



PRAXIS FÜR NEUROPSYCHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE
DR. PHIL. ANDREA PLOHMANN



PRAXIS FÜR NEUROPSYCHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE
DR. PHIL. ANDREA PLOHMANN

AGGRAVATION UND SIMULATION AUS NEUROPSYCHOLOGISCHER SICHT

SIM-Jahrestagung 2019

KLINISCHE BESCHWERDENVALIDIERUNG

- Zufallseinflüsse und spezifische Interaktionen zwischen Explorand und Gutachter erhöhen das Risiko anscheinender Inkonsistenzen (Fragestil, Reihenfolge,...)
- Inkonsistenzen beweisen nicht, dass der Expl. seine Beschwerden schlimmer darstellt als es der Realität entspricht
- Es fließen immer (auch implizite) Annahmen des Gutachters mit ein
- Beurteilung abhängig vom spezifischen Erfahrungshintergrund des Gutachters
- Risiko perspektivischer Verzerrung und fehlender Aussenkontrolle
- Gefahr von Zirkelschlüssen („Validierung“ der eigenen Bewertungskriterien)
- Fehlergrösse des klinischen Urteils unbekannt

**Konsistenz
von Aussagen**

**Plausibilität:
Übereinstimmung mit
Aussenkriterien**

KLINISCHEN BESCHWERDENVALIDIERUNG - KRITIK

„There is little evidence that clinicians - unaided by specialized tests - can reliably distinguish malingerers from persons actually suffering from a mental disease or defect.

One recent study found that psychiatrists working in a state forensic facility, relying on interviews and file data, failed to identify 50 percent of malingerers detected through specialized testing.”

H. A. Miller (2005). The Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST): Test Generalizability and Utility Across Race, Literacy, and Clinical Opinion, *Journal of Criminal Justice and Behavior*.

ZWINGENDE ERGÄNZUNG DER KONSISTENZRPÜFUNG:

ZUFALLSKRITISCH ABGESICHERTE BESCHWERDENVALIDIERUNG

Analyse des Antwortverhaltens in

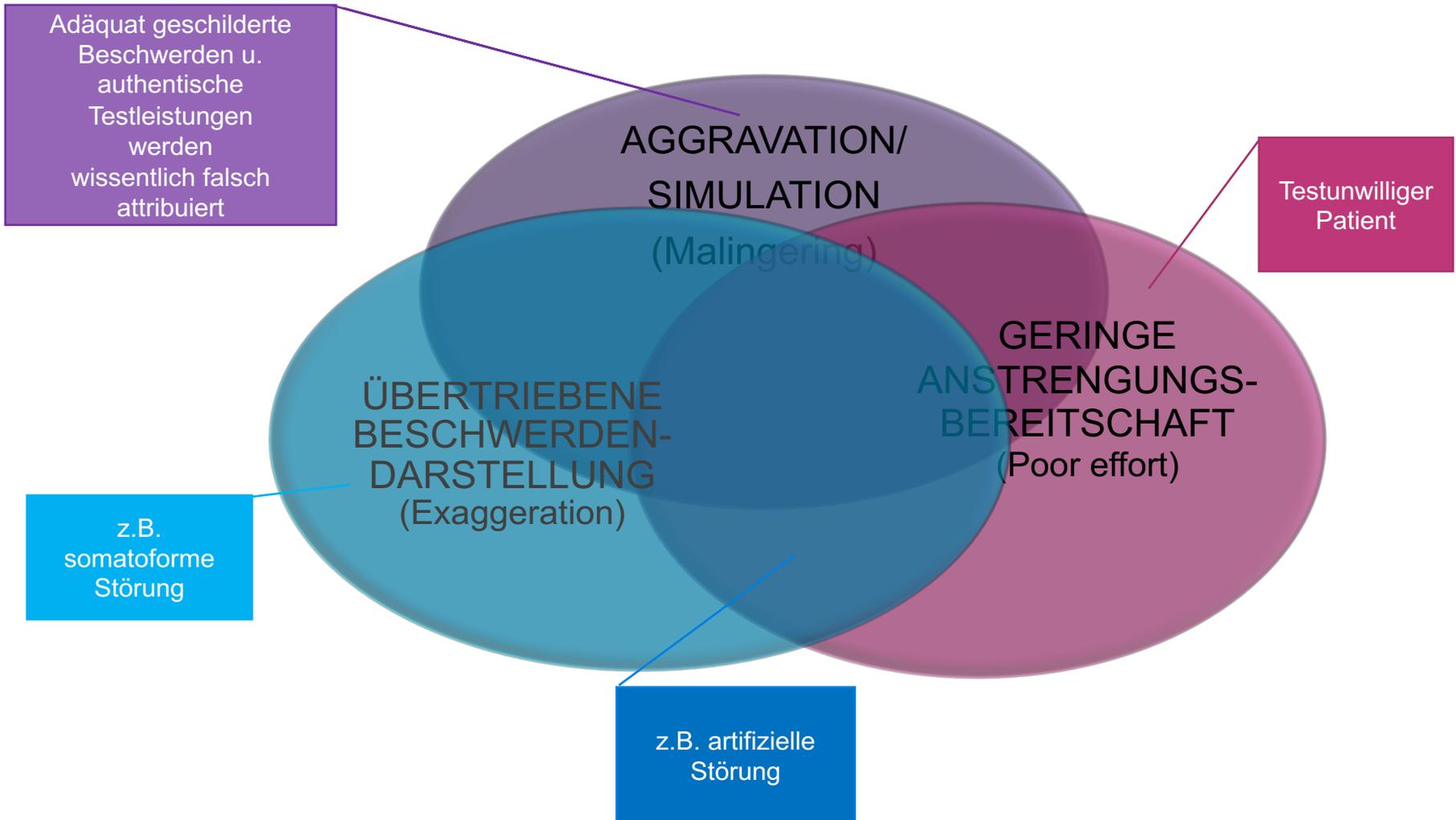
- a. Leistungstests mittels **Performanzvalidierung**
- b. Exploration / Selbstbeurteilungsinstrumenten mittels **Validierung der Beschwerdenschilderung**

ZUFALLSKRITISCH ABGESICHERTE BESCHWERDENVALIDIERUNG

VORTEILE:

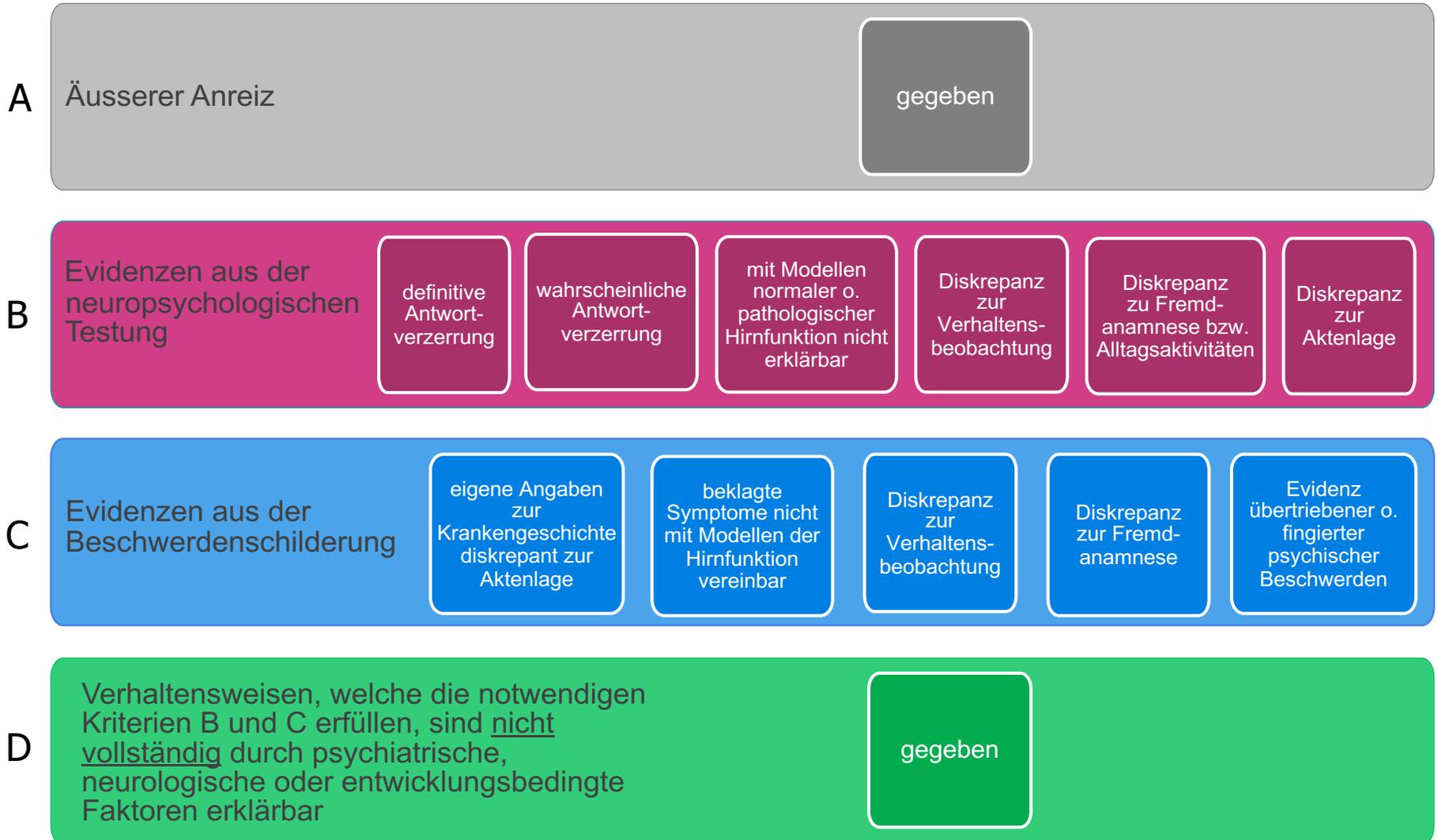
- + **objektive, empirisch überprüfte** Ansätze zur Aufdeckung
 - unzureichender Anstrengungsbereitschaft (poor effort) und
 - übertriebener Beschwerdenschilderung (exaggeration)
- + bekannte Sensitivitäten und Spezifitäten der Verfahren erlauben eine **Abschätzung der Wahrscheinlichkeit falsch positiver und falsch negativer Urteile und damit der Fehlerrate**
- + bei bekannter Grundrate auch des **positiven wie negativen Vorhersagewerts** (prädiktive Power)
- + **diagnostische Sicherheit** mit geeigneter Kombination von Verfahren **zwischen 90% und 100%**

KONZEPTUELLE UND DIAGNOSTISCHE ÜBERLAPPUNGEN

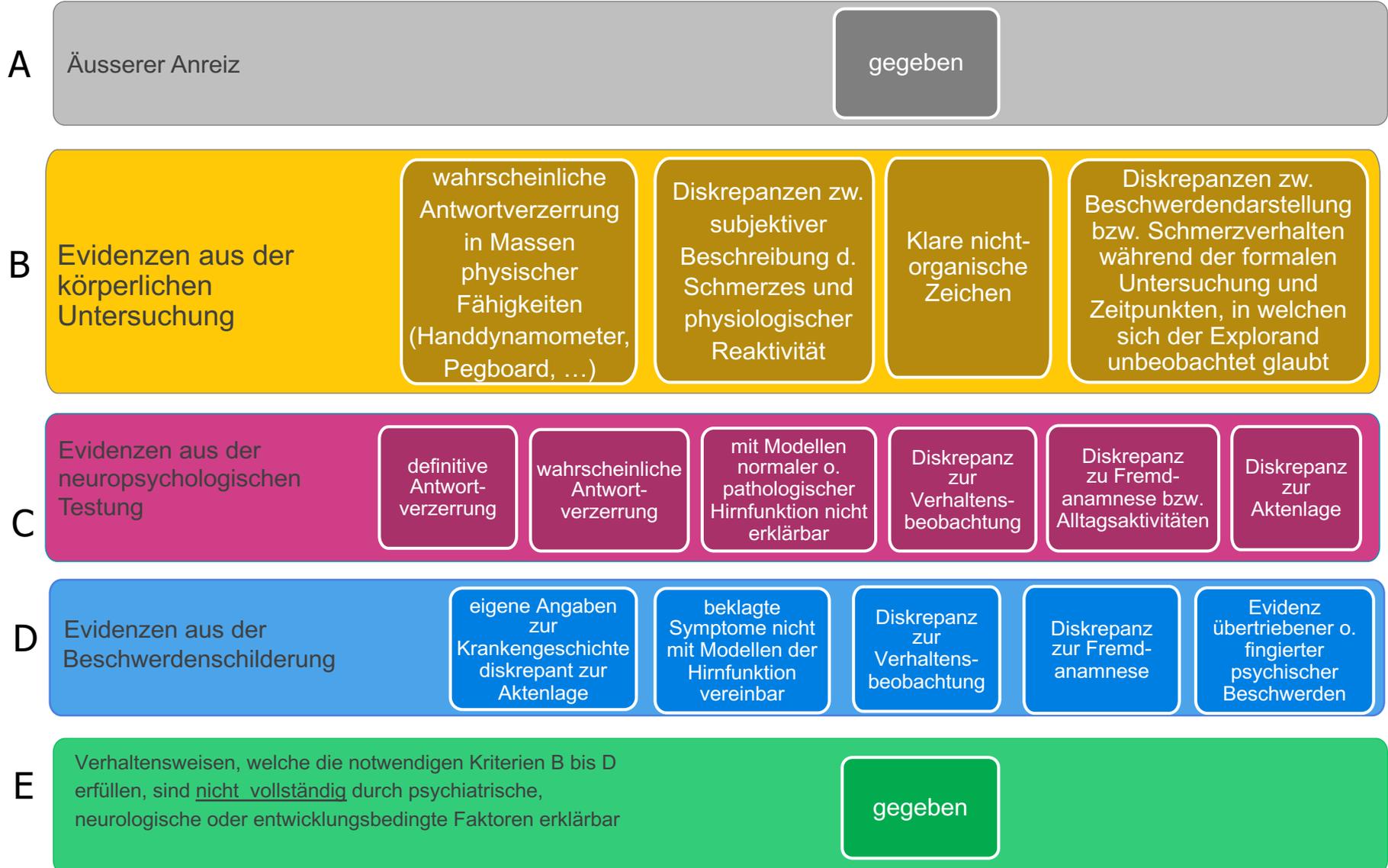


Nach: Iverson GL. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology*,13:77–90

KRITERIENKATALOG ZUR DIAGNOSE EINER VORGETÄUSCHTEN NEUROKOGNITIVEN STÖRUNG nach Slick et al. (1999)

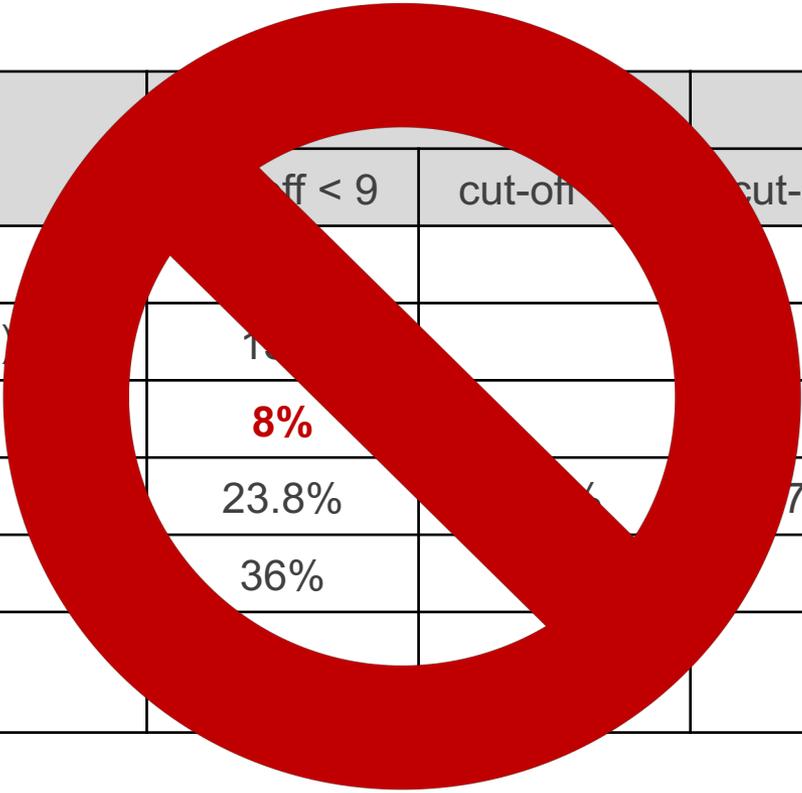


KRITERIENKATALOG ZUR DIAGNOSE EINER VORGETÄUSCHTEN SCHMERZASSOZIIERTEN EINSCHRÄNKUNG nach Bianchini et al. (2005)



PERFORMANZVALIDIERUNG

Nützlichkeit des Rey Fifteen Items Test (Rey Memory Test)



Quellen	Spezifität			
	cut-off < 9	cut-off < 8	cut-off < 9	cut-off < 8
Bailey et al. (2018)				
Flaherty et al. (2015)	10%			
An et al. (2017)	8%			
Love et al. (2014)	23.8%	76%	76%	81%
Reznek (2005)	36%			92%
Bodner et al. (2018)				40% !! (Aphasiker)

VALIDIERUNG DER BESCHWERDENSCHILDERUNG

Auszug aus einem aktuellen **psychiatrischen** Gutachten:

„Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome“ (2003) et al.

N.M. Wisdom et al. / Archives of Clinical Neuropsychology 25 (2010) 118–125

123

Table 4. Sensitivity and specificity of the SIMS at detecting malingering using various cut scores

Cut score	Sensitivity	Specificity
≥14	.96	.64
≥21	.68	.73
≥22	.64	.82
≥23	.55	.91
≥24	.55	1.00
≥25	.50	1.00

über mit dem cut-off Wert von 16 Punkten liegt; ein absichtliches Erzeugen, resp. Übertreiben körperlicher oder psychischer Symptome („Malingering“) kann somit belegt werden.“

KLASSIFIKATIONSGÜTE VON VALIDITÄTSSKALEN AM BEISPIEL DES MMPI-2

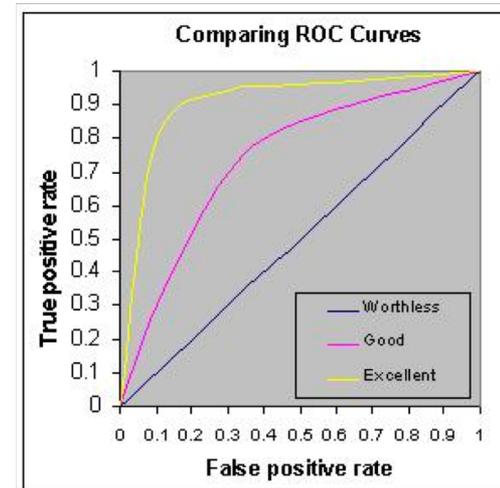
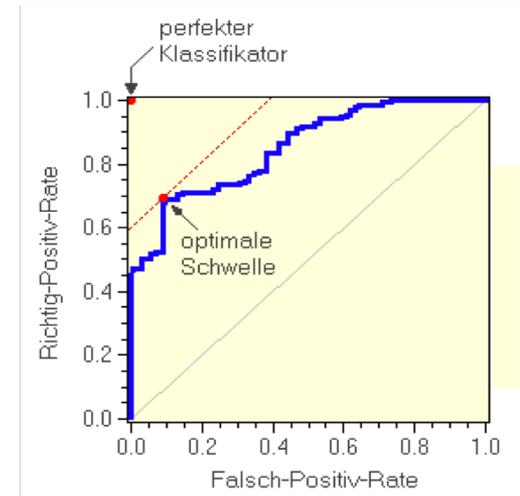
Table 8

*Area Under the Curve (AUC) for MMPI-2-RF Scores
Comparing MPRD and Not MPRD*

Test result variable(s)	Area	SE	$p <$	95% confidence interval	
				Lower bound	Upper bound
F-r	.893	.025	.001	.844	.941
Fb-r	.790	.042	.001	.707	.873
Fs	.850	.036	.001	.779	.920
FBS-r	.897	.022	.001	.853	.941
RBS	.881	.024	.001	.834	.929
RCd	.892	.022	.001	.848	.936
RC1	.869	.035	.001	.801	.937

Note. F-r = Infrequency restructured; Fp-r = Infrequency psychopathology restructured; Fs = Infrequency somatic symptoms; FBS-r = Symptom Validity scale restructured; RBS = Response Bias Scale; RCd = Demoralization; RC1 = Somatic Complaints.

Der AUC-Wert kann als Wahrscheinlichkeit interpretiert werden, dass ein positiver Wert auch tatsächlich als solcher klassifiziert wird.



KLASSIFIKATIONSGÜTE VON VALIDITÄTSSKALEN

Eine Begutachtungssituation ist komplex und potentiell stressauslösend und kann deshalb vorbestehenden psychologische Erlebens- und Verhaltensweisen inkl. Somatisierung verstärken.

Psychometrische Indikatoren sollten daher zwischen übertriebener Beschwerdenschilderung im Rahmen einer Somatisierung und bewusster Übertreibung i.S. von Aggravation unterscheiden können.

KLÄRUNG DER EFFEKTE VON VALIDITÄTSSKALEN IM SPIEL DES MMPI-2

Effekt der
Begutachtungssituation an sich

Table 5
Cumulative Percentages of Patients With Scores Above the Indicated
Raw Score for MMPI-2 Scale FBS (Symptom Validity Scale)

	Clinical Pain Patients					No Incentive			TBI
	No Incentive	Incentive Only	All Not MPRD	Definite MPRD	Simulators	TBI ^a	Pain ^b	Clin ^a	Definite MND ^a
<i>N</i>	23	34	57	32	26	18	100	132	14
FBS									
≥34				22	23				14
≥33		0	0	31	31				21
≥32		3	2	34	31				36
≥31		3	2	44	39				50
≥30		3	2	53	50		0		64
≥29		3	2	62	62	0	2	0	71
≥28		9	5	69	65	11	9	1	71
≥27		12	7	72	69	17	11	2	79
≥26	0	12	7	81	69	17	16	4	86
≥25	4	21	14	91	73	17	16	6	93
≥24	4	32	21	94	77	22	22	8	93
≥23	13	38	28	94	81	22	28	9	93
≥22	17	47	35	94	89	22	34	14	93
≥21	26	53	42	97	89	22	43	19	100

Note: The tabulated value is the percentage of patients performing above (more extreme than) the given score. For nonmalingering patients, this is the false positive error rate (complement of specificity); for malingering patients, this is the sensitivity rate. MPRD = malingered pain-related disability; TBI = traumatic brain injury; Clin = mixed clinical sample; MND = malingered neurocognitive dysfunction.

a. From Greve, Bianchini, Love, Brennan, and Heinly (2006).

b. From Meyers, Millis, and Volkert (2002).

AGGRAVATION VS. SOMATOFORME STÖRUNGEN

Zur Abgrenzung von Aggravation und somatoformen Störungen lassen sich auch **klinische Skalen des MMPI-2** heranziehen:

- ❖ Skalen 1 Hypochondrie (Hd) und 3 Hysterie (Hy):
- ❖ Vergleich der Harris-Lingoes-Skalen mit den Inhaltsskalen
- ❖ Profil der Restrukturierten klinischen Skalen (RC):

EINFLUSS DER GRUNDRATE AUF DIE VORHERSAGEKRAFT EINES BVT

Neben der Kenntnis von **Sensitivität** und **Spezifität** von Validierungsinstrumenten ist auch die Kenntnis der **Grundrate, d.h. der Prävalenz nicht-authentischen Antwortverhaltens** in einer Population, essentiell.

Wahrscheinlichkeit valider Antworten (negative **Vorhersagekraft**) ist höher, wenn ein BVT bei hoher Grundrate bestanden wurde, als wenn eine nur niedrige Grundrate vorliegt.

Wenn ein Patient/Explorand einen BVT in einem Setting mit geringer Grundrate *nicht* besteht, ist die positive Vorhersagekraft des auffälligen Ergebnisses gering. Der Kliniker/Gutachter muss also nach zusätzlichen Informationen suchen, die die Hypothese, dass der Patient/Explorand invalide Antwortmuster zeigt stützen (oder widerlegen).

Plohmann, A.M., & Hurter, Max (2017).

Prevalence of poor effort and malingered neurocognitive dysfunction in litigating patients in Switzerland.

Zeitschrift für Neuropsychologie, 27 (2), 97–116

Ausgangslage:

- Keine empirischen Daten vorhanden.
- Expertenbefragungen (Gutachter, IV-Mitarbeiter) zur Häufigkeit von Aggravation, Simulation oder Versicherungsbetrug in der Schweiz ergaben Prävalenzschätzungen von 1-10%.

Ziele der aktuellen Studie:

- Gewinnung von empirischen Daten zur Grundrate negativer Antwortverzerrung und wahrscheinlicher bzw. sicherer Aggravation für eine Gutachtenspopulation
- Erkenntnisse über mögliche Variablen, welche mit erhöhten Wahrscheinlichkeiten für unzureichender Anstrengungsbereitschaft und Aggravation/Simulation einhergehen

PRÄVALENZ UNZUREICHENDER ANSTRENGUNGSBEREITSCHAFT BZW. AGGRAVATION/SIMULATION NEUROKOGNITIVER STÖRUNGEN IN DER SCHWEIZ

Datenbasis:

Untersuchungsbefunde von Exploranden, welche

- zwischen 2005 und 2016 im versicherungsmedizinischen Kontext interdisziplinär begutachtet wurden (mindestens neurologische und psychiatrische Begutachtung)
 - einer neuropsychologischen Untersuchung zugewiesen wurden
 - dabei mindestens 2/7 Performanzvalidierungsverfahren (PVTs) absolvierten
- 455 Fälle aufgenommen:
- Je ca. 50% Männer und Frauen
 - ca. 2/3 Schweizer bzw. deutschsprachige Exploranden
 - ca. 40% ohne F0-Diagnose
 - ca. 2/3 aller Exploranden beklagten chronische Schmerzen

Zusammenfassung der Studienergebnisse

Risikofaktoren für wahrscheinliche / sichere [☆] Aggravation		
soziodemographische Parameter	Neurologische Diagnosen	Psychiatrische Diagnosen
höheres Lebensalter	HWS-Beschwerden, Schleudertrauma ^a	andere als organische psychische Störungen ^a
geringe schulische/berufliche Bildung	unauffällige Bildgebung des Gehirns ^a	somatoforme Störungen ^a
Migranten erster Generation [☆]		affektive Störungen
		PTSD
Herkunftsland (Balkan [☆] , Türkei [☆])		Z7x-Codes ^a
☆ wahrscheinliche und sichere Aggravation	^a unabhängig von der Ausbildung oder der Herkunft	

Prävalenzraten für die Gesamtstichprobe

➤ **Sichere Aggravation** neurokognitiver Störungen

RDS \leq 6 12.8% 95% CI [7.7,19.8]

RDS \leq 7 10.3% 95% CI [6.2,15.8]

➤ **Wahrscheinlich oder sicher vorgetäuschte** neurokognitive Störung

RDS \leq 6 27.5 % 95% CI [23.5, 31.7]

RDS \leq 7 34.3% 95% CI [30.0, 38.8]

➤ **Mögliche** Aggravation

RDS \leq 6 24.8% 95% CI [21.0, 29.0]

RDS \leq 7 28.6% 95% CI [24.6, 32.9]

➤ **keine psychometrischen Hinweise** auf negative Antwortverzerrung (nur Anreiz)

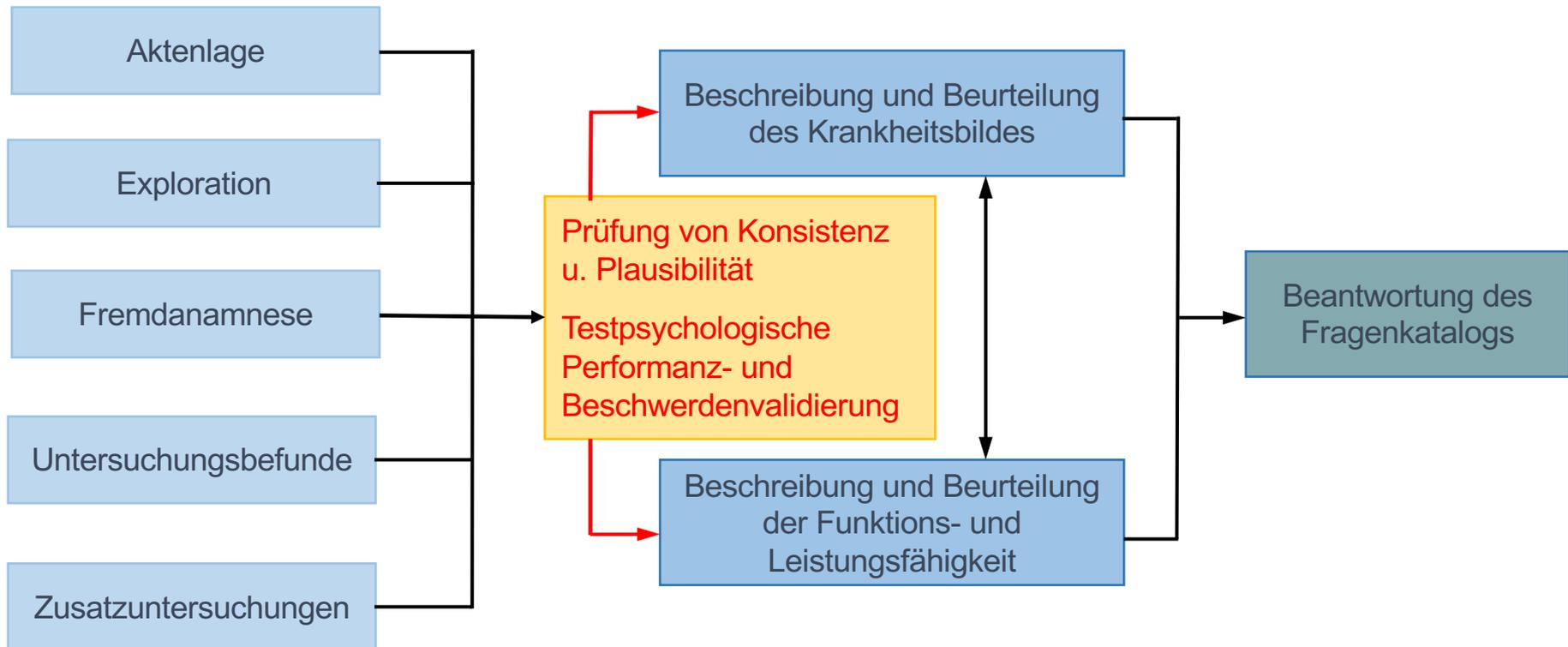
RDS \leq 6 47.7% 95% CI [43.1, 52.3]

RDS \leq 7 37.1% 95% CI [32.7, 41.7]

Weitere Ergebnisse / Schlussfolgerungen

- Für die vorhin benannten Risikogruppen liegen die Prävalenzschätzungen deutlich darüber.
- Damit ist die positive Vorhersagekraft auffälliger Resultate in Performanzvalidierungsverfahren für diese Gruppen höher, d.h. solche Exploranden gehören mit höherer Wahrscheinlichkeit zur Gruppe derer, die tatsächlich aggravierern.
- Die Prävalenzraten entsprechen jenen, die in anderen Ländern erhoben wurden und liegen markant über den Schätzungen der in den BSV-Studien befragten „Experten“ .

SCHLUSSFOLGERUNGEN



SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die zufallskritisch abgesicherte Beschwerdenuvalidierung gehört in die Hände ausgewiesener Fachleute, also derer, die

- ✓ die PVTs und BVTs entwickeln,
- ✓ empirisch überprüfen und veröffentlichen,
- ✓ unter Einbezug aller zur Verfügung stehender Information inklusive der medizinischen Daten und
- ✓ auf dem Hintergrund testtheoretischen und statistischen Know-hows
- ✓ adäquat interpretieren können.

Dies sind primär NeuropsychologInnen !

> 95% der Publikation zum Thema weltweit stammen aus deren Feder



PRAXIS FÜR NEUROPSYCHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE
DR. PHIL. ANDREA PLOHMANN

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!