

HARALD MERCKELBACH, MARKO JELICIC, MAARTEN PETERS, INEKE BRANDS & TOM SMEETS

# Hoe meneer Ganser zijn basketbalteam naar de overwinning voerde

**Het Ganser syndroom is een erkende dissociatieve stoornis. De patiënt is in de war en geeft steeds nét niet het goede antwoord. Maar kan het ook simulatie zijn? Hoe rapporteer je zoiets? En zijn alle Gansers simulanten?**

‘Mijne Heren! Ik heb in de laatste jaren een aantal zieken gezien, wier eigenaardigheid mij eerder volkomen is ontgaan,’ begon Sigbert Ganser op de avond van de 23ste oktober 1897 zijn lezing voor collega-psychiaters.<sup>1</sup> Die eigenaardigheid was dat zijn patiënten op eenvoudige vragen steeds een bijna-goed antwoord gaven. Vroeg Ganser bijvoorbeeld hoeveel vingers ze hadden, dan gaven de patiënten antwoorden als ‘elf’. En als hij vroeg hoeveel benen een paard had, dan zeiden ze ‘drie’ of ‘vijf’. Volgens Ganser lieten zulke antwoorden zien dat de patiënten de strekking van de vragen goed begrepen. Ze hadden echter een dwangmatige neiging om aan het correcte antwoord voorbij te gaan. Dit *vorbeigehen* (in de Engelse literatuur spreekt men van *approximate answers*) achtte hij het meest in het oog springende kenmerk van wat later het Ganser syndroom ging heten. Andere kenmerken die Ganser bij zijn patiënten beschreef, waren een verlaagd bewustzijn (de patiënten wisten niet goed waar ze verbleven) en conversieverschijnselen zoals een gekke loop of gevoelloze ledematen.

In zijn lezing wees Sigbert Ganser op twee bijzondere elementen in de voorgeschiedenis van zijn patiënten. Om te beginnen had een aantal van hen in het verleden door een ongeval een hersenbeschadiging opgelopen. In de tweede plaats hing alle patiënten een rechtszaak boven het hoofd vanwege een overtreding of delict. Ging het dan om neppatiënten die door het simuleren van een ziekte uit handen van justitie probeerden te blijven? Ganser stelde die

kwestie een paar keer in zijn lezing aan de orde. Steeds deed hij haar af met de opmerking dat hij aan zijn patiënten kon *zien* dat ze aan een *echte* aandoening leden. De kern ervan was dat de patiënten verkeerden in een schemertoestand, die op haar beurt het gevolg was van sterke emoties.

Dat het door Ganser beschreven samenstel van symptomen wel vaker voorkwam, daar waren al zijn vooraanstaande vakgenoten het snel over eens. En hoewel ze verschillend dachten over de herkomst van de symptomen, vonden de meeste psychiaters dat het om een ziekte ging. Dat hield verband met het toen onder psychiaters populaire idee – en nu parafraseren we psychoanalyticus Kurt Eissler – dat ook het simuleren van symptomen op de aanwezigheid van een serieuze ziekte duidt (Resnick, 1997). Vandaar dat

de meeste psychiaters ervan overtuigd raakten dat het Ganser syndroom altijd een echte aandoening is. De Australische psycholoog Whitlock (1967, 21) vat deze, ook door hem zelf uitgedragen, doctrine als volgt samen: ‘The question of malingering in the Ganser syndrome should not arise.’ Zo kon het gebeuren dat het Ganser syndroom als een heuse aandoening in de DSM belandde. Tegenwoordig ressorteert het daar onder de restcategorie van de dissociatieve stoornissen. Letterlijk zegt het handboek: ‘This category is included for disorders in which the predominant feature is a dissociative symptom (i.e. a disruption in the usually integrated functions of consciousness, memory, identity, or perception of the environment) that does not meet the criteria for any specific Dissociative

Disorder. Examples include [...] Ganser syndrome: the giving of approximate answers to questions (e.g., 2 plus 2 equals 5) when not associated with Dissociative Amnesia or Dissociative Fugue.’ (APA, 1994; p. 490v)

Maar zijn bijna-goed antwoorden wel zo’n harde aanwijzing dat de patiënt lijdt aan een serieuze aandoening? We werpen deze vraag op omdat elders in de literatuur dit soort antwoorden wordt gezien als een typische *fake bad*-strategie waarvan simulantanten zich bedienen (Hall & Poirier, 2001). Dat deze vraag ook een hele praktische achtergrond kan hebben, laat de hierna volgende gevalbeschrijving zien. Ze gaat over een man met het Ganser syndroom. De gesprekken met hem deden ons aanvankelijk geloven dat hij ernstig ziek was. Op grond van testuitslagen rees echter het vermoeden dat hij zijn symptomen fabriceerde. Wat moet in zo’n geval prevaleren? De warme, klinische indruk, zoals Ganser die aanbeval? Of de koude psychometrie? In dit artikel betogen we dat het verstandig is om de psychometrie te volgen. En dat het wijs is om alle Ganserpatiënten zo te benaderen.



## Auto-ongeval

De 45-jarige Jaap Ganser,<sup>2</sup> in het vervolg meneer Ganser genoemd, gaf voortdurend bijna-goed antwoorden op eenvoudige vragen. Dat was de conclusie van de psychiater die hem geruime tijd na een ongeval zag. Anderhalf jaar eerder was meneer Ganser met zijn nieuwe Audi tegen een boom aangereden. Dat gebeurde op een mooie, rustige zondagmiddag onder overigens onopgehelderde omstandigheden.<sup>3</sup> Meneer Ganser werd naar het ziekenhuis gebracht. De artsen vonden hem een verwarde indruk maken, maar nader onderzoek bracht geen neurologische afwijkingen aan het licht. Al na enkele uren werd hij daarom uit het ziekenhuis ontslagen. Thuis ging het echter ronduit slecht met hem. Dat is althans wat zijn vrouw zei en wat hij zelf min of meer uitstraalde. Meneer Ganser kon geen dingen meer onthouden, kon zich niet concentreren, had last van hoofdpijn en slaagde er niet in om alledaagse dingen als boodschappen doen tot een goed einde te brengen. Hernieuwd en dit keer uitvoerig neurologisch (MRI)onderzoek leverde andermaal niets op. Het ergste was nog wel dat meneer Ganser zijn werk als architect niet kon hervatten. Samen met twee maten had hij een eigen bureau, maar omdat hij niets meer kon onthouden was het uitgesloten dat hij er weer aan de slag kon gaan. Gelukkig had meneer Ganser twee jaar voor het ongeval een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten, zodat de financiële gevolgen van dit alles binnen de perken bleven.

Enige maanden na het ongeval verwezen de neurologen meneer Ganser door naar een psycholoog. Deze expert moest hem leren op welke wijze en in welk tempo hij zijn oude werk misschien wél aankon. Na een aantal bijeenkomsten haakte meneer Ganser af. De neurologen verwezen hem vervolgens naar een eerstelijnspsycholoog. Over de vele bijeenkomsten met deze hulpverlener was meneer Ganser tevreden want hij leerde er, zo zei hij, ontspanningsoefeningen ter bestrijding van zijn hoofdpijn.

De verzekeringsmaatschappij wilde ondertussen weten of meneer Ganser een medische aandoening had die hem definitief ongeschikt maakte voor het arbeidsproces. Aldus kwam meneer Ganser terecht bij een psychiater, die op verzoek van de verzekeringsmaatschappij een onderzoek instelde.

## Kleurloos

De psychiater praatte diverse malen uitvoerig met meneer Ganser en zijn vrouw. Beiden schetsten een kleurloos bestaan. Meneer Ganser zou sinds het ongeval zijn dagen doorbrengen in totale passiviteit. Hij kon moeilijk tegen

mensen om zich heen. Dan kreeg hij hoofdpijn. Het viel de psychiater op dat meneer Ganser moeilijk liep en een afwezige indruk maakte. Ook de oriëntatie in tijd en plaats was niet optimaal. Zo zei hij dat het 2005 was in plaats van 2006 en ook beweerde hij bij de fysiotherapeut te zijn in plaats van in het ziekenhuis. Zulke bijna-goed antwoorden liepen als een rode draad door de gesprekken. De psychiater concludeerde dat meneer Ganser aan het Ganser syndroom leed. Het was, zo schreef hij, '...een psychogene reactie op een moeilijk te verwerken psychisch probleem. Wat dit probleem dan is geweest, is niet direct duidelijk.' In zijn rapport aan de verzekeringsmaatschappij liet de psychiater verder weten dat er sprake was van een ziekte die dusdanige gevolgen had dat meneer Ganser voorlopig arbeidsongeschikt bleef.

617

Tijdens de gesprekken met de psychiater bleek meneer Ganser nauwelijks in staat om jeugdherinneringen op te halen. In samenspraak met de verzekeringsarts verwees de psychiater hem daarom naar een van ons. Psychiater en verzekeringsarts wilden weten wat er met het geheugen van meneer Ganser aan de hand was. Met de volledige instemming van meneer Ganser en zijn vrouw onderwierpen we hem aan een testbatterij. Die bestond onder andere uit de Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein e.a., 1975). Daarbij krijgt de patiënt een serie van eenvoudige taken voorgelegd, zoals het benoemen van een horloge of het onthouden van drie woorden. Elke taak wordt gewaardeerd met een aantal punten. Maximaal vallen er dertig punten te verdienen. Dat maximum wordt gegeven als de patiënt alle taken perfect uitvoert. Patiënten met een ernstige dementie hebben vaak minder dan 21 punten. Met zijn 17 punten bleek Ganser in die orde te scoren. Dat het niet goed met hem ging, werd ook duidelijk uit zijn prestaties op de 15-woordenleertaak (Deelman, 1972). Bij deze taak krijgt de patiënt in een aantal rondes dezelfde vijftien woorden te horen, die hij vervolgens telkens moet reproduceren. Per ronde wist meneer Ganser zich nooit meer dan vijf woorden te herinneren. Toen hem na een half uur werd gevraagd de vijftien woorden te midden van allerlei andere woorden aan te wijzen, herkende hij er slechts drie. Dat is akelig slecht.

Aan het lange gesprek dat we met meneer Ganser voerden, hielden wij een indruk over die helemaal spoorde met het verhaal van de psychiater. Meneer Ganser gaf voortdurend bijna-goed antwoorden, was gedesorienteerd en kon geen autobiografische herinneringen ophalen. Toen we hem vroegen hoe lang hij al was getrouwd, keek hij hulpeloos naar zijn vrouw. Een traan biggelde over zijn wang en ook zijn vrouw vocht tegen haar tranen.

## Slechter dan gokken

We gaven meneer Ganser ook tests waarmee simuleren van symptomen valt op te sporen. Zoals in figuur 1 is te zien, pakte dat nogal merkwaardig uit. Zo gaven we hem de Amsterdamse Korte Termijn Geheugen taak (AKTG), een door de hoogleraar neuropsychologie Ben Schmand en zijn collega's (1998) ontwikkelde test die als de beste in zijn soort geldt. De AKTG bestaat uit dertig onderdelen. Elk onderdeel verloopt als volgt: de patiënt ziet vijf woorden, maakt dan een eenvoudige rekensom, en ziet dan weer vijf woorden waarvan er drie ook al eerder werden gegeven. Deze drie terugkerende woorden moet de patiënt aanwijzen. De maximale score op deze herkenningstest is zodoende  $30$  (onderdelen)  $\times$   $3$  (woorden) =  $90$ . Patiënten met een serieuze neurologische aandoening kunnen zo'n maximale score of een die haar benadert makkelijk halen. Meneer Ganser behaalde slechts een score van  $56$ , wat ongekend weinig is. De rekensommen loste hij overigens op zoals het een Ganserpatiënt betaamt:  $45 + 6$  werd  $52$ ,  $32 + 7$  werd  $38$  enzovoorts.

Verdacht was ook zijn prestatie op de Morel Emotional Numbing Test (MENT; Morel, 1998; Merckelbach & Jelicic, 2005). Deze test komt erop neer dat de patiënt achtereenvolgens zestig paren van emotionele woorden (bijvoorbeeld 'boos'; 'kalm') en emotionele gezichtsuitdrukkingen ziet. Gebruikmakend van meerkeuze opties moet de patiënt telkens de juiste woorden en gezichtsuitdrukking aan elkaar koppelen. Zelfs patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening kunnen dit uitstekend, en maken nooit meer dan negen fouten. Meneer Ganser maakte er twaalf.

Helemaal slecht presteerde meneer Ganser op de Beroemde Gezichten Taak (BGT; Merckelbach e.a., 2005). Deze taak bestaat uit zestig plaatjes van beroemde Nederlanders (Marcus Bakker, Ard Schenk, Vader Abraham, Harry Mulisch). De patiënt hoeft niet de namen van de gezichten te noemen, maar moet wel elk gezicht plaatsen in één van de volgende categorieën: politici, sporters, artiesten en schrijvers/intellectuelen. De vier categorieën zijn met evenveel gezichten in de serie vertegenwoordigd, zodat bij lukraak gokken het percentage correcte keuzes rond de  $25\%$  cirkelt. Met zijn  $33\%$  correct zat meneer Ganser weliswaar iets boven gokkans, maar hij presteerde net zo ondermaats als studenten die zijn geïnstrueerd om op deze taak uit de bus te komen als geheugengestoorde patiënten. Meneer Ganser zat met zijn score meer dan twee standaarddeviaties onder het niveau van Duitse studenten die net in Nederland verblijven en weinig bekende Nederlanders kennen.

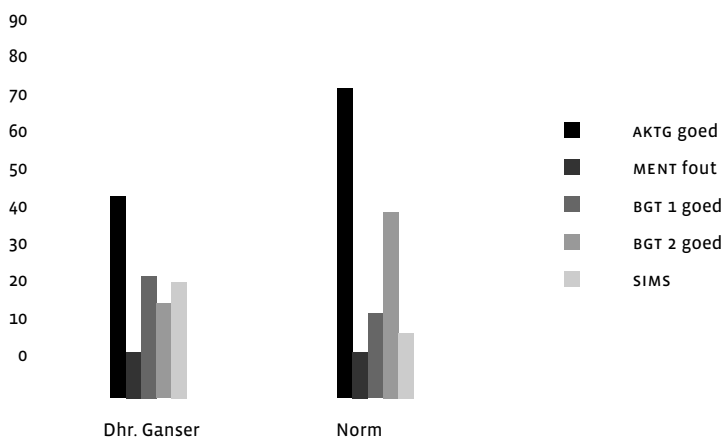
Tijdens het tweede onderdeel van de BGT krijgt de patiënt  $24$  gezichten te zien: twaalf daarvan zijn 'oud' en komen uit de serie van zestig, terwijl twaalf andere gezichten nieuw zijn. De patiënt moet enkel zeggen of het

gezicht oud of nieuw is, waardoor de gokkans nu naar 50% stijgt. Met zijn 25% correct dook meneer Ganser daar fors onder. Kennelijk wist hij de correcte antwoorden, maar vermeed hij ze.

Ten slotte gaven we meneer Ganser ook nog de Nederlandse versie van de ‘Structured Inventory of Malingered Symptomatology’ (sims; Merckelbach e.a., 2001). Deze lijst somt 75 symptomen op die een bizarre of atypische strekking hebben (‘soms ben ik zo depressief dat ik naar mijn bed verlang om eens goed uit te slapen’). De patiënt moet zeggen of hij de symptomen ervaart. Het is denkbaar dat iemand in het dagelijkse leven wel degelijk last heeft van een aantal atypische symptomen. Psychometrisch onderzoek laat echter ook zien dat serieus rekening moet worden gehouden met doelbewuste overdrijving als de patiënt meer dan 17 gekke symptomen aankruist. Meneer Ganser kruiste er maar liefst 31 aan en kwam zodoende dicht in de buurt van de scores die gelden voor studenten die zijn geïnstrueerd om op deze test een psychiatrische ziekte te simuleren (Jelicic e.a., *in press*).

619

**Figuur 1** De prestaties van meneer Ganser op de Amsterdamse Korte Termijn Geheugentaak (AKTG), de Morel Emotional Numbing Task MENT, de Beroemde Gezichten Taak 1 & 2 (HGT1/BGT2) en de Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) afgezet tegen de afkappunten (norm)



## Fanfare

Hoe lost men een conflict op tussen klinische indruk (‘dit is een tragische patiënt’) en psychometrie (‘dit is een harde simulant’)? De besliskundige literatuur is hierover helder: de psychometrie moet prevaleren, simpelweg

omdat het klinische oordeel minder betrouwbaar is. Dat was nu juist de reden om psychometrische instrumenten te ontwikkelen (Wedding & Faust, 1989; Dawes e.a., 1989). Dat mag academisch gezien een correcte redenering zijn, de praktijk bij meneer Ganser was dat wij onder de indruk raakten van zijn cognitieve handicaps en begonnen te twijfelen aan de validiteit van onze tests. Amerikaanse psychologen als Jerry Sweet (1999) en Steve Rubenzer (2004) benadrukken dat in zo'n situatie *collaterale* informatie uitkomst kan bieden: informatie die uit een andere bron komt dan de patiënt of zijn familieleden (zie voor krasse voorbeelden Merckelbach & Jelicic, 2005). Deze auteurs tekenen er onmiddellijk bij aan dat het vaak moeilijk is om zulke informatie te vinden. Wij voegen daar een andere kanttekening aan toe: met het speuren naar collaterale informatie raakt men snel aan de grenzen van wat ethisch acceptabel is en het gevaar ligt op de loer (zoals treffend verwoord door Hofstee, 2005) dat zoiets ontaardt in plat detectivewerk. Niettemin was in ons geval het conflict tussen klinische indruk en psychometrie dermate urgent dat we geen andere uitweg zagen dan op een niet belastende manier naar collaterale informatie te zoeken. Internet kwam daarbij goed van pas. Een gelukkige omstandigheid was dat meneer Ganser in werkelijkheid een weinig voorkomende naam had en in een klein dorp woonde. Toen wij zijn naam en woonplaats intypten, hadden we een serie voltreffers.

De sites waarop meneer Ganser figureerde, bleken veel te maken te hebben met lokale sportclubs en de fanfare. De site van de fanfare liet een fotoreportage zien van haar honderdjarig bestaan. Bij die gelegenheid werden de drie oudste muzikanten toegesproken door een bestuurslid. Dat was meneer Ganser. Hij stond lachend op de foto en sprak staand voor een microfoon vanaf papier. De foto dateerde van enkele weken na het ongeval. Meer recente informatie was te vinden op de site van basketbalclub Bad Shot Company (BSC). Meneer Ganser bleek een actief BSC-lid. De man die volgens de psychiater zo moeilijk kon lopen, deed mee aan de veteranencompetitie. En niet onverdienstelijk. De digitale versie van het clubblad besteedde uitgebreid aandacht aan de manier waarop meneer Ganser bij een recente wedstrijd zijn team naar de overwinning had geleid door zelf veertig punten te scoren. In het blad werd hij over de betreffende wedstrijd geïnterviewd. Met trots liet de man die volgens zijn vrouw niet meer kon tellen weten de volgende statistieken op zijn naam te hebben gezet: twaalf *rebounds*, twee *steals*, een *turn-over* en zes *blocks*. Blijkens het rooster in het clubblad had hij trouwens een paar dagen na onze eerste ontmoeting zijn bardienst in het clubhuis van BSC gedraaid. In dezelfde periode trad hij bovendien op als scheidsrechter van de lokale cricketclub.

## Metafoor

Bij onze volgende ontmoeting vertelden we meneer Ganser en zijn echtgenote wat wij hadden gevonden. Dat deden we op een omfloerste manier. We zeiden dat meneer Ganser zichzelf aanpraatte dat zijn geheugen slecht was, terwijl dat wel meeviel. We vroegen meneer Ganser ook hoe hij het klaarspeelde om bardiensten te draaien, te basketballen en te scheidsrechteren als hij niet eens kon tellen. Aan de antwoorden die we vervolgens kregen was niets *vorbeigehends* meer te ontdekken. Meneer Ganser vertelde dat hij het tellen altijd aan anderen overliet en dat zijn basketbalspel beroerd was: wilde hij naar links gooien dan ging de bal naar rechts en vice versa. ‘En ik ben teleurgesteld,’ zei meneer Ganser. ‘Het is alsof ik geen benen heb en dat u dan tegen mij zegt: “Je kunt gewoon lopen, jongen” – zo’n gevoel.’ De echtgenote leek zich te realiseren dat meneer Ganser met deze metafoor behoorlijk uit zijn rol aan het vallen was. Snel stond ze op en trok haar man de kamer uit, ons zeggend dat zij het een teleurstellende bijeenkomst vond, want zij en haar gezin hadden dringend hulp nodig.

Wij stonden vervolgens voor de vraag hoe we aan de verzekeringsmaatschappij van meneer Ganser moesten rapporteren over zijn geval. Sommige Amerikaanse auteurs hebben hierover uitgesproken opvattingen. Neem neuropsycholoog Paul Lees-Haley (2005, p. 358). Hij schrijft:

- If I think you are malingering, my job is to say so just as surely as I’m
- supposed to say so if I 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.

Niettemin bedienden we ons in het rapport voor de verzekeraar toch maar van diplomatieke formuleringen. We schreven dat meneer Ganser ‘zijn eigen geheugencapaciteit onderschatte’, dat hij ‘onderpresteerde’ en dat hij een voorkeur aan de dag legde voor ‘atypische symptomen’. Natuurlijk hadden we ook kunnen zeggen dat meneer Ganser een neppatiënt was die zijn voortijdig pensioen probeerde te financieren door de verzekering een poot uit te draaien. Maar de belangen die hier op het spel stonden waren dermate groot dat meneer Ganser ons dan waarschijnlijk civiel- of tuchtrechtelijk zou hebben aangepakt. De uitkomst van zo’n actie zou ongewis zijn geweest omdat de beroepsethische regelgeving op dit vlak vaag en tegenstrijdig is. Dat in dossiers als die van meneer Ganser de dreiging van juridische tegenactie reëel is, blijkt uit diverse zaken die aan de regionale tuchtcolleges voor de gezondheidszorg en het centraal tuchtcollege werden voorgelegd. Ze laten zien dat zelfs het tentatieve gebruik van de term *malingering* (‘dit kan een aanwijzing zijn voor malingering’) de hulpverlener op een waarschuwing kan komen te staan.<sup>4</sup>



## Gefundenes Fressen

Er zijn twee stappen nodig om te zorgen dat klinici er niet voor terugschrikken om simulanten bij naam te noemen. De eerste is dat beroepsorganisaties van psychologen en medici hun leden de verplichting opleggen om zich ondubbelzinnig uit te spreken over hun diagnostisch oordeel (Slick e.a., 1999). Als onder invloed van zo'n bepaling klinici de voorkeur geven aan termen als simulatie en *malingering*, in plaats van eufemismen als onderprestatie en onderschatting, zijn zij dáárvoor in elk geval niet tuchtrechtelijk ter verantwoording te roepen.

Ten tweede zouden klinici meer moeten erkennen dat sommige symptomen *gefundenes Fressen* zijn voor simulanten (Jelicic e.a., 2003). De bijna-goed antwoorden van het Ganser syndroom horen daar zeker bij. Zo vroegen wij in eigen onderzoek aan 17 studenten die niet vertrouwd waren met het Ganser syndroom, om als een demente of schizofrene patiënt te antwoorden op een meerkeuzetoets. De toets omvatte twaalf triviale vragen in de trant van 'hoeveel dagen zijn er in de week?' De proefpersonen konden het correcte antwoord ('7') aanstrepen, een extreem fout antwoord ('44') of een bijna-goed antwoord ('8'). Ook een groep van poliklinische patiënten kreeg de toets voorgeschoteld, zij het met de instructie om naar beste kunnen te antwoorden. Deze groep was een gemêleerd gezelschap en bestond uit negen patiënten met een psychiatrische aandoening (variërend van een paniekstoornis tot aan schizofrenie) en negen patiënten met een neurologische aandoening (variërend van het Korsakow syndroom tot aan Alzheimer dementie). In de groep van gezonde simulanten bedroeg het gemiddeld percentage bijna-goed antwoorden 37% (sd = 5). Dat is aanmerkelijk hoger dan hun percentage extreem foute antwoorden, dat op 14% (sd = 3) lag. In vergelijking met de gezonde simulanten deden de echte patiënten het over de gehele linie beter. Patiënten gaven beduidend minder vaak bijna-goed én extreem foute antwoorden: respectievelijk 5% (sd = 7) en 2% (sd = 4).<sup>5</sup> Deze uitkomsten sluiten overigens nauw aan bij die van onderzoek waarin gezonde proefpersonen werden geïnstrueerd om zich te gedragen als schizofrene patiënten (Resnick, 1997). Vervolgens kregen de simulant, maar ook echte schizofrene patiënten, de eerder genoemde MMSE en hun aantal bijna-goed antwoorden werd geturfd. Dat lag bij simulanten aanmerkelijk hoger dan bij schizofrene patiënten. Het laat allemaal zien dat bijna-goed antwoorden het handelsmerk van de gezonde simulant zijn. Dat simulanten een uitgesproken voorkeur aan de dag leggen voor bijna-goed antwoorden heeft hiermee te maken: simulanten vermijden extreem foute antwoorden omdat ze de 'pull of reality' (Resnick, 1997) voelen, en ze vermijden goede antwoorden omdat het niet past in hun idee van psychiatrische aandoeningen.

## Opsporing verzocht

Sigbert Ganser had het bij het verkeerde eind toen hij beweerde dat het simuleren van bijna-goed antwoorden moeilijk is omdat het een ‘diep begrip van de psychopathologie’ veronderstelt. Niet dus. Bijna-goed antwoorden zijn een teken dat iemand vergaande controle heeft over zijn antwoorden en daarmee duiden ze op de afwezigheid van psychopathologie (Grubin, 2005). Maar als dat zo is, waarom beschouwt de DSM dit soort antwoorden dan als de kern van het Ganser syndroom? Dat hangt nauw samen met de opvatting van de DSM dat het Ganser syndroom een echte aandoening is. Die keuze gaat terug op een lange traditie beginnend bij Ganser zelf en voortdurend tot op de dag van vandaag, waarin men veel betekenis toekent aan calamiteiten in de voorgeschiedenis van Ganserpatiënten. Het kan gaan om ongevallen (Dalfen & Feinstein, 2000), ernstige ziekte (bijvoorbeeld aids; Deibler e.a., 2003), internering (Apter e.a., 1993), strafrechtelijke vervolging (Sigal e.a., 1992) en nog vaker een combinatie van zulke factoren. Ondertussen laten EEG en CT-scans bij Ganserpatiënten doorgaans geen abnormaliteiten zien, terwijl de patiënten (en onze meneer Ganser was daarop geen uitzondering) wél vaak omvangrijk geheugenverlies rapporteren (Cocores e.a., 1984; 1986). Deze constellatie (calamiteiten, geheugenverlies, geen neurologische afwijkingen) maakt invoelbaar waarom de samenstellers van de DSM het Ganser syndroom beschouwen als dissociatieve aandoening.

Het is pas sinds enkele jaren dat er op enige schaal literatuur verschijnt over het simuleren van cognitieve en psychiatrische symptomen (Jelicic e.a., 2003). Dat heeft ten minste drie inzichten opgeleverd die rechtsreeks relevant zijn voor de vraag of het Ganser syndroom een echte aandoening is. Het eerste is dat men simuleren tot op zekere hoogte kan leren. Wie wel eens verward is geweest vanwege een klap op het hoofd, een auto-ongeluk of een alcoholische roes, kan dergelijke ervaringen later exploiteren voor het simuleren van geheugenbeperkingen en bewustzijnsdalingen (Kopelman, 2000). Daarom: als er in de voorgeschiedenis van Ganserpatiënten vaak ongevallen, hersenschuddingen en drugsoverdoses voorkomen (en dat is het geval: Lee & Koenig, 2001), dan betekent dat enkele feit allerminst dat het syndroom een echte aandoening is.

Het tweede inzicht is dat simulanten willen overtuigen en daarom een voorkeur hebben voor symptoomcombinaties die rococo aandoen. Een voorbeeld daarvan is totaal geheugenverlies in combinatie met vérgaande desoriëntatie tijdens het medische of psychologische onderzoek. Dat zijn ook de twee strategieën die mensen noemen als ze wordt gevraagd wat ze zouden doen als zij een dokter wijs willen maken dat ze aan geheugenklachten lijden (Iverson, 1995). En het zijn (samen met het nog dubieuzere symptoom van de

bijna-goed antwoorden) de vaste begeleidingsverschijnselen van het Ganser syndroom.

Het derde inzicht is dat men er lang en breed over kan speculeren of een patiënt al dan niet simuleert, maar dat het de voorkeur verdient om zoiets actief te onderzoeken. Dat geldt eens te meer nu voor het opsporen van simulanten goede tests bestaan (Slick e.a., 1999). Er zijn in de literatuur een dikke vijftig gevalbeschrijvingen van het Ganser syndroom te vinden. Twee mogelijke uitzonderingen (Deibler e.a., 2003; Ladowsky-Brooks & Fischer, 2003) daargelaten, werden bij de beschreven patiënten nooit tests voor het opsporen van simulatie ingezet, laat staan dat er werd gezocht naar collaterale informatie. In ons geval namen we beide maatregelen wél en viel de Ganserpatiënt genadeloos door de mand. De vraag rijst zodoende wat er zou gebeuren als Ganserpatiënten systematisch aan simulatietests zouden worden onderworpen. Onze voorspelling is dat de overgrote meerderheid van deze patiënten als simulant zou worden geclassificeerd.

Sommige commentatoren hebben opgemerkt dat het Ganser syndroom wel echt *moet* zijn omdat het beeld een chronische wending kan nemen (bijv. Apter e.a., 1993). Waarom dit een dwingende redenering is, ontgaat ons. Zo lang simulanten jacht maken op een voordeel (bijvoorbeeld een status als arbeidsongeschikte patiënt) zullen hun klachten immers aanhouden. Precies daarin schuilt ook het belang van het opsporen van simulanten. Simulanten worden niet snel beter, consumeren behandelcapaciteit bedoeld voor echte patiënten en kosten de samenleving ook in allerlei andere opzichten veel geld. We willen zeker niet bepleiten dat elke behandelaar zich als een onderzoeker moet gaan opstellen. Wel dat het wijs is om rekening te houden met simulatie zodra een patiënt op verzoek van uitkerende instanties of verzekeringsmaatschappijen zijn entree maakt in de GGZ. Gezond wantrouwen is geheel op zijn plaats als zo'n patiënt de kenmerken van het Ganser syndroom heeft.



## Noten

- 1 Over de precieze achtergrond van Sigbert Ganser (1853-1931) is weinig bekend. Hij schreef zijn dissertatie bij Johan von Gudden, een hoogleraar psychiatrie uit München, die de leermeester van Emil Kraepelin en de lijfarts van koning Ludwig II van Beieren was. Toen Ganser zijn stuk over het naar hem genoemde syndroom schreef, was hij als psychiater verbonden aan de gevangenis van het Saksische Halle. De gevangenis in Halle was berucht omdat het als overloop fungeerde voor de meest gestoorde gedetineerden uit Berlijn (Dwyer & Reid, 2004).

- 2 Natuurlijk is dit niet de echte naam van de patiënt. Ook in andere opzichten hebben we de casus geanonimiseerd.
- 3 Getuigen van het ongeval zeiden dat meneer Ganser geen ontwijkende beweging met zijn Audi had gemaakt en dat zij geen remlichten hadden gezien.
- 4 Zie bijvoorbeeld zaken 2000/041, 2003/172 en 1999/271. Ze zijn te vinden via [www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl](http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl).
- 5 Voor de liefhebbers: bij de simulanten is het verschil ten voordele van de bijna-goed antwoorden hoogst significant:  $t(17) = 3.8$ ,  $p < 0.01$ . En de patiëntengroep geeft significant minder bijna-goed antwoorden dan de simulanten:  $t(17) = 5.8$ ,  $p < 0.01$ .

#### Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed, rev ed). Washington DC: APA.
- Apter, A., G. Ratzoni, J. Iancu, R. Weizman & S. Tyano (1993). The Ganser syndrome in two adolescent brothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 582-584.
- Cocores, J.A., W.G. Santa & M.D. Patel (1984). The Ganser syndrome: Evidence suggesting its classification as a dissociative disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14, 47-56.
- Cocores, J.A., L.B. Schlesinger & M.S. Gold (1986). A review of the EEG literature on Ganser's syndrome. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 16, 59-65.
- Dalfen, A.K., & A. Feinstein (2000). Head injury, dissociation, and the Ganser syndrome. *Brain Injury*, 14, 1101-1105.
- Dawes, R.M., D. Faust & P.E. Meehl (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 243, 1668-1674.
- Deibler, M.W., C. Hackers, J. Rough, J. Darby & R.M. Lamdan (2003). Ganser's syndrome in a man with AIDS. *Psychosomatics*, 44, 342-345.
- Deelman, B.G. (1972). *Etudes in de neuropsychologie*. Academisch Proefschrift. Rijksuniversiteit Groningen.
- Dwyer, J., & S. Reid (2004). Ganser's syndrome. *The Lancet*, 364, 471-473.
- Folstein, M.F., S.E. Folstein & P.R. McHugh (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Ganser, S.J. (1898). Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. *Archiv für Psychiatrie*, 30, 633-640.
- Grubin, D. (2005). Getting at the truth about pathological lying. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 31, 350-353.
- Hall, H.V., & J.G. Poirier (2001). *Detecting malingering and deception: Forensic distortion analysis*. Boca Raton FL: CRC Press.
- Hofstee, W.K.B. (2005). De psycholoog als detective: Kanttekeningen bij malingering- en integriteitstests. *De Psycholoog*, 40, 670-674.
- Iverson, G.L. (1995). Qualitative aspects of malingered memory deficits. *Brain Injury*, 9, 35-40.
- Jelicic, M., A. Hessels & H. Merckelbach (in press). Detection of feigned psychosis with the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A study of coached and uncoached simulators. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.
- Jelicic, M., H. Merckelbach & M. Cima (2003). Over het simuleren van cognitieve stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 687-695.

- Kopelman M.D. (2000). Focal retrograde amnesia and the attribution of causality: An exceptionally critical review. *Cognitive Neuropsychology*, 17, 585-621.
- Ladowsky-Brooks, R.L., & C.E. Fischer (2003). Ganser symptoms in a case of frontal-temporal lobe dementia: Is there a common neutral substrate? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 761-768.
- Lee, H.B., & T. Koenig (2001). A case of Ganser syndrome: Organic or hysterical? *General Hospital Psychiatry*, 23, 230-234.
- Lees-Haley, P.R. (2005). A dialogue with Paul R. Lees-Haley. In R.L. Heilbronner (Ed.). *Forensic neuropsychology casebook*. New York: Guilford, 353-362.
- Merckelbach, H., & M. Jelicic (2005). Drie oplichters en wat ze ons leren. *De Psycholoog*, 40, 324-330.
- Merckelbach, H., M. Jelicic, H. van Roermund & K. Slegers (2005). Wat deed deze bn-er? Een Nederlandse Beroemde Gezichten Taak. *Neuropraxis*, 9, 3-9.
- Merckelbach, H., N. Koeyvoets, M. Cima & H. Nijman (2001). De Nederlandse versie van de SIMS. *De Psycholoog*, 36, 586-591.
- Morel, K.R. (1998). Development and preliminary validation of a forced-choice test of response bias for posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Assessment*, 70, 299-314.
- Resnick, Ph. J. (1997). Malingered psychosis. In: Rogers, R. (Ed.) *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: Guilford, 47-55..
- Rubenzler, S. (2004). Malingering, incompetence to stand trial, insanity, and mental retardation. *Texas Prosecutor*, 6, 17-23.
- Schmand, B., J. Lindeboom, S. Schagen, R. Heijt, T. Koene & H.L. Hamburger (1998). Cognitive complaints in patients after whiplash injury: The impact of malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 64, 339-343.
- Sigal, M., D. Altmark, S. Alfici & M. Gelkopf (1992). Ganser syndrome: A review of 15 cases. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 134-138.
- Slick, D.J., E.M.S. Sherman & G.I. Iverson (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.
- Sweet, J. J. (1999). Malingering: Differential diagnosis. In Sweet, J.J. (Ed.). *Forensic neuropsychology: Fundamentals and practice*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 255-285.
- Wedding, D., & D. Faust (1989). Clinical judgment and decision making in neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 4, 233-265.
- Whitlock, F.A. (1967). The Ganser syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 113, 19-29.

### Summary

Merckelbach, H., M. Jelicic, M. Peters, A.M.A. Brands & T. Smeets

'How mister Ganser led his basketball team to victory'

► We describe the case of a man who presented with Ganser syndrome after having been involved in a car crash. Although his cognitive deficits seemed serious, the patient's performance on specialized malingered tasks was suspect. Collateral information showed that the man was a definite malingerer. We argue that the symptoms of Ganser syndrome are such that malingering is very likely. Yet, a failure to use specialized malinger tasks has led in clinical literature to a corpus of case descriptions of Ganser syndrome that make a bona fide impression. Closely related to this is

the issue of how one reports to third parties about a bogus patient. It would be helpful if professional organizations explicitly encourage their members to write down that malingering is what it is: just malingering.

### **Personalia**

Prof. dr H.L.G.J. Merckelbach (1959) is hoogle-  
raar psychologie aan de Faculteit der  
Psychologie en de Faculteit der  
Rechtsgeleerdheid van de Universiteit  
Maastricht (UM). Adres: H.merckelbach@psy-  
chology@unimaas.nl

Dr M. Jelicic (1959) is experimenteel neuropsy-  
choloog en als universitair hoofddocent ver-  
bonden aan de Faculteit der Psychologie van  
de UM.

Drs M. Peters (1979) is research psycholoog en  
als promovendus werkzaam bij de Faculteit der  
Psychologie van de UM.

Drs A.M.A. Brands (1961) is als neuropsychologe  
verbonden aan het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis /  
rpcWoerden en daarnaast als promovendus  
werkzaam bij het Helmholtz Research Instituut  
te Utrecht.

Drs T. Smeets (1978) is research psycholoog en  
als promovendus werkzaam bij de Faculteit der  
Psychologie van de UM.