

Wie praat over zijn geheugen, heeft het over iets dat niet goed zichtbaar is voor anderen. Als iemand dus zegt aan ernstige geheugenbeper-

kingen te lijden, dan is dat een mededeling die door ons niet direct te toetsen valt. Waarom zouden we

Harald Merckelbach
en Marko Jelicic

Wetenschap

Drie oplichters en wat ze ons leren

Er bestaan patiënten die hun klachten aandikken om daarmee een verzekeringsuitkering in de wacht te slepen of een ander voordeel – denk aan strafvermindering. In de medische

literatuur spreekt men in dit verband wel over ‘secundaire ziekte winst’, terwijl ook de oudere termen ‘compensatie-neurose’ en ‘renteneurose’ zo nu en dan nog wel opduiken. Nog niet zo lang geleden legden de Nederlandse psychiaters Van Egmond en Kummeling (2002) aan 166 patiënten van een psychiatrische polikliniek de vraag voor of zij met hun behandeling voordelen op het oog hadden in de sfeer van verzekeringen, uitkeringen en huisvesting. Tot verrassing van de onderzoekers gaven 70 patiënten (42%) ruiterlijk toe op zulke voordelen uit te zijn. In veel gevallen verwachtten de patiënten dat hun psychiater hen op een of andere wijze zou kunnen helpen met het verkrijgen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De onderzoekers gingen ook na in welke mate de behandeling had bijgedragen aan het verdwijnen van de symptomen bij de patiënten. Hardnekkige en onbehandelbare symptomen bleken aanmerkelijk vaker voor te komen bij de patiënten die toegaven uit te zijn op een financieel voordeel. Dat zij hun symptomen aandikten of simuleerden, laat het onderzoek natuurlijk niet zien, maar uit te sluiten valt dat evenmin.

Psychiatrische symptomen zijn bijna altijd gestoeld op de subjectieve belevingen van de patiënt. Vaak kan eenvoudigweg niet worden vastgesteld of zulke belevingen ‘echt’ zijn. Voor simulanten blijken symptomen die te maken hebben met het geheugen zeer aantrekkelijk. Want ook daarvoor geldt dat ze maar moeilijk op hun authenticiteit te controleren zijn. Tegelijkertijd zijn ze in de regel serieus genoeg om er een financieel of juridisch voordeel mee te kunnen behalen. Dat het geheugen om die reden ideaal terrein is voor oplichters, illustreren we in het navolgende aan de hand van drie beroemde gevallen.

Canella of Bruneri?

Het eerste geval begint op 10 maart 1926, de dag dat een dief wordt betrapt terwijl hij op een Turijns kerkhof een koperen vaas probeert te stelen. De dief kan de politie niet vertellen wie hij is en waar hij vandaan komt. Ook al omdat de

dat ook willen doen? Mensen liegen niet over hun beperkingen. Dat nemen we althans aan.

Maar soms liggen de zaken toch anders.

kruimeldief een verwarde en angstige indruk op hen maakt, laten de *carabinieri* de kruimeldief opsluiten in een gesticht. Zijn geheugenverlies klaart maar niet op en daarom plaatst

de directeur van het gesticht een portretfoto van de man in twee populaire weekbladen. ‘Wie kent deze man?’, vraagt de directeur aan het lezerspubliek (zie Figuur 1). De kruimeldief wordt herkend. Hij blijkt professor Canella te zijn, die voor het laatst in 1916 als legerkapitein werd gezien en kort daarna op het Macedonische slagveld verdween. Professor Canella wordt verenigd met zijn vrouw en kinderen. Veel van zijn autobiografische herinneringen komen terug. Even lijkt het verhaal hier een *happy end* te krijgen.

Maar dan ontvangt de politie een anonieme tip dat de kruimeldief niet de echte professor Canella is, maar een oplichter die Bruneri heet. Er volgt een reeks van rechtszaken over de ware identiteit van de Turijnse kruimeldief: is hij de verdwenen professor Canella? Dat beweert de vrouw van professor Canella. Zij krijgt steun van vooraanstaande medici, die verklaren dat professor Canella onder invloed van de oorlogsverschrikkingen was gaan lijden aan hysterisch geheugenverlies. Of is de kruimeldief de wegens flessentrekkerij gezochte Bruneri? Dat zegt de vrouw van Bruneri, die niet alleen voor de schulden van haar man wil opdraaien. Dit bizarre geschil zal het Italiaanse publiek jarenlang bezighouden. Het vormt de plot van twee Italiaanse speelfilms: het kluchtige *Lo smemorato di Collegno* (1962) en het meer



Figuur 1. Wie kent hem? Canella of Bruneri?

serieuze *Uno scandalo perbene* (1984). De beroemde schrijver Luigi Pirandello wijdde in 1930 een toneelstuk aan het geval (*Come tu vi vuoi*) en meer recent (1981) schreef Leonardo Sciascia er een roman over, die ook in het Duits werd vertaald (*Aufzug der Erinnerung*).

Tests

In de Canella-versus-Bruneri-zaak ging het in feite om de vraag hoe 'echt' het geheugenverlies van de Turijnse kruimeldief was. Het is waar dat de man allerlei herinneringen 'hervond' die uit het leven van professor Canella kwamen. Maar dat gebeurde pas nadat de familieleden van Canella de kruimeldief veelvuldig in het gesticht hadden opgezocht en hem uitvoerig – met fotoboeken en al – hadden verteld over leven en werken van professor Canella. Sommige beperkingen klaarden niet op: professor Canella was zeer bedreven in Grieks en Latijn, maar de kruimeldief bleek geen enkele kennis van deze talen (meer) te bezitten. Ook was professor Canella een getalenteerde pianist geweest, maar de kruimeldief kon nog geen simpel pianoakkoord spelen. Men zou denken dat de vrouw van professor Canella de aangewezen persoon was om te beoordelen of de kruimeldief echt haar man was. Men moet echter bedenken dat in het Italië van voor de Tweede Wereldoorlog de status van weduwe niet erg aantrekkelijk was. Hoe dat ook zij, de kruimeldief hield bij hoog en bij laag vol professor Canella te zijn. Hij beweerde dat zijn herinneringen aan waar hij vandaan kwam en wie hij was, jarenlang ontoegankelijk waren geweest. Hij zou dus hebben geleden aan wat in vaktermen *retrograde amnesie* heet: naar achteren gericht geheugenverlies. De deskundigen die door mevrouw Canella waren ingehuurd, legden tijdens de rechtszittingen uit dat zo'n soort geheugenverlies heel goed mogelijk was. Heftige emoties zoals ze op het slagveld voorkwamen, maar ook verminderde doorbloeding van het brein zouden de oorzaak kunnen zijn van Canella's geheugenverlies.

De vertwijfelde rechtbank besloot de Turijnse hoogleraar psychiatrie Alfredo Coppola als onafhankelijk expert naar de zaak te laten kijken. Dat was een gouden greep, want Coppola kon iets wat veel van zijn vakgenoten niet konden. Hij had in Duitsland bij de vooraanstaande psychiater Emil Kraepelin (1856-1926) geleerd hoe je met psychologische tests de cognitieve beperkingen van patiënten in maat en getal kunt uitdrukken. Zo toog Coppola aan het werk. Hij onderwierp de kruimeldief aan een serie van tests, waaronder natuurlijk veel geheugentaken. Coppola's onderzoek in deze zaak wordt uitvoerig beschreven in een artikel van Stefano Zago en zijn collega's (2004). Zo testte Coppola met cijferreeksen het kortetermijngeheugen van de man. Coppola noemde cijferreeksen op en de patiënt moest die dan herhalen. Dat leverde reacties van het volgende type op:

Coppola: 26 39 42 5

Patiënt: 39 42 5

Coppola: 98 84 26 65

Patiënt: 84 26 65.

Coppola wees erop dat de neiging van de kruimeldief om steeds de eerste getallen uit de serie 'te vergeten' in strijd was met het *primacy*-principe. Dat principe dicteert dat zelfs patiënten met forse hersenbeschadigingen en dito geheugenproblemen de eerst aangeboden cijfers of woorden uit een serie ook het best kunnen reproduceren (zie voor een modern voorbeeld: Suhr, 2002). Maar er was nog iets anders dat Coppola verdacht vond. De kruimeldief was perfect in staat om moeilijke rekensommen uit het hoofd te maken. Dat zou eigenlijk onmogelijk moeten zijn als hij steeds de eerste cijfers uit een serie vergat. Met zijn ondermaatse prestaties op de cijferreeksentaak probeerde de kruimeldief de indruk te wekken dat zijn kortetermijngeheugen nooit meer dan drie samenhangende elementen kon behappen. Op grond van zijn ervaring met echte patiënten wist Coppola dat dit nogal atypisch was. Want zelfs patiënten die lijden aan een beginnende dementie of aan de ziekte van Korsakow, kunnen bij dit soort taken makkelijk meer dan drie elementen vasthouden en reproduceren. En dan was er nog de piano. Coppola schakelde twee professionele pianisten in en liet hen beoordelen hoe de kruimeldief achter de piano zat. Eén van de pianisten schreef:

'Op grond van de manier waarop hij zijn handen op de toetsen legt, krijgt men toch het idee dat de patiënt niet alleen geen technische pianokennis heeft, maar ook dat hij voor de eerste keer in zijn leven achter een piano zit.'

Coppola wist dat patiënten met een echte amnesie complexe motorische vaardigheden die zij ooit hebben geleerd (zwemmen, fietsen, eten, pianospelen) niet snel zullen vergeten omdat zulke vaardigheden tot een ander domein behoren dan autobiografische herinneringen. De moderne literatuur geeft Coppola gelijk. Instructief is het geval van Clive Wearing, een begenadigd musicus, die door een ernstige hersenvliesontsteking zijn totale autobiografische geheugen kwijtraakte. Hij kon wel nog perfect een piano bespelen, ofschoon hij niet meer wist hoe hij dat ooit had geleerd (zie voor een uitvoerige bespreking van soortgelijke gevallen Merckelbach & Jelicic, 2005).

Coppola concludeerde op grond van zijn tests dat de kruimeldief niet professor Canella was, maar de oplichter Bruneri. Later kwam vast te staan dat de vingerafdrukken van de kruimeldief identiek waren aan die van Bruneri. Bruneri werd veroordeeld, maar al na een paar jaar slaagde hij erin te ontsnappen. Boze tongen beweren dat de Italiaanse dictator Benito Mussolini hieraan hoogstpersoonlijk had meegewerkt om zo de Italiaanse rechtbanken voor nieuwe pijnlijkheden te behoeden. Bruneri week uit naar Brazilië, waar hij samen met de weduwe Canella een gezin stichtte.

Koolmonoxide

In het jaar dat Bruneri werd betrapt bij het stelen van een koperen vaas, raakte de toen 24-jarige fabrieksarbeider B. uit Beieren betrokken bij een ongeval in een ijzergieterij. B. ademde koolmonoxide in en verloor het bewustzijn. Hij werd afgevoerd naar een ziekenhuis. Na anderhalf uur

kwam hij weer bij. Hij kon zich het ongeluk niet meer herinneren, maar alles wat daaraan vooraf was gegaan wél. Geen retrograde amnesie dus. Toch leek B. in één opzicht op Bruneri: ook B. had een kortetermijngeheugen dat slecht functioneerde. Zo slecht dat alles al na drie tot vijf seconden uit zijn geheugen leek te zijn gewist. Zodoende ontwikkelde B. een ernstige *anterograde amnesie*: hij kon geen nieuwe informatie meer vasthouden. Dat was ook de reden waarom B. niet meer in staat was om te werken. De psychiaters en neurologen die hem onderzochten, waren onder de indruk van zijn handicap. B. kon goed praten, zijn bewustzijn was intact, hij kon redeneren, vertoonde geen abnormaal gedrag, maar hij was niet in staat nieuwe kennis op te slaan. Vlak na het ongeval was hij getrouwd, maar desondanks bleef hij zijn vrouw consequent 'mijn verloofde' noemen. Als hij de opdracht kreeg om zijn naam op een bord te schrijven, nam hij het krijtje in ontvangst en vergat vervolgens wat de opdracht was. Een dokter kon de kamer uitlopen en als hij minuten later terugkwam, stelde B. zich aan hem voor alsof hij de dokter nog nooit had gezien. De psychiaters Grünthal en Störing vonden het geval van B. zo opmerkelijk dat zij er twee films over lieten maken. De films werden vertoond op allerlei congressen.¹ Grünthal en Störing bleven B. jarenlang volgen. Voor hen stond vast dat B.'s ernstige geheugenbeperkingen het gevolg waren van een hersenbeschadiging door koolmonoxide. B. leefde noodgedwongen in het hier en nu en aldus ging de Tweede Wereldoorlog helemaal aan hem voorbij. In 1949 meende hij dat het nog steeds 1926 was. Een foto van Hitler ontlokte alleen maar wat vage reacties bij B. Hij leek in de stellige overtuiging te verkeren dat Hindenburg op dat moment de president van Duitsland was.

Twijfel

Het geval van B. wordt uitgebreid uit de doeken gedaan in een al wat ouder artikel van de Britse geheugenpsycholoog Oliver Zangwill (1967). Zangwill beschrijft ook hoe sommige psychiaters gingen twijfelen aan de interpretatie van Grünthal en Störing. Zo wilde de psychiater Helmut Scheller patiënt B. ook wel eens van dichtbij zien. Hij besloot B. op te zoeken in het dorp waar de patiënt zich na het ongeval had gevestigd. Scheller raakte per toeval aan de praat met de huisarts en een leraar van de plaatselijke lagere school. Beiden vertelden hoe B. hen altijd hartelijk groette en hoe hij wel vaker klusjes voor hen opknapte, zoals het leggen van vloerbedekking. Scheller meende dat bij B. niet langer sprake was van een organische geheugenbeperking. Die zal er wel ooit geweest zijn, maar de patiënt was zich in die rol gaan voegen en leed nu aan een hysterische onderschatting van zijn geheugen, aldus Scheller. Er brak een academische ruzie van jewelste uit onder de Duitse psychiaters over het geval B. Was zijn geheugenbeperking echt, zoals Grünthal en Störing in een niet aflatende stroom van artikelen beweerden? Of beeldde B. zich zijn geheugendefect alleen maar in, zoals Scheller beweerde? B. zelf weigerde inmiddels zijn medewerking aan verder onderzoek. Dat bracht twee jonge

psychiaters op het idee om zich te vermommen als toeristen en B. thuis te bezoeken. Ze troffen een normale man aan, die makkelijk vijftien minuten lang iets kon onthouden en die ook door zijn burens als een normale dorpsgenoot werd beschouwd. B.'s gedrag veranderde onmiddellijk toen de toeristen vertelden dat zij medici waren.

Shock

Wat Grünthal en Störing in hun analyse van het geval B. over het hoofd hadden gezien, was het feit dat B. op grond van zijn geheugendefect een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering in de wacht sleepte. Deze uitkering hielp hem om betrekkelijk zorgeloos de crisis- en oorlogsjaren door te komen. Waarschijnlijk – maar dat gevoelige punt wordt in geen enkele publicatie aangeroerd – kon B. met zijn handicap ook uit de handen van het Duitse leger blijven.

Het geval van B. speelt zich af tegen de achtergrond van een Duitse samenleving die zeer wantrouwend stond ten opzichte van moderne technologie en industrie. Dat wantrouwen uitte zich in een ruimhartige ongevallenwetgeving. Vanaf de eeuwwisseling schreef deze wetgeving voor dat de werkgever of de overheid slachtoffers schadeloos moest stellen als hun zenuwstelsel ten gevolge van een ongeval een *Shock* had meegemaakt. Maar wat was precies een *Shock*? De term suggereerde iets dat van buiten kwam en dan een ontwrichtende uitwerking op de hersenen had. Aanvankelijk dachten Duitse artsen daarbij vooral aan klappen die reizigers of passanten tijdens spoorwegongevallen opliepen. Maar gaandeweg de jaren werd de definitie van *Shock* opgerekt zodat uiteindelijk ook een harde klik in de telefoon daaronder viel. Dat laatste was belangrijk voor de 65.000 telefonistes die rond 1924 in Duitsland werkten. Van hen werd verwacht dat zij vijfhonderd verbindingen per uur konden maken en dat acht uur per dag. Een behoorlijk aantal van hen beweerde van de klikkende en schokkende telefoonlijnen ziek te zijn geworden en deed een beroep op de ongevallenwetgeving. Hun claims konden vaak rekenen op de sympathie van neurologen. Neem de beroemde Carl Wernicke (1848-1904). Hij onderzocht telefoniste Klara W. en vond dat zij een onregelmatige pols, een zwelling aan het linker deel van haar tong en een gebrekkig evenwicht had. Dat alles, aldus Wernicke, wees erop dat Klara W. tijdens het telefoneren een *Shock* had opgelopen. Klara W. kreeg een volledige uitkering.² Maar niet iedereen was het met deze gang van zaken eens. Gevallen als die van Klara W. lokten kritische beschouwingen uit. Zo vond Emil Kraepelin dat keuringsartsen veel te veel voorbijgingen aan interne factoren en hij doelde dan op de neurotische inslag van mensen als Klara W. Bij hen was sprake van *Schreck*, niet van *Shock*. De discussie over de ongevallenwetgeving resulteerde uiteindelijk in twee grote veranderingen. Om te beginnen werd vanaf 1926 de ongevallenwetgeving zodanig aangescherpt dat honderden mensen hun uitkering verloren. Hier zou wel eens de verklaring kunnen liggen voor de hardnekkige manier waarop B. vasthield aan zijn handicap. Op de tweede plaats gingen de Duitse werkgevers in toenemende

mate gebruik maken van psychologische tests om toekomstige werknemers op hun stressbestendigheid te selecteren (Killen, 2003).

'Vietnam taught me how to kill'

Hij zag eruit als een normale burger en leek in geen enkel opzicht op Hannibal Lecter (zie Figuur 2). Toch stond de toen 45-jarige Shawcross in 1990 voor een New Yorkse rechtbank terecht omdat hij ervan werd beschuldigd tien prostituees om het leven te hebben gebracht. Opvallend was dat hij zijn slachtoffers zwaar had verminkt alvorens ze te vermoorden. Shawcross beweerde dat hij in Vietnam als soldaat verschrikkelijke dingen had meegemaakt. Hij zou daar 39 mensen hebben moeten doden, waaronder ook burgers. Op aanwijzing van hogerhand had zijn eenheid hele dorpen weggevaagd. Daar kwam bij dat hij tijdens junglegevechten in aanraking was gekomen met chemische troep ('agent orange'). Shawcross zei dat hij drager was van verschillende militaire onderscheidingen, maar dat de posttraumatische stressstoornis (PTSS) waaraan hij leed, van hem een impulsief en moorddadig mens had gemaakt. 'Vietnam taught me how to kill', aldus Shawcross. Zijn advocaten probeerden Shawcross op grond van zijn PTSS ontoerekeningsvatbaar te laten verklaren. Even leek dat te gaan lukken, want toen hij in voorarrest zat, kreeg Shawcross wel alvast een uitkering in verband met de ellende die hij in Vietnam had meegemaakt. Tijdens zijn gesprekken met diverse psychiaters klaagde Shawcross ook over zijn slechte kortetermijngeheugen.

De openbare aanklager was zo verstandig om een Vietnamexpert in te schakelen. Deze expert lichtte het militaire doopceel van Shawcross en toen bleek dat de man nooit in de jungle had gevochten, laat staan dat hij gedecoreerd was (Burkett & Whitley, 1998). Shawcross ontleende zijn Vietnamverhalen aan films die hij over het onderwerp had gezien. Zijn geheugenproblemen bleken ook al behoorlijk verdacht: tijdens de eerste verhoren viel het de rechercheurs op dat Shawcross alle namen van zijn slachtoffers goed kende en perfect op de hoogte was van de plaatsen waar hij hen om het leven had gebracht. Dat hij de lijken zorgvuldig had proberen te verstoppen, maakte duidelijk dat hij heel goed wist waar hij mee bezig was.³



Figuur 2. Arthur Shawcross

In de Verenigde Staten komt het wel vaker voor dat een verdachte zich beroept op PTSS en dat vervolgens de vraag rijst of de PTSS echt of gesimuleerd is. Een Nederlands geval is dat van Paul S., die zich begin 2005 voor het Bossche Hof moest verantwoorden voor de moord op zijn ex-vrouw en drie van haar familieleden. Paul S. hield vol in een *blackout* te hebben geschoten. Hij had op dat moment een carrière als marinier en lid van een antiterreureenheid achter de rug. Paul S. beweerde dat hij tijdens zijn geheime missies traumatische ervaringen had gehad. Hij zou dientengevolge lijden aan PTSS en dat zou hem zeer prikkelbaar hebben gemaakt. Paul S.:

'Het enige wat ik niet wil, is veroordeeld worden als moordenaar. Ik ga liever levenslang achter de tralies over dood door schuld dan twintig jaar voor moord [...] Ik heb nooit mijn emotionele kant laten zien, nooit gesproken over de eventuele symptomen van PTSS omdat ik dan wel over mijn missies moest praten.'⁴

In het geval van Paul S. waren de psychiaters nogal sceptisch over de aanwezigheid van een PTSS. Dat had er mee te maken dat hij aanvankelijk in alle toonaarden ontkende er last van te hebben. Vaak zijn experts echter snel bereid om aan te nemen dat typische PTSS-symptomen als flashbacks, geheugenbeperkingen en slaapproblemen *bona fide* zijn. Berucht is het onderzoek van de Amerikaanse psycholoog Edward Hickling en zijn collega's (2002). Zij maakten zes professionele acteurs wegwijs in de symptomen van PTSS, waaronder geheugenproblemen. Vervolgens kregen de acteurs de opdracht om zich als patiënt aan te melden bij een kliniek. Het ging om een kliniek die gespecialiseerd was in de behandeling van verkeersslachtoffers met PTSS. Met een gefabriceerd verhaal over hun ongeluk en hun PTSS-symptomen doorliepen de acteurs een intake bij zes verschillende, maar wel zeer ervaren klinici. Geen van de klinici voelde nattigheid en alle acteurs kregen de PTSS-diagnose. Toen de onderzoekers de klinici vertelden over de simulanten en hen uitnodigden om in het patiëntenbestand potentiële oplichters aan te wijzen, selecteerden de klinici drie van de zes acteurs, maar ze wezen ook drie 'echte' patiënten aan.

Simulanten zijn dol op PTSS: de symptomen blijken makkelijk te imiteren en lijken zo eenduidig te wijzen op een trauma. Het is dan ook niet verwonderlijk dat Kroatische artsen een stijging van het aantal PTSS-gevallen vonden toen in hun land bij wet werd geregeld dat veteranen met PTSS recht hebben op een uitkering. Deze wet werd in 2001 van kracht. De artsen volgden een groep van 225 veteranen die in psychiatrische behandeling waren. Vóór 2001 leed 58% van hen aan PTSS-symptomen. Na 2001 was dat plotseling 91%. Rigoureuze psychodiagnostiek bracht aan het licht dat na 2001 hooguit 37% van deze veteranen nog last had van PTSS-symptomen (Kozaric-Kovacic et al., 2004).

Leugenaars

Gesimuleerde geheugenklachten zijn er in soorten en maten. Zo wilde Bruneri de indruk wekken dat hij zijn oude herin-

neringen en vaardigheden was kwijtgeraakt: retrograde amnesie derhalve. B. probeerde een anterograde amnesie voor te wenden: hij beweerde dat hij geen enkel nieuw feit meer kon onthouden. Arthur Shawcross zei last te hebben van een algehele verstrooidheid als gevolg van zijn PTSS. In elk van de drie gevallen waren er artsen of psychologen die de geheugenklachten *bona fide* vonden. En steeds waren daar voor de pseudo-patiënten duidelijke voordelen aan verbonden: uit handen van justitie blijven (Bruneri), een uitkering krijgen (B.) of ontoerekeningsvatbaar worden verklaard (Shawcross).

Dat artsen en psychologen niet erg goed zijn in het ontmaskeren van pseudo-patiënten weten we ook op grond van andere studies. De Amerikaanse psychologen Rosen en Philips (2004) zetten nog niet zo lang geleden de resultaten van twaalf studies op een rijtje waarin werd gekeken naar de vaardigheid van dokters om simulanten te herkennen. De klachten die werden gesimuleerd, varieerden van incontinentie tot aan hoofdpijn. Hooguit een kwart van de simulanten werd door de dokters ontmaskerd. Hoe kan dat? Een deel van het antwoord ligt in het feit dat voor de clinicus het gesprek met de patiënt het vehikel bij uitstek is om tot een diagnose te komen. Maar simulanten zijn leugenaars en de literatuur maakt duidelijk dat het gesprek zich er zelden goed voor leent om erachter te komen of iemand zit te liegen. Net als andere specialisten – bijvoorbeeld politieagenten – zullen dokters de neiging hebben om tijdens het praten met de patiënt op de verkeerde cues te letten. Onderzoek van de Brits-Nederlandse hoogleraar Aldert Vrij laat zien dat nogal wat specialisten denken dat zenuwachtig gedrag wijst op leugenachtigheid, terwijl dat niet het geval is. Als er al duidelijke gedragsindicatoren van leugenachtigheid bestaan, dan hebben die meer te maken met *cognitive load*: leugenaars moeten een verhaal verzinnen en dat vergt cognitieve energie, wat zich uit in langere pauzes en minder oogknippers. Tegelijkertijd zijn zulke subtiele parameters alleen goed te taxeren als de dokter of de politieagent inzicht heeft in hoe de persoon zich gedraagt als hij de waarheid spreekt. Pas dan heb je een *baseline*, waartegen je mogelijke indicatoren van leugenachtigheid kunt afzetten (Mann et al., 2002). In een doorsnee arts-patiëntgesprek is het moeilijk, maar niet helemaal onmogelijk om zo'n *baseline* in te lassen. De arts zou bijvoorbeeld eerst kwesties kunnen aansnijden waarover de patiënt niet hoeft te liegen ('welke opleiding heeft u gedaan?'). Maar dan nog geldt dat wie simulanten wil ontmaskeren, er verstandig aan doet om ook 'collaterale' informatie over hen in te winnen. Dat maakt het pas mogelijk om vast te stellen of het verhaal dat zij vertellen, spoort met de feiten. Zo kwam aan het licht dat Shawcross niet de Vietnamveteraan was waarvoor hij zich uitgaf en dus geen PTSS kón hebben.⁵ Zo werd ook duidelijk dat het wel meeviel met de anterograde amnesie van patiënt B., want zodra hij zich niet bekeken voelde door psychiaters, bleek hij wel degelijk nieuwe gezichten te kunnen onthouden.

MENT

Dat Bruneri relatief snel als simulant werd ontmaskerd terwijl dat bij patiënt B. tientallen jaren duurde, zal wel meerdere oorzaken hebben gehad. Eén lijkt in elk geval te zijn geweest dat B. zijn medische carrière als *echte* patiënt begon: hij had een koolmonoxidevergiftiging opgelopen, was bewusteloos geweest en het kan bijna niet anders of hij moet in de eerste weken na ongeval serieuze geheugenklachten hebben gehad. Daarmee demonstreert het geval van B. de stelling van de Britse geheugenspecialist Michael Kopelman (2000) dat geveinsde geheugenklachten zich vaak ontwikkelen uit echte geheugenklachten. Deze vloeiende overgang maakt het alleen maar moeilijker om simulanten te ontmaskeren, want het gaat dan om individuen die hun klachten op een authentieke manier kunnen presenteren. Een tweede reden is dat Bruneri de pech had Coppola tegen het lijf te lopen. Terwijl er met patiënt B. vooral heel erg veel werd gepraat, onderwierp Coppola Bruneri aan een voor die jaren zeer geavanceerde testbatterij. Pas tijdens het testen werd glashelder dat Bruneri zijn geheugenklachten overdreef op een manier die niet meer plausibel was.

Tegenwoordig bestaan er allerlei gespecialiseerde tests waarmee het mogelijk is om simulanten door de mand te laten vallen (zie voor een overzicht Jelicic et al., 2003). Sommige tests richtten zich nadrukkelijk op geheugenklachten. Andere tests zijn wat breder georiënteerd en appelleren aan het naïeve beeld dat simulanten van een bepaalde aandoening (kunnen) hebben. Een aardig voorbeeld uit die laatste categorie is de Morel Emotional Numbing Test (MENT; Morel, 1998). Bij deze test wordt aan de patiënt uitgelegd dat emotionele vervlakking een typisch symptoom van PTSS is en dat dit ertoe leidt dat PTSS-patiënten vaak moeite hebben met het begrijpen van gezichtsuitdrukkingen. Vervolgens ziet de patiënt zestig paren van emotionele woorden ('boos'; 'kalm') en gezichtsuitdrukkingen. De patiënt krijgt de opdracht om telkens de juiste woorden en gezichtsuitdrukking aan elkaar koppelen (zie Figuur 3). Het gaat daarbij om een *forced-choice*-procedure: de patiënt moet een keuze maken. Zelfs patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening kunnen dit uitstekend en maken nooit meer dan negen fouten. De overgrote meerderheid van de patiënten (80%) die PTSS



Figuur 3. Voorbeeld uit de MENT: 'Woedend of verbaasd?'

probeert te simuleren gaat boven dat niveau uit en daarmee is de MENT een veelbelovend instrument om simulanten op te sporen (Guriel & Fremouw, 2003). Op dit moment is onze onderzoeksgroep bezig met het ontwikkelen van een Nederlandse MENT.

Wall Street

De forensisch psycholoog Paul Lees-Haley (1986) merkte ooit op dat PTSS een gouden belegging zou zijn als het op de beurs in *Wall Street* als aandeel zou worden verhandeld. Wat de Amerikaanse situatie betreft, lijkt hij gelijk te hebben gekregen. Sommige klinici in dat land rekken de definitie van wat als trauma kan gelden voortdurend op, zodat zij het nu ook voor mogelijk houden dat een slachtoffer aan ongewenste intimiteiten PTSS overhoudt. Zulke slachtoffers 'can be seen as legitimately suffering from a serious mental disorder and be compensated appropriately for this', aldus de psychologen Avina en O'Donohue (2002). Misschien hebben ze gelijk, maar de schaduwzijde van deze liberale opvatting over trauma is dat hiermee de deur wagenwijd open komt te staan voor simulanten die een uitkering, schadevergoeding of strafvermindering in de wacht proberen te slepen.⁶

Gesimuleerde geheugenklachten horen bij pseudo-PTSS. Ze stellen het nepslachtoffer in staat om vaag te blijven over de details van het trauma. Het opsporen van zulke gefingeerde geheugenklachten is belangrijk, niet alleen voor de rechtszaal, maar ook voor de kliniek. Zoals het geval van patiënt B. mooi illustreert, gaan gefingeerde geheugenklachten nooit over. Wie een nieuw medicijn of een nieuwe therapie wil testen doet er daarom goed aan eerst de Bruneri's, B's en Shawcross-en uit zijn patiëntenbestand te verwijderen, want anders zal het therapieresultaat ten onrechte zeer ongunstig uitpakken.

Ondertussen willen we toegeven dat ons betoeg een misverstand kan oproepen. Het zou de indruk kunnen wekken dat er maar twee typen patiënten zijn: echte patiënten en oplichters. Zo'n dichotomie wordt ook al in de hand gewerkt door de DSM-IV. Dit handboek maakt een onderscheid tussen bonafide patiënten, en mensen die symptomen fabriceren om de rol van patiënt aan te kunnen nemen (*factitious disorder*) of om financiële voordelen te behalen (*malingering*). Dat onderscheid is misleidend omdat het voorbijgaat aan patiënten die hun maar al te reële symptomen overdrijven in de hoop zo serieus te worden genomen door hulpverleners (zie voor een voorbeeld Geraerts et al., ter publicatie aangeboden). Het zou volstrekt misplaatst zijn om deze patiënten te scharen onder de categorie van oplichters. Ons verhaal ging uitsluitend over gezonde Bruneri's.

Prof.dr. H. Merckelbach en dr. M. Jelicic zijn werkzaam bij de Faculteit der Psychologie van de Universiteit Maastricht. Beiden zijn ook lid van de Interfacultaire Werkgroep Rechtspsychologie. Zie: <<http://www.psychology.unimaas.nl/Base/research/Psychology&law.htm>>

Noten

1. We hebben bij gespecialiseerde historici in Duitsland navraag gedaan naar deze twee films, maar geen van hen kon ons vertellen waar zij zich bevinden.
2. Dat Wernicke zich in het geval van Klara W. veel kon voorstellen bij een shock, had te maken met zijn opvatting over het brein. Wernicke beschouwde het brein als een soort elektriciteitscentrale waarin sensorische en motorische centra met elkaar zijn verbonden. In de visie van Wernicke kon een shock van buiten de hele centrale lam leggen.
3. Zodra de PTSS van Shawcross als een vorm van *malingering* werd ontmaskerd, gooiden zijn advocaten het over een andere boeg. Ze huurden de psychiater Dorothy Otnow Lewis (1998) in. Zij wees op een MRI-scan van de hersenen van Shawcross. Daarop zou een kleine cyste in de rechter temporaalkwab te zien zijn. Lewis beweerde dat de geheugenproblemen en het agressieve gedrag van Shawcross perfect paste bij het beeld van een temporaalkwabepilepsie. De jury nam het verhaal van Lewis niet serieus en veroordeelde Shawcross tot 250 jaar gevangenisstraf.
4. *Dagblad De Limburger*, 12 en 21 januari 2005.
5. Er zijn andere voorbeelden in dit genre. Aardig is dat van de arts Brokaw en zijn collega's (2004). Ze lieten medici op basis van een lichamelijk onderzoek en een gesprek beoordelen hoe erg rugpijnpatiënten eraan toe waren: konden de patiënten een uur lang zitten of een half uur lang staan zonder van houding te veranderen? Het oordeel van de artsen spoorde in het geheel niet met wat de patiënten in werkelijkheid konden volhouden. Informatie over wat de patiënten echt aankonden, verkregen de onderzoekers door de rugpijnpatiënten heimelijk te observeren terwijl die naar een video-opname zaten te kijken of staand een vragenlijst aan het invullen waren. In nogal wat gevallen waren de patiënten er aanmerkelijk minder erg aan toe dan de artsen vermoedden. Zodoende concluderen de auteurs (p. 839) dat hun bevindingen 'brings into doubt the advisability of basing disability determinations for sitting and standing tolerance on physician examination.'
6. De Amerikaanse psycholoog Gerald Rosen (2004) spreekt in dat verband over de trivialisering van het begrip trauma en vraagt zich af of daarmee de definitie van PTSS niet verschuift van ernstige trauma's die posttraumatische klachten veroorzaken naar alledaagse stress die personen met een pretraumatische kwetsbaarheid ontregelt. Deze discussie lijkt in veel opzichten op het vooroorlogse debat in Duitsland over *Shock* versus *Schreck*.

Literatuur

- Avina, C. & O'Donohue, W. (2002). Sexual harassment and PTSD. Is sexual harassment diagnosable trauma? *Journal of Traumatic Stress*, 15, 69-75.
- Brokaw, J.P., Walker, W.C., Cifu, D.X. & Gardner, M. (2004). Sitting and standing tolerance in patients with chronic back pain: comparison between physician prediction and covert observation. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 85, 837-839.
- Burkett, B.G. & Whitley, G. (1998). *Stolen valor: how the Vietnam generation was robbed of its heroes and its history*. Dallas, Texas: Verity Press.
- Egmond, J.J. van & Kummeling, I. (2002). A blind spot for secondary gain affecting treatment outcomes. *European Psychiatry*, 17, 46-54.
- Geraerts, E., Jelicic, M. & Merckelbach, H. (ter publicatie aangeboden). Symptom overreporting in women with memories of childhood sexual abuse.
- Guriel, J. & Fremouw, W. (2003). Assessing malingered posttraumatic stress disorder. A critical review. *Clinical Psychology Review*, 23, 881-904.
- Hickling, E.J., Blanchard, E.B., Mundy, E. & Galovski, T.E. (2002). Detection of malingered mVA related posttraumatic stress disorder. An investigation of the ability to detect professional actors by experienced clinicians, psychological tests and psychophysiological assessment. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2, 33-53.
- Jelicic, M., Merckelbach, H. & Cima, M. (2003). Over het simuleren van cognitieve stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 687-695.
- Killen, A. (2003). From Shock to Schreck. Psychiatrists, telephone operators and traumatic neurosis in Germany 1900-26. *Journal of Contemporary History*, 38, 201-220.
- Kopelman, M.D. (2000). Focal retrograde amnesia and the attribution of causality. An exceptionally critical review. *Cognitive Neuropsychology*, 17, 585-621.
- Kozaric-Kovacic, D., Bajs, M., Vidosic, S., Matic, A., Alegic Karin, A. & Peraica, T. (2004). Change of diagnosis of post-traumatic stress disorder related to compensation-seeking. *Croatian Medical Journal*, 45, 427-433.
- Lees-Haley, P.R. (1986). Pseudo post-traumatic stress disorder. *Trial Diplomacy Journal*, 9, 17-20.
- Lewis, D.O. (1998). *Guilty by reason of insanity*. New York: Ballantine.

- Mann, S., Vrij, A. & Bull, R. (2002). Suspects, lies, and videotapes. An analysis of authentic high-stake liars. *Law and Human Behavior*, 26, 365-376.
- Merckelbach, H. & Jelicic, M. (2005). *Hoe een CIA-agent zijn geheugen hervond en andere waargebeurde verhalen*. Amsterdam: Contact.
- Morel, K.R. (1998). Development and preliminary validation of a forced-choice test of response bias for post-traumatic stress disorder. *Journal of Personality Assessment*, 70, 299-314.
- Rosen, G.M. (2004). Malingering and the PTSD data base. In G.M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder. Issues and controversies* (p. 85-99). Chichester: Wiley.
- Rosen, G.M. & Philips, W.R. (2004). A cautionary lesson from simulated patients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 132-133.
- Suhr, J.A. (2002). Malingering, coaching, and the serial position effect. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 69-77.
- Zago, S., Sartori, G. & Scarlato, G. (2004). Malingering and retrograde amnesia. The historic case of the Collegno amnesic. *Cortex*, 40, 519-532.
- Zangwill, O.L. (1967). The Grünthal-Störing case of amnesic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 113, 113-128.

Summary

Three imposters and what they teach us

H. Merckelbach, M. Jelicic

We discuss three famous imposters who tried to simulate severe memory disorders: the Canella versus Bruneri case, in which Bruneri malingered retrograde amnesia, the Grünthal-Störing case, in which patient B. simulated full-blown anterograde amnesia, and the case of Arthur Shawcross, who claimed that he suffered from Post Traumatic Stress Disorder and related memory complaints. What these cases illustrate is that malingered memory disorders are hard to detect and that experts should rely on psychological tests rather than standard clinical interviewing to screen for malingerers.