

HARALD MERCKELBACH, MARKO JELICIC, TIMO GIESBRECHT &
ROBERT HORSELENBERG

De wraak van Hughlings Jackson.

Over een gesimuleerde 'fugue'

Ze werd 'wakker' op een bank in het Maastrichtse villapark.¹ Een toevallig passerende politieagent sprak haar aan, en toen pas merkte ze dat ze niet meer wist wie ze was en waar ze vandaan kwam. Ze sprak weliswaar Duits, maar met een overduidelijk accent. Het voelde niet als haar moedertaal aan, zou ze later zeggen. De agent nam de vrouw mee naar het bureau. Ze had geen papieren bij zich. Preciezer gezegd: ze bleek helemaal geen persoonlijke bezittingen te hebben.

Achtereenvolgens ontfermde zich de politiearts, de vreemdelingenpolitie en de immigratiedienst zich over de vrouw. In de talloze gesprekken die deze instanties met haar voerden, was er geen moment dat ze zich iets kon herinneren van haar achtergrond. Men kwam zodoende niet verder dan de volgende vaststelling: de vrouw was blank, haar leeftijd moest rond de dertig zijn, ze sprak Duits met een niet nader te typeren accent en ze verkeerde in een goede lichamelijke conditie. Er waren geen aanwijzingen voor een drugs- of alcoholprobleem. De vrouw had wél forse geheugenklachten. Van de gehele periode vóór haar ontwaken in het villapark kon ze zich niets herinneren – zelfs geen fragment. Ofschoon de vrouw klaagde over hoofdpijn, vond de politiearts geen aanwijzingen voor een neurologische aandoening. Ze was wel erg bang geweest voor het medisch onderzoek, zo meldde de arts.

Noem mij maar Myra

De vrouw kreeg een plaats toegewezen in een asielcentrum en omdat ze toch met een naam moest worden aangesproken, ging ze zichzelf Myra noemen. Die

DE WRAAK VAN HUGHLINGS JACKSON

naam kwam ook in haar voorlopig legitimatiedocument te staan. Op medewerkers en andere bewoners maakte Myra tijdens haar verblijf in het centrum een sympathieke indruk. Men roemde haar hulpvaardigheid, haar bescheidenheid en haar vriendelijkheid. Haar autobiografisch geheugen kwam echter niet terug. Pogingen van de vreemdelingenpolitie om haar identiteit te achterhalen, bleken vruchteloos. Myra zelf vertelde de politie dat ze op een avond op het NOS-journaal filmbeelden van de straten van Warschau zag, vanwege het bezoek van de paus aan die stad. Op dat moment zou ze bij zichzelf een sterk gevoel van herkenning hebben bespeurd. De vreemdelingenpolitie ging uitgebreid op zoek in de Poolse bestanden, maar vond geen aanknopingspunten. In het asielcentrum ging men er evenwel vanuit dat Myra ergens uit Oost-Europa kwam.

655

Myra volgde een cursus Nederlands en na enkele maanden sprak ze de taal redelijk. Ook sloot ze met succes een cursus boekhouden en bedrijfsadministratie af. De zo vergaarde kennis kon Myra goed gebruiken toen ze na anderhalf jaar penningmeester van de Limburgs-Poolse Vriendschapsvereniging werd. Maar nog steeds wist ze niet wie ze was en waar ze vandaan kwam. Myra wilde dat eigenlijk ook niet weten, zo liet ze aan vooral haar medebewoners en een psychiater (zie onder) weten. Maar er was één vervelende complicatie: een permanente verblijfsvergunning kon ze alleen maar krijgen als ze duidelijkheid kon verschaffen over hetzij haar herkomst, hetzij haar medisch onvermogen om die herkomst op te helderen.²

Een verklaring

Konden wij haar geheugen onderzoeken en dan op papier zetten dat het kwijt was? Met dat verzoek belde Myra ons op. Ze wilde een dergelijke verklaring aan de rechter overleggen, in de hoop dat ze dan alsnog in aanmerking kon komen voor een permanente verblijfsvergunning. Ze had ons telefoonnummer van een psychiater die regelmatig het asielcentrum bezocht. Met hem had ze inmiddels een vertrouwensband. We vertelden Myra dat we onderzoekers waren – en geen hulpverleners. We waren graag bereid om haar geheugen te onderzoeken, maar we wilden niet bij voorbaat toezeggen om daarover een verklaring op papier te zetten. Dat was het voorlopige einde van ons eerste contact.

Weken later werden we gebeld door haar psychiater. Hij meldde dat Myra al sinds het begin van haar verblijf in het asielcentrum ernstige geheugenklachten had. Tijdens de eerste weken had ze zelfs elementaire vaardigheden opnieuw moeten leren: hoe je met mes en vork moet eten en hoe je moet douchen. De psychiater vertelde ook dat Myra weigerde om naar een neuroloog te gaan. Ze had een fobische angst voor ziekenhuizen en witte jassen.

MERCKELBACH, JELICIC, GIESBRECHT & HORSELENBERG

Af en toe ging ze dolen en keerde dan pas na een aantal uren terug, zonder dat ze kon vertellen waar ze was geweest. Ze zou ook vaak angstaanjagende dromen hebben, over doktoren en injecties. De psychiater hield het erop dat Myra een getraumatiseerde Balkanvluchteling was. Hij vermoedde dat ze aan 'dissociatieve fugues' leed. De literatuur zegt over patiënten met die aandoening dat ze naar aanleiding van een ingrijpende gebeurtenis hun autobiografische herinneringen verliezen, waarbij dat verlies zo omvangrijk is dat de patiënten ook hun identiteit kwijtraken (zie bijvoorbeeld Loewenstein, 1991). Het geheugen- en identiteitsverlies zouden jaren kunnen aanhouden (zie voor een voorbeeld: Spiegel e.a., 1993) en vaak samengaan gaan met doelloos heen- en weergereis – oftewel 'Wandertrieb', zoals de oude Duitse psychiaters het noemden.³ Aan het einde van het telefoongesprek verzocht de psychiater ons of wij eens naar het geheugen van Myra wilden kijken.

Ze komt

En dus maakten we een afspraak met Myra. Ze zou op maandagmorgen om elf uur komen. En ze was bereid om een aantal neuropsychologische tests te ondergaan, althans dat zei ze aan de telefoon. Die maandagmorgen kwam Myra niet. Het liep diezelfde middag al tegen vijf uur toen ze zich alsnog meldde. Met zweet op haar hoofd. Ze maakte een verwarde indruk. Ze vertelde dat ze de weg was kwijt geraakt en uren lang had rondgedoold door Maastricht. Tijdens het gesprek dat volgde leek Myra niet erg op haar gemak. Ze wilde niet meedoen aan de neuropsychologische tests. Ze wilde evenmin praten over haar geheugenverlies. Ze zei doodsbang te zijn voor dokters en herhaalde dat diverse malen, ook nadat we haar hadden beloofd dat we geen medisch onderzoek zouden verrichten. Na enig heen en weer praten was ze wel bereid om een viertal vragenlijsten in te vullen. Maar dan moest de kous daarmee ook af zijn.

We gaven Myra de Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986). Deze schaal vraagt naar symptomen die horen bij de eerder aangestipte *fugue*. Het gaat dan om symptomen als geheugenverlies en verwarring over de eigen identiteit. We vroegen Myra ook of ze de Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) van de Engelse psycholoog Broadbent en collega's (1982; zie voor de Nederlandse vertaling Merckelbach e.a., 1996) wilde invullen. De CFQ somt verschijnselen op die te maken hebben met een gebrekkige cognitieve controle – het vergeten van afspraken, het over het hoofd zien van stoplichten, het uit de handen laten vallen van gebruiksvoorwerpen – en de respondent moet aangeven in welke mate hij of zij daarvan in het dagelijkse leven last heeft. Myra vulde ook de Structured Inventory of

DE WRAAK VAN HUGHLINGS JACKSON

Malingered Symptomatology (SIMS) van de Amerikaanse psycholoog Smith (Smith & Burger, 1997; zie voor de Nederlandse vertaling Merckelbach e.a., 2001) in. Deze SIMS geeft een lange opsomming van bizarre symptomen zoals: 'Soms raken mijn spieren zonder enige aanleiding verlamd zodat het lijkt alsof mijn armen en benen wel duizend kilo wegen. En: 'De stemmen die ik hoor en die andere mensen niet horen, gaan maar door en zijn niet meer opgehouden sinds de dag dat zij begonnen.' Als ze er al niet over moeten lachen, halen psychiatrische patiënten over zulke symptomen hun schouders op. Maar mensen die een psychiatrische stoornis proberen voor te wenden zeggen er nogal eens last te hebben van te hebben. Dat is bijvoorbeeld aan de orde bij seksuele delinquenten die hun delict proberen te verontschuldigen door te beweren dat ze ziek zijn in hun hoofd (zie Cima e.a., in druk a; b).

657

Ten slotte vulde Myra onze eigen Creatieve Ervaringen Vragenlijst (CEV; Merckelbach e.a., 1998) in. Deze vragenlijst meet de kenmerken van fantasterij oftewel *fantasy proneness*. De CEV bevat items als 'Ik verveel me nooit, omdat ik altijd aan het fantaseren sla als dingen saai worden,' en 'Als ik aan iets kouds denk, dan krijg ik het ook echt koud.' Mensen die hoog op zulke items scoren zijn virtuozen in het rollenspel.

Nadat Myra de vragenlijsten had ingevuld, vertrok ze met de mededeling dat ze graag van ons hoorde als we op grond van de uitslagen alsnog bereid waren om een brief te schrijven ter ondersteuning van haar verzoek om een verblijfsvergunning.

Gekke scores

Natuurlijk waren we bereid om Myra te helpen. Maar haar testuitslagen bleken wel erg vreemd uit te pakken. Terwijl gemiddelde DES-scores van gezonde volwassenen rond de 10 cirkelen, scoorde Myra op de DES ver boven het afkappunt van 20, dat door sommige psychiaters wordt aanbevolen (zoals Gast e.a., 2001). Sommige auteurs – waaronder de Amerikaanse psychologe Eve Bernstein Carlson die samen met haar collega's over de kwestie een gezaghebbend artikel (Bernstein Carlson e.a., 1993) schreef – menen dat als iemand zo hoog op de DES scoort, er een dikke kans bestaat dat hij of zij in aanmerking komt voor de diagnose 'dissociatieve fugue' of aanverwante stoornissen. Tegen die achtergrond is de hoge DES-score van Myra dus niet zo vreemd. Blijkbaar had Myra veel last van dissociatieve verschijnselen, waaronder het zeldzame symptoom van zichzelf soms niet kunnen herkennen in de spiegel (item 11).

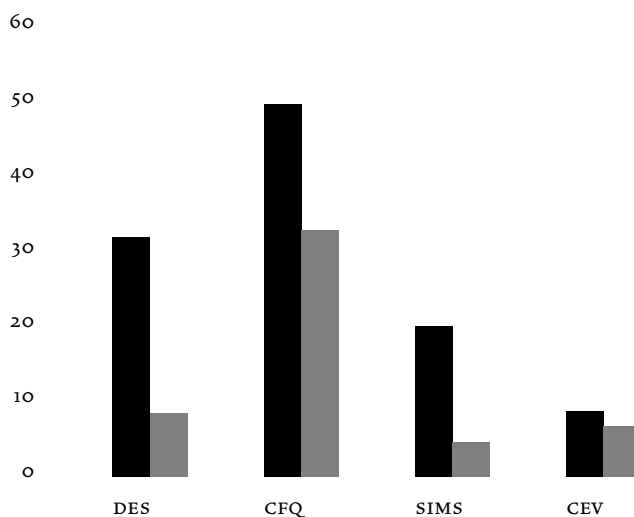
Op de CFQ haalde Myra een score van 50. Dat is echt merkwaardig als je bedenkt dat gezonde volwassenen een gemiddelde CFQ-score van rond

MERCKELBACH, JELICIC, GIESBRECHT & HORSELENBERG

de 35 hebben en alleen patiënten met een vergevorderde Alzheimerdementie in de buurt van Myra's waarde komen (Wagle e.a., 1999). Trouwens: hoe kan iemand die op grote schaal dingen zegt te vergeten en die beweert vaak verward en snel afgeleid te zijn, een boekhoudcursus met succes doorlopen? En hoe kan zo iemand penningmeester zijn van een vereniging met honderdtien leden? Wellicht schetste Myra een te pessimistisch beeld van haar cognitieve vermogens. Dat achter dat pessimisme een strategie schuil ging, deed haar SIMS-score vermoeden: die was 20, terwijl bij 17 het afkappunt ligt. Wie boven de 17 scoort, laadt de verdenking op zich een simulant te zijn (Smith & Burger, 1997; Cima e.a., in druk b). Myra's CEV-score van 9 leek op het eerste gezicht niet ver uit te komen boven de gemiddelden die men vaak in de normale bevolking vindt (7). Aan de andere kant: Myra vulde slechts vijftien van de vijfentwintig vragen in, zodat er een redelijke kans bestaat dat haar werkelijke CEV-score in de buurt komt van die van acteurs (≥ 11 ; zie Merckelbach e.a., 1998). Een van de CEV-items die Myra omarmde luidt: 'Soms speel ik alsof ik iemand anders ben en dan ga ik helemaal in die rol op.'

Figuur 1 laat de scores van Myra zien en bevat ook enkele referentiewaarden.

Figuur 1 Myra's scores op zelf-rapportage maten van dissociatie (DES), cognitieve controle (CFQ), bizarre symptomen (SIMS) en fantasiegeïnciteerdheid (CEV). Myra's scores (zwart) worden afgezet tegen de gemiddelden van gezonde volwassenen (grijs)



Pseudo-patiënten

Zou het kunnen dat Myra de rol van een patiënt met ernstig geheugenverlies speelt? Alles kan natuurlijk, maar de meeste clinici menen dat een dergelijk veinzen van symptomen ('malingering') bepaald een zeldzaamheid is (Gerson, 2002). Daar zouden ze best gelijk in kunnen hebben. Zeker weten doen we dat echter niet. Het punt is namelijk dat clinici ronduit slecht zijn in het ontmaskeren van pseudo-patiënten. Het meest frappante onderzoek in dit genre is nog altijd dat van de Amerikaanse psycholoog Rosenhan (1973) die zijn studenten naar psychiatrische inrichtingen stuurde. De studenten deden het voorkomen alsof ze een stem hoorden die telkens 'leeg, leeg' zei. Voor het overige gedroegen de studenten zich normaal. Toch werden ze met een verdenking op schizofrenie opgenomen. De meest onthutsende fase in het onderzoek trad in toen Rosenhan de psychiaters waarschuwde dat in de komende maanden simulerende patiënten zich aan de poorten van hun inrichtingen zouden melden. Dat gebeurde niet, maar de psychiaters gingen zo'n 20 % van de echte patiënten wel als simulanten beschouwen. Zijn clinici tegenwoordig beter in staat om simulanten van echte patiënten te onderscheiden dan in het midden van de jaren zeventig? We kennen geen literatuur die in deze richting wijst (zie voor een overzicht Jelicic e.a., in druk). Maar als dat de stand van zaken is, dan geldt: 'Doctor, each time you've been fooled, you don't know it, do you?' (Faust, 1995). Precies dat maakt het moeilijk om erachter te komen hoe omvangrijk het contingent van pseudo-patiënten is.

Volgens de DSM-IV moet men bedacht zijn op het veinzen van psychiatrische symptomen als die zich voordoen binnen een juridische context (en de patiënt er mogelijk iets bij te winnen heeft), als er een sterke discrepantie bestaat tussen de klachten en het feitelijk functioneren, als de patiënt niet goed meewerkt aan onderzoek (omdat hij of zij bang is om door te mand te vallen) en als de patiënt antisociale persoonlijkheidskenmerken vertoont.

Op antisociaal gedrag heeft men Myra nooit kunnen betrappen. Het tegendeel is waar: ze staat bekend als een bescheiden en hulpvaardige vrouw. Maar aan alle andere kenmerken van 'malingering' die de DSM opsomt, voldoet ze ruimschoots. Myra is uit op een officiële verklaring die haar aanvraag voor een verblijfsvergunning ondersteunt. Ze rapporteert cognitieve klachten in een omvang die slechts bij demente bejaarden voorkomt, maar volgde wél boekhoudcursussen. En ze onttrekt zich als het even kan aan onderzoek naar haar geheugenfuncties. Maakt dat alles Myra tot een simulant? Misschien heeft ze haar autobiografische geheugen écht verloren, is ze écht bang voor medisch onderzoek en zijn haar extreme scores bedoeld om ons te overtuigen van dat alles.

Hughlings Jackson

‘Thr....ihr...wie ein Faustschlag’ zegt Cristoforo Golisch in Pirandello’s novelle *Toccatina* (uit 1906) tegen zijn dokter. Na zijn hersenbloeding spreekt hij geen fatsoenlijk woord Italiaans meer, ofschoon hij in Rome geboren en getogen is. Golisch valt terug op het Duits dat hij lang geleden als kind sprak met zijn ouders – emigranten die ooit vanuit Duitsland naar Italië kwamen. Het geval van Golisch is realistische fictie, want ook in de neurologische vakliteratuur zijn wel patiënten beschreven bij wie een hersenenbeschadiging een nieuw verworven taal wegvaagt, maar een lang geleden geleerde moedertaal spaart (Lebrun, 1995). Het principe dat ‘het nieuwe sterft voor het oude’ doet denken aan de Wet van Ribot, de negentiende-eeuwse Franse psycholoog die beweerde dat oude herinneringen taaier zijn dan jonge herinneringen (Merckelbach e.a., 2002). Een neurologische versie van dat principe werd vooral sterk gepropageerd door een tijdgenoot van Ribot, de Britse neuroloog John Hughlings Jackson (1835-1911). Hughlings Jackson bedacht de tot op de dag van vandaag gehanteerde term ‘dissolutie’ (Meares, 1999). De term verwijst naar het verschijnsel dat recent verworven vaardigheden het meest kwetsbaar zijn en het eerste zullen verdwijnen na een hersenbeschadiging.

Als het principe van dissolutie onverkort van toepassing zou zijn op taal, dan kan het niet zo zijn dat Myra haar moedertaal verloor, maar haar later verworven Duits behield. In de wereld van Hughlings Jackson is dat onmogelijk. In zijn universum is het evenmin denkbaar dat een patiënt vergeet hoe je met mes en vorm moet eten, maar wel met de afstandsbediening van de TV kan omgaan. Wie zulk een onwaarschijnlijke constellatie van gebreken vertoont, is erop uit om z’n omgeving te misleiden. Je zou kunnen tegenwerpen dat het maar de vraag is of Hughlings Jacksons principe van dissolutie voor tweetalige patiënten geldt. Dat is een terechte kanttekening. Want al lijkt de hoofdpersoon uit Pirandello’s novelle een overtuigende illustratie van dissolutie, de empirische waarheid is soms een slag gecompliceerder. Zo laat het onderzoek van Fabbro (2001) bij tweetalige Italianen zien dat hersenbeschadigingen vaak zowel de ene als de andere taal ontwrichten. Het herstel van beide talen kan zich echter in een verschillend tempo voltrekken.⁴ Wat echter nooit voorkomt, is dat een patiënt de moedertaal compleet kwijtraakt en een vreemde taal in optima forma behoudt. In die zin mogen we op gezag van Hughlings Jackson beweren dat Myra’s symptomen onmogelijk en derhalve gesimuleerd zijn. Dat is de wraak van Hughlings Jackson: niet-ingewijde simulanten lopen het risico dat ze symptomen veinzen die vaktechnisch gezien onmogelijk zijn.

Nog meer onwaarschijnlijkheden

Myra verblijft al een dikke twee jaar in een asielzoekerscentrum. Tegen de psychiater, maar ook de medewerkers van dat centrum, heeft ze bij herhaling verklaard dat tot op heden geen enkele autobiografische herinnering is teruggekeerd. Ook dat mag onwaarschijnlijk heten. Het aantal jonge patiënten bij wie het autobiografisch geheugen verdween om jarenlang niet meer terug te komen, is op de vingers van één hand te tellen (Merckelbach e.a., 2002). Neem patiënten die lijden aan een ernstige dementie of aan het syndroom van Korsakoff. Zij hebben last van wat anterograde amnesie heet: het onvermogen om nieuwe herinneringen vast te leggen. Zo'n anterograde amnesie gaat vaak hand in hand met retrograde amnesie.⁵ Dat betekent dat de patiënt moeite heeft met het ophalen van oude herinneringen (dat wil zeggen herinneringen van voor de aanvang van de ziekte). Zo'n retrograde amnesie is echter zelden of nooit volledig. Voor demente bejaarden en Korsakoffpatiënten blijven vooral vroege jeugdherinneringen redelijk goed toegankelijk (zie voor een recent overzicht Kopelman, 2002).

661

Myra weet de namen van haar medebewoners. Ze herkent haar psychiater en ze weet haar weg naar de Pools-Nederlandse vriendschapsvereniging te vinden zo lang ze geen 'fugue-aanval' heeft. Kort en goed, het is uitgesloten dat Myra aan een anterograde amnesie lijdt. Niets wijst erop dat Myra lijdt aan een hersenstoornis. Zou haar retrograde amnesie dan 'psychogeen' van aard kunnen zijn? Bij de gevallen die onder dit kopje in de literatuur beschreven zijn, klaarde de retrograde amnesie binnen weken of in elk geval maanden op. De onbetwiste kampioen in deze literatuur is de Londense psychiater en psycholoog Michael Kopelman. Hij bestiert sinds jaar en dag een psychiatrische afdeling die recht tegenover een van de grotere metrostations ligt. Zodoende heeft hij ruime ervaring met geheugengestoorde patiënten die via de metrolijnen bij zijn afdeling aanspoelen. Kopelmans vingerwijzing in gevallen zoals die van Myra luidt: 'Fugue states usually last a few hours or days only: if prolonged, the suspicion of simulation must always arise.' (2002; p. 2171)

De merkwaardige testcores van Myra staan dus niet op zichzelf. Ook tegenover haar medebewoners en haar psychiater speelt Myra de rol van een patiënt. Haar verhaal over de geheugenflarden over Warschau zijn mogelijk als dwaalspoor bedoeld. Dat begrepen we pas toen we – met Myra's instemming – haar spraak lieten horen aan een Poolse linguïst. Hij kon het accent niet precies thuisbrengen, maar achtte het uitgesloten dat Myra uit Oost-Europa kwam.

Onsympathiek

Myra is – daar zijn wij inmiddels van overtuigd – een simulant. En toch aarzelen we om dat begrip te gebruiken, want het heeft zo'n onsympathieke bijklank. In meerdere opzichten zijn de negatieve connotaties ook onterecht. Om te beginnen berust de associatie die de DSM-IV legt tussen simulatie en antisociaal gedrag op een pijnlijk misverstand. Het zal best zo zijn dat antisociale personen de neiging hebben om hun medemens te manipuleren. Maar dat maakt nog niet iedereen die anderen manipuleert door een ziekte voor te wenden tot een antisociaal persoon. Dat laat trouwens ook empirisch onderzoek zien. Zo gaven de Amerikaanse psycholoog Poythress en zijn collega's (2001) aan gevangenen een vragenlijst over antisociale eigenschappen, en de eerder genoemde SIMS. De onderzoekers berekenden of er samenhang bestond tussen antisociale antwoorden en het claimen van bizarre symptomen. Die bleek er niet te zijn.⁶

Een zo mogelijk nog belangrijk punt is dat mensen die een geheugendefect simuleren, hun loopbaan vaak starten met een heuse hersenstoornis. De al eerder genoemde Kopelman (2000) beschrijft een aantal van dergelijke gevallen: patiënten die vanwege een klap op hun hoofd of een andere neurologische complicatie te kampen krijgen met tijdelijke geheugenproblemen, maar dan gaandeweg hun herstel bemerken dat het voorwenden van zulke problemen zo zijn voordelen kan hebben. In Kopelmans woorden: 'It may be quite common for patients to have an initially authentic fugue or even transient organic amnesia, which is the basis for subsequent simulation.' (2000, p. 603) Het begrip 'simulant' doet geen recht aan deze vloeiende overgang van echte naar gesimuleerde geheugenproblemen.

Het begrip doet evenmin recht aan de uitzichtloze situatie waaraan simulanten vaak proberen te ontsnappen. Het door Kopelman en collega's (1994) beschreven geval van de vrouw die in een metrostation uit haar fugue ontwaakte, kan wat dat betreft model staan. Net als Myra hield de vrouw vol dat ze zich helemaal niets meer kon herinneren van haar achtergrond. Na een jaar kon haar herkomst echter worden achterhaald. Zij bleek uit de Verenigde Staten te komen. Haar huwelijk was uitermate problematisch geweest. Ook was ze in het verleden behandeld vanwege een overdosis (waarschijnlijk slaapmedicatie) en een depressie.⁷ Op een dag had de vrouw voor haar man en dochter een briefje neergelegd met de mededeling 'I can't live like this any longer'. Daarna was ze vertrokken om, naar eigen zeggen, zeven dagen later in een Londens metrostation wakker te worden zonder autobiografisch geheugen. Maar gedurende deze 'amnestische' periode had ze wel brieven naar haar elfjarige dochter geschreven. We zouden niet gek staan te kijken als Myra's levensgeschiedenis er ook een is die ze liever vergeet.

Fugue

In de moderne psychiatrie wordt de dissociatieve fugue geportretteerd als een aandoening waarvan de essentiële ingrediënten traumatisering en identiteitsverlies zijn. Het is, om met de woorden van Loewenstein te spreken, een symptoom 'resulting from intrapsychic defensive and adaptational processes, usually to extreme overwhelming, and/or traumatic circumstances' (1991, p. 211). Dat klinkt zwaar, en om zijn analyse kracht bij te zetten verwijst Loewenstein (p. 201/202) naar oudere literatuur die zou documenteren dat frontsoldaten frequent last hebben van fugues. De historicus Hacking (1998) herlas die literatuur en kwam tot een radicaal andere taxatie van wat er aan de hand was: de eerste fugueurs waren dienstplichtigen die genoeg hadden van hun soldatenbestaan en die op een elegante manier probeerden weg te komen uit hun kazerne. In Frankrijk en Duitsland accepteerden de militaire rechtbanken de diagnose soms als een excuus voor desertie. Hadden deze mannen dan geen trauma? Jawel, maar niet in de betekenis die Loewenstein voor ogen heeft. De negentiende-eeuwse fugueurs hadden vaak een voorgeschiedenis waarin hersenbeschadigingen ten gevolge van een ongeluk of epilepsie een belangrijke rol speelden. Dat blijkt trouwens bij modernere fugueurs niet anders te zijn.⁸ Maar psychisch getraumatiseerd? Nou nee. Hacking (1998, p. 85): 'The data do not justify a claim of post-traumatic fugue, unless trauma means unhappiness.'

663

De DSM kent een aantal ziektecategorieën waarbij problemen rondom de eigen identiteit op de voorgrond staan. Wie last heeft van gender-dysfore gevoelens streeft naar een andere geslachtsidentiteit. En wie lijdt aan een dissociatieve identiteitsstoornis (voorheen meervoudige persoonlijkheid) wisselt frequent van identiteit. De dissociatieve fugue is een variant op dit thema, waarbij de patiënt geen toegang zegt te hebben tot zijn persoonlijke voorgeschiedenis – en dus identiteit. Maar wat is het verschil tussen geen voorgeschiedenis hebben en geen voorgeschiedenis willen hebben? Voor de buitenwacht is dat verschil nauwelijks waarneembaar.

Wat ons betreft laat het geval van Myra twee dingen zien. In weerwil van alle pejoratieve associaties die ze oproepen, kunnen simulanten aardige, maar ook ongelukkige mensen zijn, die krampachtig zoeken naar een praktische oplossing voor een aanzienlijk probleem. Op de tweede plaats illustreert haar geval dat fugue en gesimuleerd identiteitsverlies verontrustend veel op elkaar lijken. Het gaat vaak om vertwijfelde mensen die op basis van een eerder opgelopen hersenbeschadiging weten wat het is om geheugenproblemen te hebben, en die vervolgens voorwenden met geheugenproblemen te worstelen.

Noten

- 1 Het geval dat in dit artikel wordt besproken is vergaand geanonimiseerd.
- 2 De vreemdelingenwet (art 17 1 c) spreekt in dit verband over de verplichting tot '...het verlenen van medewerking aan het vastleggen van gegevens met het oog op identificatie'. Daarmee is de juridische context van dit geval beschreven.
- 3 In zijn prachtige boek beschrijft Hacking (1998) de geschiedenis van de begrippen 'fugue' en 'Wandertrieb'. De term 'fugue' blijkt vooral via de in Bordeaux praktiserende arts Philippe Tissié (1852-1935) het psychiatrisch vocabulaire bereikt te hebben.
- 4 Men spreekt in dit verband ook wel van de 'regel van Pitres'. De vooraanstaande negentiende-eeuwse zenuwarts Albert Pitres beweert dat de taal waarmee patiënten het meest vertrouwd zijn ook het best bestand is tegen neurologische beschadigingen. (Fabbro, 2001). Interessant genoeg was Pitres een directe collega van Tissié.
- 5 Deze termen zijn weer afkomstig van de Eugène Azam, een tijd- en stadsgenoot van Tissié en Pitres. Zie voor de historische context Hacking (1998).
- 6 Tot een vergelijkbare conclusie kwamen Cima e.a. (2003). Vandaar dat we ons helemaal kunnen vinden in Cunnien (1997; p. 43) die zegt dat '...in the case of malingering, DSM-IV unfairly emphasizes its occurrence with antisocial personalities'.
- 7 In hun artikel gaan Kopelman en collega's nogal achteloos voorbij aan de betekenis van de overdosis. Dat is jammer want er valt niet uit te sluiten dat de vrouw op basis van deze episode leerde dat men amnesie kan simuleren.
- 8 In dat patroon past ook het geval dat Spiegel en collega's (1993) beschrijven. Daarbij ging het om een 52-jarige man die ten gevolge van een auto-ongeluk een hersenbeschadiging opliep en vervolgens last kreeg van een jaren aanhoudende fugue. De al wat oudere studie van Berrington e.a. (1956) beschrijft 37 fugueurs: de helft van hen had ooit een forse hersenbeschadiging opgelopen.

Literatuur

- Bernstein, E.M., & F.W. Putnam (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bernstein Carlson, E., F.W. Putnam, C.A. Ross, e.a. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale (DES) in screening for multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036.
- Berrington, W.P., D.W. Liddell & G.A. Foulds (1956). A re-evaluation of the fugue. *Journal of Mental Science*, 102, 280-286.
- Broadbent, D.E., P.F. Cooper, P. Fitzgerald & L.R. Parkes (1982). The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 1-16.
- Cima, M., S. Hollnack, K. Kremer, e.a. (in druk a). Strukturierter Fragenbogen Simulierter Symptome: Die deutsche Version des 'SIMS'. *Nervenarzt*.
- Cima, M., H. Merckelbach, S. Hollnack & E. Knauer (in druk b). Characteristics of psychiatric prison inmates who claim amnesia. *Personality and Individual Differences*.
- Cunnien, A.J. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. In R. Rogers (ed.). *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: Guilford, p. 23-46.
- Fabbro, F. (2001). The bilingual brain: Bilingual aphasia. *Brain and Language*, 79, 201-210.
- Faust, D. (1995). The detection of deception. *Neurologic Clinics*, 13, 255-265.
- Gast, U., F. Rodewald, V. Nickel & H.E. Emrich (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 249-257.
- Gerson, A.R. (2002). Beyond DSM-IV: A meta-review of the literature on malingering. *Am. Journal of Forensic Psychology*, 20, 57-69.
- Hacking, I. (1998). *Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illnesses*. Cambridge, MS: Harvard University Press.
- Jelicic, M, H. Merckelbach & M.J. Cima (in druk). Over het simuleren van cognitieve stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*
- Kopelman, M.D. (2000). Focal retrograde amnesia and the attribution of causality: An exceptionally critical review. *Cognitive Neuropsychology*, 17, 585-621.

DE WRAAK VAN HUGHLINGS JACKSON

- Kopelman, M.D. (2002). Disorders of memory. *Brain*, 125, 2152-2190.
- Kopelman, M.D., H. Christensen, A. Puffett & N. Stanhope (1994). The great escape: A neuropsychological study of psychogenic amnesia. *Neuropsychologia*, 32, 675-691.
- Lebrun, Y. (1995). The study of bilingual aphasia: Pitres' legacy. In M. Paradis (ed.), *Aspects of bilingual aphasia* London: Pergamon, p. 11-21.
- Loewenstein, R.J. (1991). Psychogenic amnesia and psychogenic fugue: A comprehensive review. *Review of Psychiatry*, 10, 189-222.
- Meares, R. (1999). The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1850-1855.
- Merckelbach, H., M. Jelicic, I. Candel & R. Horselenberg (2002). Sleutelen aan geheugen-verlies. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 923-935.
- Merckelbach, H., N. Koevoets, M. Cima & H. Nijman (2001). De Nederlandse versie van de SIMS. *De Psycholoog*, 36, 586-591.
- Merckelbach, H., P. Muris, H. Nijman & P.J. de Jong (1996). Self-reported cognitive failures and neurotic symptomatology. *Personality and Individual Differences*, 20, 715-724.
- Merckelbach, H., P. Muris, H. Schmidt, E. Rassin & R. Horselenberg (1998). De Creatieve Ervaringen Vragenlijst als maat voor 'fantasy proneness'. *De Psycholoog*, 33, 204-208.
- Poythress, N.G., J.F. Edens & M.M. Watkins (2001). The relationship between psychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness. *Law and Human Behavior*, 25, 567-582.
- Rosenhan, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Smith, G.P., & G.K. Burger (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 183-180.
- Spiegel, D., Frischholz, E.J. & Spira, J. (1993). Functional disorders of memory. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12, 747-780.
- Wagle, A.C., G.E. Berrios & L. Ho (1999). The Cognitive Failures Questionnaire in psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 478-484.

Summary

Merckelbach, H.L.G.J., M. Jelicic, T. Giesbrecht & R. Horselenberg 'Hughlings Jackson's revenge' This article describes the case of a woman who claimed to suffer from total autobiographical memory loss and loss of identity. The woman tried to be granted leave to remain in the Netherlands. Given this legal context and given her extreme scores on several self-reports, we concluded that she was feigning her memory disorder. This was underlined by the fact that she claimed to have lost her mother language, even though she was able to speak German. Since the work of Hughlings Jackson, one can safely assume that such constellation of features is impossible. Meanwhile, due to its unsubstantiated associations with anti-social personality, we are reluctant to interpret this case in terms of a DSM-IV diagnosis of malingering.

665

Personalia

Prof. dr H.L.G.J. Merckelbach (1959) is hoogleraar psychologie aan de Faculteit der Psychologie en de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Universiteit Maastricht. h.merckelbach@psychology.unimaas.nl

Dr M. Jelicic (1959) is experimenteel neuropsycholoog en als universitair docent verbonden aan de Faculteit der Psychologie van de Universiteit Maastricht.

Drs T. Giesbrecht (1977) is research psycholoog en als assistent in opleiding werkzaam bij de Faculteit der Psychologie van de Universiteit Maastricht.

Drs R. Horselenberg (1973) is research psycholoog en als assistent in opleiding werkzaam bij de Faculteit der Psychologie van de Universiteit Maastricht.

Alle auteurs zijn lid van de Interfacultaire Werkgroep Rechtspsychologie van de Universiteit Maastricht. Zie: <http://www.psychology.unimaas.nl/Base/research/Psychology&law.htm>
Adres: Postbus 616, 6200 MD Maastricht.