

Maarten J.V. Peters	Universiteit Maastricht, Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen, sectie Forensische Psychologie The Maastricht Forensic Institute, Universiteit Maastricht	49
Harald Merckelbach	Universiteit Maastricht, Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen, sectie Forensische Psychologie The Maastricht Forensic Institute, Universiteit Maastricht	
Marko Jelicic	Universiteit Maastricht, Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen, sectie Forensische Psychologie The Maastricht Forensic Institute, Universiteit Maastricht	
Ilse Van Damme	Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit der Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Laboratorium voor Experimentele Psychologie	

*Correspondentieadres:*

Dr. M.J.V. Peters  
 Universiteit Maastricht  
 Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen  
 Sectie Forensische Psychologie  
 Postbus 616  
 6200 MD Maastricht  
 m.peters@maastrichtuniversity.nl

---

## *Een Nederlandstalige versie van de Dalla Barba confabulatie-test*

### Samenvatting

**Confabulaties zijn spontane of uitgelokte mededelingen die meestal bij een neurologische aandoening of traumatisch hersenletsel optreden en die het aanzien van herinneringen hebben, maar in hoge mate onjuist zijn. Voor de diagnostiek ervan bestond tot voor kort geen Nederlandstalig instrument, waardoor klinische oordelen over confabulaties vaak weinig onderbouwd waren. De Dalla Barba confabulatie-test voorziet in die behoefte. Met deze test kan op een gestructureerde manier de neiging tot confabuleren in kaart worden gebracht. Vooral in de forensische context kan deze test een belangrijke bijdrage leveren, omdat daar niet onderkende confabulaties verstrekkende gevolgen kunnen hebben. In dit artikel beschrijven wij de psychometrische eigenschappen van de Nederlandse versie van de Dalla Barba confabulatie-test.**

### Inleiding

Op een zomeravond in 2008 wordt mevrouw W. door haar buurman bewusteloos aangetroffen in haar garage. Ze heeft een traumatisch hersenletsel veroorzaakt door de inwerking van een stomp voorwerp op het hoofd, waarbij het al snel duidelijk wordt dat dit door

een andere persoon is veroorzaakt. Diezelfde dag nog ondergaat ze een neurochirurgische ingreep voor een open impressiefractuur lopend van links temporaal naar rechts frontaal, waaruit met name aan de linkerzijde hersenweefsel naar buiten treedt. Daarnaast zijn er zowel buiten als binnen het harde hersenvlies bloeduitstortingen en contusiehaarden.

Een maand later wordt mevrouw W. overgeplaatst naar een revalidatiekliniek. Ze vertoont hemiplegie aan de rechterzijde van het lichaam, taal- en spraakstoornissen, beperkingen in haar geheugen, aandacht en concentratie, is gedesorïenteerd in tijd en plaats, en schiet tekort in haar planmatig vermogen. Aangezien mevrouw W. de enige getuige is van het delict waarvan zij slachtoffer werd, wil het rechte team haar graag horen. Het team ziet zich echter voor een belangrijk probleem geplaatst: levert een gesprek met deze vrouw nog wel voldoende betrouwbare aanwijzingen op?

In mei 2010 doet de zoon van meneer H. aangifte bij de politie tegen verpleegkundige B. Over de achtergrond van de aangifte valt het volgende te zeggen. Meneer H. woont sinds januari 2010 weer zelfstandig na een lange revalidatie veld op een hersenbloeding begin 2009, meer specifiek een subarachnoïdale bloeding door een aneurysma van de arteria communicans posterior links. Thuis ondervindt H. beperkingen op het gebied van geheugen, aandacht, initiatief en handelen. Daarom krijgt hij dagelijks hulp van de thuiszorg. Begin mei 2010 zou zijn zoon H. naakt in zijn slaapkamer hebben aangetroffen in het bijzijn van een vrouwelijke medewerker (verpleegkundige B.) van de thuiszorg die eveneens geheel naakt was. De medewerkster zou zichtbaar zijn geschrokken en zich haastig hebben aangekleed. Vanwege de aangifte die hierop volgt, willen de politiemensen meneer H. over het voorval onderhouden, maar ze twijfelen: heeft zo'n onderhoud wel zin?

De rechte teams die zich over deze twee zaken bogen, consulteerden een forensisch psycholoog. Voor de forensisch (neuro)psycholoog bergen beide gevallen het risico van een bepaald type complicatie in zich: dat vanwege een hersenbeschadiging de getuige dingen gaat verklaren die in strijd zijn met de feiten. Anders gezegd, dat de getuige een neiging tot confabuleren aan de dag legt. Hoe komt de expert erachter of een (neiging tot) confabuleren ook daadwerkelijk aanwezig is?

### Confabulatie

Onze herinneringen zijn geen fotografische reproducties, maar imperfecte reconstructies van gebeurtenissen. Dat reconstructieve karakter komt het duidelijkst aan het licht wanneer het geheugenapparaat ontwricht raakt door neurologische aandoeningen of traumatische hersenletsels. Dan duiken in het oog springende fouten op (zie bijvoorbeeld Candel & Peters, 2009; Peters e.a., 2004). Zo leiden traumatische hersenletsels vaak tot een substantiële afname in de hoeveelheid informatie die de patiënt kan onthouden. Als zo'n kwantitatieve afname buiten de normale bandbreedte valt, is er sprake van een amnesie (Pyszora e.a., 2009; Berg & Deelman, 2004). In de een of andere vorm blijven amnesieën ook vaak op de lange termijn – en dus meer chronisch – bestaan.

In kwalitatief opzicht geven patiënten die in een toestand van posttraumatische amnesie (PTA) verkeren, maar ook patiënten in het chronische stadium, soms blijk van narratieve beschrijvingen die apert onjuist oftewel confabulaties zijn. De relatie tussen amnesie en

confabulatie is complex: confabulaties veronderstellen een zekere mate van amnesie, maar het omgekeerde is zeker niet waar (Weinstein, 1996). Een van de toonaangevende auteurs in het onderzoek naar confabulaties, Gianfranco Dalla Barba (1993a, p. 2), omschrijft confabulaties aldus: 'that particular symptom, frequently observed in amnesic patients unaware of their memory deficit, which consists of both actions and verbal statements that are unintentionally incongruous to the patients' history, background, and present situation.' Het gaat dan meer bepaald om narratieve mededelingen of gedragingen, die het aanzien hebben van of verwijzen naar een herinnering, maar bij nadere beschouwing verzinsels lijken te zijn. De persoon is volledig bij bewustzijn en doet dit niet doelbewust (cf. liegen) en het zijn deze aspecten die confabulaties soms moeilijk herkenbaar maken (zie ook Schnider, 2008).

Wat we van de anatomische basis van confabulaties weten, is voornamelijk gebaseerd op gevalbeschrijvingen (zie bijvoorbeeld Gilboa & Moscovitch, 2002). Daaruit valt af te leiden dat traumatische hersenletsels en aneurysma's in de anterior communicerende arterie (ACOA) die schade toebrengen aan de posterieure orbitofrontale cortex (of banen die daarop projecteren, bijvoorbeeld mediaal temporale gebieden; zie Gilboa & Moscovitch, 2002; Kopelman, 2002; Schnider, 2008; Turner e.a., 2008) een sleutelrol spelen. De hersengebieden die zijn beschadigd bij amnesie (bijvoorbeeld bilaterale schade aan limbische structuren zoals de hippocampus en de thalamus) overlappen lang niet altijd met de hersengebieden die betrokken zijn bij confabulaties (Schnider, 2008). Zoals gezegd, de aanwezigheid van geheugenbeperkingen draagt bij aan het ontstaan van confabulaties, maar het eerste leidt niet noodzakelijkerwijze tot het tweede. Het is de ernst van prefrontale schade – en daarmee de mate waarin de toetsende rol van de prefrontale gebieden wordt ondermijnd – die bepaalt in welke omvang confabulaties zullen ontstaan (cf. Fischer e.a., 1995; Weinstein, 1996).

### Twee types

Confabulaties kunnen spontaan optreden (*spontaneous confabulations*) of ze kunnen worden uitgelokt door vragen (*provoked confabulations*) (Glowinski e.a., 2008; Schnider, 2008). Spontane confabulaties zijn grandioze en bizarre mededelingen die de patiënt doet zonder daartoe te zijn aangezet. Uitgelokte confabulaties zijn afgebakende mededelingen en maken in de regel een coherente en consistente indruk. Die indruk maken ze omdat ze vaak zijn opgebouwd uit authentieke herinneringen die in de verkeerde tijd en/of context zijn geplaatst (zie verderop). Sommige auteurs zien het spontane type als een ernstigere variant van het geprovoceerde type. Ze menen dat beide vormen van confabulatie samen met wanen en pathologisch liegen één diagnostische categorie vormen (Berrios, 1998; Turner & Coltheart, 2010). Die opvatting is om allerlei redenen aanvechtbaar (Kopelman, 1999; Schnider, 2003). Om te beginnen komen geprovoceerde confabulaties ook voor bij neurologisch intacte personen. Het door Maria Zaragoza (Zaragoza e.a., 2001) ontworpen 'forced confabulation'-paradigma demonstreert dit fraai. De methode gaat als volgt: proefpersonen wordt gevraagd als ooggetuige naar een video te kijken waarna ze hierover aan de tand gevoeld worden. Tijdens dit 'verhoor' worden ze gedwongen te confabuleren over bepaalde informatie. Als ze op een later tijdstip weer bevraagd worden over deze video, zijn de mensen die hebben 'moeten' confabuleren meer geneigd om zich

deze ‘confabulatie’ als authentiek te herinneren. Ten tweede is de spontane, maar niet de geprovoceerde vorm sterk gekoppeld aan orbitofrontale schade of ontregeling. Ten derde cirkelen wanen en waanachtige herinneringen altijd om een beperkt aantal thema’s, iets wat bij confabulaties niet het geval is (Kopelman, 1999).

Of het nu gaat om spontane of geprovoceerde confabulaties, er is nooit sprake van de intentie om te misleiden. Dit onderscheidt confabuleren van liegen of simuleren. Patiënten zijn zich niet bewust van hun neiging tot confabuleren (Moscovitch, 1989). De oude theorie dat confabulaties een onbewuste poging zijn van de persoon om een amnesie te maskeren, is ondertussen onjuist gebleken. Carl Wernicke (1906) poneerde dat het fenomeen een gevolg is van een verstoorde chronologie. Wernicke zag confabulaties als een disconnectieverschijnsel: ze treden op als neurologische beschadigingen ertoe leiden dat herinneringen en het tijdsgevoel van de patiënt niet meer met elkaar in de pas lopen. Wernickes nadruk op het aspect van tijdsbeleving duikt ook weer op bij moderne auteurs als Dalla Barba. Het idee van de gestoorde chronologie helpt ons om te begrijpen waarom vooral geprovoceerde confabulaties vaak een bedrieglijk echte indruk maken: wat de patiënt zegt, klopt in zekere zin wel, maar het is geplaatst in een verkeerde temporele context. Voor het fenomeen van spontane confabulaties biedt het idee echter geen afdoende verklaring, juist omdat de aperte onjuistheid van dit type confabulatie vaak evident is.

Spontane en geprovoceerde confabulaties blijken dus te verschillen in de cognitieve mechanismen die eraan ten grondslag liggen. Terwijl bij uitgelokte confabulaties de chronologiefout vaak opduikt, gaat het bij spontane confabulaties eerder om bronverwarring (Kessels e.a., 2008; Melo e.a., 1999; Turner & Coltheart, 2010). Bronverwarring is het onvermogen om bij het ophalen van informatie uit het geheugen de juiste bron van de informatie te achterhalen. Normaal gesproken zijn mensen er redelijk goed in om vast te stellen of zij informatie uit eigen ondervinding of uit hun fantasie betrekken (Johnson e.a., 1993; Mitchell & Johnson, 2009). Een gestoorde bronverwarring kan ertoe leiden dat iemand een fantasie opdist als ware het een echte herinnering, een type fout dat past bij beschadigingen aan de orbitofrontale cortex en banen die daarop projecteren (Schnider, 2003).

De gestoorde bronverwarring die bij confabulaties aan de orde zou zijn, zou meer specifiek te maken hebben met een falend controlesysteem – in jargon een defecte *monitoring* (Schnider, 2008; Turner & Coltheart, 2010). De defecte monitoring leidt ertoe dat het frontale controlesysteem evident foute informatie er niet uitfiltert. Het verklaart waarom de patiënt zelf zijn confabulaties vaak met grote overtuiging aanziet voor de waarheid.

### Korsakov

Confabulatie kan een symptoom zijn van de meest uiteenlopende aandoeningen en condities: eerder noemden we traumatische hersenletsels en ACOA-aneurysma, maar ook bij delirium, posterieure hersenbloedingen, syfilis, herpes simplex encefalitis, tumoren, hypoxie, psychotische stoornissen en dementie kan confabulatie optreden. Het vaakst is confabulatie beschreven als symptoom van het Korsakov-syndroom.

Dit syndroom is (meestal) het gevolg van langdurig en excessief alcoholgebruik in combinatie met een thiamine- of vitamine B<sub>1</sub>-tekort. Op de voorgrond staan beperkingen in het inprenten en ophalen van informatie zonder dat er sprake is van dementie, en een

aanzienlijke retrograde amnesie. Deze beperkingen gaan doorgaans gepaard met geïmproviseerde en spontane confabulaties (Borsutzky e.a., 2008; Van Damme & d'Ydewalle, 2010). De neiging tot confabuleren doet zich bijvoorbeeld gelden als patiënten oude herinneringen aan markante gebeurtenissen ophalen. Zo vroegen Candel en collega's (2003) vijftien chronische korsakovpatiënten en vijftien gezonde controledeelnemers welke ramp zich voltrok op 11 september 2001. 67% van de patiënten ( $n = 10$ ) en alle controles wisten het antwoord op deze vraag. Toen de patiënten werd gevraagd om te beschrijven hoe ze het nieuws van de aanslagen op de WTC-torens hadden vernomen, kwamen ze met allerlei antwoorden. Twee maanden later kregen ze exact dezelfde vragen voorgeschoteld. Op dit tweede tijdstip kwamen de patiënten met totaal andere, maar net zo stellige antwoorden op de proppen, wat een duidelijke aanwijzing is voor confabulatie. Het laat zien dat de neiging tot confabuleren niet enkel een symptoom is van het vroege stadium van het Korsakov-syndroom, maar ook voorkomt in de meer chronische stadia (Borsutzky e.a., 2008; Kessels e.a., 2008; Van Damme & d'Ydewalle, 2010).

### Het in kaart brengen van confabulaties

Om te bepalen of iemand een neiging tot confabuleren aan de dag legt, wordt vaak gekeken naar afwijkende prestaties op bestaande tests of taken. Noemt de persoon bijvoorbeeld veel nieuwe, niet-gepresenteerde woorden ('intrusies') tijdens een standaardgeheugentaak, zoals de 15-Woordentest (Kopelman, 1987)? Een nadeel van deze benadering is dat zulke geheugentaken werken met losse woorden en niet met narratief materiaal. De Gudjonsson Suggestibility Scale (GSS, Smeets, 2008) is wat dat betreft beter, want hierbij krijgt de persoon eerst een verhaal te horen, dat na een zeker tijdsinterval moet worden gereproduceerd. Er bestaan richtlijnen voor het scoren van confabulaties en over de normen die daarbij gelden is het nodige gepubliceerd. Een nadeel van de GSS is echter weer dat een autobiografische component in het materiaal ontbreekt.

Voor het in kaart brengen van spontane confabulaties kan met de patiënt een anamnestic gesprek aangegaan worden over zijn verleden en toekomstplannen. De achterliggende gedachte is dat het de clinicus wel zal opvallen als de patiënt tijdens zo'n gesprek confabuleert. Een nadeel van deze werkwijze is dat ze niet gestructureerd is, waardoor het subjectieve oordeel van de clinicus de boventoon voert.

Er zijn op beperkte schaal pogingen ondernomen om gestructureerde maten te ontwikkelen voor het in kaart brengen van confabulaties. In dit verband is de Dalla Barba confabulatie-test (Dalla Barba, 1993a, b) het meest onderzochte instrument. Deze heeft daarom ook de meeste potentie om te worden toegepast in de Nederlandse en Belgische/Vlaamse klinische en forensische praktijk. De oorspronkelijke test bestaat uit 95 vragen die zeven domeinen beslaan, waaronder persoonlijk semantische kennis, episodische kennis, oriëntatie in tijd en plaats, algemeen semantische kennis, linguïstische kennis, en zogenaamde 'ik-weet-het-niet'-vragen over semantische en episodische onderwerpen. De achterliggende gedachte is dat bij een systematisch gesprek over al deze domeinen patiënten met een neiging tot confabuleren zullen opvallen door de evident foute of onmogelijke antwoorden die ze zullen geven. Vooral de 'ik-weet-het-niet'-onderwerpen zijn van groot belang, omdat bij dit onderdeel de patiënt vragen krijgt voorgelegd waarop gezonde mensen doorgaans het antwoord schuldig moeten blijven ('Hoe heet de hond van Bill Clinton?').

### *Nederlandse versie*

We maakten van de Dalla Barba confabulatie-test een versie die geschikt is voor gebruik in Vlaanderen en Nederland. Onze versie volgt de oorspronkelijke test en bestaat uit:

- 1 Twintig vragen over persoonlijk semantische kennis (leeftijd, geboortedatum, huidig adres, et cetera).
- 2 Vijftien vragen over episodische kennis (bijvoorbeeld: ‘Wat heeft u gisterenavond gegeten?’).
- 3 Tien vragen over oriëntatie in tijd en plaats (bijvoorbeeld: ‘In welk jaar zijn we nu?’)
- 4 Zestien vragen over algemene semantische kennis (bekende gebeurtenissen en personen uit verleden en heden; bijvoorbeeld: ‘Wat gebeurde er met president Kennedy?’). Daarvan hebben acht vragen een algemene strekking, terwijl vier vragen specifiek in de Nederlandse context en vier vragen in de Belgische context geplaatst zijn.
- 5 Zes vragen over semantische onderwerpen die bij gezonde personen doorgaans een ‘ik-weet-het-niet’-antwoord zullen uitlokken (bijvoorbeeld: ‘Wat was het beroep van de vader van Marilyn Monroe?’).
- 6 Zes vragen over episodische thema’s die doorgaans met ‘ik-weet-het-niet’ beantwoord zullen worden (bijvoorbeeld: ‘Herinner je je nog wat je deed op 13 maart 1985?’).

Bij het vertalen van de originele test naar het Nederlands kozen we ervoor om één onderdeel (‘linguïstiek’) te laten vallen, aangezien het dicht in de buurt komt van iets wat door de meeste intelligentietests al wordt afgedekt (bijvoorbeeld ‘woordenschat’, ‘overeenkomsten’, ‘begrijpen’ van de WAIS-III). Een andere overweging was dat een kortere versie van de test makkelijker in te zetten valt. In de bijlage treft de lezer onze aangepaste versie aan.

### *Scoringsprocedure*

Antwoorden op de vragen worden gescoord als ‘juist’, ‘fout’, ‘ik weet het niet’, ‘confabulatie’ of ‘niet van toepassing’. Voor de eerste twee domeinen (persoonlijk semantisch en episodisch) wordt het antwoord van de patiënt als ‘juist’ gescoord als het overeenkomt met de collaterale informatie ingewonnen bij het verplegend personeel, andere stafleden of familie. Als bepaalde antwoorden niet kunnen worden geverifieerd, kan men het beste de ‘niet van toepassing’-codering geven. Om een onderscheid te maken tussen de categorie ‘fout’ en de categorie ‘confabulatie’ is het goed om de volgende regel in acht te nemen: als er een kleine discrepantie bestaat tussen antwoord en realiteit – neem de patiënt die zegt 63 te zijn hoewel hij in werkelijkheid 65 is – , dan wordt het antwoord als ‘fout’ gescoord. Bij grotere discrepanties – de patiënt zegt vijftig in plaats van 65 te zijn – , wordt het antwoord als ‘confabulatie’ gescoord (zie ook Merckelbach & Brands, 2008). Voor de domeinen 3 en 4 is tamelijk voor de hand liggend wat juiste antwoorden zijn. Voor domein 3 kan het onderscheid tussen ‘fout’ en ‘confabulatie’ worden gemaakt met behulp van de richtlijnen van Dalla Barba (1993a): antwoorden op de vragen over jaartal, seizoen, maand, dag van de maand, dag van de week en uur van de dag worden als ‘confabulatie’ beoordeeld als ze meer afwijken van het correcte antwoord dan respectievelijk tien jaren, één seizoen, drie maanden, vijftien dagen, drie dagen of zes uren. Aangaande de vraag over het tijdstip van de dag wordt een foutmarge van dertig minuten gebruikt. Boven de dertig minuten wordt gescoord als confabulatie. Voor de domeinen 5 en 6 worden alle antwoorden die afwijken



van een 'ik-weet-het-niet'-reactie als confabulatie gescoord. Bij bepaalde vragen kan de patiënt toevalligerwijze – stel hij is jarig op 13 maart – een plausibel antwoord geven. In dat geval wordt het item als 'niet van toepassing' gescoord. Het moet hierbij opgemerkt worden dat indien er een verdenking is van doelbewuste verdraaiing, nader symptoom-validiteitsonderzoek gewenst is.

### *Interpretatie*

Voor de Dalla Barba confabulatie-test bestaan geen empirisch gefundeerde afkappunten. Bijgevolg is de meest verstandige werkwijze een waarbij de clinicus voor de domeinen 1 tot en met 4 kijkt naar de verhouding tussen het aantal correcte antwoorden, fouten en het aantal confabulaties en voor de domeinen 5 en 6 naar het aantal confabulaties. Een patiënt een neiging tot confabuleren toedichten op grond van enkele confabulerende antwoorden in een of twee domeinen is wellicht moeilijk te verdedigen, hoewel het enige indicaties geeft. Het lijkt zinniger om daartoe over te gaan bij grotere aantallen, waarbij het beeld overigens kan wisselen per domein (zie verder). Men moet er rekening mee houden dat vooral voor de domeinen 1 en 2 het totaal aantal items kan wisselen van patiënt tot patiënt. Dat heeft er mee te maken dat niet alle vragen van toepassing zijn op elke patiënt (denk aan vragen over opname in het ziekenhuis of over de namen, leeftijd en geboortedata van kinderen).

Voor de domeinen 1 en 2 is het essentieel dat er collaterale informatie voorhanden is waaraan de antwoorden van de patiënt kunnen worden getoetst. Zulke collaterale informatie valt te halen uit eerdere rapportages over de patiënt of gesprekken met de familie, het verplegend personeel en/of de behandelende artsen.

### *Gegevens*

In een Leuvens onderzoek werd een eerdere versie van de test aangepast aan het Vlaams en ingezet bij korsakovpatiënten (Van Damme & d'Ydewalle, 2010). Meer specifiek werd de Dalla Barba confabulatie-test voorgelegd aan 35 chronische korsakovpatiënten en een controlegroep van dertig gezonde personen. De onderzoekers verwachtten dat de patiënten vooral blijf zouden geven van confabulaties bij het bevragen van de episodische domeinen (2 en 6), en minder bij het bevragen van de semantische domeinen (cf. Borsutzky e.a., 2008; Dalla Barba, 1993a). Ook onderzochten ze of er een verband bestond tussen het aantal confabulaties en het foutief aanvaarden van niet-gestudeerde woorden (intrusies) in een herkenningstest. Zoals te verwachten was, vertoonden korsakovpatiënten significant minder correcte antwoorden en maakten ze significant meer fouten op de herkenningstest voor niet-gestructureerde woorden dan de controlegroep. Confabulaties kwamen inderdaad voornamelijk voor in reactie op vragen die een beroep deden op het episodisch geheugen en vragen waarop eigenlijk geen antwoord mogelijk was (de 'ik-weet-het-niet'-categorieën; zie Tabel 1). Er was een positief verband tussen het aantal confabulaties en de neiging om niet-gestudeerde woorden als 'oud' te classificeren in een herkenningstest.

TABEL 1 Gemiddelde proporties van correcte, foute, 'ik-weet-het-niet'- en confabuloire antwoorden op de Dalla Barba confabulatie-test, van chronische korsakovpatiënten (n = 35) en een gezonde controlegroep (n = 30).

	PS	E	O	AS	WNS	WNE
KORSAKOV						
Correct	.78 (.02)	.41 (.04)	.71 (.04)	.68 (.04)	-	-
Fout	.10 (.01)	.11 (.02)	.18 (.02)	.12 (.02)	-	-
Ik weet het niet	.08 (.01)	.33 (.04)	.07 (.02)	.19 (.03)	.87 (.02)	.86 (.02)
Confabulatie	.04 (.01)	.15 (.03)	.04 (.02)	.01 (.01)	.13 (.02)	.14 (.02)
CONTROLE						
Correct	.99 (.01)	.79 (.02)	.99 (.01)	.92 (.02)	-	-
Fout	.01 (.00)	.04 (.01)	.01 (.01)	.05 (.01)	-	-
Ik weet het niet	.002 (.00)	.17 (.02)	.00 (.00)	.03 (.02)	.84 (.02)	.96 (.02)
Confabulatie	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.16 (.02)	.04 (.02)

Noot: **PS** = domein 1 persoonlijk semantisch; **E** = domein 2 episodisch; **O** = domein 3 oriëntatie in tijd en plaats; **AS** = domein 4 algemeen semantisch; **WNS** = domein 5 weet niet semantisch; **WNE** = domein 6 weet niet episodisch. De proporties werden berekend door (per persoon) het aantal antwoorden van elk type te delen door het aantal gestelde vragen in een domein; standaardfouten van het gemiddelde worden tussen haakjes weergegeven.

Uit Van Damme & d'Ydewalle (2010), *Journal of Neuropsychology*, 4, 211-230 (overgenomen met toestemming van de auteurs).

Dit onderzoek illustreert dat de Dalla Barba confabulatie-test de clinicus kan informeren over de neiging van een patiënt tot confabuleren en in welk domein die neiging zich het sterkst manifesteert.

In de kliniek dient het in kaart brengen van confabulaties een praktisch doel. Het gaat dan om het objectiveren van geheugenbepervingen, met daaraan gekoppeld het doen van uitspraken over behandeldoelen. In de forensische context staat de waarheidsvinding op de voorgrond. Denk daarbij aan een getuige die als enige wordt gehoord in een ernstig delict, maar die recent een zwaar traumatisch hersenletsel heeft opgelopen. In zulke zaken is het bepalen van de betrouwbaarheid van verklaringen van groot belang. Als de forensisch (neuro)psycholoog zich hierover moet uitspreken, kan de Dalla Barba confabulatie-test goede diensten bewijzen.

We begonnen dit artikel met twee zaken uit onze forensische praktijk. Vanuit psychologisch perspectief is terughoudendheid op haar plaats bij getuigen als mevrouw W. en meneer H. Het verhoor door de politie kan in zulke gevallen het beste conditioneel worden gemaakt op de uitkomsten van een neuropsychologisch onderzoek waarin is vastgesteld dat:

- 1 de getuige over voldoende spraakvermogen beschikt (zowel taalproductie als begrip);
- 2 het planmatig denken en handelen van de getuige voldoende is (afwezigheid van executieve stoornissen);
- 3 de getuige geen neiging vertoont om te confabuleren;
- 4 de getuige niet overmatig suggestibel is vanwege zijn aandoening.

Voor het beoordelen van het derde punt hebben wij inmiddels in zes expertisезaken de Nederlandse versie van de Dalla Barba confabulatie-test ingezet. Tabel 2 geeft een overzicht van de scores die we in deze zes zaken vonden op de diverse onderdelen van de test. We



TABEL 2 Ruwe scores op de onderdelen van de Dalla Barba confabulatie-test bij zes forensische casussen.

	PS	E	O	AS	WNS	WNE
<b>Casus I</b>						
Correct	12	4	4	2	-	-
Fout	4	0	2	0	-	-
Weet niet	2	11	1	7	4	5
Confabulatie	2	0	3	1	2	1
N.v.t.	0	0	0	0	0	0
<b>Casus II</b>						
Correct	15	2	8	6	-	-
Fout	3	3	2	1	-	-
Weet niet	0	8	0	3	3	3
Confabulatie	2	0	0	0	3	3
N.v.t.	0	2	0	0	0	0
<b>Casus III</b>						
Correct	-	-	8	4	-	-
Fout	-	-	2	4	-	-
Weet niet	-	-	0	1	1	3
Confabulatie	-	-	0	1	5	3
N.v.t.	-	-	0	0	0	0
<b>Casus IV</b>						
Correct	12	-	9	3	-	-
Fout	1	-	0	2	-	-
Weet niet	0	-	1	5	4	4
Confabulatie	0	-	0	0	2	0
N.v.t.	7	-	0	0	0	2
<b>Casus V</b>						
Correct	11	-	8	4	-	-
Fout	0	-	2	5	-	-
Weet niet	2	-	0	1	6	4
Confabulatie	0	-	0	0	0	0
N.v.t.	7	-	0	0	0	2
<b>Casus VI</b>						
Correct	12	9	6	6	-	-
Fout	0	2	4	3	-	-
Weet niet	6	1	0	0	4	5
Confabulatie	2	2	0	1	2	1
N.v.t.	0	0	0	0	0	0

Noot: PS = persoonlijk semantisch; E = episodisch; O = oriëntatie in tijd en plaats; AS = algemeen semantisch; WNS = weet niet semantisch; WNE = weet niet episodisch.

**Casus I:** traumatisch hersenletsel; **Casus II:** hersenbloeding; **Casus III:** zwakbegaafdheid, traumatisch hersenletsel en psychotische stoornis; **Casus IV:** zwakbegaafdheid en afhankelijkheid van middelen; **Casus V:** schizofrenie van het paranoïde type, zwakbegaafdheid en afhankelijkheid van middelen; **Casus VI:** hersenbloeding.

konden met de test illustreren dat bij vijf van de zes getuigen (casus 5 is de uitzondering; zie Tabel 2) een tendens tot confabuleren aanwezig was. We konden aan de hand van de Dalla Barba-test ook laten zien dat de confabulaties zich meer in het ene dan in de andere

domeinen manifesteerden; informatie die van belang kan zijn voor hoe politiemensen hun verhoor van de getuige het beste kunnen inrichten. Zo lieten de getuigen waarmee we dit artikel begonnen – casus I en II – een tendens tot confabuleren zien in de domeinen I (casus I en II), 3 (casus I), 4 (casus I), en 5 en 6 (casus I en II).

Casus VI in Tabel 2 verwijst naar het geval van een verdachte die een bekentenis had afgelegd over hoe hij zijn vriend op illegale wijze had begraven nadat die was gestikt in een frietje. De politie geloofde aanvankelijk zijn bekentenis, maar zag over het hoofd dat de verdachte recent was getroffen door cva's die omvangrijke frontale en pariëto-occipitale schade hadden veroorzaakt. Op verzoek van de raadsman van de verdachte bogen we ons over zijn geval. We namen bij de verdachte onder meer de Dalla Barba confabulatie-test af. Vooral bij de onderdelen 5 en 6 ging de verdachte zich te buiten aan confabulaties: hij wist heel precies wat hij op 13 maart 1985 had gedaan ('ik was op de markt in Tilburg') en hij vertelde met grote stelligheid over het beroep van de vader van Marilyn Monroe ('hij zat in de snoepfabricage'). De confabulaties waren niet zo maar uit de lucht gegrepen, maar verwezen naar thema's die in het leven van deze verdachte een rol speelden: het waren chronologiefouten in de zin van Wernicke. Zo was het – betoogden wij – ook met zijn bekentenis. Er was iemand (bijna) gestikt: dat was de verdachte die vanwege zijn cva's kampte met ernstige slikproblemen en niet zijn vermiste vriend. De verdachte werd uiteindelijk vrijgesproken (zie voor verdere details Merckelbach, 2011).

### Conclusie

De Nederlandse versie van de Dalla Barba confabulatie-test kan neuropsychologen werkzaam in de kliniek en in het forensische veld dus goede diensten bewijzen. Het instrument stelt hen in staat om bij relevante groepen op een systematische manier na te gaan of er sprake is van een neiging tot confabuleren. Een voordeel van het instrument is dat het meerdere domeinen aftast. Een ander voordeel is dat de uitkomsten ervan vergeleken kunnen worden met inmiddels gepubliceerd materiaal over de test (Dalla Barba, 1993a, b; Van Damme & d'Ydewalle, 2010). Een nadeel van de test is dat het empirische kennisbestand nog te gering is om duidelijke afkappunten te formuleren. Het vertalen en beschikbaar maken van de test is een stap in de richting van dit einddoel.

### Literatuur

- Berg, I. & Deelman, B. (2004). Geheugen. In: B. Deelman, P. Eling, E. de Haan & E. van Zomeren (red.), *Klinische neuropsychologie* (pp. 176-193). Amsterdam: Boom.
- Berrios, G.E. (1998). Confabulations: A conceptual history. *Journal of the History of the Neurosciences*, 7, 225-241.
- Borsutzky, S., Fujiwara, E., Brand, M. & Markowitsch, H.J. (2008). Confabulations in alcoholic Korsakoff patients. *Neuropsychologia*, 46, 3133-3143.
- Candel, I., Jelicic, M., Merckelbach, H. & Wester, A. (2003). Korsakoff patients memories of September 11, 2001. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 262-264.
- Candel, I. & Peters, M.J.V. (2009). Geheugenfouten. *Tijdschrift voor Neuropsychiatrie en Gedragsneurologie*, 8, 91-95.
- Dalla Barba, G. (1993a). Different patterns of confabulation. *Cortex*, 29, 567-581.
- Dalla Barba, G. (1993b). Confabulation: Knowledge and recollective experience. *Cognitive Neuropsychology*, 10, 1-20.
- Damme, I. van & d'Ydewalle, G. (2010). Confabulation versus experimentally induced false memories in Korsakoff patients. *Journal of Neuropsychology*, 4, 211-230.

- Fischer, R.S., Alexander, M.P., D'Esposito, M. & Otto, R. (1995). Neuropsychological and neuro-anatomical correlates of confabulation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17, 20-28.
- Gilboa, A. & Moscovitch, M. (2002). The cognitive neuroscience of confabulation: A review and model. In: A. Baddeley, M.D. Kopelman & B. Wilson. (red.), *The handbook of memory disorders* (2nd ed., pp. 315-340). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Glowinski, R., Payman, V. & Frencham, K. (2008). Confabulation: A spontaneous and fantastic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 932-940.
- Johnson, M.K., Hashtroudi, S. & Lindsay, D.S. (1993). Source monitoring. *Psychological Bulletin*, 114, 3-28.
- Kessels, R.P.C., Kortrijk, H.E., Wester, A.J. & Nys, G.M.S. (2008). Confabulation behavior and false memories in Korsakoff's syndrome: Role of source memory and executive functioning. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 220-225.
- Kopelman, M.D. (1987). Two types of confabulation. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 50, 1482-1487.
- Kopelman, M.D. (1999). Varieties of false memory. *Cognitive Neuropsychology*, 16, 197-214.
- Kopelman, M.D. (2002). Disorders of memory. *Brain*, 125, 2152-2190.
- Melo, B., Winocur, G. & Moscovitch, M. (1999). False recall and recognition: An examination of the effects of selective and combined lesions to the medial temporal lobe/diencephalons and frontal lobe structures. *Cognitive Neuropsychology*, 16, 343-360.
- Merckelbach, H. (2011). *De Leugenmachine: Over fantasten, patiënten en echte boeven*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.
- Merckelbach, H.L.G.J. & Brands, I. (2008). Een Nederlandse versie van de Cognitieve Schattingen Taak. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 3, 42-51.
- Mitchell, K. & Johnson, M. (2009). Source monitoring 15 years later: What have we learned from fMRI about the neural mechanisms of source memory? *Psychological Bulletin*, 135, 638-677.
- Moscovitch, M. (1989). Confabulation and the frontal systems: Strategic versus associative retrieval in neuropsychological theories of memory. In: H.L. Roediger, III & F.I.M. Craik (red.), *Varieties of memory and consciousness: Essays in honour of Endel Tulving* (pp. 133-160). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Peters, M.J.V., Jelicic, M., Horselenberg, R. & Merckelbach, H. (2004). De neuropsychologie van pseudo-herinneringen. *Neuropsychiatry*, 8, 97-103.
- Pyszora, N., Jaldow, E. & Kopelman, M. (2009). Amnesia. In: S. Young, M. Kopelman & G. Gudjonsson. *Forensic neuropsychology in practice: A guide to assessment and legal processes*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Schnider, A. (2003). Spontaneous confabulation and the adaptation of thought to ongoing reality. *Nature Review Neuroscience*, 4, 662-671.
- Schnider, A. (2008). *The confabulating mind: How the brain creates reality*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Smeets, T. (2008). Gudjonsson Suggestibility Scales en Gudjonsson Compliance Scale. In: T. Giesbrecht, C. de Ruiter & M. Jelicic (red.), *Forensisch psychodiagnostisch gereedschap: Malingering, psychopathie, en andere persoonlijkheidstrekken* (pp. 63-72). Amsterdam: Harcourt Assessment bv.
- Turner, M.S., Cipolotti, L., Yousry, T.A. & Shallice, T. (2008). Confabulation: Damage to a specific inferior medial prefrontal system. *Cortex*, 44, 637-648.
- Turner, M. & Coltheart, M. (2010). Confabulation and delusion: A common monitoring framework. *Cognitive Neuropsychiatry*, 15, 346-376.
- Weinstein, E.A. (1996). Symbolic aspects of confabulation following brain injury: Influence of premorbid personality. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60, 331-350.
- Wernicke, C. (1906). *Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen*. Leipzig: Thieme.
- Zaragoza, M.S., Payment, K.E., Ackil, J.K., Drivdahl, S.B. & Beck, M. (2001). Interviewing witnesses: Forced confabulation and confirmatory feedback increases false memories. *Psychological Science*, 12, 473-477.