

Wat moet de psycholoog doen als hij of zij constateert dat de cliënt symptomen simuleert?

Forum

Het taboe van de simulerende cliënt

Kanttekeningen bij Hofstee (2005)

Onlangs stond Willem Hofstee (2005) in dit blad stil bij het probleem waarvoor de psycholoog zich gesteld ziet als hij of zij constateert dat een cliënt klachten simuleert.¹ Stel dat de cliënt werd verwezen door een uitkerende instantie of een verzekeringsmaatschappij. Moet de psycholoog deze partijen er dan over informeren dat de cliënt zijn problemen aandikt of zelfs fabriceert? Nee, zegt Hofstee. Hij acht dat in strijd met de beroepscode van het NIP. Hij vindt bovendien dat een dergelijke handelwijze slecht past bij de missie van de psychologie als vak. De psycholoog is geen privédetective die zich op slaafse wijze in dienst moet stellen van juridische of economische belangen, aldus Hofstee. De psychologie, zo betoogt Hofstee, gaat over *intersubjectiviteit*. Daarom vindt hij dat de psycholoog de dialoog moet aangaan met de simulant. Daarin zou de psycholoog de simulant ervan moeten proberen te overtuigen dat het voor alle partijen beter is als de cliënt zijn bedrog opgeeft. Hieronder leggen we uit waarom we het oneens zijn met deze visie.

Geen academische kwestie

Het is de verdienste van Hofstee's artikel dat het een onderbelicht probleem aansnijdt. Psychologen zijn zich pas onlangs gaan realiseren dat onder sommige omstandigheden het simuleren van klachten op een niet-triviale schaal voorkomt. Nog niet eens zo heel lang geleden beweerden allerlei vooraanstaande auteurs met grote stelligheid dat simulerende patiënten een zeldzaamheid zijn (zie bijvoorbeeld Gerson, 2002). Een variant hierop is het uit de psychoanalyse afkomstige idee dat ook simuleren een vorm van ziekte is en dat simulanten bijgevolg recht hebben op behandeling (zie voor voorbeelden Resnick, 1997). Inmiddels zijn zulke opvattingen ingehaald door empirisch onderzoek. Er zijn nogal wat studies die laten zien dat in tamelijk nauwkeurig te omschrijven groepen het simuleren van symptomen meer dan zeldzaam is. Het gaat dan bijvoorbeeld om posttraumatische klachten bij soldaten (Guriel & Fremouw, 2003), om cognitieve beperking bij slachtoffers met licht hersenletsel (Greiffenstein et al., 1994) en geheugenproblemen of psychotische symptomen bij verdachten of veroordeelde delinquenten (Jaffe & Sharma, 1998; Mittenberg et al., 2002). Het is waar dat de meeste studies op dit terrein uit Noord-Amerika komen. Toch zou het naïef zijn om te denken dat het probleem zich in ons land niet voor doet. Instructief is het onderzoek van de psychiater Van Egmond

Gewoon rapporteren en er geen doekjes om winden. Als dit zich verzet tegen de beroepscode van het NIP, dan is het de

hoogste tijd de code op dit punt aan te passen.

Harald Merckelbach en Marko Jelicic

(2005). Hij vond dat 40% van de patiënten die een polikliniek psychiatrie bezochten, een – wat hij noemt – ‘nevenmotief’ had. Deze

patiënten waren uit op medische of psychologische verklaringen die zij bij financiële of juridische kwesties – te denken valt aan wao- of verblijfsvergunningprocedures – konden inbrengen.² Van Egmond vond ook dat slechts een kleine minderheid van de therapeuten (15%) zich realiseerde dat hun patiënten een dergelijk doel nastreefden. Hij benadrukt dat zo'n verborgen agenda de voortgang in de behandeling kan blokkeren en rapporteert cijfers die in deze richting wijzen. We gaan niet beweren dat de 40% van Van Egmond enkel bestaat uit simulanten. Wél geven deze Nederlandse cijfers er alle aanleiding toe om het fenomeen van de simulerende cliënten serieus te nemen (zie verder Hoogstraten & Kemperman, 2005; Schmand et al., 1998).

Aan het probleem dat Hofstee ter sprake brengt, kleeft ook een praktische – om niet te zeggen: omineuze – kant. Zo kennen we collega's die op hun kop kregen van het College van Toezicht omdat zij in hun rapportage aan de opdrachtgever – doorgaans een keurings- of verzekeringsarts – de klachten van een cliënt in verband brachten met simulatie. Voor zover wij dat kunnen overzien ging het daarbij om rapportages die tot stand kwamen op basis van deugdelijk onderzoek.

Liegende cliënten

Wie moet onderzoek verrichten naar het simuleren van klachten en de kwestie in voorkomende gevallen aankaarten bij de uitkerende instanties of verzekeringsmaatschappijen? Hofstee (2005) betoogt dat andere experts dan de psycholoog die klus maar moeten klaren. Hij schrijft (p. 674): 'Of iemand schuldig is aan bijvoorbeeld het plegen van bedrog, is ter competentie van de jurist.' Als Hofstee bedoelt te zeggen dat enkel de rechter uitmaakt of een verdachte schuldig is aan een of ander strafrechtelijk equivalent van bedrog, dan heeft hij natuurlijk gelijk. Maar dat is geen opwindende constatering. Als Hofstee bedoelt te zeggen dat juristen wél en psychologen niet competent zijn om vast te stellen of iemand psychische klachten of cognitieve beperkingen simuleert, dan is dat een merkwaardig standpunt.

Wat doet de cliënt die klachten voorwendt om zodoende een voordeel – uitkering, schadevergoeding, strafvermindering, verblijfsvergunning – te behalen? Zo'n cliënt liegt. In de psychologie is het ontmaskeren van leugenaars een onderwerp met een lange

traditie. Het komt al uitvoerig ter sprake bij Hugo Munsterberg, een van de grondleggers van de psychologie in het algemeen en de rechtspsychologie in het bijzonder (Doyle, 2005). Een lange reeks van studies in de voetsporen van Munsterberg heeft laten zien dat het op basis van een gesprek, interview of ondervraging welhaast onmogelijk is om vast te stellen of iemand liegt (zie daarover Vrij, 1998). De kliniek vormt op deze regel geen uitzondering. Neem het onderzoek van Hickling en collega' (2002). Zij instrueerden acteurs om posttraumatische klachten te simuleren en stuurden hen vervolgens naar een kliniek die gespecialiseerd was in de diagnostiek en behandeling van zulke klachten. De onderzoekers waren benieuwd of de experts van de kliniek tijdens de intakegesprekken met de simulanten argwaan zouden krijgen. Maar dat was nooit het geval.³

Wie is de expert?

Als ze zijn aangewezen op de *intersubjectieve ontmoeting* van Hofstee, scoren experts – ook de juristen en politiemensen – bij het detecteren van leugenaars niet boven kansniveau. Maar het goede nieuws is dat een kleine eeuw psychologisch onderzoek ook heeft duidelijk gemaakt welke strategieën – in jargon *fake bad response styles* genoemd – simulanten hanteren om een zieke indruk op experts te maken (Hall & Poirier, 2001). Een favoriete strategie is het zwaar aanzetten van geheugenklachten in combinatie met het veinzin van totale desoriëntatie. Een andere strategie is het claimen van bizarre en non-existente symptomen. Er bestaan allerlei tests en taken die gevoelig zijn voor zulke strategieën. Zo brengen *Symptom Validity Tests* (svt) in kaart of patiënten hun geheugenbeperkingen dermate overdrijven dat zij onder kansniveau gaan presteren (b.v. Jelicic et al., 2004). Een test als de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (sims) somt bizarre symptomen op; indien de cliënt beweert een groot aantal daarvan te hebben, dan is dat een teken aan de wand (bijvoorbeeld Jelicic et al., 2006). Met deze en soortgelijke tests is het dus mogelijk om cliënten op te sporen die liegen over hun psychische klachten of cognitieve beperkingen (Jelicic & Merckelbach, 2002; Jelicic et al., 2003). Maar er zijn randvoorwaarden verbonden aan het trekken van conclusies uit de resultaten van zulke malingertests. Die hebben te maken met de psychometrische eigenschappen van de instrumenten, maar ook met wat een strikte en toch werkbare definitie van simuleren is (zie daarvoor Slick et al., 1999). Het vakmanschap dat nodig is voor een goed gebruik van dit type instrument is bij de psycholoog – en alleen bij de psycholoog – aan te treffen. Hofstee meent dat het opsporen van simulerende cliënten 'niet op de weg van de psychologische professie' ligt. Wij menen het exacte tegendeel: de psycholoog is in dit soort gevallen de expert bij uitstek.

Misverstanden

Hier aangekomen in ons betoog dient het een doel om een viertal misverstanden in Hofstee's (2005) betoog recht te zetten. Om te beginnen wekt Hofstee de indruk dat malingertests alleen maar kunnen worden afgenomen als de cliënt wordt misleid. Het is dit element van misleiding dat Hofstee tot de overtuiging brengt

dat de cliënt in deze situatie op een radicale manier gebruik zou moeten kunnen maken van zijn recht om de rapportage aan de opdrachtgever te blokkeren ('als ik dit van tevoren had geweten, had ik niet ingestemd met dit onderzoek, dus ben ik niet onderzocht'). Misleidende instructies en feedback zijn ingrediënten van sommige, maar lang niet alle malingertests. Neem de eerdere genoemde svt of sims: het is de vrije keuze van de cliënt om onder kansniveau te presteren of een verdacht aantal bizarre symptomen aan te kruisen. De cliënt wordt op geen enkele wijze ertoe aangezet om dit gedrag te vertonen.

Een tweede misverstand betreft de publieke toegankelijkheid van malingertests. Hofstee zegt dat ze 'op straat liggen' en hij demonstreert dat met het hoge aantal *google hits* dat 'malingering + test' oplevert. Ofschoon het probleem niet onbelangrijk is (Bauer & McCaffrey, 2006), denken we toch dat Hofstee die toegankelijkheid overschat. Een organisatie als de *National Academy of Neuropsychology* ontmoedigt bijvoorbeeld publicatie van integrale malingertests, juist om ongewenste verspreiding van de gegevens te voorkomen (Official Position Statement, 2000).⁴ We willen Hofstee en de lezer toch ook dit voorhouden: sommige malingertests zitten zo knap in elkaar dat ze bestand zijn tegen voorkennis of zelfs *coaching* (zie bijvoorbeeld Jelicic et al., 2006) en andere tests kapitaliseren op statistische principes die zelfs goed geschoolde respondenten vaak maar moeilijk te begrijpen vinden. Een voorbeeld in deze laatste categorie is de svt. De simulant die deze test wil verslaan, moet weten hoe toevallige responspatronen eruit zien. Dat is moeilijker materie dan men in eerste instantie geneigd is te denken (zie Merckelbach et al., 2002).

Een derde misverstand ontstaat doordat Hofstee malingering- en integriteitstests op een hoop gooit. Er bestaan echter belangrijke verschillen tussen beide type tests. Met malingertests valt aan te tonen dat de cliënt *nu* onder kansniveau presteert en/of een onmogelijk aantal niet bestaande symptomen beweert te hebben. Met integriteitstest valt aanmerkelijk minder aan te tonen: hoogstens dat de sollicitant toegeeft wel eens de aandrang te hebben gevoeld om, bijvoorbeeld, kantoorspullen voor privégebruik mee naar huis te nemen. Het is een subjectieve aangelegenheid of men op basis daarvan hem of haar een gebrek aan integriteit wil aanwrijven. Gezien de grote verschillen in meetpretentie zou het ons ook niet verwonderen – maar we kennen daar geen harde cijfers over – als integriteitstests een slechtere psychometrische staat van dienst hebben dan malingertests. Door ze over één kam te scheren, laat Hofstee nauwkeurige malingertests ten onrechte delen in de slechte reputatie van de integriteitstests.

Dan het vierde en waarschijnlijk belangrijkste misverstand. Hofstee hanteert veelvuldig begrippen als *subject* en *intersubject* om de positie van de cliënt te typeren. Hij vindt dat de psycholoog niet meer mag en kan doen dan de simulerende cliënt als rationeel mens, *als intersubject*, aanspreken. Hofstee (2005; p. 672): 'ik stel voor dat de professioneel beoefenaar zich een stijl eigen maakt waarin zonnodig tegen de cliënt dingen worden gezegd als "wanneer iedereen in uw geval zo doet, dan loopt de boel binnen de kortste keren spaak."' Ofschoon Hofstee's voorstel sympathiek is, past het niet goed bij de situatie waarin een maatschappelijke instantie haar cliënt met diens instemming naar de psycholoog verwijst voor expertiseonderzoek. In deze situatie is het niet de

bedoeling dat de psycholoog zich als hulpverlener gaat opstellen. Doet de psycholoog dat toch, dan is dat een vorm van rolverwarring (zie over dit thema; Rassin & Merckelbach, 1999). Evenmin kan de psycholoog in deze situatie de doorverwezen cliënt als enige ijkpunt van de professionele relatie nemen. De psycholoog heeft immers ook te maken met de belangen van de maatschappelijke instantie. Hofstee vindt echter dat de psycholoog die deze belangen zwaar laat meewegen 'contrair aan de Beroepscode, over het hoofd van de cliënt heen' handelt.

Eufemismen

Alleen al vanwege de belangen die op het spel staan, mogen we aannemen dat cliënten wier prestaties door de rapportage van de psycholoog in verband wordt gebracht met simulatie, snel ontevreden zullen zijn. Deze cliënten zullen zich daarentegen goed kunnen vinden in Hofstee's uitspraken. Zijn uitspraken komen wellicht ook van pas zodra de ontevreden simulant een klacht tegen de psycholoog indient bij het College van Toezicht. Simulanten hebben er immers baat bij om hen onwelgevallige deskundigen te torpederen.⁵ Vanwege de angst voor zulke civiel- of tuchtrechtelijke tegenacties laten psychologen zich vaak in bedekte termen uit over het simuleren van klachten: het heet dan dat de cliënt 'onderpresteert' of een 'gebrek aan motivatie' vertoont. Al even vriendelijk voor de cliënt zijn formuleringen als 'hij/zij onderschat zijn/haar prestaties' of 'hij/zij heeft een profiel dat niet valide/niet interpreteerbaar is'. Met deze eufemismen houdt men het taboe dat rust op termen als simulatie en malingering in stand. Ook het betoog van Hofstee kan worden verstaan als een aanmoediging om het gebruik van zulke termen in rapportages tuchtrechtelijk af te straffen. Die insteek contrasteert met het zelfvertrouwen dat Amerikaanse auteurs ontlenen aan de diagnostische scherpte van hun malingertaken. Niet de minste van hen is Paul Lees-Haley. Hij zegt (Heilbronner, 2005; p. 358): 'If I think you are malingering, my job is to say so just as I'm supposed to say so if you think you are suffering a major depression or have an IQ of 100. Those experts who avoid the term malingering because it is 'serious' – as if other diagnoses were not serious – are making a specious argument and failing to consider the impact of their statement on the victims of malingerers.'

Beroepscode

Als psychologen op grond van deugdelijk onderzoek aan verwijzende instanties rapporteren dat een cliënt zijn klachten simuleert, verstoten zij dan tegen hun beroepscode? Hofstee vindt van wel. Wij bestrijden dat. De vakinhoudelijke overwegingen die aan onze positie ten grondslag liggen, hebben we hierboven gegeven. We willen daar nu een meer juridisch getint argument aan toevoegen. De door het NIP geaccordeerde *Richtlijnen Neuropsychologische Expertise* bevelen 'tests en schalen ter detectie van mogelijk malingeren of aggraveren' van harte aan (zie ook Bruins, 2004).⁶ Het zou in hoge mate tegenstrijdig zijn om aan de ene kant het gebruik van malingertests aan te moedigen en aan de andere kant het rapporteren over de uitkomsten ervan klachtwaardig te achten.

Wij zijn er niet van overtuigd dat Hofstee gelijk heeft als hij beweert dat de psycholoog contrair de Beroepscode handelt als hij een maatschappelijke instantie laat weten dat een cliënt simuleert. Maar stel dat Hofstee wél gelijk heeft. Dan is het de hoogste tijd om de beroepscode op dit punt aan te passen. Daarvoor zou men te rade kunnen gaan bij de registeraccountants, want deze beroepsgroep heeft grondig nagedacht over hoe zij de jaarrekening van hun cliënten van een afkeurende verklaring moeten voorzien. De richtlijnen van het Nederlands Instituut van Register Accountants (NIVRA) schrijven voor dat in een afkeurende verklaring de woorden 'niet getrouw' of 'niet juist' moeten voorkomen (NIVRA, 2000; p. 39). Het achterliggende idee is dat de accountantsverklaring niet uitsluitend de cliënt, maar ook het maatschappelijke verkeer dient: is de cliënt bona fide en kunnen andere partijen er veilig zaken mee doen? Die insteek lijkt ons de ware *intersubjectiviteit* te zijn.

Prof.dr. H.L.G.J. Merckelbach en dr. M. Jelicic zijn als respectievelijk hoogleraar en universitair hoofddocent verbonden aan de Faculteit Psychologie van de Universiteit Maastricht.

Noten

1. We verstaan *simuleren* als een equivalent van het meer technische begrip *malingeren*: het opzettelijk voorwenden of aandikken van klachten. We gebruiken deze begrippen door elkaar, maar hebben verderop in de tekst wel een voorkeur voor het begrip *malingertest*. Wat de klachten betreft, hebben we het hier enkel over psychische problemen en/of cognitieve beperkingen.
2. Van Egmond (2005) wijst erop dat in deze context ook een belangrijke rol is weggelegd voor het wettelijke verankerde recht van patiënten op inzage in hun dossiers. Van Egmond (2005; p. 123): 'Patiënten hebben recht op een kopie van alle bestanden van hun medisch dossier. Zij kunnen deze kopie in handen geven van derden, bijvoorbeeld hun advocaat, in de hoop daarmee hun voordeel te doen.'
3. Het onderzoek van Hickling en collega's doet sterk denken aan Rosenhans (1973) *On being sane in insane places*. In deze klassieker hadden acht door Rosenhan geïnstrueerde pseudo-patiënten moeite om uit de kliniek te komen nadat zij daar waren opgenomen vanwege geveinsde hallucinaties (maar zie Spitzer et al., 2005).
4. Dat beleid is al wat ouder want ook Sweet (1999, p. 256) begint zijn overzichtshoofdstuk met de opmerking dat 'neuropsychologists who publish research in this area typically have stopped publishing the decision rules and cutoffs within journal articles.'
5. Uit eigen ervaring kennen we het geval waarin een letselschadeadvocaat ons namens zijn cliënt uitnodigde om tegen een vorstelijke betaling het expertiseonderzoek van een collega te bekritisieren (Merckelbach & Jelicic, 2005). Haar onderzoek bleek van excellente kwaliteit en liet zien dat de cliënt 'onderpresteerde'. We hebben aan deze vorm van *expert shopping* natuurlijk niet meegeedaan.
6. Meer speciaal werden de richtlijnen uitgebracht door de sectie Neuropsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Over het waarom van malingertests merken de *Richtlijnen* op: 'Omdat er in geval van een expertise voor de onderzochte financiële belangen op het spel staan, moet tevens rekening worden gehouden met de mogelijkheid van een opzettelijk niet-optimaal presteren.'

Literatuur

- Bauer, L. & McCaffrey, R.J. (2006). Coverage of the Test of Memory Malingering, Victoria Validity Test, and Word Memory Test on the internet. Is test security threatened? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 121-126.
- Bruins, J. (2004). Knelpunten en valkuilen bij neuropsychologisch expertiseonderzoek. *Neuropsychologie*, 2, 48-53.
- Doyle, M. (2005). *True witness: cops, courts, science, and the battle against misidentification*. New York: Palgrave Macmillan.

- Egmond, J.J. van (2005). *Secondary gain in psychiatry*. Amsterdam: academisch proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Gerson, A.R. (2002). Beyond DSM-IV. A meta-review of the literature on malingering. *American Journal of Forensic Psychology*, 20, 57-69.
- Greiffenstein, M.F., Baker, W.J. & Gola, Th. (1996). Validation of malingered amnesia measures with a large clinical sample. *Psychological Assessment*, 6, 218-224.
- Guriel, J. & Fremouw, W. (2003). Assessing malingered posttraumatic stress disorder. A critical review. *Clinical Psychology Review*, 23, 881-904.
- Hall, H.V. & Poirier, J.G. (2001). *Detecting malingering and deception. Forensic distortion analysis*. Boca Raton: CRC Press.
- Heilbronner, R.L. (2005). *Forensic neuropsychology casebook*. New York: Guilford.
- Hickling, E.J., Blanchard, E.B., Mundy, E. & Galovski, T.E. (2002). Detection of malingered mva related posttraumatic stress disorder. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2, 33-53.
- Hofstee, W.K.B. (2005). De psycholoog als detective. Kanttekeningen bij malingering- en integriteitstests. *De Psycholoog*, 40, 670-674.
- Hoogstraten, C.H.J. & Kemperman, C.J.F. (2005). Malingeren en onderpresteren bij neuropsychologische expertises. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 13, 6-9.
- Jaffe, M.E. & Shrama, K.K. (1998). Malingering uncommon psychiatric symptoms among defendants charged under California's Three Strikes And You're Out law. *Journal of Forensic Science*, 43, 549-555.
- Jelicic, M., Hessels, A. & Merckelbach, H. (2006). Detection of feigned psychosis with the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, in druk.
- Jelicic, M. & Merckelbach, H. (2002). Neuropsychologische expertises. In P.J. van Koppen, D.J. Hessing, H.L.G.J. Merckelbach & H.F.M. Crombag (red.), *Het recht van binne. Psychologie van het recht* (p. 358-372). Deventer: Kluwer.
- Jelicic, M., Merckelbach, H. & Bergen, S. van (2004). Symptom validity testing of feigned amnesia for a mock crime. *Archives of Neuropsychology*, 19, 525-531.
- Jelicic, M., Merckelbach, H. & Cima, M. (2003). Over het simuleren van cognitieve stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 687-696.
- Merckelbach, H., Hauer, B. & Rassin, E. (2002). Symptom validity testing of feigned dissociative disorder: a simulation study. *Psychology, Crime & Law*, 8, 311-318.
- Merckelbach, H. & Jelicic, M. (2005). *Hoe een CIA agent zijn geheugen hervond en andere waargebeurde verhalen*. Amsterdam: Contact
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E.M. & Condit, D.C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102.
- NIVRA (2000). *Richtlijnen voor de accountantscontrole*. Amsterdam: Koninklijk NIVRA.
- Official Position Statement of the National Academy of Neuropsychology (2000). Test security. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15, 383-386.
- Rassin, E. & Merckelbach, H. (1999). The potential conflict between clinical and judicial decision making heuristics. *Behavioral Sciences and the Law*, 17, 237-248.
- Resnick, Ph.J. (1997). Malingered psychosis. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (p. 47-61). New York: Guilford.
- Rosenhan, D. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Schmand, B., Lindeboom, J., Schagen, S., Heijt, R., Koene, T. & Hanmurger, H.L. (1998). Cognitive complaints in patients after whiplash injury. The impact of malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 64, 339-34.
- Slick, D.J., Sherman, E.M.S. & Iverson, G.L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction. Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.
- Spitzer, R.L., Lilienfeld, S.O. & Miller, M.B. (2005). Rosenhan revisited. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 734-739.
- Sweet, J.J. (1999). Malingering: differential diagnosis. In J.J. Sweet (Ed.), *Forensic neuropsychology. Fundamentals and practice* (p. 255-285). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Vrij, A. (1998). *De psychologie van de leugenaar. Liegen en voorgelogen worden op het werk, in de rechtszaal en thuis*. Lisse: Swets & Zeitlinger.