

OVERZICHTSARTIKEL

Over het simuleren van cognitieve stoornissen

M. JELICIC, H. MERCKELBACH, M. CIMA

ACHTERGROND Het simuleren van cognitieve stoornissen komt soms voor bij patiënten die verward zijn in een letselschadeprocedure, maar ook bij verdachten van misdrijven. Als het om letselschadeprocedures gaat, kunnen patiënten cognitieve stoornissen aandikken of simuleren om er financieel op vooruit te gaan. Verdachten willen nog wel eens amnesie en andere cognitieve afwijkingen veinzen in de hoop op strafvermindering.

DOEL Een overzicht geven van de prevalentie van het simuleren van cognitieve stoornissen en van methoden waarmee simulatie op te sporen valt.

METHODE Selectief literatuuronderzoek met behulp van PsycInfo en Medline zowel naar de prevalentie van het simuleren van cognitieve stoornissen bij patiënten die verward zijn in een letselschadeprocedure en bij verdachten, als naar methoden waarmee simuleren kan worden opgespoord.

RESULTATEN Het simuleren van cognitieve stoornissen komt soms voor bij patiënten die verward zijn in een letselschadeprocedure. Gespecialiseerde tests en vragenlijsten kunnen bij zulke patiënten gebruikt worden om simulatie te detecteren. Het veinzen van amnesie voor een misdrijf komt nogal eens voor bij verdachten. Om te onderzoeken of dit geheugenverlies organisch of gesimuleerd is, kan worden nagegaan of de amnesie voldoet aan de specifieke kenmerken van een organische amnesie. Er bestaat ook een speciale procedure, Symptom Validity Testing, om te onderzoeken of de amnesie echt of gesimuleerd is.

CONCLUSIE Clinici moeten beducht zijn op simulatie van cognitieve stoornissen bij patiënten die verward zijn in letselschadeprocedures en verdachten van misdrijven. Gespecialiseerde tests, vragenlijsten en procedures kunnen behulpzaam zijn bij de opsporing van gesimuleerde cognitieve afwijkingen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 11, 687-696]

TREFWOORDEN amnesie, cognitieve stoornissen, simuleren

Neuropsychiatrische aandoeningen gaan in veel gevallen gepaard met cognitieve stoornissen (Grant & Adams 1996). Psychiaters en neurologen krijgen dan ook geregeld te maken met patiënten die klagen over geheugen- en concentratieproblemen. Wanneer de clinicus de indruk heeft dat zulke klachten het dagelijks functioneren van de patiënt in ernstige mate belemmeren, wordt dikwijls een klinisch neuropsycholoog ingeschakeld (Van Zomeren & Lindeboom 1997). Deze beschikt

over een groot aantal neuropsychologische tests en vragenlijsten, waarmee valt na te gaan in hoeverre de belangrijkste cognitieve functies zijn gestoord. Bovendien kan op basis van dit instrumentarium worden nagegaan in welke mate deze stoornissen het dagelijks leven – recreatie, studie en/of werk – van de patiënt ontwrichten.

De interpretatie van afwijkende test scores levert de neuropsycholoog doorgaans geen problemen op: bij de meeste patiënten die in het

kader van de reguliere gezondheidszorg worden onderzocht, kunnen ondermaatse prestaties worden beschouwd als een uiting van cognitief disfunctioneren (Lezak 1995). Maar bij patiënten die worden onderzocht in het kader van een letselschadeprocedure of bij personen die gezien worden in het kader van een strafrechtelijke procedure die tegen hen loopt, kan de interpretatie van een afwijkend testprofiel een lastig karwei zijn. Personen met geheugen- en concentratieproblemen vanwege traumatisch hersenletsel, whiplash of een beroepsintoxicatie, kunnen in de verleiding komen hun klachten aan te dikken of symptomen te simuleren in de hoop aldus een schadevergoeding of WAO-uitkering te bemachtigen (Iverson & Binder 2000). Op neuropsychologische tests komt dit tot uiting in prestaties die ver onder het feitelijke kunnen van de patiënt liggen (Jelicic & Merckelbach 2002; Schmand & Ponds 1997). Hetzelfde doet zich voor bij verdachten van een misdrijf. Deze personen kunnen amnesie en andere cognitieve stoornissen veinzen om strafvermindering in de wacht te slepen (Denney & Wynkoop 2000).

Voor patiënten verwickeld in een letselschadeprocedure wordt neuropsychologisch onderzoek meestal aangevraagd door advocaten gespecialiseerd in letselschade, verzekeringsmaatschappijen of Arbo-diensten (Jelicic & Merckelbach 2002). Voor verdachten van een misdrijf wordt zulk onderzoek bijna altijd aangevraagd door de rechter-commissaris (Merckelbach, Cima e.a. 2002). De neuropsycholoog stuurt zijn rapport in de regel direct naar de aanvrager. Bij letselschadezaken beslist de Arbo-dienst of verzekeringsmaatschappij of de betrokkene in aanmerking komt voor een uitkering of schadevergoeding. Bij verdachten is het uiteindelijk de rechter die beslist of amnesie of andere cognitieve stoornissen grond zijn voor strafvermindering.

Het is belangrijk te beseffen dat cognitieve stoornissen om verschillende redenen kunnen worden aangedikt of gesimuleerd (Cunnen 1997). Er zijn personen die omwille van externe motieven stoornissen veinzen. In deze categorie vallen

de mensen met een financieel belang en degenen die straf hopen te ontlopen. Het komt ook voor dat patiënten stoornissen nabootsen vanwege interne (veelal onbewuste) motieven. Bij zulke nabootste stoornissen neemt de betrokkene, veelal uit oogpunt van ziekte winst, de rol van een zieke persoon aan. Als mensen betrappt worden op het nabootsen van een stoornis is het soms moeilijk vast te stellen welke motieven aan het veinzen ten grondslag liggen. Iemand kan bijvoorbeeld een ziekte nabootsen om aandacht te krijgen en daar als neveneffect een riante schadevergoeding mee binnenhalen. Tot enkele decennia geleden werd aangenomen dat mensen stoornissen simuleerden vanwege een criminele inborst. Tegenwoordig wordt het simuleren meer beschouwd als een adaptieve reactie. Rogers (1997) wijst er in dit verband op dat stoornissen nogal eens worden geveinsd om te ontsnappen uit een benarde financiële situatie of grote problemen op het werk.

In dit artikel staat het simuleren van cognitieve stoornissen centraal. Twee zaken komen daarbij aan de orde. Eerst wordt kort besproken hoe vaak cognitieve stoornissen worden gesimuleerd, waarna iets uitgebreider wordt stilgestaan bij methoden waarmee simulanten zijn op te sporen.

METHODE

Literatuur over de prevalentie van het simuleren van cognitieve stoornissen en over de detectie van dit simuleren werd verzameld door de databanken PsycInfo en Medline te raadplegen, met als zoektermen *malingering* en *cognitive disorders*. Dit leverde een groot aantal artikelen op die de auteurs op relevantie beoordeelden.

RESULTATEN

Prevalentie van simuleren

Dat simuleren van cognitieve stoornissen nogal eens voorkomt als er financiële belangen in het geding zijn, blijkt uit een meta-analyse van

Binder & Rohling (1996) die betrekking had op de omvang van cognitieve klachten bij patiënten met traumatische hersenletsels. Uit hun analyse bleek dat patiënten verwikkeld in letselschadezaken significant slechtere prestaties op neuropsychologische tests behaalden dan patiënten die werden onderzocht op grond van een verwijzing vanuit de reguliere gezondheidszorg. De prestatie van de eerste groep lag gemiddeld een halve standaardafwijking onder die van de tweede groep. De auteurs concluderen dan ook dat een aanzienlijk deel van de variantie in testprestaties kan worden toegeschreven aan simuleren. In hun woorden: '(...) if all financial compensation would be eliminated, the abnormal findings and complaints associated with closed-head injury would decrease by 23%' (p. 9) De meta-analyse van Binder & Rohling is vooral gebaseerd op Amerikaanse gegevens. In de Verenigde Staten gaat het bij schadeclaims om aanzienlijk hogere bedragen dan in Nederland. Onderzoek van Schmand e.a. (1998) laat evenwel zien dat simuleren ook in Nederland op enige schaal voorkomt. Deze auteurs vonden bij meer dan 60% van een groep van patiënten met whiplash die financiële belangen hadden, aanwijzingen voor het aandikken of veinzen van cognitieve stoornissen. In een groep vergelijkbare patiënten die waren doorverwezen in het kader van de reguliere gezondheidszorg, lag dit percentage beduidend lager.

Het is onduidelijk hoe vaak verdachten van een misdrijf cognitieve stoornissen simuleren, maar volgens Denney & Wynkoop (2000) zoeken veel Amerikaanse verdachten hun heil in het veinzen van epilepsie of traumatisch hersenletsel in de hoop 'incompetent to stand trial' te worden bevonden of een lagere strafmaat te krijgen. Alom wordt aangenomen dat verdachten in Nederland vanwege de kans op terbeschikkingstelling (TBS) niet snel ernstige aandoeningen zullen simuleren. Toch kent ook ons land gevallen waarin de verdachte of diens advocaat beweren dat het delict voortvloeide uit een hersenkneuzing, epilepsie, dementie of een slaapstoornis waaraan de verdachte ten tijde van het delict zou hebben gele-

den (Merckelbach, Cima e.a. 2000). Een dergelijk verweer concentreert zich op wat juristen het 'mens rea'-aspect van strafbaar gedrag noemen. Kort gezegd gaat het dan om de vraag of het strafbaar gedrag intentioneel is. Als de rechter daaraan twijfelt, kan dat tot ontslag van rechtsvervolging leiden (Crombag 2002). Ook komt het geregeld voor dat verdachten die voor een Nederlandse rechtbank terechtstaan, geheugenverlies voor het delict claimen. Dit verschijnsel is ook in de Angelsaksische literatuur uitgebreid beschreven. Zo'n verweer heeft als doel aannemelijk te maken dat het delict in een toestand van roes werd begaan. Er zijn sterke aanwijzingen dat het in een aanzienlijk deel van zulke gevallen om een geveinsde amnesie gaat (Cima e.a. 2002, Cima, Merckelbach e.a. 2003; Merckelbach, Cima e.a. 2002). De volgende casus is in dit opzicht illustratief (Kranenberg 2003). In januari 2003 stond een Hagenaar terecht voor moord. De man, die al geruime tijd ruzie had met het personeel van een café, schoot na een avondje stappen een jongen dood die toevallig voor het café stond te telefoneren. De dader beweerde zich niets van het voorval te kunnen herinneren, maar volgens psychologisch onderzoek dat in opdracht van de rechter-commissaris werd uitgevoerd was er ten tijde van het misdrijf niets mis met zijn geheugen. De rechtbank achtte amnesie voor het delict onwaarschijnlijk en veroordeelde de man tot 15 jaar celstraf.

Detectie van gesimuleerde cognitieve stoornissen

Binnen de klinische neuropsychologie zijn verscheidene methoden voorgesteld om personen te ontmaskeren die zich voordoen als een patiënt met hersenletsel (zie voor een overzicht: Sweet 1999). Sommige auteurs menen dat het aandikken en veinzen van cognitieve stoornissen kan worden ontdekt door te speuren naar inconsistente testresultaten (Hartlage 1998). Zo zijn intacte aandachtsprocessen een noodzakelijke voorwaarde voor goede geheugenprestaties. Mocht een patiënt ondanks slechte scores op aandacht- en concentratietests normaal presteren op geheugen-

tests, dan zou dat sterk wijzen in de richting van simuleren. Uit onderzoek blijkt echter dat zelfs ervaren klinici grote moeite hebben met het opsporen van dit soort inconsistenties. Zo kregen in sommige onderzoeken ervaren neuropsychologen de opdracht een reeks van neuropsychologische testprotocollen te beoordelen (Faust e.a. 1988; Heaton e.a. 1978). De experts moesten onder meer speuren naar testprotocollen die van simulanten afkomstig waren. Een deel van de protocollen beschreef inderdaad de prestaties van gezonde proefpersonen die de opdracht hadden gekregen hersenschade te simuleren. Een ander deel van de protocollen had betrekking op patiënten met gedocumenteerd hersenletsel. Hoewel de neuropsychologen volledig op de hoogte waren van de opzet van het onderzoek, bleken zij niet in staat simulanten van echte patiënten te onderscheiden.

Het onvermogen van ervaren neuropsychologen om op geleide van hun klinische blik simuleren te ontdekken, heeft onderzoekers geïnspireerd tot het ontwikkelen van speciale detectiemethoden. Simulanten weten doorgaans niet dat patiënten met hersenbeschadigingen op eenvoudige taken goede prestaties kunnen behalen. De meeste detectiemethoden maken gebruik van dit gegeven. Een goed voorbeeld biedt de Amsterdamse Korte Termijn Geheugen test (AKTG; Schmand e.a. 1999). Bij deze test moet de patiënt telkens vijf woorden uit een bepaalde semantische categorie (bijvoorbeeld dieren) onthouden, vervolgens een eenvoudige rekensom maken, en ten slotte uit opnieuw vijf woorden (uit dezelfde categorie) die drie woorden kiezen die ook in de eerste serie van vijf woorden voorkwamen. De AKTG oogt moeilijker dan hij in werkelijkheid is. De validiteit van deze test werd in twee onderzoeken nagegaan. In het eerste onderzoek werd de AKTG samen met een serie van conventionele neuropsychologische tests afgenomen bij patiënten met gedocumenteerd hersenletsel en bij twee groepen gezonde controleproefpersonen (Schagene.a. 1997). De ene controlegroep werd gevraagd cognitieve stoornissen te simuleren, terwijl de

andere groep geen speciale instructies kreeg. Op de conventionele tests presteerden zowel simulanten als patiënten slechter dan eerlijk presterende controleproefpersonen. De prestaties van de simulanten kwamen op deze tests overeen met die van de patiënten, wat betekent dat op basis van deze tests beide groepen niet te onderscheiden zijn. De AKTG liet een heel ander beeld zien. Op deze taak behaalden de patiënten en de eerlijke controleproefpersonen zeer goede prestaties. Zij scoorden allen boven het afkappunt voor simuleren. De simulanten presteerden daarentegen een stuk slechter dan de andere onderzoeksdeelnemers. Geen enkele simulant behaalde een score boven het afkappunt.

In het tweede onderzoek werden de AKTG en een reeks traditionele neuropsychologische tests afgenomen bij patiënten met whiplash die verwickeld waren in letselschadeprocedures, die vanuit de reguliere gezondheidszorg waren doorverwezen, patiënten met gedocumenteerd hersenletsel en controleproefpersonen (Schmand e.a. 1998). De groep patiënten met whiplash met financieel belang behaalde op de conventionele tests dezelfde prestatie als de neurologische patiënten. En net als in het eerdere onderzoek scoorden controleproefpersonen en degenen met objectiveerbaar hersenletsel boven het afkappunt van de AKTG. In de whiplashgroep met financieel belang presteerde echter 61% van de patiënten onder het afkappunt. In de andere whiplashgroep lag dat percentage op 29. Het verschil tussen beide percentages doet sterk denken aan de eerder genoemde bevinding van Binder & Rohling (1996).

Er bestaan ook speciale vragenlijsten om malingeren op te sporen. De *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith & Burger 1997) is hiervan een voorbeeld. De SIMS, onlangs vertaald en bewerkt door Merckelbach e.a. (2001), bestaat uit 75 ja/nee-vragen die aan de patiënt worden voorgelegd. Deze hebben betrekking op 5 symptoomclusters, waaronder cognitieve stoornissen. De items hebben een bizarre strekking (bijvoorbeeld 'Er zijn momenten geweest dat ik niet in staat was om de namen en

gezichten van mijn naaste familie te herinneren zodat zij complete vreemden voor mij leken'), beschrijven onwaarschijnlijke symptomen (zoals 'Wanneer ik me iets niet meer herinner, helpt het ook niet als anderen mij hints geven') of atypische kenmerken (bijvoorbeeld 'Mijn verleden en de belangrijkste gebeurtenissen daarin zijn plotse-ling uit mijn geheugen verdwenen') of presenteren bijna-goede antwoorden op simpele vragen (zoals 'Iemand heeft 56 appels en krijgt daar nog eens 37 bij. Hij heeft dan in totaal 83 appels'). In feite profiteren de SIMS-items van neiging van simulanten om symptomen op een sterk overdreven wijze te presenteren. Onderzoek heeft laten zien dat de SIMS een betrouwbaar en valide instrument is. Zo vonden Merckelbach & Smith (2003) dat opgenomen psychiatrische patiënten zelden boven het afkappunt van de SIMS scoorden, terwijl proefpersonen die geïnstrueerd waren om cognitieve of psychiatrische symptomen te simuleren dat in overgrote meerderheid (> 90%) wél deden. In een onderzoek naar de diagnostische kwaliteiten van de Duitse versie van de SIMS vonden Cima, Hollnack e.a. (in druk) dat verhoogde SIMS-scores van forensische patiënten tamelijk goed in de pas liepen met de in hun dossiers aangetroffen aanwijzingen voor een neiging tot overdreven symptoompresentatie. Die constellatie werd vooral gezien bij seksuele delinquenten met antisociale kenmerken.

Opsporing van gesimuleerde amnesie voor een misdrijf

Uit de internationale literatuur blijkt dat ongeveer 30% van degenen die worden verdacht van een ernstig geweldsdelict daarvoor geheugenverlies claimt (Cima e.a. 2002). Zoals al eerder werd opgemerkt, komt het ook in Nederland veelvuldig voor dat verdachten amnesie voor een misdrijf zeggen te hebben. Er bestaan twee plausible verklaringen voor dit type geheugenverlies (Merckelbach, Cima e.a. 2002). Er kan bij verdachten ten tijde van het delict sprake zijn geweest van een organische amnesie door een klap op het hoofd of door consumptie van grote hoeveelheden

alcohol (soms in combinatie met drugs). Daders kunnen echter ook geheugenverlies simuleren in de hoop op een lagere straf. Een klassiek voorbeeld van geveinsde amnesie is dat van Rudolf Hess, die bij het begin van de Neurenbergerprocessen beweerde amnestisch te zijn voor de activiteiten die hij als Hitlers plaatsvervanger had ondernomen. Een groep van gerespecteerde psychiaters onderzocht Hess en concludeerde dat zijn geheugenverlies bonafide was. Toen de amnesie hem toch in een lastig parket dreigde te brengen – Hess kon in zijn rol van amnesticus niet reageren op vragen en verwijten – kondigde hij tijdens een van de zittingen van het tribunaal plotsklaps aan dat hij zijn amnesie uit tactische redenen had voorgewend (Gilbert 1971).

Naast organische en gesimuleerde amnesie wordt in de literatuur soms ook van dissociatieve amnesie gesproken (Porter e.a. 2001). Daders die een misdaad in een toestand van hevige agitatie plegen, slaan deze gebeurtenis op in een sterk affectieve context. Later, tijdens het politieverhoor, bevinden zij zich doorgaans in een meer neutrale context. De discrepantie in emotionele toestand tussen opslag en opdiepen van informatie, zou er volgens sommigen debet aan zijn dat daders zich hun misdaad niet meer kunnen herinneren. Hoewel geheugenprestaties wel degelijk worden bepaald door overeenkomst tussen leerfase en ophaalfase, zijn zulke contexteffecten op het geheugen te gering om amnesie te veroorzaken (Merckelbach, Cima e.a. 2002).

Onderscheid maken tussen organische en geveinsde amnesie is lastig. Wat vaststaat is dat alcohol alleen in excessieve hoeveelheden leidt tot een *alcohol-blackout*. Zelfs bij het drinken van 5 goedgevulde glazen whisky of 20 glazen bier binnen 4 uur, zal slechts een klein deel van de proefpersonen blackouts gaan vertonen (Goodwin 1995). Bovendien hebben zulke hoeveelheden alcohol een tamelijk specifiek effect: ze ondermijnen niet alleen het vermogen om herinneringen te encoderen, maar ook om de doelgerichte actie te ontplooiën die nodig is voor een geweldsdelict. Dit betekent dat de constellatie waarbij

alcoholgeïntoxiceerde personen hun herinneringen verliezen, maar nog wel een doelgericht delict kunnen begaan, uiterst zeldzaam is (Kalant 1996). Het is mogelijk dat een verdachte vanwege een traumatisch hersenletsel (bijvoorbeeld bij een vechtpartij) een organische amnesie voor het misdrijf ontwikkelt. Aanwijzingen voor traumatisch hersenletsel zijn: bewustzijnsverlies, een post-traumatische amnesie (PTA) en een periode van retrograde amnesie (Faust 1996). PTA verwijst naar gedesoriënteerd gedrag en een gestoorde inprenting van informatie na hersenletsel; retrograde amnesie heeft betrekking op het onvermogen gebeurtenissen te herinneren die zich voorafgaand aan het letsel hebben voorgedaan. Aanvankelijk kunnen hele dagen niet herinnerd worden, maar na verloop van tijd klaart deze amnesie goeddeels op – een fenomeen dat te boek staat als de wet van Ribot (naar de 19de-eeuwse psycholoog Theodule Ribot; zie voor een beschouwing: Merckelbach, Jelicic e.a. 2002). De herinneringen aan de 10 à 15 minuten voor het letsel komen echter niet terug (Van Zomeren & Deelman 1997). Mocht een verdachte met amnesie voor het misdrijf deze specifieke kenmerken (bewustzijnsverlies, PTA, herstel à la Ribot) vertonen, dan duidt dat op een organische vorm van amnesie.

Symptom Validity Testing (SVT) biedt een veelbelovende manier om na te gaan of amnesie voor een delict organisch of geveinsd is. Deze techniek werd door Pankratz (1979) ontwikkeld om geveinsde doofheid op te sporen. Patiënten krijgen in een groot aantal trials wél of geen geluid te horen. Na elke trial moet worden aangegeven of er een geluid is aangeboden. Een patiënt met echte doofheid moet gokken en zal (op basis van kans) in ongeveer de helft van de trials een correct antwoord geven. Een simulant kan daarentegen in de verleiding komen om vooral onjuiste antwoorden te geven en zal dan slechts in een klein aantal trials het correcte antwoord geven. Bij een score onder kansniveau mag met grote waarschijnlijkheid worden aangenomen dat de doofheid gesimuleerd is. Onderzoek heeft laten zien dat SVT ook kan worden gebruikt bij de detectie van

geveinsde amnesie voor een misdrijf. Merckelbach, Hauer e.a. (2002) vroegen studenten een envelop uit een bar te 'stelen' en amnesie voor deze *mock-crime* te veinzen. Op 15 tweekeuzevragen die betrekking hadden op de 'misdrijf' en 'plaats delict', scoorde 40% van hen onder kansniveau. Om amnestisch te lijken hadden deze proefpersonen excessief veel foute antwoorden gegeven. Na enkele technische aanpassingen van de SVT die bedoeld waren om de rationale achter het instrument beter te verhullen, steeg in een replicatieonderzoek het aantal simulanten dat met SVT kon worden ontmaskerd tot bijna 60% (Jelicic e.a. in druk).

SVT is ook met succes in de praktijk toegepast. Denney (1996) beschreef drie verdachten die amnesie voor hun misdaden claimden. Van deze verdachten stond zo goed als vast dat zij schuldig waren aan het hen ten laste gelegde misdrijf. Voor de constructie van een reeks tweekeuzevragen werd, voor elk van de drie delicten, uit de politiedossiers een groot aantal gegevens gehaald over de aard en context van het misdrijf. Alledrie de verdachten presteerden op de SVT onder kansniveau, waardoor kwam vast te staan dat hun amnesie was gesimuleerd (zie Frederick e.a. 1995 voor meer gevallen waarin SVT met succes werd toegepast).

Soms zijn het niet de verdachten, maar de slachtoffers van een misdrijf, overtreding of ongeluk die amnesie voor de gebeurtenis claimen. In zulke gevallen maakt de geclaimde amnesie deel uit van posttraumatische stresssymptomatologie. Rosen & Powel (2003) stelden voor om de SVT ook in deze context in te zetten, althans als de amnesie naar voren wordt geschoven om bijvoorbeeld een eis tot schadevergoeding te onderbouwen.

Supernormaliteit

Een speciale vorm van simulatie is aan de orde als forensische patiënten zich beter voordoen dan zij feitelijk zijn. Dit thema heeft weinig aandacht van onderzoekers gekregen. In de woorden van Pritchard (1997): '(...) most of the recent attention to performance distortion has focused on 'malingering',

that is the false production of signs and symptoms of pathology. Little attention has been given to the minimization of signs and symptoms of genuine deficits.' (p. 98). Pritchards conclusie is niet alleen van toepassing op neuropsychologische evaluaties, maar ook op de psychiatrische taxatie van symptomen en klachten. Met name in forensische klinieken mag men verwachten dat sommige patiënten hun klachten zullen minimaliseren in de hoop op vervroegd ontslag uit de instelling. Een vragenlijst waarmee deze neiging tot minimalisatie kan worden opgespoord is de Supernormaliteit Schaal (ss, Cima, Merckelbach e.a. in druk). De ss is gebaseerd op de gedachte dat meeste vormen van psychopathologie continue zijn en dus hun lichte uitingsvormen zullen hebben in de algemene populatie. Forensische patiënten die op de ss hoog scoren beweren onder meer dat zij nooit neerslachtig zijn en nooit opdringerige gedachten hebben. Zij claimen daarmee gezonder dan gewone mensen oftewel supernormaal te zijn. In een eerste onderzoek van Cima, Merckelbach e.a. (in druk) werd de validiteit van de ss onderzocht in een steekproef van forensische zedendelinquenten. De patiënten kregen de instructie om vijf minuten lang een neutrale gedachte te onderdrukken. Daarna mochten de patiënten wel aan deze gedachte denken en moesten zij ook registreren hoe vaak ze eraan dachten (zie Wegner e.a. 1987). De instructie om neutrale gedachten te onderdrukken resulteerde op een later tijdstip in het vaak beschreven en dus normatieve rebound-effect: de neiging om erg vaak aan de gedachte te denken die men heeft onderdrukt. Wanneer de te onderdrukken gedachte echter kinderen betrof, bleef het rebound-effect onwaarschijnlijk genoeg uit. De mate waarin patiënten een rebound-effect afwezig verklaarden, correleerde sterk met hun scores op de ss. Dit laat zien dat hoge scores op de ss hand in hand gaan met de tendens om normatieve symptomen (bijvoorbeeld opdringerige gedachten) te ontkennen. Het verraderlijke van supernormaal gedrag in de forensische context is dat het ten onrechte de indruk van therapeutische vooruitgang kan wekken.

CONCLUSIE

Zowel in het strafrecht als in het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht hebben slachtoffers en nabestaanden de afgelopen jaren een steviger plaats gekregen. Het is juridisch gezien eenvoudiger geworden om schadevergoeding te eisen van daders of overtreders en psychische schade kan daarbij de grondslag voor zulke eisen vormen (zie bijvoorbeeld Lindenbergh 2002). Op zichzelf genomen is dit een goede ontwikkeling, maar allerlei historische voorbeelden laten zien dat een dergelijke ontwikkeling ook een schaduwzijde heeft. Zo namen in Duitsland de eisen tot schadevergoeding wegens *railroad spine syndrome* en aanverwante klachten pas echt een hoge vlucht nadat de aansprakelijkheidswetgeving in dat land haar intrede deed (Lamprecht & Sack 2002).

Zodra clinici het juridisch domein betreden om daar cognitieve klachten en symptomen van patiënten te taxeren, moeten zij beducht zijn voor de mogelijkheid dat afhankelijk van de context, klachten en symptomen worden gemaximaliseerd of juist geminimaliseerd. Het is voor psychiaters en neurologen goed om er rekening mee te houden dat simuleren vooral kan voorkomen bij patiënten die verward zijn in de afhandeling van letselschade, bij verdachten van misdrijven en bij forensische patiënten. Deze categorieën van patiënten kunnen voordeel hebben bij het aandikken of juist onderrapporteren van cognitieve stoornissen. Nagaan of patiënten met schadeclaims cognitieve stoornissen simuleren, kan het best geschieden met gespecialiseerde tests als de AKTG en vragenlijsten als de SIMS. Om bij verdachten onderscheid te maken tussen organische en gesimuleerde amnesie voor een misdrijf, moet men zich afvragen of hij of zij de specifieke kenmerken van hersenbeschadiging heeft. Daarnaast kan in bepaalde gevallen worden overwogen om een SVT in te zetten. De ss is een veelbelovend instrument om forensische patiënten te onderzoeken op hun neiging tot *fake good*.

Mocht de clinicus bij patiënten met letselschade, verdachten van een misdrijf of forensische

patiënten onvoldoende rekening houden met simuleren, dan is sprake van een gemankeerd onderzoek.

LITERATUUR

- Binder, L.M., & Rohling, M.L. (1996). Money matters: a meta-analytic review of the effects of financial incentives on recovery after closed-head injury. *American Journal of Psychiatry*, 153, 7-10.
- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., e.a. (in druk). Strukturierter Fragebogen Simulierte Symptome. Die Deutsche Version des Structured Inventory of Symptomatology: SIMS. *Nervenarz.*
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S., e.a. (2003). Characteristics of psychiatric prison inmates who claim amnesia. *Personality and Individual Differences*, 35, 373-380.
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S., e.a. (in druk). The other side of malingering: Supernormality. *The Clinical Neuropsychologist.*
- Cima, M., Merckelbach, H., Nijman, H., e.a. (2002). I can't remember your honor: Offenders who claim amnesia. *German Journal of Psychiatry*, 5, 24-34.
- Crombag, H.F.M. (2002). Over opzet en schuld. In P.J. van Koppen, D.J. Hessing, H.L.G.J. Merckelbach e.a. (Red.), *Het recht van binnen: Psychologie van het recht* (pp. 737-760). Deventer: Kluwer.
- Cunnie, A.J. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. In R. Rogers (Red.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 23-46). New York: Guilford.
- Denney, R.L. (1996). Symptom validity testing of remote memory in a criminal forensic setting. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11, 589-603.
- Denney, R.L., & Wynkoop, T.F. (2000). Clinical neuropsychology in the criminal forensic setting. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15, 804-828.
- Faust, D. (1996). Assessment of brain injuries in legal cases: Neuropsychological and neuropsychiatric considerations. In B.S. Fogel, R.B. Scheffen, & S.M. Rao (Red.), *Neuropsychiatry* (pp. 973-990). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Faust, D., Hart, K., Guilmette, T.J., e.a. (1988). Neuropsychologists' capacity to detect adolescent malingerers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 508-515.
- Frederick, R.I., Carter, M., & Powel, J. (1995). Adapting symptom validity testing to evaluate suspicious complaints of amnesia in medicolegal evaluations. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 231-237.
- Gilbert, G.M. (1971). *Nürnbergertagebuch: Gespräche der Angeklagten mit dem Gerichtspsychologen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Goodwin, D.W. (1995). Alcohol amnesia. *Addiction*, 90, 315-317.
- Grant, I., & Adams, K.M. (1996). *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders* (2de druk). New York: Oxford University Press.
- Hartlage, L.C. (1998). Clinical detection of malingering. In C.R. Reynolds (Red.), *Detection of malingering during head injury litigation: Critical issues in neuropsychology* (pp. 239-260). New York: Plenum.
- Heaton, R.K., Smith, H.H., Jr, Lehman, R.A., e.a. (1978). Prospects for faking believable deficits on neuropsychological testing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 892-900.
- Iverson, G.L., & Binder, L.M. (2000). Detecting exaggeration and malingering in neuropsychological assessment. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15, 829-858.
- Jelicic, M., & Merckelbach, H. (2002). Neuropsychologische expertises. In P.J. van Koppen, D.J. Hessing, H.L.G.J. Merckelbach e.a. (Red.), *Het recht van binnen: Psychologie van het recht* (pp. 357-371). Deventer: Kluwer.
- Jelicic, M., Merckelbach, H., & van Bergen, S. (in druk). Symptom Validity Testing of feigned amnesia for a mock crime. *Archives of Clinical Neuropsychology.*
- Kalant, H. (1996). Intoxicated automatism. Legal concept vs. scientific evidence. *Contemporary Drug Problems*, 23, 631-648.
- Kranenberg, A. (2003). Voor doden onbekende 15 jaar cel. *De Volkskrant* (internetversie), 3 januari 2003.
- Lamprecht, F. & Sack, M. (2002). Posttraumatic stress disorder revisited. *Psychosomatic Medicine*, 64, 222-237.
- Lezak, M.D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3de druk). New York: Oxford University Press.
- Lindenbergh, S.D. (2002). Psychische schade door schrik. *Trema*, 7, 335-343.
- Merckelbach, H., Cima, M., & Nijman, H. (2002). Daders met geheugenverlies. In P.J. van Koppen, D.J. Hessing, H.L.G.J. Merckelbach, e.a. (Red.), *Het recht van binnen: Psychologie van het recht* (pp. 667-685). Deventer: Kluwer.
- Merckelbach, H., Hauer, B., & Rassin, E. (2002). Symptom validity testing of feigned dissociative amnesia: A simulation study. *Psychology, Crime & Law*, 8, 311-318.
- Merckelbach, H.L.G.J., Jelicic, M., Candel, I., e.a. (2002). Sleutelen aan geheugenverlies. Iatrogene elaboratie van een retrograde amnesie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 923-935.
- Merckelbach, H., Koevoets, N., Cima, M., e.a. (2001). De Nederlandse versie van de Structured Inventory for Malingered Symptomatology (SIMS): Psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 36, 586-591.

- Merckelbach, H., & Smith, G.P. (2003). Diagnostic accuracy of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 145-152.
- Pankratz, L. (1979). Symptom validity testing and symptom retraining: Procedures for the assessment and treatment of functional sensory deficits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 409-410.
- Porter, S., Birt, A.R., Yuille, J.G., e.a. (2001). Memory for murder: a psychological perspective on dissociative amnesia in legal contexts. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 23-42.
- Pritchard, D.A. (1997). Forensic neuropsychology. In M.E. Maruish & J.A. Moses (Red.), *Clinical neuropsychology: Theoretical foundations for practitioners* (pp. 81-118). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rogers, R. (1997). Introduction. In R. Rogers (Red.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 1-19). New York: Guilford.
- Rosen, G.M., & Powel, J.E. (2003). Use of a Symptom Validity Test in the forensic assessment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 361-367.
- Schagen, S., Schmand, B., de Sterke, S., e.a. (1997). Amsterdam Short-Term Memory Test: a new procedure for the detection of feigned memory deficits. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 43-51.
- Schmand, B., Lindeboom, J., Schagen, S., e.a. (1998). Cognitive complaints in patients after whiplash injury: the impact of malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*, 64, 339-343.
- Schmand, B. & Ponds, R. (1997). Malingeren: Simuleren en aggraveren. In B. Deelman, P. Eling, E. de Haan, e.a. (Red.), *Klinische neuropsychologie* (pp. 426-436). Amsterdam: Boom.
- Schmand, B., de Sterke, S., & Lindeboom, J. (1999). *Amsterdamse Korte Termijn Geheugen test*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Smith, G.P., & Burger, G.K. (1997). Detection of malingering: validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 183-189.
- Sweet, J.J. (1999). Malingering: Differential diagnosis. In J.J. Sweet (Red.), *Forensic Neuropsychology: Fundamentals and practice* (pp. 255-285). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., e.a. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Zomeren, E. van, & Deelman, B. (1997). Contusio cerebri. In B. Deelman, P. Eling, E. de Haan e.a. (Red.), *Klinische neuropsychologie* (pp. 271-289). Amsterdam: Boom.
- Zomeren, E. van, & Lindeboom, J. (1997). Vraagstellingen in de neuropsychologische diagnostiek. In B. Deelman, P. Eling, E. de Haan, e.a. (Red.), *Klinische neuropsychologie* (pp. 39-50). Amsterdam: Boom.

AUTEURS

M. JELICIC is psycholoog en als universitair docent verbonden aan de capaciteitsgroep Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht.

H. MERCKELBACH is psycholoog en is als hoogleraar verbonden aan de capaciteitsgroep Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht, en is tevens hoogleraar bij de Rechtenfaculteit van de Universiteit Maastricht.

M. CIMA is psycholoog en is als universitair docent verbonden aan de Faculteit der Psychologie van de Open Universiteit te Heerlen.

Correspondentieadres: dr. M. Jelicic, Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-6-2003.

M. JELICIC/H. MERCKELBACH/M. CIMA

SUMMARY

On the simulation of cognitive disorders – M. Jelicic, H. Merckelbach, M. Cima –

BACKGROUND Patients involved in brain injury litigation and suspected criminals often pretend they are suffering from cognitive disorders. Whereas patients involved in brain injury litigation may exaggerate or fake symptoms for financial reasons, suspected criminals may feign amnesia or other cognitive disorders in order to get a reduced sentence.

AIM To review both the prevalence of malingering among persons with a cognitive dysfunction and the techniques for detecting malingering.

METHOD PsychInfo and Medline were used to selectively review the literature on (a) the prevalence of simulated cognitive disorders among patients engaged in litigation and among suspected criminals, and (b) techniques for detecting such malingerers.

RESULTS A considerable number of patients involved in brain injury litigation pretend they have a cognitive dysfunction. It may be possible to detect malingerers on the basis of specialised tests and questionnaires. Suspected criminals frequently feign amnesia with regard to a crime in which they have been involved. To find out if such amnesia is organic or simulated, one needs to be able to identify the special features of organic amnesia. Fortunately, there is a special procedure called Symptom Validity Testing, that can be used to establish whether such amnesia is genuine or feigned.

CONCLUSION Clinicians should seriously consider the possibility that patients involved in brain injury litigation and suspected criminals may simply be pretending they have cognitive disorders. Specialised tests, questionnaires and procedures may have a useful role to play in the detection of simulated cognitive disorders.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 11, 687-696]

KEY WORDS amnesia, cognitive disorders, malingering