendes: «Die Patientin sollte sich mehr Konstanz aneignen und eine bessere Compliance; sie sollte ihre eigene Verantwortung für die Wiederherstellung ihrer Gesundheit wahrnehmen»; sie benötige «eine richtige psychiatrische Behandlung mit einem dualen Antidepressivum» sowie «eine stationäre Entgiftung» wegen des diagnostizierten «Verdachts auf Schmerzmittelmissbrauch», ferner «ein körperliches Trainingsprogramm unter stationären Bedingungen»; des weiteren «eine begleitende Verhaltenstherapie, das Einüben von Entspannungstechniken und den Abbau katastrophisierender Gedanken» sowie «traumaspezifische Psychotherapieverfahren». Als erste Massnahme wird aber die Betreuung in einem sozialpsychiatrischen Dienst in die Wege geleitet, von dem bereits mehrere Patienten berichtet haben, dass sie dort immer wieder von einer neuen jungen Ärztin oder einem neuen jungen Arzt behandelt würden. Dann wäre der psychiatrische Klinikaufenthalt im Prinzip die einzige Alternative. Eine Privatklinik mit dem vorgeschlagenen hochdifferenzierten Therapieangebot wird aber niemand finanzieren, und die staatliche Klinik wird so viel nicht bieten können. Zum Schluss sind wir so weit wie beim unscheinbaren therapeutischen Nihilismus.

In der Tat: Eine katamnestiche Erhebung neun Monate nach dem Gutachten zeigt, dass sich so gut wie nichts verändert hat. Die Patientin erhält vom sozialpsychiatrischen Zentrum Medikamente, die kaum etwas bewirken; von einer eingehenden Psychotherapie kann nicht die Rede sein. Zurzeit ist ein weiteres Gutachten in Bearbeitung.

Ausweglose Situationen

Eine 54jährige Frau aus Italien ist mit einem Mann aus Persien verheiratet. Sie ist unschön adipös (permagna) und geht dennoch immer

sehr «sexy» angezogen bzw. halbangezogen aus dem Haus. Seit einigen Jahren leidet sie an einem Fibromyalgiesyndrom und musste wegen der Schmerzen ihre Arbeit aufgeben. Dadurch geriet sie mit der Zeit in finanzielle Not. Dank einem Gutachten wurde sie invalidisiert, allerdings aus psychischen Gründen. Jetzt hat sie die rettende Rente, kommt aber weiterhin zur stützenden Psychotherapie. Neuerdings äusserte sie, dass sie mehrere Frauen mit Fibromyalgie kennengelernt habe und nun wisse sie, woher diese Krankheit komme. Nach langem Schmunzeln sagte sie schliesslich: «Die Schmerzen sind echt, treten aber als Rettung in einer ausweglosen Situation auf, sei es bei der Arbeit, sei es im Privatleben.» Ich fragte sie, wie es denn bei ihr dazu gekommen sei, woraufhin sie wissen wollte, was ich mir denke. Ich konnte bei ihr schonungslos offen sein: «L'erotismo», wagte ich zu sagen. Sie chattet nämlich schon seit geraumer Zeit im Internet und erntet dabei nichts als Enttäuschungen. Da lachte sie schallend: «Ma dai ...!» Sie konnte es kaum fassen, lachte weiter und schien sich gar nicht mehr beruhigen zu wollen.

In einer früheren Publikation habe ich die «posterotische Hypochondrie» beschrieben: «Die erotisch frustrierte Frau in den mittleren Jahren, die sich an ihre Familie unlösbar gebunden fühlt, verliert die Hoffnung auf eine Wiedergeburt ihrer erotischen Höhenflüge ... Die Liebe auf Leben und Tod ist weg vom Fenster. Stellvertretend kann die Angst vor schweren Krankheiten auftreten» [1] ... oder es kommt eben zu schwer fassbaren somatischen Schmerzen.

Die Äusserungen dieser Frau offenbaren sehr viel. Zunächst einmal dokumentieren sie die Psychogenese ihrer Krankheit – zumindest in diesem Fall; des weiteren liefern sie den Beleg dafür, dass wir es mit unbewussten Abläufen zu tun haben, auch wenn die Motivation dazu im bewussten Bereich angesiedelt sein mag. Schliesslich umfasst der Begriff «ausweglose Situationen» eben mehr pathogene Komponenten als der von mir verwendete Grundbegriff «Existenzangst». Wenn wir Therapeuten aufmerksam zuhören, werden wir «rätselhafte» Patienten immer besser verstehen und beurteilen können.

Gespent Fibromyalgie

Wenn ein Gespant das nächste ruft, dann schweben wir in einer eher unheimlichen Geisterwelt. Wie gespenstig die Fibromyalgie ist, zeigen schon die Diagnosen, die bei unserer italienischen Patientin gestellt wurden, wohlgermerkt samt und sonders von Spezialisten, nämlich von Rheumatologen und von Krankenhausteams: «Fibromyalgie (die Kriterien sind erfüllt)» und doch: «differentialdiagnostisch somatisierte Depression»; «chronisches Schmerzsyndrom bei Verdacht auf Fibromyalgie», «Fibromyalgiesyndrom mit mus-

kulärer Dysbalance» und «komplexe Schmerzstörung».

Die Ärzte des Gutachtenzentrums waren sich untereinander ebenso uneinig: «Fibromyalgiesyndrom» «diffuses weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom» und schliesslich «anhaltende somatoforme Schmerzstörung».

Im Bereich der somatischen Medizin geht man differentialdiagnostisch vor, so wie der Chirurg mit dem Skalpell. Weil wir uns hier aber an der Schnittstelle zwischen Soma und Psyche bewegen, ist die Einnahme der Vogelperspektive nicht nur erlaubt, sondern geboten. Dann gewinnen wir einen Überblick, der für C. G. Jung gerade der psychologische Standpunkt wäre [2]. Wir überblicken eine Paradoxie, die keine ist, weil *die einzelnen Diagnosen Teilaspekte einer Gesamtheit sind*; anstatt sich zu widersprechen, ergänzen sie sich gegenseitig. Damit hätten wir die Fibromyalgie zwar nicht definiert, aber doch ihre Komplexität in einer vertretbaren Weise beschrieben.

«Seelische Schmerzen» oder «Seelenschmerzen» sind Begriffe, die in der Wissenschaft nicht verwendet werden. Im Volksmund kennt man etwa den Ausspruch: «Das tut mir in der Seele weh.» In der Psychotherapie kommt es nicht selten vor, dass sich ein Patient «endlich verstanden» fühlt – etwa in der Art eines Aha-Erlebnisses –, wenn er vom Therapeuten hört: «Spüren Sie so etwas wie seelische Schmerzen?» Bei der Fibromyalgie würde die Frage lauten: «Könnte man sagen, dass bei Ihnen auch die Seele schmerzt?» Eine derartige Information hat deshalb einen therapeutischen Sinn, weil sich der Patient eben gut verstanden fühlt.

Thomas Weiss [3] setzt sich vehement für mehr Verständnis für die Fibromyalgiekranken ein: «Sie haben Schmerzen am ganzen Körper! Diese Pein ist nicht nur an einzelnen Stunden vorhanden, sondern 24 Stunden am Tag und oft 365 Tage im Jahr.» Aus neurologischer Sicht wird darauf hingewiesen, dass sich ausdehnende Schmerzen durch Phänomene im Zentralnervensystem erzeugt werden können: «Dauerfeuer vergrössert Schmerzareal» [4]. Daran sollten wir also denken, wenn uns eine Symptomausweitung irritiert.

Peter Keel, ein Psychiater, der sich intensiv mit dem Problem Fibromyalgie befasst, hält den Überblick: «Allerdings stösst das monokausale Modell der biologischen Medizin bei psychosomatischen und psychischen Störungen – zu denen die Fibromyalgie gezählt wird – ohnehin an seine Grenzen [...]. Es trifft hauptsächlich (zu etwa 90%) Frauen zwischen 40 und 60 Jahren» [5]. Auf diese Weise wird man an die oben geschilderte «posterotische Hypochondrie» erinnert, natürlich im Rahmen eines multikausalen Modells.

Die Compliance als Hinweis

Das Hauptleiden der Patienten, die uns hier beschäftigen, besteht in ihren Schmerzen. Dazu kommt fast immer eine Minussymptomatik: Depression, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit. Wie stellt sich der Patient darauf ein? Es gibt drei Varianten:

- Der Patient will mit allen Mitteln Linderung erfahren. Er schluckt eine Menge Medikamente, die er selbst überdosiert. Er lässt sich so häufig vom Arzt zusätzlich ein Schmerzmittel verabreichen, wie dieser es zulässt. Wenn eine Operation möglich ist, drängt der Patient darauf – obwohl ihm medizinisch gesehen eigentlich nichts oder fast nichts fehlt! Sein Genesungswille ist beeindruckend und seine Hypochondrie.
- Der Mittelweg: Der Patient folgt den Anweisungen des Arztes, obwohl er seine alte Hoffnung auf Besserung vielleicht schon beinahe ganz begraben hat. Seine Schmerzen waren einst belastungsbedingt, jetzt schont er sich seit Monaten zu Hause, aber es wird einfach nicht besser! Andererseits gibt er zu, dass einige der therapeutischen Massnahmen zeitweise geholfen haben.
- Alles nützt nichts! So wenig, dass so gut wie nichts mehr getan wird. Medikamente werden nicht eingenommen, weil sie keine Wirkung zeigen – höchstens negative. Vielen solchen Patienten ist das Leben verleidet. Andere erscheinen beim Arzt mit einem ewigen Lächeln.

Manchmal liegt der Verdacht nahe, dass der Patient gar nicht genesen will. Der *Krankheitsgewinn* ist am Werk! Doch *wie lebt er privat*, zu Hause, wie ein Schwerkranker etwa? Dies halte ich für das entscheidende Kriterium: Dann ist er zumindest psychisch krank.

Regression bis zur Autodestruktion

Besonders männliche Patienten können in eine so gravierend regressive Entwicklung geraten, dass sie nur noch am Stock gehen können, sich wie ataktisch bewegen, grimassieren, wie Greise reden, beim kleinsten körperlichen Zeichen – wie etwa bei Knackgeräuschen im Nacken – dramatische Zustände wittern; freilich sind sie impotent und haben auch sonst nichts vom Leben, ausser Leiden. Was haben die modernsten somatischen Untersuchungen gefunden? So gut wie gar nichts.

Die vollständige Autodestruktion ist der Suizid. Nun befassen wir uns aber mit Abläufen, die sich immer noch im Leben abspielen. Sind andere destruktive Vorgänge ähnlicher Natur? Man könnte hierbei an die *Anorexia nervosa* denken oder an die destruktiv Süchtigen wie die Clochards oder die Heroinabhängigen «auf der Gasse». Sie sind

auf ihre Freiheit besessen, geraten aber ins Siechtum. Freuds «Todestrieb» kommt einem in den Sinn, und im kollektiven Unbewussten C.G. Jungs dürften unter vielem anderem die Anziehungskräfte des Todes, eines Universalschmerzes sowie der Autodestruktion angesiedelt sein.

Anstatt Simulanten zu sein, erfüllen diese Patienten die Kriterien einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit (ICD-10, F62.1). Die psychische Krankheit heisst in diesem Fall Regression.

Aggravation: die Frage nach dem Bewusstseinsgrad

«Aggravieren» bedeutet «erschweren»: schwerer machen, als es ist. So werden zum Beispiel subklinische Schmerzen durch Aggravation klinisch. Und schon stehen wir wieder vor der alles entscheidenden Frage: Wie hoch ist der *Bewusstseinsgrad*? Der Krankheitsgewinn drückt. Inwiefern gibt der Patient «seinen Senf» dazu, recht bewusst also, oder inwieweit ist er Opfer seiner selbst und verdirbt sich mit seiner Krankheit auch das Privatleben? Dann handelt es sich nämlich, wie schon gesagt, um ein unbewusstes Werk mit Krankheitscharakter.

Die besten Mittel, die wir hierzu in der Hand haben, sind: die erwähnte Erforschung des Privatlebens und *der Arbeitsversuch*. Bei beiden Wegen sind wir auf die Angaben von Drittpersonen angewiesen: Angehörige oder andere Drittpersonen sollen sich zum Privatleben des Patienten äussern, während aus den Berichten über den Arbeitsversuch ziemlich schnell deutlich wird, wie es ihm während der Arbeit geht und wozu er in Tat und Wahrheit imstande ist oder nicht ist. Eine Simulation lässt sich in der Arbeitssituation besser erkennen.

Solche Informationen aus dem Umfeld haben meines Erachtens Vorrang gegenüber Untersuchungen der Person als solcher wie etwa Psychotests. Diese machen in den Gutachten zwar eine gute Figur, weil sie in der Art der erfolgreichen Naturwissenschaften konstruiert sind. Die Technik boomt! Aber hier geht es um den «luftigen» Geist, wo *Qualität meist wichtiger ist als Quantität*. Des weiteren gehören zur Sphäre des menschlichen Geistes *Widersprüche und Paradoxien* aller Art, etwas also, womit der naturwissenschaftlich Orientierte wenig bis nichts anfangen kann.

Die Fälle eines psychischen Schocks aufgrund einer nie erwarteten Kündigung zeigen aufs deutlichste, wie heikel das Terrain ist, auf dem wir uns mit dieser Problematik bewegen. Die früher gesunden Patienten brechen zusammen und erholen sich nicht mehr. Die als gross empfundene Ungerechtigkeit verursacht psychische Wunden, die nicht heilen wollen. Das verhältnismässig fortgeschrittene Alter, meist auch die wahre Ursache der Kündigung, sorgt für Hoffnungslosigkeit. Die

Existenzangst ist ein Aspekt der desolaten Situation ohne erkennbaren Ausweg. Den Patienten geht es miserabel, ihr Privatleben hat keine Qualität mehr. Somit sind sie echt krank, obwohl ziemlich klar ist, dass eine gleichwertige Arbeit das Problem lösen würde. Deswegen sollte die Arbeitsunfähigkeit aber nicht in Abrede gestellt werden [1]. Viele Patienten, die eines Tages eine Invalidenrente erhalten, bleiben tatsächlich in Behandlung, benötigen unverändert ihre stützende Psychotherapie und brauchen Medikamente, damit ihr Leben eine gewisse Qualität

hat. Dies gibt dem Arzt, der die Invalidisierung unterstützt hat, die Gewissheit, dass er sich nicht getäuscht hat.

Andererseits gilt es zu bedenken, dass in gewissen Fällen die geschilderten Beschwerden in Wirklichkeit nicht so massiv sein können, wie der Patient behauptet. Man findet heraus, dass sein Privatleben praktisch so läuft wie früher. Dann handelt es sich um bewusste Aggravation, was wohl nichts anderes als eine Form der Simulation darstellt, der freilich kein Krankheitswert zukommt.

Korrespondenz:

Dr. med. Andrés Baliarda
Psychiatrie und Psycho-
therapie FMH
Egglistrasse 6
CH-9053 Teufen (AR)
andresbaliarda@bluewin.ch

Literatur

- 1 Baliarda A. Über den Umgang der Menschen mit dem launischen Gott Eros. In: Sinnlichkeit und Sexualität. Luzerner Psychotherapietage. Mandala Media; 1996.
- 2 Jung CG. Erinnerungen, Träume, Gedanken. Zürich: Ex Libris; 1961.

- 3 Weiss Th. Schmerzen überall. München: Südwest Verlag; 2006.
- 4 Neuburger M, Schmelz M, Konrad C. Vom Schmerz zur Schmerzerkrankung. *Ars Medici*;16:2006.
- 5 Keel P. Fibromyalgiesyndrom. Diagnose, Ätiologie, Psychopathologie und Therapie. *Med* 1;2003:4–8.