

Correspondentieadres:

Prof. dr. H. Merckelbach

Universiteit Maastricht

Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen

Sectie Forensische Psychologie

Postbus 616

6200 MD Maastricht

h.merckelbach@maastrichtuniversity.nl

De Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): Een update

Samenvatting

We bespreken literatuur over de SIMS van na 2005 en stellen vast dat deze test: (1) een scherp onderscheid weet te maken tussen simulanten en eerlijke respondenten; (2) een verhoogde score oplevert in groepen waarvan bekend is dat er op ruime schaal klachten worden aangedikt (bijvoorbeeld veroordeelden die beweren geen herinnering te hebben aan hun delict); (3) nogal eens de plank mislaat bij schizofrene patiënten en mensen met een intellectuele beperking; (4) redelijk bestand is tegen coaching. De diagnostische slagkracht van de SIMS wordt dus niet beperkt door zijn sensitiviteit - die is voldoende - maar door zijn soms matige specificiteit. Daaraan valt iets te doen door het afkappunt hoger te leggen en door de SIMS te combineren met andere instrumenten.

Inleiding

In 1997 introduceerden de Amerikaanse psychologen Smith en Burger hun Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). De naam is misplaatst - we komen erop terug - maar verraadt wel duidelijk de ambitie van de auteurs: de SIMS beoogt het overdrijven van klachten op te sporen. Bij het construeren ervan lieten Smith en Burger zich door deze gedachte leiden: als mensen klachten willen overdrijven, zullen ze ertoe neigen om bizarre symptomen op een vragenlijst aan te vinken. Het is daarom dat de 75 items van de SIMS gaan over atypische depressie, ongeloofwaardige geheugenproblemen, onwaarschijnlijke uitingen van psychose, pseudoneurologische symptomen en opzichtige tekenen van mentale retardatie. Smith en Burger (1997) raadden een afkappunt van 14 aan: mensen zullen zo nu en dan een gek symptoom aankruisen op de SIMS, maar wie er meer dan 14 zegt te hebben, laadt de gerede verdenking op zich te overdrijven.

Wij maakten een Nederlandse vertaling van de SIMS en publiceerden vanaf 2001 regelmatig daarover (Merckelbach e.a., 2001). In 2005 verscheen een handleiding bij de SIMS (Widows & Smith, 2005), die het tot dan toe gepubliceerde onderzoek naar de merites van het instrument samenvat. Hieronder zetten we onderzoek naar de SIMS van *na* 2005 op een rijtje. We sluiten af met een paar praktische overwegingen.

Geen malingering-test

Simulanten (malingers) overdrijven hun klachten. Ze doen dat om een voordeel – uitkering, privilege et cetera – te behalen. Maar je kunt de relatie niet omkeren: niet iedereen die klachten overdrijft, is een simulant (Merten, 2010). Daarom bestaat er niet zoiets als een malingering-test. Een test kan hoogstens aantonen dat iemand klachten overdrijft, maar niet *waarom* zo iemand dat doet. De naam van de SIMS berust zodoende op een misvatting.

Het is correcter om te zeggen dat de SIMS een symptoomvaliditeitstest is. Allerlei auteurs (bijvoorbeeld Hartman, 2002) hebben zich gebogen over de kwaliteitseisen waaraan dat type test moet voldoen. De ideale symptoomvaliditeitstest maakt allereerst een scherp onderscheid tussen simulanten en eerlijke respondenten. Dat veronderstelt een behoorlijke sensitiviteit (vermogen om simulanten te detecteren) én specificiteit (vermogen om eerlijke respondenten als zodanig te classificeren). Daarmee samenhangend en ten tweede toont de ideale test zich gevoelig voor differentiële prevalentie. Dat wil zeggen: testscores vallen hoger uit bij groepen waarin simuleren vaak voorkomt dan bij groepen waarin simuleren zeldzaam is. Op de derde plaats laat de ideale test zich niet beïnvloeden door echte pathologie. En ten slotte is de ideale test bestand tegen *coaching* door, bijvoorbeeld, advocaten. Hieronder toetsen we de recente literatuur over de SIMS tegen deze vier aanbevelingen. Daartoe speurden we met Google Scholar naar studies die stoelden op de SIMS en na 2005 werden gepubliceerd.

Onderscheidend vermogen

Tabel 1 geeft een overzicht van onderzoek waarin op basis van een extern criterium groepen van simulanten en eerlijke respondenten werden gevormd en vervolgens hun scores op de SIMS met elkaar werden vergeleken. De tabel laat om te beginnen de conclusie toe dat de SIMS trefzeker is in het opsporen van simulanten. Bij een afkappunt van 14 benadert de sensitiviteit de 100%. Maar ook als de lat hoger ligt – afkappunten van 16 of 19 – cirkelt de sensitiviteit rond de 90%. Kijkend naar groepsgegevens is het onderscheidend vermogen van de SIMS behoorlijk. De gemiddelde Cohen's d is 1,68, wat verwijst naar een sterk effect. De voortvarendheid waarmee de SIMS onderscheidt tussen simulanten en eerlijke respondenten lijkt wel groter bij justitiabelen met psychiatrische klachten dan bij justitiabelen met cognitieve klachten ($d = 2,6$ versus $d = 1,1$; zie Alwes e.a., 2008). Daarmee samenhangend: uitgaand van de afkappunten 14 of zelfs 16, wijst de SIMS nogal eens eerlijke respondenten als simulant aan (matige specificiteit). Hoe zwaar men dat de test aanreken, hangt af van zijn gebruik. Als de SIMS voor een globale screening wordt ingezet – waarbij positieve uitslagen worden opgevolgd met nader onderzoek – is zijn matige specificiteit passabel. Als echter de SIMS onderdeel is van iets wat een voldragen diagnostisch onderzoek wil zijn, kan het afkappunt beter naar 19 (Clegg e.a., 2009) of – wanneer men nog meer zekerheid verlangt – 24 (Wisdom e.a., 2010) worden verlegd.

TABEL 1 Onderscheidend vermogen van de SIMS

AUTEURS	JAAR	STEEKPR.	TYPE TEST	PREVALENTIE MALINGERING	CRITERIUM	CUTOFF SIMS	SE	SP
Alwes e.a.	2008	Claimanten N = 308	Cohen's $d = 2,6$ Cohen's $d = 1,1$	Psychiatrisch:	SIRS	16	96	67
				Neurocognitief:				TOMM, VSVT, LMT
Clegg e.a.	2009	Claimanten N = 56; Controles N = 60	Cohen's $d = 1,6$	31%	SIRS	14	100	37
						16	95	51
						19	90	69
Edens e.a.	2007	Gevangenen N = 115	r SIRS = 0,81		SIRS	14	100	52
Vitacco e.a.	2007	Verdachten N = 100	Cohen's $d = 3,1$	21%	SIRS	14	100	65
Wisdom e.a.	2010	Claimanten N = 33		67%	Slick	14	96	64
						24	55	100

NB: SE = Sensitiviteit; SP = Specificiteit; SIRS = Structured Interview for Reported Symptoms; TOMM = Test of Memory Malingerings; VSVT = Victoria Symptom Validity Test; LMT = Letter Memory Test.

Slick = Slick e.a. (1999), criteria voor malingering.

Differentiële prevalentie

Tabel 2 geeft een overzicht van onderzoek naar de SIMS in uiteenlopende groepen. De eerste vier studies zijn relevant voor de kwestie van differentieële prevalentie. De veronderstelling dat het aandikken van klachten zich vaker dan normaal voordoet bij patiënten met psychogene klachten of delict-gerelateerd geheugenverlies, mag a priori plausibel heten. SIMS-scores boven het afkappunt komen een factor 0,6 - 5 vaker voor in zulke groepen dan in relevante controlegroepen. De SIMS is dus inderdaad gevoelig voor differentieële prevalentie, waarbij het er andermaal op lijkt dat deze gevoeligheid zich nadrukkelijker manifesteert naarmate het afkappunt hoger wordt gelegd (Benge e.a., 2012).

Voor het overige zijn aan Tabel 2 de volgende conclusies te verbinden. Ten eerste correleert de SIMS sterk met symptoomlijsten zoals de SCL-90 en de BDI (r 's = 0,50 - 0,72). Dat ligt voor de hand: wie in ruime mate de pseudosymptomen van de SIMS aanvinkt, zal ook op forse schaal andere symptomen rapporteren. Ten tweede hangt de SIMS zwak tot sterk (r 's = 0,22 - 0,49) samen met tests die onderprestatie beogen te meten (AKTG, WMT, MENT). Dat is handige informatie omdat psychodiagnostisch onderzoek naar symptoomvaliditeit idealiter meerdere tests omvat, bij voorkeur tests die onafhankelijk zijn (dus laag correleren). Ten derde: ofschoon sommige studies vonden dat patiënten met psychotische symptomen relatief laag scoren op de SIMS (bijvoorbeeld Vitaco e.a., 2007; Tabel 1), lijkt de nauwkeurigheid van de SIMS af te nemen bij patiënten met schizofrenie (Peters e.a., 2013) en bij personen met een verstandelijke beperking (Graue e.a., 2007). Niet valt uit te sluiten dat in deze groepen de SIMS een matige specificiteit bezit (oftewel: te veel fout-positieven genereert). Hieraan valt iets te doen door het afkappunt op te schroeven (Peters e.a., 2013).

TABEL 2 SIMS bij uiteenlopende groepen

AUTEURS	JAAR	STEEKPROEF	GROEPEN	TESTS	PREVALENTIE % > SIMS CUTOFF	CUTOFF SIMS
Van Beilen e.a.	2009	Patiënten en gezonde controles (N = 70)	Psychogene stoornissen n = 26, Neurologische patiënten n = 26 Gezonde controles n = 18	r SCL-90 = 0,70 r SCL-90 = 0,50 r SCL-90 = ns	23% 4% 0%	16
Benge e.a.	2012	Patiënten epileptiforme aanvallen N = 120	Psychogene vs. Epileptische groep	t (118) = 3,81	76% (59%) 45% (17%)	14 (19)
Cima & Van Oorsouw	2013	Gevangenen N = 31	Delict-amnesie (39%) vs. Controles (61%) Correlatie	t (29) = 2,03 r PPI-1 = 0,44		
Chen e.a.	2011	Patiënten psychogene non-epileptische aanvallen N = 51	Wel (82%) vs. Geen (18%) placebogeïnduceerde aanvallen		80% 33%	14
Dandachi- FitzGerald e.a.	2011	Patiënten psychiatrische polikliniek N = 183	Correlatie	r AKTG = -0,22 Eta ² SCL- 90 = 0,44	21%	16
Freeman e.a.	2008	Veteranen met PTSD N = 74	Correlatie	r SIRS = 0,54	53%	
Graue e.a.	2007	Personen met verstandelijke beperking N = 26			77%	16
Kunst e.a.	2011	Claimanten Schadefonds- geweldmis- drijven N = 125	Correlatie	r PTSD = 0,67	18%	16
Merten e.a.	2007	Claimanten Ongeval- verzekeringen N = 93	Correlaties	r BDI = 0,72 rho WMT = -0,44	26%	16
Merten e.a.	2009	Claimanten Ongeval- Verkeringen N = 61	Correlaties	r MENT = 0,36 r WMT = -0,49	51%	16

NB: SCL-90 = Symptom Checklist; PPI-1 = Psychopathic Personality Inventory-1; AKTG = Amsterdamse Korte Termijn Geheugentaak; PTSD = Post-Traumatic Stress Disorder; BDI = Beck Depression Inventory; WMT = Word Memory Test; MENT = Morel Emotional Numbing Test.

TABEL 2 (vervolg) SIMS bij uiteenlopende groepen

AUTEURS	JAAR	STEEKPROEF	GROEPEN	TESTS	PREVALENTIE % > SIMS CUTOFF	CUTOFF SIMS
Peters e.a.	2013	Schizofrene patiënten en gezonde controles N = 84	Schizofrene patiënten, n = 41 vs. Gezonde controles, n = 43		29% (5%) 0% (0%)	16 (25)

NB: SCL-90 = Symptom Checklist; PPI-1 = Psychopathic Personality Inventory-1; AKTG = Amsterdamse Korte Termijn Geheugentaak; PTSD = Post-Traumatic Stress Disorder; BDI = Beck Depression Inventory; WMT = Word Memory Test; MENT = Morel Emotional Numbing Test.

Coaching

Jelacic e.a. (2006, 2007, 2013) alsook Merten e.a. (2010) onderzochten of *coaching* het vermogen van de SIMS om simulanten op te sporen (sensitiviteit) aantast. Het kwam er steeds op neer dat proefpersonen een levensechte casus kregen voorgelegd, waarin een duidelijk motief school om klachten te overdrijven. De proefpersonen werd verzocht zich in te leven in de casus en psychiatrische of cognitieve problemen te veinzen. Sommige proefpersonen simuleerden naar eigen inzicht. Andere proefpersonen werden geïnformeerd over wat geloofwaardige symptomen zijn. Of ze bezaten die kennis al vanwege hun vooropleiding. Soms werden proefpersonen ook ingelicht over de rationale achter tests als de SIMS. Vervolgens vulden de aldus gecoachte simulanten de SIMS en eventueel andere tests in.

De teneur van het onderzoek op dit terrein is dat ook bij coaching en/of voorkennis de sensitiviteit van de SIMS acceptabel – om en nabij de 88% – blijft. Een nuancering is wel op haar plaats. De sensitiviteit blijft robuust als gecoachte simulanten zijn geïnstrueerd om cognitieve beperkingen (90%, Jelacic e.a., 2007) of een psychose (86%, Jelacic e.a., 2006) te veinzen. Maar als gecoachte simulanten PTSD simuleren, haalt de sensitiviteit van de SIMS slechts de 70% (Merten e.a., 2009).

Overzicht

Men zou kunnen beweren dat studies met experimentele simulanten van geringe waarde zijn omdat proefpersonen andere drijfveren hebben dan echte simulanten. Zo'n voorbehoud is niet verankerd in enige empirie. Zowel Brennan en Gouvier (2006) als Clegg e.a. (2009) vergeleken experimentele simulanten met claimanten die veinsden en vonden geen verschil in de SIMS-scores tussen beide groepen. Dat is ook wat uit Tabel 3 blijkt. Deze tabel aggregereert gegevens over twintig studies waarin de SIMS werd gebruikt en gemiddelde scores werden gerapporteerd. Duidelijk is dat experimentele simulanten in een vergelijkbaar bereik scoren als simulerende verdachten en claimanten. Duidelijk is voorts dat eerlijke claimanten en eerlijke patiënten hoger scoren dan gezonde, eerlijke controles. Daaraan valt opnieuw een argument te ontleen om het afkappunt van de SIMS boven de 16 te leggen. Ook laat de tabel zien dat veinzende claimanten lager scoren dan veinzende verdachten. Net zoals experimentele simulanten die cognitieve defecten fabriceren lager scoren dan experimentele simulanten die psychiatrische symptomen veinzen. Ten slotte maakt de tabel nog eens duidelijk dat coachen de scores op de SIMS dempt, maar niet

dusdanig dat gecoachte simulanten hun scores in het bereik van eerlijke claimanten en patiënten weten te brengen.

TABEL 3 Geaggregeerde gegevens over 20 studies, 56 substeekproeven en $N = 1792$: gewogen gemiddelden en 95% betrouwbaarheidsinterval (BI; naar boven afgerond).

GROEPEN	GEMIDDELDE (N)	95% BI
Gezonde, eerlijke respondenten	05 (372)	04-07
Eerlijke claimanten	15 (594)	13-17
Eerlijke patiënten	12 (96)	09-15
Veinzende claimanten	26 (143)	23-30
Veinzende verdachten	41 (65)	36-46
Experimentele simulanten (cognitief)	27 (191)	23-31
Experimentele simulanten (psychiatrisch)	36 (198)	32-40
Experimentele simulanten (cognitief; gecoacht)	23 (78)	20-26
Experimentele simulanten (psychiatrisch; gecoacht).	27 (55)	24-30

NB: De volledige lijst met studies waarop deze tabel is gebaseerd, is op te vragen bij de eerste auteur.

Discussie

Als maat voor klachtenoverdrijving voldoet de SIMS aan drie desiderata: zijn onderscheidend vermogen is prima, hij is gevoelig voor differentiële prevalentie en hij blijkt bestand tegen coaching. Zijn rapportcijfer voor specificiteit is minder fraai. In sommige groepen – patiënten met pseudo-epilepsie, schizofrene patiënten, personen met intellectuele beperkingen – lijkt de SIMS te veel fout-positieve uitkomsten te genereren (bijvoorbeeld Peters e.a., 2013). We schrijven met nadruk *lijkt*. Want in het onderzoek ter zake werd weliswaar aangenomen dat patiënten met SIMS-scores boven het afkappunt fout-positieve gevallen waren, maar deze aanname werd nauwelijks met redenen omkleedt. Hoogstens merkten de auteurs van deze studies op dat hun patiënten niet uit waren op een voordeel. Er kunnen echter andere redenen bestaan waarom patiënten verhoogd scoren op de SIMS. Zo kan het gebeuren dat patiënten overal ‘ja’ invullen omdat zij snel klaar willen zijn. Of het kan zijn dat de patiënten items met een ontkenning (bijvoorbeeld ‘behalve medicijnen nemen is er helemaal niets dat ik kan doen tegen de stemmen die ik hoor’) niet snappen. Maar zelfs dan heeft een verhoogde SIMS-score informatieve waarde. Hij maakt de clinicus er namelijk op attent dat ook *andere* testprestaties van de patiënten niet zonder meer voor valide kunnen worden aangenomen. Want dit is toch wel een telkens terugkerende constatering: overdrijven op de SIMS verklaart een aanzienlijk deel van het overige testgedrag (Dandachi-FitzGerald e.a., 2011; Van Beilen e.a., 2009).

Klachtenoverdrijving bestaat er in soorten en maten. Daarbij gaat het veinzen van psychiatrische klachten vaker hand in hand gaat met het aandikken van cognitieve beperkingen dan vice versa (Alwes e.a., 2008). In deze groep van generalisten – vaak te vinden in het forensische domein – is de SIMS op zijn best (zie Tabel 3). Hoe dan ook is het verstandig om de SIMS te combineren met een test die cognitieve onderprestatie peilt (bijvoorbeeld de AKTG). Deze dimensie staat betrekkelijk los van de symptoomoverdrijving waarop de

SIMS zich richt. De regel dat de patiënt op *beide* tests moet falen voordat er over klachtenoverdrijving wordt gerept, kan het risico op fout-positieven danig reduceren (Giger e.a., 2010). Deze regel – ook wel bekend als de *two-failure rule* (Victor e.a., 2009) – zou de diagnosticus in het achterhoofd moeten houden als hij de SIMS gebruikt.

De hoge sensitiviteit van de SIMS maakt hem aantrekkelijk, maar houdt ook een bedreiging in. Aan de verdere proliferatie van de SIMS kleeft namelijk het risico dat kennis over zijn afkappunten zo wijd verspreid raakt dat calculerende respondenten daarop hun testgedrag gaan enten. Het is waar dat de SIMS vooralsnog resistent blijkt tegen coaching. Maar er kan een tijd komen dat potentiële respondenten zich via het internet documenteren over hoe men klachten kan overdrijven en tegelijkertijd de SIMS ontduiken.

De hoge sensitiviteit van de SIMS is dus niet voor de eeuwigheid gegeven. Het is daarom dat er wordt gewerkt aan een alternatief voor de SIMS: de List of Indiscriminate Psychopathology (LIPP; Merten e.a., in voorbereiding). Anders dan de SIMS gaat de LIPP niet enkel over pseudosymptomen, maar omvat hij ook items die verwijzen naar reële symptomen én items die het lukraak invullen van de test zichtbaar maken. De verwachting is dat met de LIPP het eenvoudiger wordt om klachtenoverdrijving af te grenzen van echte pathologie en slordige testattitude. Het staat te bezien of deze belofte kan worden ingelost.

Voorlopig zal de diagnosticus het met de SIMS moeten doen. Het is daarbij een geruststellende gedachte dat zijn soms matige specificiteit valt te repareren door het afkappunt hoog te leggen en door de test te combineren met een taak die onderprestatie meet. Voor het overige zou een verhoogde SIMS-score moeten betekenen dat de onderzoeker of clinicus de positie van respectvol scepticisme inneemt. De aanname dat patiënten, verdachten of claimanten eerlijk zijn als zij spreken over hun symptomen mag enkel wijken voor duidelijke blijken van het tegendeel. Het is zo'n blijk van het tegendeel als zij op genereuze schaal SIMS-items omarmen.

Literatuur

- Alwes, Y.R., Clark, J.A., Berry, D.T.R. & Granacher, R.P. (2008). Screening for feigning in a civil forensic setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30, 133-140.
- Beilen, M. van, Griffioen, B.T., Gross, A. & Leenders, K.L. (2009). Psychological assessment of malingering in psychogenic neurological disorders and non-psychogenic neurological disorders: Relationship to psychopathology levels. *European Journal of Neurology*, 16, 1118-1123.
- Benge, J.F., Wisdom, N.M., Collins, R.L., Franks, R., Lemaire, A. & Chen, D.K. (2012). Diagnostic utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology for identifying psychogenic non-epileptic events. *Epilepsy & Behavior*, 24, 439-444.
- Brennan, A.M. & Gouvier, W.D. (2006). Are we honestly studying malingering? A profile and comparison of simulated and suspected malingerers. *Applied Neuropsychology*, 13, 1-11.
- *Chen, D.K., Izadyar, S., Collins, R.L., Benge, J.F., LeMaire, A.W. & Hrachovy, R.A. (2011). Induction of psychogenic nonpileptic events: Success rate influenced by prior induction exposure, ictal semiology, and psychological profiles. *Epilepsia*, 52, 1063-1070.
- *Cima, M. & Van Oorsouw, K. (2013). The relationship between psychopathy and crime-related amnesia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 23-29.
- Clegg, C., Fremouw, W. & Mogge, N. (2009). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 239-254.
- *Dandachi-FitzGerald, B. & Merckelbach, H. (2013). Feigning ≠ feigning a memory disorder: The Medical Symptom Validity Test as an example. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 46-63.

- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R.W.H.M., Peters, M.J.V. & Merckelbach, H. (2011). Cognitive underperformance and symptom overreporting in a mixed psychiatric sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 25, 812-828.
- *Edens, J.F., Poythress, N.G. & Watkins-Clay, M.M. (2007). Detection of malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: A comparison of the PAI, SIMS, and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 88, 33-42.
- *Freeman, T., Powell, M. & Kimbrell, T. (2008). Measuring symptom exaggeration in veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 158, 374-380.
- Giger, P., Merten, T., Merckelbach, H. & Oswald, M. (2010). Detection of feigned crime-related amnesia: A multi-method approach. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10, 440-463.
- Graue, L.O., Berry, D.T.R., Clark, J.A., Sollman, M.J., Cardi, M., Hopkins, J. & Werline, D. (2007). Identification of feigned mental retardation using the new generation of malingering detection instruments: Preliminary findings. *The Clinical Neuropsychologist*, 21, 929-942.
- Hartman, D.E. (2002). The unexamined lie is a lie worth fibbing: Neuropsychological malingering and the Word Memory Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 709-714.
- Jelicic, M., Hessels, A. & Merckelbach, H. (2006). Detection of feigned psychosis with the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A study of coached and uncoached simulators. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 28, 19-22.
- Jelicic, M., Merckelbach, H., Candel, I. & Geraerts, E. (2007). Detection of feigned cognitive dysfunction using special malingering tests: A simulation study in naïve and coached malingerers. *International Journal of Neuroscience*, 117, 1185-1192.
- Jelicic, M., Van Gaal, M. & Peters, M.J.V. (2013). Expert opinion doesn't help: Detecting feigned psychosis in people with psychiatric expertise using the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 38-77.
- *Kunst, M., Winkel, F.W. & Bogaerts, S. (2011). Recalled peritraumatic reactions, self-reported PTSD, and the impact of malingering and fantasy proneness in victims of interpersonal violence who have applied for state compensation. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 2186-2210.
- Merckelbach, H., Koevoets, N., Cima, M. & Nijman, H. (2001). De Nederlandse versie van de SIMS. *De Psycholoog*, 36, 586-591.
- Merten, T. (2010). Beschwerdenvalidierung bei der Begutachtung kognitiver und psychischer Störungen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 78, 1-16.
- *Merten, T., Friedel, E., Mehren, G. & Stevens, A. (2007). Über die Validität von Persönlichkeitsprofilen in der nervenärztlichen Begutachtung. *Nervenarzt*, 78, 511-520.
- Merten, T., Lorenz, R. & Schlatow, S. (2010). Posttraumatic Stress Disorder can easily be faked, but faking can be detected in most cases. *German Journal of Psychiatry*, 13, 140-149.
- Merten, T., Merckelbach, H., & Stevens, A. (in voorbereiding). *List of Indiscriminate Psychopathology (LIPP): Manual*. Berlijn: Ongedrukt manuscript.
- Merten, T., Thies, E., Schneider, K. & Stevens, A. (2009). Symptom validity testing in claimants with alleged Posttraumatic Stress Disorder: Comparing the Morel Emotional Numbing Test, the Structured Inventory of Malingered Symptomatology, and the Word Memory Test. *Psychological Injury & Law*, 2, 284-293.
- Peters, M.J.V., Moritz, S., Hausschildt, M. & Jelinek, L. (2013). Assessing the boundaries of symptom over-reporting using the Structured Inventory of Malingered Symptomatology in a clinical schizophrenia sample: Its relation to symptomatology and neurocognitive dysfunctions. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 64-77.
- Smith, G.P. & Burger, G.K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy on Psychiatry and Law*, 25, 180-183.
- Victor, T.L., Boone, K.B., Serpa, J.G., Buehler, J. & Ziegler, E.A. (2009). Interpreting the meaning of multiple symptom validity test failure. *The Clinical Neuropsychologist*, 23, 297-313.
- Vitacco, M.J., Rogers, R., Gabel, J. & Munizza, J. (2007). An evaluation of malingering screens with competency to stand trial patients: A known-groups comparison. *Law and Human Behavior*, 31, 249-260.

Widows, M.R. & Smith, G.P. (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Wisdom, N.M., Callahan, J.L. & Shaw, T.G. (2010).

Diagnostic utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology to detect malingering in a forensic sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 118-125.

* = studies die niet in de tekst werden aangehaald, maar waarvan de gegevens wel in Tabel 2 of Tabel 3 werden meegenomen.