

„Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome“

Die deutsche Version des „Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS“

Simulation ist definiert als absichtliches Erzeugen oder starkes Übertreiben körperlicher oder psychischer Symptome [13]. Im forensischen Kontext wird geschätzt, dass Simulation bei ca. 16% der Patienten vorliegt [17]. Dies legt nahe, dass das Phänomen der Simulation ein schwerwichtiges Problem darstellt. Straftäter simulieren möglicherweise Krankheitssymptome, um Strafmilderung, Strafaufschiebung, Exkulpierung oder die vermeintlich bequemere Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zu erreichen [13]. Auch im Rahmen der klinischen Behandlung forensischer Patienten können Simulation und Vortäuschung verschiedener Symptome zu „Als-ob-Behandlungen“ und so zu ungerechtfertigt optimistischen Einschätzungen von Behandlungserfolgen führen. Daher erscheint es wichtig, ein sensitives Untersuchungsinstrument zur Erkennung von Simulation zu entwickeln.

Tatsächlich hat es sich als sehr schwierig erwiesen, Simulation zu erkennen [23]. Im Allgemeinen wurde 3 Methoden nachgegangen. Eine davon stützt sich auf das vorhandene Intelligenz- oder Persönlichkeitsprofil (Übersicht bei Schretlen [20]). Diesem Zugang liegt die Vorstellung zugrunde, dass Simulanten in einer subtil abweichenden Art auf standardisierte Testanweisungen antworten (z. B.: „Near-

miss“-Antworten oder verschiedene Scores bei wiederholter Durchführung). Einige solcher standardisierten Instrumente enthalten Validitätsskalen, um abweichende Antwortmuster dieser Art aufzudecken. Das Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI-2 [8] ist ein Beispiel für ein Selbsteinschätzungsinstrument mit validen Skalen, von denen eine die F-Skala ist. Untersuchungen zur Brauchbarkeit der F-Skala, Simulation zu erkennen, haben unterschiedliche Ergebnisse erbracht [6]. Dementsprechend haben Wissenschaftler verschiedene Cutoff-Werte für die F-Skala bei einzelnen Untersuchungspopulationen diskutiert [2, 3, 21].

Interviewtechniken und Verhaltensbeobachtungen stellen einen 2. Zugang zur Erkennung von Simulation dar. Resnick [11] stellte z. B. fest, dass Simulanten im Rahmen üblicher Interviews einige bestimmte charakteristische Merkmale zur Schau stellen. Das „Structured Interview of Reported Symptoms“ SIRS [16] ist ein gutes Beispiel einer standardisierten Interviewtechnik, die diese charakteristischen Merkmale, wie z. B. ungläubhafte Symptome, widersprüchliche Darstellung, plötzliches Auftreten von Symptomen, Übertreiben von Symptomen und Ernsthaftigkeit der Symptome, hervorhebt. Solche Interviewtechniken haben jedoch praktische Limitierungen. Sie erfordern näm-

lich viel Zeit und gut ausgebildete Interviewer. Der 3. Zugang bezieht sich auf Selbsteinschätzungsinstrumente, die speziell für die Erkennung von Simulation konzipiert wurden. Beispiele solcher Tests sind der „Coin-in-hand“-Test [4] und der M-Test [7], die darauf zielen, simulierte Amnesie beziehungsweise simulierte Schizophrenie zu erkennen. Ein Nachteil dieser Tests ist, dass sie nur eine begrenzte Gruppe von Symptomen erfassen.

Das „Structured Inventory of Malingered Symptomatology“ SIMS [22] ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen, der eine leicht handhabbare Screeningmethode zur Erfassung von Simulation und einer Vielzahl simulierter Symptome darstellt. Das SIMS umfasst 75 Items, bei denen jeweils zwischen „wahr“ und „falsch“ entschieden werden muss. Die Items stammen aus unterschiedlichen Quellen. Einmal wurden Fragen aus vorhandenen Messinstrumenten ausgewählt wie z. B. MMPI, SIRS und Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R). In früheren Untersuchungen haben sich diese Instrumente in gewisser Hinsicht als brauchbar zur Erkennung von Simulation erwiesen [23]. Die ausgewählten Items wurden dann so umgeformt, dass sie sowohl eine bestimmte Aufdeckungsstrategie für Simulation enthalten als auch eine erhöhte Sensitivität für das Vortäuschen einer bestimmten Störung

aufweisen. Zum anderen wurden zusätzliche Items entwickelt, welche die qualitative Charakteristika von Simulanten, die in früheren Arbeiten festgestellt wurden (z. B. [11, 14, 19]), widerspiegeln. Die Items wurden dann auf 5 Skalen zu jeweils 15 Fragen aufgeteilt. Eine Skala repräsentiert jeweils eine der häufig vorgetäuschten Störungen: Niedrige Intelligenz (NI), Affektive Störung (AF), Neurologische Beeinträchtigung (N), Psychose (P) und Amnestische Störung (AM). Bestimmte Items haben einen bizarren Inhalt (z. B., „Wenn ich Stimmen höre, fühlt es sich an, als würde meine Zähne aus dem Körper heraustreten“) oder beziehen sich auf unrealistische Symptome (z. B., „Ich habe einen körperlichen Schmerz, so als ob Ameisen unter meiner Haut kribbelten“). Andere Items beziehen sich explizit auf ein bestimmtes Syndrom (z. B. Depression), wobei nur ein Fachmann erkennen kann, dass sehr atypische Symptome aufgeführt sind (z. B., „Je depressiver ich bin, um so mehr möchte ich essen“). Noch andere Items beinhalten die Wahl einer fast richtigen Antwort (z. B., „Die Woche hat 6 Tage“).

Die Antworten, die auf Simulation hinweisen, werden zusammengezählt, um den Gesamt-SIMS-Wert zu erhalten. Zu jeder der 5 Subskalen kann ein einzelner Score ermittelt werden.

Eine erste Untersuchung bezüglich der psychometrischen Eigenschaften des SIMS [22] wurde mit 476 Studenten durchgeführt. Die Teilnehmer wurden entweder einer Kontrollgruppe (d. h. ehrliches Antworten) oder einzelnen Simulationsgruppen, in denen verschiedene Störungen vorgetäuscht werden sollten, zugeordnet. Der Gesamt-SIMS-Wert erwies sich als der effizienteste Indikator für Simulation. Er identifizierte exakt 95,6% der Simulanten (Sensitivität) und 87,9% der ehrlich antwortenden Teilnehmer (Spezifität). Die einzelnen Subskalen variierten hinsichtlich ihrer Sensitivität von einem Minimum von 74,6% für die AF-Subskala bis zu einem Maximum von 88,3% für die AM-Subskala. Obwohl sich die Subskalen weniger erfolgreich in der Entdeckung von Simulation zeigten, folgerten die Autoren, dass die SIMS-Subskalen qualitative Informationen über das spezielle Syndrom, welches von den Teilnehmern vorgetäuscht wurde, liefern könnten.

Rogers et al. [18] untersuchten die Effizienz des SIMS bezüglich der Aufdeckung vorgetäuschter Antwortmuster in einem Behandlungssetting bei jungen Erwachsenen. Insgesamt füllten 53 Teilnehmer das SIMS unter ehrlichen oder gezielt vortäuschenden Bedingungen aus. Erneut zeigte sich eine hohe Sensitivität (87%), obwohl die Spezifität (62%) niedriger war als in der ursprünglichen Smith-und-Burger-Studie [22]. Aufgrund der einfachen Verständlichkeit, der hohen Sensitivität und der kurzen Form empfehlen die Autoren das SIMS als Screeningmethode.

Bei der Evaluation der Brauchbarkeit eines diagnostischen Instruments sind nicht nur Sensitivität und Spezifität wichtige Qualitätsparameter, ebenso sollten die sog. „Positive Predictive Power“ *PPP* (positive Vorhersagekraft) und „Negative Predictive Power“ *NPP* (negative Vorhersagekraft) in Betracht gezogen werden (s. [Tabelle 3](#) für technische Definitionen). Mittels *PPP* und *NPP* werden Wahrscheinlichkeitsaussagen über Personen gemacht, z. B. ob eine Person mit einem Score oberhalb des sog. Cutoffs ein Simulant ist (*PPP*) beziehungsweise mit einem Score unterhalb des sog. Cutoffs ehrlich antwortet (*NPP*). In einer Studie von Rogers et al. [18] wurde bei einem Cutoff von 16 im Gesamt-SIMS-Wert eine *PPP* von 87% erzielt. Obwohl dieser Wert für eine Screeningmethode akzeptabel ist, impliziert er auch, dass 13% der Individuen mit SIMS-Werten oberhalb des Cutoffs nicht simulieren. Rogers et al. berichteten über eine *NPP* von 94% für diesen Cutoff-Wert. Im SIMS werden also relativ wenige falsch negative Ergebnisse produziert.

In einer gemischten Stichprobe von Studenten und stationären psychiatrischen Patienten ($n=298$) fanden Merckelbach und Smith [10] relativ hohe Werte im SIMS für Sensitivität, Spezifität und *PPP* ($>90\%$), die zeigen, dass das SIMS effektiv simulierte Symptome aufdecken kann.

Bisher stützten sich fast alle Untersuchungen über die diagnostische Genauigkeit des SIMS auf gesunde Teilnehmer, die instruiert wurden, eine bestimmte Störung vorzutäuschen. Tatsächlich befasste sich bisher keine Studie mit der systematischen Untersuchung des SIMS bei forensischen Patienten. Ziel der vorliegenden

Studie war es, psychometrische Informationen bei gesunden und forensisch untergebrachten Teilnehmern zu erhalten. Dafür entwickelten wir eine deutsche Version des SIMS (SFSS; siehe Anhang). Wir untersuchten sowohl die Gesamt-SFSS-Werte als auch die Werte der einzelnen Unterskalen in einer Stichprobe von Studenten, die instruiert wurden, eine bestimmte Störung vorzutäuschen. Ihr Abschneiden wurde mit den SFSS-Daten der Stichprobe forensisch untergebrachter Patienten sowie mit einer Stichprobe von Studenten, die aufgefordert wurden, ehrlich zu antworten, verglichen. Wir nahmen die Stichprobe forensisch untergebrachter Patienten auf, da Simulation im Gebiet der forensischen Psychiatrie von großer Relevanz ist. In den Worten von Heilburn [9]: *The closer the fit between a given individual and the population and situation of those in the validation research, the more confidence can be expected in the applicability of the results*“ (S. 226)

Methode

Teilnehmer

Die Stichprobe bestand aus 266 Teilnehmern: 204 Studenten der Bonner Universität aus höheren Semestern der Fächer Informatik, Medizin, Psychologie und Theologie (98 Männer und 106 Frauen), mittleres Alter 24,4 Jahre ($SD=6,3$), sowie 62 forensische Psychiatriepatienten der Forensischen Abteilung der Rheinischen Kliniken Düren (alle männlich), mittleres Alter 38,5 ($SD=10,9$). Zwanzig Patienten waren wegen versuchter oder vollbrachter Tötungsdelikte verurteilt, die restlichen Patienten wurden aufgrund von Sexualstraftaten (22 Patienten), Körperverletzung (10 Patienten) sowie Diebstahl, Betrug und Brandstiftung (10 Patienten) untergebracht. Bezüglich der psychiatrischen Diagnose erfüllte die Mehrheit der Patienten (60 Patienten; 96%) die DSM-IV-Kriterien [1] für eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Störungen des Clusters B. Einundvierzig Patienten (66%) hatten mehr als eine Diagnose auf der Achse I. Die häufigsten Achse-I-Diagnosen waren Schizophrenie und andere psychotische Störungen (31 Patienten; 50%). Häufig waren auch Störungen

im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (27 Patienten; 44%), affektive Störungen (17 Patienten; 27%) und Angststörungen (18 Patienten; 29%). Siebzehn Patienten hatten die Diagnose einer Paraphilie (27%). Die Patienten nahmen freiwillig an mehreren Testsitzungen teil.

Untersuchungsinstrumente

Während einer Einzelsitzung füllten die Patienten den Strukturierten Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS: Deutsche Übersetzung des Structured Inventory of Malingered Symptomatology; SIMS) [22] aus. Im Rahmen einer 2. Sitzung füllten die Patienten das 567 Items umfassende MMPI-2 [8] aus.

In der vorliegenden Studie haben wir lediglich die Werte auf den Validitätsskalen des MMPI-2 betrachtet. Genauer gesagt untersuchten wir, in welchem Ausmaß diese Werte mit den Werten des SFSS korrelierten. Eine signifikante Korrelation dieser beiden Instrumente wäre ein zusätzlicher Hinweis für die Validität des SFSS. Von allen 62 Patienten standen ausführliche Krankenunterlagen zur Verfügung, die sorgfältig darauf durchgesehen wurden, ob es in der Vorgeschichte der Patienten Hinweise für ein Übertreiben von Symptomen, Manipulation oder Vortäuschung bestimmter Störungsbilder beziehungsweise für eine Amnesie im Tatablauf des Deliktes gab. Diese Untersuchung wurde von zwei Ärzten durchgeführt, die die Ergebnisse der Patienten im SFSS und MMPI-2 nicht kannten. Es erfolgte eine Einschätzung für Simulation in dichotomer Art (1=Hinweise für Simulation nicht vorhanden; 2=Hinweise für Simulation vorhanden).

Durchführung

Die Studenten füllten den SFSS (auf freiwilliger Basis) in Gruppen von ungefähr 25 Personen aus. Sie wurden 6 verschiedenen Gruppen zugeordnet. Fünf Gruppen wurden instruiert, jeweils eine bestimmte Störung vorzutäuschen, während eine Gruppe als Kontrolle diente (d. h. ehrlich antwortete). Die 5 instruierten Störungen entsprachen den 5 Subskalen des SFSS: Niedrige Intelligenz (n=27), Affektive Störung (n=31), Neurologische Beein-

Nervenarzt 2003 · 74:977–986
DOI 10.1007/s00115-002-1438-5
© Springer-Verlag 2003

M. Cima · S. Hollnack · K. Kremer · E. Knauer · R. Schellbach-Matties · B. Klein · H. Merckelbach

„Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome“. Die deutsche Version des „Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS“

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel beschreibt die psychometrischen Eigenschaften des Strukturierten Fragebogens Simulierter Symptome (SFSS), ein Instrument zur Messung von Simulation. Der SFSS wurde einer heterogenen Stichprobe forensischer Patienten (n=62) und Studenten (n=204) vorgelegt. Innerhalb der Studenten-Stichprobe wurden einige instruiert, bestimmte pathologische Zustände vorzutäuschen, wohingegen andere gebeten wurden, den Fragebogen ehrlich auszufüllen. Die Ergebnisse zeigen, dass der SFSS eine adäquate Stabilität und interne Konsistenz hat. Bei der Patienten-Stichprobe

korrelierten SFSS-Werte hoch mit manipulativen und antisozialen Persönlichkeitsmerkmalen. Insbesondere bei sexualdelinquenten Patienten mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung waren die Werte im SFSS erhöht. Unsere Ergebnisse demonstrieren, dass der SFSS eine wertvolle Screening-Methode zur Entdeckung vorgetauschter psychiatrischer Symptome ist.

Schlüsselwörter

Simulation · Antisoziale Persönlichkeitsstörung · Sexualdelinquenz

The German version of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology

Summary

The current article addresses the psychometric qualities of the German version of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS), a self-report measure of malingering. The SIMS was administered to a heterogeneous sample of forensic patients (n=62) and undergraduate students (n=204). Within the student sample, some undergraduates were instructed to feign certain pathological conditions, while others were asked to respond honestly to the SIMS items. The findings indicate that the German version of the SIMS demonstrates adequate test-

retest stability and internal consistency. In the patient sample, the SIMS was found to correlate strongly with manipulative and antisocial personality features. More specifically, SIMS scores were higher in sexually delinquent patients with antisocial personality disorders. Our findings support the SIMS as a valuable screening tool for malingering of psychiatric symptoms.

Keywords

Malingering · Antisocial personality disorder · Sexual delinquency

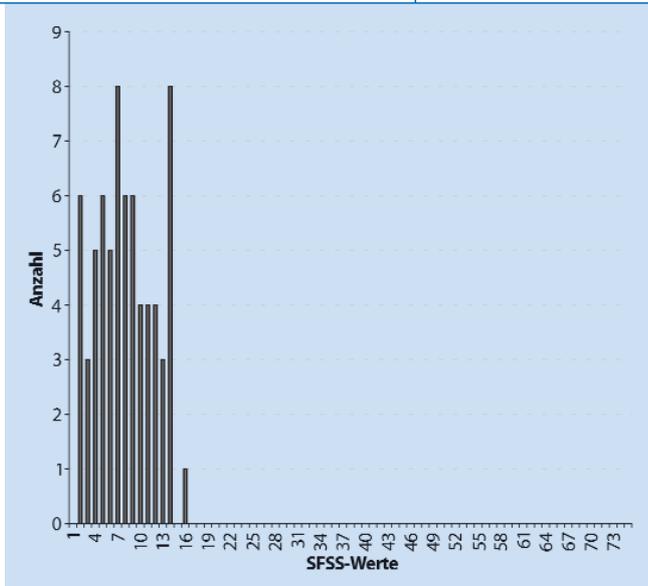


Abb. 1 ◀ Verteilung der Gesamt-SFSS-Werte der ehrlich antwortenden Kontrollteilnehmer (n=69)

trächtigkeit (n=27), Psychose (n=29) und Amnestische Störung (n=21). Die Teilnehmer der Gruppen, die eine Störung vorzutauschen sollten, erhielten detaillierte Instruktionen. In Abhängigkeit von der jeweiligen Störung sollten sie sich in verschiedene Situationen hineinversetzen, z. B. wegen schwerer Körperverletzung festgenommen zu sein und eine spezifische Störung vorzutauschen, um Strafminderung zu erreichen oder Opfer eines Autounfalls zu sein und in einem Prozess eine Störung vorzutauschen, um mehr Schmerzensgeld zu erhalten (zu dieser Vorgehensweise siehe [10, 22]). Die Teilnehmer der Kontrollgruppe (n=69) wurden aufgefordert, den SFSS ehrlich und offen auszufüllen. Die forensisch untergebrachten Psychatriepatienten füllten den SFSS zusammen mit dem MMPI-2 unter Standardbedingungen aus (d. h. unter der Vorgabe ehrlich zu antworten).

Statistische Methoden

Die Stabilität des Fragebogens wurde anhand von Pearson-Moment-Korrelationen und Cronbach's α untersucht. Hinsichtlich der Normalverteilung der Werte wurden die üblichen Häufigkeitsparameter (d. h. Schiefe und Exzess) benutzt. ANOVA, χ^2 -Verteilung und t-Tests dienen der Unterscheidung der verschiedenen Gruppen. Um Aussagen über die verschiedenen Unterskalen des Fragebogens machen zu können, wurde eine zweifaktorielle 5 (instruierte Störung) \times 5 (Subskalen)

-ANOVA mit wiederholten Messungen durchgeführt. Die diagnostische Qualität wurde mittels Spezifität, Sensitivität, PPP und NPP untersucht.

Ergebnisse

Psychometrische Stabilität

In einer getrennten Pilotstudie untersuchten wir die Stabilität der deutschen Version des SIMS. Eine Stichprobe von 18 Studenten (4 Frauen; mittleres Alter 21,6 Jahre) füllte den SFSS im Abstand von 6 Wochen 2-mal aus. Die Studenten wurden gebeten, ehrlich auf die einzelnen Items im SFSS zu antworten. Die mittleren Gesamtwerte des SFSS betragen bei der ersten Gelegenheit 8,3 (SD=6,7) und bei der zweiten 7,6 (SD=6,8). Die Pearson-Moment-Korrelation zwischen den SFSS-Werten, die bei der ersten und zweiten Testabnahme erreicht wurden, betrug 0,97. Dies zeigt eine exzellente Stabilität der SFSS-Werte.

Um psychometrische Informationen über die interne Konsistenz zu erhalten, untersuchten wir die SFSS-Werte der 69 ehrlich antwortenden Studenten in der Kontrollgruppe. Die interne Konsistenz (Cronbach's α) für die Gesamt-SFSS-Skala betrug 0,80; d. h. eine akzeptable interne Konsistenz.

▣ **Abbildung 1** zeigt die Häufigkeitsverteilung der Gesamt-SFSS-Werte der Studenten in der Kontrollgruppe. Die üblichen Häufigkeitsparameter (d. h. Schiefe und Exzess) zeigen eine annähernde Nor-

malverteilung der Werte (Schiefe=0,15; SE=0,29; Exzess=-0,99; SE=0,57). Der mittlere Gesamt-SFSS-Wert in dieser Untergruppe war 8,1 (SD=3,8). Es gab keinen Unterschied in den Gesamt-Werten zwischen Frauen und Männern, die Mittelwerte betragen 7,9 (SD=3,8) beziehungsweise 8,8 (SD=4,1) [$t(67)<1,0$]. Keiner der Teilnehmer in dieser Gruppe hatte einen Gesamt-Wert, der den Cutoff von 16 (empfohlen von Rogers et al. [18]) übertraf.

Validität

Um die Validität des SFSS zu untersuchen, wurden 7 Gruppen miteinander verglichen. Gruppe 1 (n=69) bestand aus den ehrlich antwortenden Kontrollteilnehmern (cf. supra). Die Gruppen 2 bis 6 setzten sich aus Studenten zusammen, die instruiert wurden, eine bestimmte Störung im SFSS vorzutauschen (n=135). Es gab 5 verschiedene Störungen, die simuliert werden sollten, von denen jeweils eine einer Subskala des SFSS entsprach (NI, AF, N, P und AM). Die Gruppe 7 bestand aus 62 forensisch-psychiatrischen Patienten.

In ▣ **Tabelle 1** sind die mittleren Werte der ehrlich antwortenden Kontrollteilnehmer, der instruierten simulierenden Teilnehmer sowie der forensisch-psychiatrischen Patienten dargestellt. Es wurde eine univariate Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt, um Unterschiede zwischen diesen 3 Gruppen zu evaluieren.

Die 3 Gruppen unterschieden sich signifikant hinsichtlich der mittleren Gesamt-SFSS-Werte: $F(2,241)=103,4$; $p<0,001$. Der Grad des Zusammenhangs (gemessen mittels η^2) zwischen instruierter Simulation und höheren Gesamt-SFSS-Werten lag im mittleren Bereich, wobei der Gruppenfaktor 46% der Varianz der Gesamt-SFSS-Werte erklärte. Post-hoc-t-Tests wurden durchgeführt, um paarweise Unterschiede zwischen den Gruppen zu evaluieren. Die Patienten hatten höhere SFSS-Werte als ehrlich antwortende Kontrollen [$t(129)=4,29$; $p<0,01$], wohingegen sie niedrigere SFSS-Werte als die instruierte Simulationsgruppe hatten [$t(195)=8,59$; $p<0,01$]. Ebenso erzielten ehrlich antwortende Kontrollen signifikant niedrigere Gesamt-SFSS-Werte als die instruierte Simulationsgruppe [$t(202)=13,74$; $p<0,01$]. Wie man in ▣ **Tabelle 1** sehen kann, hatte

Tabelle 1

Mittlere Gesamt-SFSS-Werte, Bereich der Gesamt-SFSS-Werte und Anzahl der Teilnehmer in Prozent, die Werte oberhalb des Cutoffs erzielen^a

Gruppen	Mittelwert	SD	Bereich	[%] >Cutoff von 16
(1)	8,09	3,84	2–16	0
(2)	31,01	13,62	4–72	86
(3)	14,13	10,97	2–65	27

^a (1) in der Kontrollgruppe (n=69), (2) in der instruierten Simulationsgruppe (n=135) und (3) in der Patientengruppe (n=62)

Tabelle 2

Werte auf den SFSS-Unterskalen der Studenten in den instruierten Simulationsgruppen^a

Skala	P	AM	N	AF	NI
Gesamt	39,79 (9,06)	26,00 (10,15)	22,41 (16,69)	30,03 (8,88)	35,22 (14,46)
P	9,90 (3,86)	1,86 (1,80)	3,04 (4,27)	2,48 (2,72)	5,33 (4,20)
AM	10,21 (3,89)	8,48 (4,06)	4,22 (4,20)	6,65 (3,91)	7,74 (4,24)
N	7,41 (3,32)	6,33 (3,35)	6,19 (4,40)	8,23 (2,87)	6,89 (3,86)
AF	8,31 (2,42)	6,95 (2,87)	6,19 (3,80)	10,87 (1,64)	6,78 (2,72)
NI	3,79 (2,47)	2,95 (2,96)	2,78 (3,72)	1,87 (1,65)	8,52 (3,58)

^a NI Niedrige Intelligenz (n=27), AF Affektive Störung (n=31), N Neurologische Beeinträchtigung (n=27), P Psychose (n=29), AM Amnestische Störung (n=21). Die Standardabweichungen sind in Klammern dargestellt

Tabelle 3

Klassifikation und Qualitätsparameter des Datenpools (N=266)

	Tatsächlich:	
	Simulierende	Ehrlich Antwortende
Vorhergesagt:		
Simulierende	117 (RP)	17 (FP)
Ehrlich Antwortende	18 (FN)	114 (RN)
Sensitivität	0,87	
Spezifität	0,86	
PPP	0,87	
NPP	0,86	

RP Richtig Positiv, FP Falsch Positiv, FN Falsch Negativ, RN Richtig Negativ. Sensitivität=RP/(RP+FN); Spezifität=RN/(FP+RN); PPP (Positive Predictive Power)=RP/(RP+FP); NPP (Negative Predictive Power)=RN/(FN+RN)

keine der Kontrollen einen Gesamt-SFSS-Wert, der den Cutoff von 16 überschritt, während 86% der instruierten Simulanten und 27% der Patienten einen Wert in diesem Bereich hatten.

Die Kontrollgruppe hatte niedrigere Gesamt-SFSS-Werte als die instruierte Gruppe für Niedrige Intelligenz [t(94)=14,44; $p<0,01$], Affektive Störung [t(98)=17,32; $p<0,01$], Neurologische Beeinträchtigung [t(94)=6,74; $p<0,01$], Psychose [t(96)=24,44; $p<0,01$] und Amnestische Störung [t(88)=12,19; $p<0,01$].

■ **Tabelle 2** zeigt die mittleren Gesamt-SFSS-Werte und SFSS-Subskalen-Werte der verschiedenen instruierten Simulationsuntergruppen. Eine zweifaktorielle 5 (Instruierte Störung) \times 5 (Subskalen) -ANOVA mit wiederholten Messungen wurde durchgeführt, um zu evaluieren,

ob die SFSS-Subskalen unterschiedlich sensitiv bezüglich der verschiedenen Simulationsinstruktionen waren. Der Haupteffekt bei instruierten Störungen [F(4,130)=8,83; $p<0,05$] zeigt, dass die instruierten Störungen sich im Hinblick auf die Gesamt-SFSS-Werte signifikant unterschieden. Der Haupteffekt der Subskalen [F(4,17)=86,5; $p<0,01$] zeigt, dass auf manchen Subskalen (z. B. AF) höhere Mittelwerte erreicht wurden als auf anderen (z. B. NI). Schließlich zeigt sich eine signifikante Interaktion zwischen instruierten Störungen und Subskalen [F(16,5)=30,7; $p<0,01$], d. h. die verschiedenen Subskalen waren unterschiedlich sensitiv bezüglich der einzelnen instruierten Störungen. Wie aus ■ **Tabelle 2** hervorgeht, erreichten also Teilnehmer, die instruiert waren, niedrige Intelligenz vorzutäuschen, den höchsten mittleren Wert auf der NI-Subskala; Teilnehmer, die für Depression instruiert waren, auf der AF-Subskala; für neurologische Beeinträchtigung instruierte Teilnehmer auf der N-Subskala und Teilnehmer, die für Amnesie instruiert waren auf der AM-Subskala. Auf der Psychose-Subskala wurden jedoch die für Psychose instruierten Teilnehmer von denen, die eine Amnesie vortäuschen sollten, übertroffen. Insgesamt stützt dies die These, dass die SFSS-Subskalen qualitative Informationen über das simulierte Syndroms liefern [22, 10].

Parameter für die diagnostische Qualität

Die Daten ehrlich antwortender Kontrollen, instruierten Simulanten und der Patienten wurden zusammengezogen, um Sensitivität, Spezifität, Positive Predictive Power (PPP) und Negative Predictive Power (NPP) zu berechnen. Wir wussten mit Sicherheit, dass in der Gesamtstichprobe von 266 Teilnehmern 135 (51%) eine bestimmte Störung simuliert hatten. Bei einem Cutoff von 16 wurden 87% der Simulanten korrekt identifiziert (Sensitivität), während 86,7% der Nichtsimulanten zutreffend klassifiziert wurden (Spezifität). Die PPP betrug 0,87. Anders gesagt, war die Wahrscheinlichkeit, dass jemand mit einem Gesamt-SFSS-Wert von 17 oder mehr ein instruiertes Simulans war, 87%. Die Angaben für Sensitivität, Spezifität, PPP und NPP sind in ■ **Tabelle 3** darge-

Tabelle 4

Häufigkeit von Patienten (n=62) mit SFSS-Werten oberhalb des Cutoffs in den Gruppen „Sexualdelinquenz“ und „Andere Straftaten“, jeweils mit und ohne APS

	Sexualdelinquenz	Andere Straftaten
APS	8 (13%)	3 (4%)
Keine APS	1 (2%)	5 (8%)

APS antisoziale Persönlichkeitsstörung

stellt. Die Spezifität von 86,7% beinhaltet eine Fehlklassifikation von 13,3%. Das heißt 13,3% der Teilnehmer, die keine Instruktion zur Simulation erhielten, erreichten einen Gesamt-SFSS-Wert oberhalb des Cutoffs. Bei genauer Betrachtung zeigte sich, dass alle diese Teilnehmer aus der Gruppe der forensisch-psychiatrischen Patienten stammten.

Patienten

Innerhalb der Patientengruppe (n=62) hatten 17 Patienten (29%) einen Gesamt-SFSS-Wert oberhalb des Cutoffs von 16. Von diesen 17 Patienten wurden 11 (65%) von den unabhängigen Beurteilern, die die Krankengeschichte überprüften, als Simulanten klassifiziert. Von den 45 Patienten mit einem Gesamt-SFSS-Wert unter 17 wurden 6 Patienten (13%) von den unabhängigen Beurteilern als Simulanten eingestuft. Dieser Unterschied ist signifikant [$\chi^2(1)=13,34; p<0,01$]. Weiterhin zeigten Korrelationsanalysen, dass der Gesamt-SFSS-Wert der Patienten-Stichprobe signifikant mit den Werten der F-Skala im MMPI-2 korrelierte ($r=0,43; p<0,01$). Wie erwartet war die Korrelation zwischen K-Skala, zielend auf das Gegenteil von Simulation (nämlich Dissimulation), und Gesamt-SFSS-Wert negativ und erreichte grenzwertige Signifikanz ($r=-0,23; p=0,09$). Ebenso korrelierte die L-Skala nicht mit dem Gesamt-SFSS-Wert ($r=0,03; p=0,83$), was zeigt, dass Simulation, gemessen mit dem SFSS, von pathologischem Lügen unterschieden werden kann. Die Werte der F-Skala im MMPI-2 von Patienten mit einem Gesamt-SFSS-Wert von 17 oder mehr waren signifikant höher als die der Patienten mit einem Gesamt-SFSS-

Wert unterhalb dieses Cutoffs [$t(60)=4,11; p<0,01$].

Um herauszufinden, ob Patienten mit einem Gesamt-SFSS-Wert oberhalb des Cutoffs gewisse Eigenschaften gemeinsam haben, studierten wir die Krankenakten hinsichtlich der Diagnose und der Art der begangenen Straftat. Die 17 Patienten mit Gesamt-SFSS-Werten oberhalb des Cutoffs konnten in 2 Untergruppen unterteilt werden. Untergruppe 1 bestand aus 5 Patienten (29%), die an einer psychotischen Störung litten. Es ist jedoch anzumerken, dass von den 45 Patienten mit einem Gesamt-SFSS-Wert unterhalb des Cutoffs 26 (58%) die Diagnose einer psychotischen Störung aufwiesen. Wäre der SFSS äußerst sensitiv für wirkliche psychotischen Störungen, so müsste man bei diesen Patienten einen erhöhten Gesamt-SFSS-Wert erwarten; dies war offensichtlich nicht der Fall. In der 2 Untergruppe von 12 Patienten (71%) hatten 11 die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und alle, bis auf 3, waren sexualdelinquent.

Um das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen Gesamt-SFSS-Werten oberhalb des Cutoffs, Sexualdelinquenz und antisozialer Persönlichkeitsstörung zu prüfen, wurde eine 2 (Sexualdelinquenz versus andere Straftaten) \times 2 (antisoziale Persönlichkeitsstörung versus andere Diagnose) -Kontingenztafel aufgestellt. In **■ Tabelle 4** ist die Häufigkeit (und prozentuale Verteilung) der Patienten mit erhöhtem Gesamt-SFSS-Wert (=17) in den sich daraus ergebenden 4 Zellen dargestellt. Am häufigsten zeigten sich diese erhöhten Werte bei sexualdelinquenten Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung. Der Anteil erhöhter Gesamt-SFSS-Werte war in dieser Zelle höher als bei den sexualdelinquenten Patienten ohne antisoziale Persönlichkeitsstörung [$\chi^2(1)=4,2; p<0,05$] oder bei den Patienten mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, die eine andere Straftat begangen hatten [$\chi^2(1)=3,7; p<0,05$].

Diskussion

Das SIMS wurde als kurze Screeningmethode zur Aufdeckung von Simulation entworfen. Die oben dargestellten Ergebnisse zeigen, dass diese Annahme einer em-

pirischen Testung stand hält. Als erstes verfügt der SFSS auch für die deutsche Version über eine adäquate Reliabilität und interne Konsistenz. Zweitens hat der SFSS eine vorhersagende Validität in dem Sinn, dass Personen, von denen man weiß, dass sie simulierte Symptome zeigen (z. B. Personen, die instruiert wurden, eine bestimmte Störung zu simulieren), höhere Werte auf dieser Skala erreichen als Kontrollpersonen. Drittens zeigt der SFSS übereinstimmende Validität; er korreliert sowohl mit einem anderen Simulationsindex (F-Skala des MMPI-2) als auch mit der Einschätzung von Simulation anhand der Krankenakte durch unabhängiger Untersucher. Zusammengefasst zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass der SFSS eine geeignete psychometrische Untersuchungs- und Screeningmethode ist.

Dieser vorsichtige Optimismus über die Brauchbarkeit des SFSS wird durch die relativ hohen Werte für Sensitivität, Spezifität, PPP und NPP, die in der vorliegenden Studie gefunden wurden, bestätigt. Alle oben genannten diagnostischen Genauigkeitsparameter lagen über 0,85. Dies unterstützt frühere Ergebnisse von Smith und Burger [22], Edens et al. [24] sowie Merckelbach und Smith [10]. Zu beachten ist, dass diese früheren Studien hauptsächlich auf Untersuchungen mit Studenten, die das SIMS ehrlich oder zur Simulation instruiert beantworteten, basieren. Mit Ausnahme der kleinen Studie von Rogers et al. [18], die sich auf jugendliche Straftäter bezieht, ist bisher keine Untersuchung mit dem SIMS in einem forensischen Kontext durchgeführt worden. Tatsächlich ist unsere Studie die erste, in der solche Daten systematisch erhoben wurden. Unsere Ergebnisse machen deutlich, dass in einer gemischten Stichprobe von ehrlich antwortenden Personen, instruierten Simulanten und forensisch-psychiatrischen Patienten die diagnostischen Genauigkeitswerte für den SFSS recht akzeptabel sind, solange man den SFSS eher als Screeningmethode betrachtet und nicht als ein Instrument, welches im Einzelfall eine Entscheidung ob der Patient simuliert, liefert [23, 18, 10].

In ihrer Studie an Studenten fanden Edens et al. [24] einige Hinweise, dass der SIMS sensitiv in Bezug auf psychopathologische Phänomene ist. Betrachtet man

Strukturierten Fragebogens Simulierter Symptome

Alter: _____ Geschlecht: _____

Kreuzen Sie bei den folgende Aussagen an:

ja: wenn die Aussage für Sie wahr oder überwiegend wahr ist.

nein: wenn die Aussage für Sie falsch oder überwiegend falsch ist.

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Manchmal verliere ich alles Gefühl in meiner Hand, so als ob ich einen Handschuh an hätte.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 11. Die Hauptstadt von Italien ist Ungarn.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 22. Vor einiger Zeit habe ich bemerkt, dass mein Gedächtnis so schlecht geworden ist, dass es ganze Tage gibt, an die ich mich nicht mehr erinnern kann.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Wenn meine Depression zu stark wird, mache ich lange Spaziergänge oder Sport, um die Spannung zu vermindern.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 12. Ich habe Mühe, mich an meine Adresse zu erinnern.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 23. Ich weine selten.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ich glaube, dass Telefonnummern nicht zufällig zugeteilt werden; sie sagen vielmehr etwas darüber aus, was Gott mit uns vorhat.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 13. Außer Medikamente einzunehmen, kann ich nichts machen, was auf die Stimmen, die ich höre, Einfluss hat.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 24. Je depressiver ich bin, um so mehr möchte ich essen.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Wenn der Schatten nach Süd-Ost zeigt, dann steht die Sonne im Nord-Osten.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 14. Deutschland hat 20 Bundesländer.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 25. Gelegentlich war ich nicht fähig, mich an die Namen oder Gesichter enger Verwandter zu erinnern, sodass Sie mir völlig fremd erschienen.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Das Essen schmeckt mir nicht mehr so wie früher.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 15. Mein größtes Problem ist mein Gedächtnis.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 26. Wegen meiner Gleichgewichtsprobleme fällt mir das Gehen schwer.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Ich lache selten.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 16. Am besten fühle ich mich morgens nach einem guten Schlaf, obwohl ich die meiste Zeit depressiv bin.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 27. Ich habe Schwierigkeiten, mich an den Wochentag zu erinnern.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Gold und Silber ähneln sich: Beides sind Metalle.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 17. Meine Stimmung ist nachts schlechter.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 28. Ich glaube, dass die Regierung Kameras in Verkehrsampeln eingebaut hat, um mich auszuspionieren.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Ich habe bemerkt, dass sich mein Schatten wild hin und her bewegt, auch wenn ich still stehen bleibe.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 18. Es passiert mir häufiger als dreimal pro Tag, dass ich aufstehe, um etwas zu holen, dann aber vergesse, was es war.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 29. Manchmal, wenn ich eine Telefonnummer notiere, bemerke ich, dass die Ziffern rückwärts auf das Papier gelangen, obwohl ich das überhaupt nicht wollte.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Ich kann mich daran erinnern, was ich vor einer Stunde gemacht habe.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 19. Manchmal bin ich so deprimiert, dass ich mich nach meinem Bett sehne, um die schlechte Stimmung wegzuschlafen.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 30. Es fällt mir schwer, das aktuelle Datum zu behalten.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Ich habe bemerkt, dass sich meine Körperform verändert, obwohl mein Gewicht gleich bleibt.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 20. Mein Hauptproblem besteht darin, dass mein Gehirn verletzt ist.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 31. Andere Menschen können mir gegen meinen Willen Gedanken eingeben.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | 21. Die Woche hat 6 Tage.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |

Strukturierten Fragebogens Simulierter Symptome

32. Ich kann schlecht schlafen.
 ja nein
33. Mein bisheriges Leben und bedeutende Ereignisse erscheinen mir oftmals von einem Moment auf den anderen schleierhaft.
 ja nein
34. Ich glaube, dass man, wenn man sich genügend anstrengt, die Gedanken anderer Leute tatsächlich sehen kann.
 ja nein
35. Manchmal sind meine Muskeln ohne ersichtlichen Grund so schlaff und kraftlos, dass sich meine Arme und Beine anfühlen, als ob sie zentnerschwer wären.
 ja nein
36. Es fällt mir schwer, meine Telefonnummer zu behalten.
 ja nein
37. Im Verlauf des Tages wird meine Stimmung immer schlechter.
 ja nein
38. Die Stimmen, die ich höre, und die andere Menschen nicht hören, sind niemals verstummt.
 ja nein
39. Ich habe einen körperlichen Schmerz, so als ob Ameisen unter meiner Haut kribbelten.
 ja nein
40. Ich kann mich nicht erinnern, ob ich jemals verheiratet war.
 ja nein
41. Ich bin nicht in der Lage, ohne Fehler von 20 bis 1 rückwärts zu zählen.
 ja nein
42. Blumen haben magische Kräfte, wie die Fähigkeit, mit Menschen sprechen zu können.
 ja nein
43. Das Einschlafen fällt mir nicht schwer, aber ich wache nachts häufig auf.
 ja nein
44. Ich habe ein dauerndes Klingen im Ohr.
 ja nein
45. Man hat mir erzählt, dass ich mich mit jemandem gestritten habe, aber ich kann mich daran gar nicht erinnern.
 ja nein
46. Kerzen sind aus Wachs gemacht.
 ja nein
47. Ich bin dauernd depressiv.
 ja nein
48. Die Stimmen, die ich höre und niemand anders hört, kommen von außerhalb meines Kopfes.
 ja nein
49. Wenn ich unterwegs bin, vergesse ich manchmal wie ich nach Hause komme.
 ja nein
50. Ich habe Mühe, gesprochene oder geschriebene Worte wiederzuerkennen.
 ja nein
51. Die Angst, die ich habe, dass mir jemand weh tut, ist so real, dass ich genau weiß, wie und wann es geschehen kann.
 ja nein
52. Es scheint, dass ich nicht mehr die Energie habe, die ich früher immer gehabt habe.
 ja nein
53. Wenn ich mich an etwas nicht mehr erinnern kann, helfen auch keine Tips.
 ja nein
54. Mein Geruchssinn hat sich nicht verändert.
 ja nein
55. Wenn ich niedergeschlagen bin, können mich meine Freunde oder Hobbies und Interessen wieder aufmuntern.
 ja nein
56. Ein Richter und ein Rechtsanwalt sind sich ähnlich: Beide sind Teile des Rechtssystems.
 ja nein
57. Eines Tages habe ich völlig unerwartet eine oder mehrere Stimmen gehört, die andere Menschen nicht hören konnten.
 ja nein
58. Eine Türe und eine Pforte sind sich ähnlich: Beides sind Öffnungen.
 ja nein
59. Obwohl ich meine Arme und Beine gut bewegen kann, habe ich bemerkt, dass manche Teile davon taub sind.
 ja nein
60. Es kommt mir so vor, als ob ich meine Gefühle nicht äußern kann.
 ja nein
61. Ich habe Mühe, mich an meinen Geburtstag zu erinnern.
 ja nein
62. In meiner Phantasie sehe ich häufig blutbedeckte Körperteile.
 ja nein
63. Gerhard Schröder ist der deutsche Bundeskanzler.
 ja nein
64. Manchmal ist mein Bein unterhalb des Knies gelähmt, und ich kann es nicht mehr bewegen.
 ja nein
65. Wenn ich Stimmen aus dem Nichts höre, möchte ich am liebsten wegrennen, aber ich kann mich dann kaum bewegen.
 ja nein
66. Ich arbeite langsam und schaffe nur wenig, weil meine Möglichkeiten so begrenzt sind.
 ja nein
67. Wenn man 1,50 DM hat und davon 50 Pfennig weggenommen werden, dann behält man 75 Pfennig übrig.
 ja nein
68. In der Reihenfolge: 1 – 12 – 123 – ..., wären die nächsten richtigen Ziffern 456.
 ja nein

Strukturierten Fragebogens Simulierter Symptome

69. Wenn ich Stimmen höre, fühlt es sich an, als würden meine Zähne aus dem Körper heraustreten.

ja nein

70. Mein Hauptproblem ist, dass es mir schwerfällt, die Dinge um mich herum zu begreifen.

ja nein

71. Einmal pro Woche spüre ich plötzlich, dass ich friere, obwohl es draußen warm ist.

ja nein

72. Auch wenn die Situation für mich schlecht aussieht, hoffe ich weiterhin, dass die Dinge irgendwann besser werden.

ja nein

73. Jemand hat 56 Äpfel und bekommt 37 dazu. Er hat dann 83 Äpfel.

ja nein

74. Seit einiger Zeit fällt mir auf, dass ich Kopfschmerzen bekomme und mir schwindelig wird, kurz bevor ich etwas vergesse.

ja nein

75. In der Reihenfolge: 11 – 22 – 33 – ..., wäre die nächste richtige Zahl 44.

ja nein

diese Untersuchung jedoch genauer, so fanden die Autoren erhöhte SIMS-Werte bei Studenten, die lediglich über psychischen Stress berichteten. Demzufolge schlossen Edens et al. ([24], S. 395): „*use of the SIMS in forensic context should still be considered with caution, given the potential for high false positive rates*“. Auf der anderen Seite stellten Merckelbach und Smith [10] fest, dass die erhöhten Gesamt-SIMS-Werte von depressiven und ängstlichen Studenten nur selten den empfohlenen Schwellenwert von 16 überstiegen. Die vorliegende Studie liefert weitere Aspekte zu dieser wichtigen Frage. Alle 17 falsch positiven SFSS-Protokolle stammten von forensisch-psychiatrischen Patienten. Weiterhin wurden von den unabhängigen Beurteilern mehr Hinweise für Simulation in den Krankenakten der 17 falsch positiven Patienten gefunden als in den Akten der Patienten mit einem Gesamt-SFSS-Wert unterhalb des Cutoffs. Ebenso waren die Werte auf der F-Skala im MMPI-2 bei den falsch positiven Patienten signifikant höher als die von Patienten mit einem Gesamt-SFSS-Wert unterhalb des Cutoffs. Es stellt sich also die Frage, ob die forensisch-psychiatrischen Patienten mit Gesamt-SFSS-Werten oberhalb des Cutoffs von 16 wirklich durch den SFSS als Simulanten fehlklassifiziert wurden. Interessanterweise hatten 8 der 17 Patienten (47%) eine Kombination von antisozialer Persönlichkeitsstörung und Sexualdelinquenz, eine weniger häufige Kombination bei Patienten mit Gesamt-SFSS-Werten unterhalb des Cutoffs (13%). Die Ergebnisse des χ^2 -Tests legen nahe,

dass diese Kombination von antisozialer Persönlichkeitsstörung mit Sexualdelinquenz zu den erhöhten Gesamt-SFSS-Werten beiträgt.

Rogers [15] fand eine vergleichbare Prävalenz von antisozialer Persönlichkeitsstörung bei echten Patienten und Simulanten. Dieser Befund stimmt mit der im DSM-IV [1] vertretenen Auffassung überein, dass eine antisoziale Persönlichkeitsstörung an sich nicht unbedingt mit Simulation verbunden ist. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen jedoch, dass weitere Untersuchungen von Simulationsphänomenen bei sexualdelinquenten Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung notwendig sind. Auf jeden Fall ist es offensichtlich, dass diese Patienten eine ausgesprochene Neigung haben, psychiatrische Symptome vorzutäuschen. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass sie ihr sexualdeviantes Verhalten oder ihre abweichenden sexuellen Präferenzen durch strategisches Darstellen und Manipulieren psychiatrischer Symptome rechtfertigen.

Wenn man annimmt, dass mindestens 11 von 17 Patienten mit einem Gesamt-SFSS-Wert oberhalb des Schwellenwertes Simulanten sind, fällt der prozentuale Anteil der falsch-positiven Bewertungen auf 6%, während Sensitivität, Spezifität und PPP sich noch erhöhen (0,88; 0,94 und 0,95). Insgesamt unterstreicht dies die Brauchbarkeit des SFSS als ein Screeninginstrument zur Entdeckung simulierter Psychopathologie.

Zwei Limitierungen der vorliegenden Studie sollten beachtet werden.

- Wie auch immer man die Häufigkeit für Simulation in unserer Studie berechnet (die 51%-Häufigkeit, die von den instruierten Studenten gebildet wird oder die 54%-Häufigkeit, die instruierte Studenten sowie Patienten, die Hinweise für Simulation boten, umfasst), sie ist unrealistisch hoch. Rogers et al. [17] schätzten die Basisrate für Simulation in einem forensischen Setting auf 16%. Diagnostische Genauigkeitsparameter wie PPP und NPP sind jedoch sehr von einer solcher Basisrate abhängig (z. B. [10]). Daher ist es auch vorstellbar, dass die diagnostische Genauigkeit des SFSS abnimmt, wenn in Studien eine realistischere Basisrate für Simulation benutzt wird. Hier sind auf jeden Fall weitere Untersuchungen erforderlich.
- Unsere Patientenstichprobe war heterogen zusammengesetzt. Obwohl wir Hinweise dafür fanden, dass der Gesamt-SFSS-Wert bei einigen Patienten erhöht war, wäre eine größere Stichprobe forensisch-psychiatrischer Patienten erforderlich, um festzustellen, ob der Gesamt-SFSS-Wert spezifisch mit bestimmten Merkmalen forensisch-psychiatrischer Patienten zusammenhängt. Diese Frage verdient ebenso eine systematische Untersuchung. Trotz dieser Limitierungen unterstützt unsere Studie die These, dass der SFSS eine reliable und valide Screeningmethode darstellt.

Korrespondierender Autor

Dipl.-Psych. M. Cima

Abteilung für Experimentelle Psychologie,
Universität Maastricht, P.O. Box 616, 6200 MD,
NL-Maastricht

Literatur

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (4th edn). Washington, DC
- Bagby RM, Rogers R, Buis T (1994) Detecting malingering and defensive responding on the MMPI-2 in a forensic inpatient sample. *J Personal Assess* 62: 191–203
- Berry DTR, Bear RA, Harris MJ (1991) Detection of malingering on the MMPI: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 11: 585–589
- Cochrane HJ, Baker GA, Meudell PR (1998) Simulating a memory impairment: can amnestics implicitly outperform simulators? *Br J Clin Psychol* 37: 31–48
- Graham JR, Watts D, Timbrook R (1991) Detecting fake-good and fake-bad MMPI-2 profiles. *J Personal Assess* 57: 264–277
- Green RL (1988) Assessment of malingering and defensiveness by objective personality measures. In: Rogers R (ed) *Clinical assessment of malingering and deception*. Guilford, New York, pp 169–207
- Grow R, McVaugh W, Eno TD (1980) Faking and the MMPI. *J Clin Psychol* 36: 910–917
- Hathaway SR, McKinley JC (1983) *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. The Psychological Corporation, New York
- Heilburn K (1992) The role of psychological testing in forensic assessment. *Law Hum Behav* 16: 257–272
- Merckelbach H, Smith GP (2002) Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering (im Druck)
- Resnick PJ (1984) The detection of malingered mental illness. *Behav Sci Law* 2: 20–38
- Resnick PJ (1988) Malingered Psychosis. In: Rogers R (ed) *Clinical assessment of malingering and deception*. Guilford, New York, pp 34–53
- Resnick PJ (1997) Malingered Psychosis. In: Rogers R (ed) *Clinical assessment of malingering and deception*. Guilford, New York, pp 47–67
- Rogers R (1984) Towards an empirical model of malingering and deception. *Behav Sci Law* 2: 93–112
- Rogers R (1990) Development of a new classificatory model of malingering. *Bull Am Acad Psychiatr Law* 18: 323–333
- Rogers R, Bagby RM, Dickens SE (1992) Structured Interview of Reported symptoms (SIRS) and professional manual. *Psychological Assessment Resources*, Odessa, FL
- Rogers R, Sewell KW, Goldstein AM (1994) Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law Hum Behav* 18: 543–552
- Rogers R, Hinds JD, Sewell KW (1996) Feigning psychopathology among adolescent offenders: Validation of the SIRS, MMPI-A, and SIMS. *J Personal Assess* 67: 244–257
- Seamons DT, Howell RJ, Carlisle AL, Roe AV (1981) Rorschach simulation of mental illness and normality by psychotic and nonpsychotic legal offenders. *J Personal Assess* 45: 130–135
- Schretlen DJ (1988) The use of psychological tests to identify malingered symptoms of mental disorder. *Clin Psychol Rev* 8: 451–476
- Schretlen D, Wilkens SS, Van Gorp WG, Bobholz JH (1992) Cross-validation of a psychological test battery to detect faked insanity. *Psychol Assess* 4: 77–83
- Smith GP, Burger GK (1997) Detection of Malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *J Am Acad Psychiatr Law* 25: 183–189
- Smith GP (1997) Assessment of malingering with self-report instruments. In: Rogers R (ed) *Clinical assessment of malingering and deception*. Guilford, New York, pp 351–370
- Edens JF, Otto RK, Dwyer T (1999) Utility of the structured inventory of malingered symptomatology in identifying persons motivated to malingering psychopathology. *J Am Acad Psychiatry Law* 17:387–396

DerNervenarzt.de

„Online First“

Der Nervenarzt informiert Sie regelmäßig über praxisrelevante Themen und die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse Ihres Fachgebiets. Um die Publikationszeiten zu verkürzen und Ihnen einen noch schnelleren Zugriff auf aktuelle Beiträge zu ermöglichen, heißt es ab sofort „Online First“.

Unter dem Begriff „Archiv“ finden Sie auf der Zeitschriftenhomepage den Zugang zum elektronischen Volltextarchiv Ihrer Zeitschrift. Hier stehen Ihnen unter „Online First“ aktuelle Beiträge bereits vor dem Erscheinen der gedruckten Ausgabe als HTML-Version zur Verfügung. Jeder „Online-First“-Beitrag ist durch eine elektronische Identifizierungsnummer, den Digital Object Identifier (DOI), eindeutig gekennzeichnet, sofort zitierfähig und suchbar.

Als besonderen Zusatznutzen enthält die HTML-Version Referenz-Verlinkungen, die Sie direkt zu den Originalzitaten auf SpringerLink, ChemPort und Pubmed führen. Ein Service, der Ihnen ein Mehr an Informationen in Ihrem Fachgebiet sichert.

Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?

Wir freuen uns über Ihre E-Mail an

springerlink@springer.de

Ihre Redaktion Fachzeitschriften

Medizin/Psychologie