

Het spiegelteken: een ernstig symptoom?

Nou, nee...

Douwe Van der Heide, Harald Merckelbach

SAMENVATTING

Jezelf niet in een spiegel herkennen – het spiegelteken – wordt beschouwd als de voorbode van een psychotische ontregeling. Althans door de psychiater Lacan en zijn geestverwanten. Veel Angelsaksisch georiënteerde auteurs beschouwen het als een dissociatief kernsymptoom. In dit artikel nemen we beide interpretaties onder de loep aan de hand van eigen empirisch materiaal. Dat laat zien dat te veel respondenten (studenten) het spiegelteken rapporteren om er de aankondiging van een psychose in te zien. Een behoorlijk aantal studenten meldde trouwens ook een ervaring die het tegendeel lijkt van het spiegelteken: je eigen spiegelbeeld voortdurend zien. Duidt dat op slordigheid bij respondenten? Het belang van die vraag wordt onderstreept door onze bevinding dat zelfrapportage van het spiegelteken samenhangt met de neiging om symptomen te overdrijven. Buiten de groep van psychotische patiënten moet daar – bij overrapporteren – mogelijk de betekenis van het spiegelteken worden gezocht.

Inleiding

De fraaiste beschrijving van het spiegelteken is die van Pirandello, winnaar van de Nobelprijs voor literatuur in 1927. In zijn novelle *Uno, nessuno e centomila* (Pirandello, 1926) beschrijft hij een jongeman die door zijn eigen spiegelbeeld geobsedeerd raakt, nadat zijn vrouw een onschuldige opmerking over zijn neus heeft gemaakt. De man wordt psychotisch zodra het gezicht in de spiegel zijn identiteit verliest: het kan één gezicht zijn, of geen, maar ook tien-duizend (*uno, nessuno e centomila*).

Pirandello is op dat moment al een internationaal gevierd auteur. Mogelijk is het geen toeval dat een jaar na het verschijnen van zijn novelle de Franse psychiater Abély een jongeman beschrijft die vlak voor zijn eerste psychose geobsedeerd raakt door zijn eigen spiegelbeeld (Abély, 1927). Na Abély volgen al snel soortgelijke observaties door andere Franse psychiaters en wordt het spiegelteken (*signe du miroir*) een begrip, althans in de Franstalige psychiatrische literatuur (Abély, 1930; Delmas, 1929; Ostanow, 1934). Wat opvalt, is dat patiënten bij wie het spiegelteken wordt geobserveerd, dikwijls geneigd zijn het te ontkennen. De consensus is dat het spiegelteken als vroeg symptoom van een zich ontwikkelende psychose kan worden geduid.

Ook buiten Frankrijk wordt het spiegelteken wel beschreven, bijvoorbeeld als *one-way screens* gebruikt gaan worden om psychotische patiënten te observeren (Rosenzweig & Shakow, 1937). Maar verdere theorievorming vindt vooral in Frankrijk plaats. In 1931 beschrijft Wallon de fase waarin een kind zichzelf leert herkennen in spiegels als een cruciaal onderdeel van de mentale ontwikkeling (Wallon, 1931). De psychoanalyticus Lacan werkt dat idee verder uit door te stellen dat het *stade du miroir* (spiegelstadium) de overgang naar de oedipale fase markeert. Het kind leert dan volgens Lacan voor het eerst het begrip 'ik' kennen, waarmee het opgenomen wordt in de talige wereld (*discours*) van de volwassenen. Bij psychotische volwassenen zou het spiegelteken juist een omgekeerde ontwikkeling markeren: een regressie naar een kinderlijke, pre-oedipale ervaringswereld, waarin de patiënt niet langer in staat is zichzelf van de ander af te grenzen (Lacan, 1966, pp. 93-100). Dat idee wordt een pijler onder Lacans theorie, die ook buiten Frankrijk erkenning vindt wanneer Lacan na het verschijnen van zijn *Ecrits* (Lacan, 1966) bekendheid verwerft als psychoanalytisch denker.

Het spiegelteken versus 'mirror sign'

Kinderen leren zichzelf in spiegels herkennen rond hun tweede levensjaar. Dat is een onderdeel van een ontwikkelingscascade waarvan – zoals Lacan al beweerde – het talige vermogen om naar zichzelf te verwijzen ('ik') deel uitmaakt, maar ook andere vaardigheden zoals empathie (Anderson, 1984). Op een paar soorten na – sommige primaten (Gallup, Anderson, & Shillito, 2002), dolfijnen en orka's (Delfour & Marten, 2001) en olifanten (Plotnik, De Waal, & Reiss, 2006) – zijn dieren niet in staat zichzelf in spiegels te herkennen. Van chimpansees is bekend dat ze dat vermogen op latere leeftijd weer verliezen (Povinelli, Rulf, Landau, & Bierschwale, 1993). Bij mensen komt dat verlies ook voor in het beloop van de ziekte van Alzheimer (Biringer, Anderson, & Strubel, 1988) en wordt dan makkelijk verward met een psychotisch beeld; bij een zogenaamde *phantom boarder* klaagt een alleenstaande bejaarde over een mysterieuze indringer in huis, tot blijkt dat de indringer niemand anders is dan het eigen spiegelbeeld (Hwang, Yang, & Tsai, 2003). Deze specifieke vorm van cognitief verval wordt in de Angelsaksische literatuur ook wel aangeduid als *mirror sign*, maar verschilt van het spiegelteken, omdat bij het spiegelteken de cognitieve herkenning juist wel intact is.

Het spiegelteken als depersonalisatie

Bij het spiegelteken gesticuleert of praat de patiënt tegen spiegels; een enkeling vermijdt ze juist angstvallig, bijvoorbeeld door ze te bedekken. De ervaring die aan dat gedrag ten grondslag ligt, is dat het eigen spiegelbeeld niet langer als 'eigen' wordt ervaren. De waargenomen reflectie lijkt weliswaar sterk op het eigen gezicht, maar is toch veranderd en voelt aan als wezensvreemd – alsof een dubbelganger terugstaart vanuit de spiegel. De prereflectieve, aflectieve component die zelfherkenning koppelt aan een gevoel van eigenheid, ontbreekt.

Behalve Lacan hebben allerlei andere auteurs een verklaring proberen te geven voor het spiegelteken (Goedhart & Sno, 2014). Juist vanwege het selectieve gebrek aan emotionele zelfherkenning zien de meesten een verband met depersonalisatie (Delmas, 1929; Galant, 1935; Gheorghiev, 2011; Ishida, 1954; Ostancow, 1934; Parnas & Handest 2003) en meer in het

algemeen met dissociatieve stoornissen. *The stranger in the mirror* heet bijvoorbeeld het populaire boek van Steinberg en Schnall (2001) over dissociatieve stoornissen; daarin figureert de “inability to recognize yourself in a mirror” (p. 53) als een kernsymptoom. Wat de toewijzing van het spiegelteken aan de categorie van dissociatieve stoornissen bijzonder maakt, is dat het tegendeel van het spiegelteken – jezelf voortdurend vanaf een afstand zien alsof je in de spiegel kijkt – ook geldt als dissociatief fenomeen. Die tegenhanger heet autoscopie.

Dat zowel het spiegelteken als autoscopie wordt opgevat als dissociatieve symptomen, geeft te denken. Je kunt het zien als een aanwijzing dat de categorie van dissociatieve ervaringen slecht is afgebakend. Maar je zou ook kunnen betogen dat het spiegelteken en autoscopie iets gemeen hebben, namelijk verwarring over de eigen identiteit en hoe die afgegrensd moet worden ten opzichte van de buitenwereld. Daarmee zijn we terug bij Lacan en modernere auteurs die een ontregeld gevoel van eigenheid zien als een ernstig symptoom, namelijk als de vooraankondiging van een psychologische crisis. Dat veronderstelt wel dat je dergelijke ervaringen niet snel buiten de psychiatrie tegenkomt. Helaas is de bestaande literatuur over het spiegelteken vooral gebaseerd op psychiatrische gevalsbeschrijvingen. Wil je het symptoom echter ten volle begrijpen, dan moet je je ook de vraag stellen hoe vaak dat symptoom door gezonde respondenten wordt gerapporteerd, en wat dat dan te betekenen heeft.

‘Sommige mensen herkennen zichzelf niet altijd als ze in de spiegel kijken’

‘Zet een streep om aan te geven hoe vaak u zoiets meemaakt’, aldus item 11 van de vaak gebruikte *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986). Dat komt in de buurt van het spiegelteken. Item 11 en nog 27 andere vragen van de DES inventariseren de frequentie van dissociatieve ervaringen, waarbij de respondent of patiënt per symptoom op een glijdende schaal aankruist welk percentage van de tijd hij er last van heeft (0% = nooit; 100% = altijd). In een vragenlijstsonderzoek vulden 213 studenten (gemiddelde leeftijd 20 jaar; range: 18-27 jaar) tijdens testsessies de Nederlandse (papieren) versie van de DES in, alsook enkele andere schalen die hier verder buiten beschouwing blijven. Proefpersonen werden via advertenties uitgenodigd om, in ruil voor een cadeaubon of een studiepunt (indien zij psychologie studeerden), deel te nemen aan een vragenlijstsonderzoek naar psychologische problemen. De testsessies vonden plaats in groepen van 10-15 personen en er was steeds een proefleider aanwezig die vragen kon beantwoorden. Het onderzoek was, net als het tweetal studies dat verderop wordt besproken, goedgekeurd door de ethische commissie van de faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht.

De vragenlijsten van 18 studenten werden geëxcludeerd vanwege ontbrekende waarden. Cronbachs alpha van de DES bedroeg 0,94; DES-item 11 had een gemiddelde score van 8,7 (SD = 16,6), wat op het eerste gezicht laag lijkt. Anderzijds, zo’n 10% zei minimaal 30% van de tijd het spiegelteken te ervaren (zie tabel 1). Natuurlijk is deze steekproef niet representatief voor de algemene populatie, want het ging om studenten en ze werden op vrijwillige basis geworven via advertenties. Maar toch, vergelijkbare percentages werden gerapporteerd in het Canadese bevolkingsonderzoek van Ross, Joshi, en Curie (1991). Die hoge prevalentie van het spiegelteken onder studenten en in de niet-klinische steekproef van Ross et al. (1991) laat zich moeilijk verenigen met het idee dat dit symptoom de voorbode is van een psychotische decompensatie. De lifetime-prevalentie van decompensaties is immers beduidend lager

en schommelt rond 3% (Perala et al., 2007). We doelen dan op een decompensatie die leidt tot een psychiatrische opname – het type decompensatie waar Abély (1930) het over had. Item 11 van de DES maakt deel uit van een subschaal van de DES die sondeert naar depersonalisatie. Volgens sommige auteurs gaat het om een prominent symptoom van dissociatie (Steinberg & Schnall, 2001). Anderen bestrijden dat. Zo vroegen Simeon et al. (1998) aan patiënten met een depersonalisatiestoornis of ze item 11 uit eigen ondervinding kenden; de patiënten vonden dit symptoom maar *rare or bizarre*. Wellicht is het daarom dat item 11 niet in de *Cambridge Depersonalisation Scale* (CDS; Sierra & Berrios, 2000) figureert. Ook de CDS probeert dissociatieve symptomen en dan vooral depersonalisatie te peilen en doet dat onder meer met een item over autoscopie, een ervaring die, zoals gezegd, het tegendeel beschrijft van DES-item 11.

[T a b e l 1] Prevalentie van het spiegelteken (DES item 11) en autoscopie (CDS item 15) in steekproeven van studenten.

Steekproef	I DES	II CDS	III DES
Omvang (vrouwen)	213 (161)	807 (603)	139 (106)
M DES 11/M CDS 15 [95% CI]	8,7 [6,5; 10,9]	1,26 [1,2; 1,3]	8,0 [5,6; 10,4]
% > afkappunt DES (30)/CDS (70)	28%	3,4%	23%
Frequentie DES 11/CDS 15			
≤ 10	78%	93%	77%
≤ 20	85%	96%	89%
≤ 30	90%	98%	92%
≤ 40	92%	99%	95%
≤ 50	95%	99%	98%

‘Terwijl ik klaar wakker ben, heb ik “visioenen” waarin ik mezelf van buiten kan zien; alsof ik naar mijn beeld in een spiegel aan het kijken ben’

Zo luidt item 15 uit de CDS (Sierra & Berrios, 2000), dat naar autoscopie verwijst. De CDS is een zelfrapportageschaal met 29 symptomen en wordt gebruikt om de mogelijke aanwezigheid van een depersonalisatiestoornis vast te stellen. Autoscopie (item 15) blijkt relatief zelden te worden gerapporteerd door patiënten met een depersonalisatiestoornis. Sierra, Baker, Medford, en David (2005) vonden een gemiddelde score van 1,3 (SD = 2,5) in hun patiëntengroep en daarmee werd van alle CDS-symptomen autoscopie het minst vaak genoemd. Hoe vaak zou een dergelijk atypisch item, dat bovendien veronderstelt dat een depersonaliserende patiënt zichzelf *wel* herkent in de spiegel, in een niet-klinische steekproef worden gerapporteerd? Dat onderzochten we in een groep van 900 Nederlandse studenten, die via e-mail en advertenties in plaatselijke universiteitskranten werden uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar voeding en psychologische klachten. Ze vulden een digitale versie van de CDS in, alsook vragenlijsten over depressieve symptomen en andere ervaringen, die buiten het kader van deze bespreking vallen. Voor volledig ingevulde vragenlijsten werd een kleine financiële vergoeding uitgekeerd. In totaal werden 807 vragenlijsten volledig ingevuld. De gemiddelde leeftijd van de studenten was 20 jaar (range: 18-27 jaar).

Het gebruikelijke antwoordformaat van de CDS volgend, kruisten respondenten voor elk symptoom aan hoe vaak en hoelang ze het hadden ervaren in de afgelopen zes maanden. Bij *hoe vaak* moesten ze kiezen uit: 0 = nooit; 1 = zelden; 2 = vaak; 3 = heel vaak; 4 = de hele tijd. Bij *hoelang* moesten de respondenten een keuze maken uit: 1 = een paar seconden; 2 = een paar minuten; 3 = een paar uur; 4 = ongeveer een dag; 5 = langer dan een dag; 6 = langer dan een week. Cronbachs alpha's voor duur en frequentie bedroegen respectievelijk 0,88 en 0,92. Wij waren vooral geïnteresseerd in item 15. De overgrote meerderheid (93%) van de respondenten bleek er zelden of nooit last van te hebben (zie tabel 1). Anderzijds, 1 op de 25 studenten meldde vaker dan sporadisch (> 20%) autoscopische ervaringen te hebben.

Voor de gesommeerde scores op de DES en de CDS bestaan afkappunten. Een totaalscore boven die afkappunten wordt als indicatie voor dissociatieve symptomatologie gezien. In onze eerste steekproef had 28% een score boven het afkappunt van de DES. In onze tweede steekproef had 3,4% een totaalscore boven het afkappunt van de CDS (zie tabel 1). Dat met de DES het percentage dissociatieve pathologie dat wordt aangetroffen een factor 8 groter is dan met de CDS, kan ermee te maken hebben dat de CDS meer afgebakend is en strikter onderscheid maakt tussen intensiteit en frequentie van symptomen. Ook: de studenten van de eerste steekproef vulden de DES in de aanwezigheid van anderen in, terwijl de CDS in de tweede steekproef langs digitale weg werd aangeboden. Hoe dan ook, die sterk wisselende uitkomsten bieden weinig steun aan de gedachte dat er zoiets bestaat als een onderliggende dissociatieve trek, die zich op een homogene manier manifesteert. Blijkbaar is het niet zo dat op tests voor dissociatie steeds een min of meer vergelijkbaar percentage respondenten over de afkappunten heen gaat.

'Zo'n hoofdpijn dat je voeten er zeer van doen'

Als noch een naderende psychotische decompensatie, noch een onderliggende, dissociatieve tendens een verklaring biedt voor het spiegelteken, wat dan wel? Laten we allereerst vaststellen dat er een verschil is tussen het spiegelteken ervaren en het spiegelteken rapporteren. Als psychotische patiënten het spiegelteken ervaren, hebben ze nogal eens de neiging om dat te ontkennen, aldus Abély (1930; zie ook Parnas & Handest, 2003). Anderzijds, als buiten de categorie van psychotische patiënten mensen beweren het spiegelteken te ervaren, kan dat duiden op overdrijving of dan toch in elk geval op slordige rapportage. Het is niet voor niets dat elders in de literatuur het rapporteren van een gestoorde zelfherkenning wordt uitgelegd als een teken van klachtenoverdrijving (Hall & Poirier, 2001). De redenering is daarbij als volgt. Bij het vermogen om jezelf in de spiegel te identificeren, gaat het om autobiografische kennis en passieve herkenning. Dat zijn twee nogal robuuste elementen. Daarom raakt dat vermogen pas na een forse hersenbeschadiging ontregeld. Buiten de populatie van neurologische of psychotische patiënten is het – volgens Hall en Poirier (2001) – derhalve weinig plausibel als respondenten beweren dat zij zichzelf niet in een spiegel kunnen herkennen.

Is het rapporteren van het spiegelteken een uiting van overdrijving? We namen de proef op de som en gaven de DES aan een derde steekproef van 139 studenten met een gemiddelde leeftijd van 19,6 jaar (range: 18-31 jaar). Net als in de eerste steekproef gebeurde dat met testsessies aan de universiteit, waarbij de respondenten meerdere papieren vragenlijsten invulden. We voegden vier items toe aan de DES. Het waren onwaarschijnlijke symptomen die we ont-

leenden aan Wildman en Wildman (1999): ‘Zo’n erge hoofdpijn hebben dat je voeten er zeer van doen’; ‘In de oren gezoem horen dat de hele tijd wisselt van links naar rechts’; ‘De dingen rondom me veranderen voortdurend van kleur’; ‘Het wordt me zwart voor de ogen zodra ik ga zitten’. Om die symptomen op hun frequentie te beoordelen gebruikten de proefpersonen dezelfde antwoordschaal als die van de DES (0% = nooit; 100% = altijd).

Cronbachs alpha voor de DES bedroeg 0,94. De vragenlijsten van 15 studenten moesten worden verwijderd vanwege ontbrekende antwoorden. De gemiddelde score op item 11 van de DES was vergelijkbaar met die in studie 1 (zie tabel 1) en ook nu zei een nog steeds niet-triviale minderheid (8%) dat ze er ten minste 30% van de tijd last van hadden. Maar de gemiddelde scores op onwaarschijnlijke symptomen als ‘zo’n hoofdpijn hebben dat je voeten er zeer van doen’ was minstens zo hoog: 11,4 (SD = 12,4). Scores op onwaarschijnlijke symptomen correleerden ook met het spiegelteken: $r = 0,41$ (Pearsons product-momentcorrelatiecoëfficiënt; $p < 0,01$). Dus hoe vaker respondenten beweerden last te hebben van nepsymptomen, hoe hoger ze scoorden op item 11. We rekenden uit wat er gebeurde als de 15 respondenten (11%) die wel heel erg overdreven (gemiddelde score > 25 op de nepsymptomen), uit de steekproef werden verwijderd. Hoe vaak wordt het spiegelteken dan nog gerapporteerd? Dan is het niet langer 1 op de 10 studenten die zegt dat ze er ten minste 30% van de tijd last van hebben (studie 1), maar 1 op de 20 studenten. Het rapporteren van het spiegelteken komt dus relatief vaak voor bij studenten die sterk overdrijven.

Conclusie

Het spiegelteken spreekt tot de verbeelding. Het is een merkwaardig symptoom. Het mag dan zo zijn dat het een begeleidingsverschijnsel is van psychotische ontregeling, zoals Lacan (1966) en zijn geestverwanten meenden. Maar, zo laten onze gegevens zien, de redelijk frequente rapportage ervan in gezonde steekproeven kan bezwaarlijk worden geduid als een prodromaal teken van zo’n ontregeling. Al even problematisch is de toewijzing van het spiegelteken aan de categorie van dissociatieve symptomen, waarvoor auteurs als Steinberg en Schnall (2001) zich hebben beijverd. Het symptomatische tegendeel, namelijk autoscopie, wordt ook opgevoerd als dissociatief kernsymptoom. Onderzoekers in het domein van de dissociatieve stoornissen zijn nogal tolerant als het gaat om dit verschijnsel – extreme symptomatische diversiteit. Zo wordt bij de beschrijving van depersonalisatie zowel micropsie (voorwerpen als kleiner waarnemen dan ze in werkelijkheid zijn) als macropsie (voorwerpen als groter waarnemen dan ze in werkelijkheid zijn) genoemd als symptoom (Lipsanen, Lauerma, Peltola, & Kallio, 1999). Wat hier zichtbaar wordt, is de slechte conceptuele afbakening van dissociatieve symptomatologie. Die afbakening is dermate lacunair dat dissociatieve symptomen kunnen gaan overlappen met de symptoomlijstjes in tests die worden gebruikt om veinzen te detecteren. Het spiegelteken is daarvan een voorbeeld, maar ook allerlei andere items in de DES of de CDS kunnen in dat verband worden genoemd. Zo vraagt item 7 van de CDS of de eigen handen of voeten groter of juist kleiner zijn gaan aanvoelen. Dat lijkt op item 10 van de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Van Impelen, Merckelbach, Jelicic, & Merten, 2014): ‘Ik heb gemerkt dat mijn lichaam van vorm verandert ook al blijft mijn gewicht hetzelfde’. Zo’n overlap is zorgelijk. Want wat betekent het als iemand zegt dat die zichzelf soms niet in de spiegel herkent of het idee heeft dat zijn

voeten zijn gegroeid? Is dat een dissociatief symptoom of een vorm van overrapportage (zie ook Merckelbach et al., 2015)?

Tests als de DES en de CDS omvatten uitsluitend items die zodanig zijn verwoord dat wie lukraak antwoordt, torenhoge scores behaalt en makkelijk over de afkappunten heen gaat. Die tests zijn dus gevoelig voor een positieve of slordige antwoordtendens (zie ook Meyer et al., 2013). Bovendien bevat geen van beide tests items die controleren voor de validiteit van de antwoorden. Dat is een serieuze omissie. De DES en de CDS presenteren immers een lange reeks van excentrieke ervaringen en dat simpele feit kan respondenten aanzetten tot een soort baldadigheid in hun rapportage. Men kan zoiets zien als een reactieve vorm van overrapportage (zie ook Merckelbach, Giesbrecht, Jelacic, & Smeets, 2010). Het zijn de verschillende vormen van antwoordvertekening – slordige rapportage, reactieve overrapportage – die naar onze mening ten grondslag liggen aan de correlatie die we hierboven beschreven tussen de rapportage van het spiegelteken (item 11) en het omarmen van neptsymptomen.

De kern van onze boodschap is dat scores op instrumenten als de DES en de CDS vatbaar zijn voor vertekening. Ook al lijkt een symptoom als het spiegelteken een sterke verankering te hebben in de literatuur over psychose en dissociatie, dat gegeven maakt het nog niet immuun voor overrapportage. Verschillende studies hebben laten zien dat gezonde proefpersonen heel makkelijk ertoe te brengen zijn om te overdrijven op dissociatieve tests als de DES en de CDS (Giger, Merten, Merckelbach, & Oswald, 2010; Gilbertson et al., 1992). De scores van zulke simulanten zijn niet van die van echte patiënten te onderscheiden. Buiten de muren van het psychologisch laboratorium is lang niet altijd op voorhand onmiddellijk duidelijk wie patiënt is en wie een tot overdrijving neigende respondent. Het is daarom dat we menen dat diagnostiek en ook wetenschappelijk onderzoek naar het spiegelteken en aanverwante symptomen gebaat zijn bij een strengere aanpak. Daarmee bedoelen we: een aanpak die rekening houdt met antwoordvertekeningen.

Als onze analyse juist is, heeft dat gevolgen voor de vraag wát dissociatieve kernsymptomen zijn en wát als artefacten van zelfrapportage kan worden beschouwd. De gebruikelijke manier om onderzoek te doen naar dissociatieve symptomen is inderdaad door bij proefpersonen lijsten als de DES af te nemen en er dan van uit te gaan dat elk gerapporteerd symptoom verwijst naar een latente conditie ('dissociatie'). Het alternatief is om zulke vragenlijsten meerdere keren in de tijd uit te zetten en dan met een zogenaamde netwerkanalyse, zoals beschreven door de Nederlandse onderzoekers Borsboom en Cramer (2013), te kijken naar symptomen die als pathologische gangmaker fungeren en symptomen die een meer perifere positie innemen. Een aardige illustratie van dit type benadering biedt het onderzoek van McNally en collega's (2014) naar traumagerelateerde symptomen bij slachtoffers van een aardbeving. Met hun netwerkanalyse vonden de auteurs aanwijzingen dat hypervigilantie een centrale rol speelt in de symptomatologische cascade, terwijl dissociatieve amnesie een van elke causaliteit gespeend buitenbeentje is. Die benadering zou, denken we, ook weleens informatief kunnen zijn als het gaat om de vraag wat de interne structuur is van het heterogene samenraapsel dat dissociatieve symptomen heet. Dat geldt des te meer als de herhaalde afname van symptoomlijsten zou worden gecombineerd met instrumenten die overrapporteren peilen (bijvoorbeeld: de SIMS), want dan zou kunnen blijken dat de periferie van de

dissociatieve symptomatologie geheel en al op rekening komt van overrapporteren en weinig klinische betekenis heeft.

De moraal van ons verhaal is drieledig. Ten eerste, een symptoom rapporteren is nog niet hetzelfde als een symptoom ervaren. Ten tweede, ook al is een opvallend symptoom door meerdere generaties ervaren klinici uitvoerig beschreven, dat op zich sluit niet uit dat de rapportage ervan is ingegeven door klachtenoverdrijving. Ten derde, klinisch en wetenschappelijk onderzoek naar het spiegelteken en aanverwante symptomen kan het niet stellen zonder controle op de validiteit van de rapportages. Eventueel zou hiervoor gebruik gemaakt kunnen worden van instrumenten als de SIMS, die overigens – juist om te controleren voor een positieve antwoordtendens – ook items bevat waarbij een bevestigend antwoord juist ontkenning van het gevraagde symptoom inhoudt. Vooral bij replicatiestudies kan die toevoeging interessante resultaten opleveren; een geslaagde replicatie heeft immers weinig waarde als de symptoomvaliditeit in de betreffende doelgroep achteraf alsnog onvoldoende blijkt te zijn.

Literatuur

- Abély, P. (1927). Etat schizophrénique et tendances homosexuelles. *Annales Médico-Psychologiques*, 2, 251-257.
- Abély, P. (1930). Le signe du miroir dans les psychoses et plus spécialement dans la démence précoce. *Annales Médico-Psychologiques*, 88, 28-36.
- Anderson, J.R. (1984). The development of self-recognition: A review. *Developmental Psychobiology*, 17, 35-49.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Biringer, F., Anderson, J.R., & Strubel, D. (1988). Self-recognition in senile dementia. *Experimental Aging Research*, 14, 177-180.
- Borsboom, D., & Cramer, A.O.J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.
- Delfour, F., & Marten, K. (2001). Mirror image processing in three marine mammal species: Killer whales (*Orcinus orca*), false killer whales (*Pseudorca crassidens*) and California sea lions (*Zalophus californianus*). *Behavioural Processes*, 53, 181-190.
- Delmas, M. (1929). Le signe du miroir dans la démence précoce. *Annales Médico-Psychologiques*, 87, 227-233.
- Galant, J.S. (1935). Über selten vorkommende Phänomene bei Dementia-praecox-Kranken; 17: Über das Spiegelzeichen. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 37, 211-212.
- Gallup, G.G., Jr., Anderson, J.R., & Shillito, D. (2002). The mirror test. In M. Bekoff, & C. Allen (Eds.), *The cognitive animal: Empirical and theoretical perspectives on animal cognition* (pp. 325-333). Cambridge, MA: MIT Press.
- Gheorghiev, C. (2011). *Le signe du miroir. Approche théorique et expérimentale*. Paris, France: Éditions universitaires européennes.
- Giger, P., Merten, T., Merckelbach, H., & Oswald, M. (2010). Willentliche Testverfälschung bei Verfahren zur Erfassung von Dissoziation. *Praxis der Rechtspsychologie*, 20, 131-147.

- Gilbertson, A., Torem, M., Cohen, R., Newman, I., Radojicic, C., & Patel, S. (1992). Susceptibility of common self-report measures of dissociation to malingering. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 5, 216-220.
- Goedhart, S., & Sno, H.N. (2014). Het 'signe du miroir': psychopathologische bespiegelingen aan de hand van een vergeten fenomeen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 328-335.
- Hall, H.V., & Poirier, J.G. (2001). *Detecting malingering and deception: Forensic distortion analysis*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Hwang, J.P., Yang, C.H., & Tsai, S.J. (2003). Phantom boarder syndrome in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 417-420.
- Ishida, H. (1954). Le signe du miroir. *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, 8, 1-6.
- Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Paris, France: Editions du Seuil.
- Lipsanen, T., Lauerma, H., Peltola, P., & Kallio, S. (1999). Visual distortions and dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 109-112.
- McNally, R.J., Robinaugh, D.J., Wu, G.W., Wang, L., Deserno, M.K., & Borsboom, D. (2014). Mental disorders as causal systems: A network approach to posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*. Advance online publication. doi: 10.1177/2167702614553230
- Merckelbach, H., Giesbrecht, T., Jelicic, M., & Smeets, T. (2010). Kretenzers in surveys: het probleem van onzorgvuldige respondenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 663-669.
- Merckelbach, H., Giesbrecht, T., Van der Kloet-Van Heugten, D., De Jong, J., Meyer, T., & Rietman, K. (2015). The overlap between dissociative symptoms and symptom over-reporting. *European Journal of Psychiatry*, 29, 165-172.
- Meyer, J.F., Faust, K.A., Faust, D., Baker, A.M., & Cook, N.E. (2013). Careless and random responding on clinical and research measures in the addictions: A concerning problem and investigation of their detection. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11, 292-306.
- Ostancow, P. (1934). Le signe du miroir dans la démence précoce. *Annales Médico-Psychologiques*, 92, 787-790.
- Parnas, J., & Handest, P. (2003). Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 121-134.
- Perala, J., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E., Pirkola, S., ... Lonnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64, 19-28.
- Pirandello, L. (1926). *Uno, nessuno e centomila*. Firenze, Italia: Bemporad.
- Plotnik, J.M., De Waal, F.B.M., & Reiss, D. (2006). Self-recognition in an Asian elephant. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 103, 17053-17057.
- Povinelli, D.J., Rulf, A., Landau, K., & Bierschwale, D. (1993). Self-recognition in chimpanzees (Pan troglodytes): Distribution, ontogeny and patterns of emergence. *Journal of Comparative Psychology*, 107, 347-372.
- Rosenzweig, S., & Shakow, D. (1937). Mirror behavior in schizophrenic and normal individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 86, 166-174.
- Ross, C.A., Joshi, S., & Currie, R. (1991). Dissociative experiences in the general population: A factor analysis. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 297-301.
- Sierra, M., Baker, D., Medford, N., & David, A.S. (2005). Unpacking the depersonalization syndrome: An exploratory factor analysis on the Cambridge Depersonalization Scale. *Psychological Medicine*, 10, 1523-1532.
- Sierra, M., & Berrios, G.E. (2000). The Cambridge Depersonalization Scale: A new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Research*, 93, 153-164.

- Simeon, D., Guralnik, O., Gross, S., Stein, D.J., Schmeidler, J., & Hollander, E. (1998). The detection and measurement of depersonalization disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 536-542.
- Steinberg, M., & Schnall, M. (2001). *The stranger in the mirror*. New York, NY: Quill.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28, 1336-1365.
- Wallon, H. (1931). Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre. *Journal de Psychologie*, Novembre-Décembre, 705-748.
- Wildman, R.W., & Wildman, R.W. (1999). The detection of malingering. *Psychological Reports*, 84, 386-388.

Summary

Not recognizing oneself in a mirror – ‘mirror sign’ (‘signe du miroir’) – is a symptom that heralds a psychotic breakdown according to French psychiatrist Lacan and his followers. Many Anglo-Saxon authors regard it as a dissociative symptom. In this paper, we discuss the merits of both interpretations using our own empirical data from student samples. Too many students reported the mirror sign to confirm its role as a warning sign for impending psychosis. A non-trivial portion also reported an experience that appears to be the exact opposite of the mirror sign. Does this indicate careless responding? Our finding that the self-report of the mirror sign correlates with a tendency to exaggerate suggests that it does. Outside the group of psychotic patients, the mirror sign might therefore indicate over-reporting rather than anything else.

Personalia

Douwe van der Heide is als psychiater verbonden aan GGZ Centraal.

E-mail: D.vanderheide@ggzcentraal.nl

Harald Merckelbach is als hoogleraar psychologie verbonden aan de sectie Forensische Psychologie van de Universiteit Maastricht.