

Onwaarschijnlijke symptomen simuleren: de Wildman Symptom Checklist

HARALD MERCKELBACH, TOM SMEETS EN MARKO JELICIC

Patiënten die symptomen simuleren bestaan. Maar hoe spoor je ze op? De consensus is dat de clinicus er verstandig aan doet om meerdere instrumenten in te zetten, waaronder tests en taken, maar ook een interview. In zo'n interview moet worden nagegaan of de patiënt ertoe neigt om voor de dag te komen met onwaarschijnlijke symptomen en kenmerken. Maar wat vraag je dan aan de patiënt? In ons onderzoek probeerden we bruikbare symptomen en kenmerken te genereren.

Het opzettelijk fabriceren of aandikken van symptomen om zodoende een financieel of juridisch voordeel te behalen heet in jargon malingeren. In dit artikel gebruiken we het begrip simuleren als equivalent. Wat wordt er gesimuleerd? Niet toevallig zijn dat vaak symptomen die vaag en moeilijk direct verifieerbaar zijn. Dat whiplash, chronische vermoeidheid, burn-out, de meervoudige persoonlijkheidsstoornis, posttraumatische-stressklachten en - om nog eens een hele andere aandoening te noemen - de toxische encefalopathie omstreden ziektecategorieën zijn, is evenmin toevallig. Deze aandoeningen leunen

immers zwaar op vaag omschreven symptomen, wat hen gevoelig maakt voor simulatie.

Al weer jaren geleden merkte een Amerikaanse auteur op dat het met simulerende patiënten is zoals met pornografie (Adams, 2000): op ruime schaal voorhanden, maar we praten er niet graag over. Afgemeten aan het aantal vakpublicaties dat momenteel over simulerende patiënten verschijnt (Bianchini, Greve & Glynn, 2005; Conroy & Kwartner, 2006; Farkas et al., 2006), is het onderwerp duidelijk minder taboe dan voorheen. De prevalentiecijfers geven daar alle aanleiding toe. Ook Europese auteurs rapporteren dat het simuleren van symptomen – althans bij bepaalde ziektebeelden en binnen een afgebakende context – geen triviaal fenomeen is. Zo richtte de Duitse studie van Merten, Friedel en Stevens (2006) zich op patiënten die vanwege pijnklachten - en met bijvoorbeeld een diagnose van fibromyal-

gie - in aanmerking wensten te komen voor een uitkering. In deze studie werd het percentage simulanten op 40% geschat. De Nederlandse studie van Schmand en medewerkers (1998) onderzocht de integriteit van symptomen bij patiënten met whiplashklachten. De auteurs schatten het percentage simulanten in deze groep op rond de 60%, althans als de patiënten om verzekeringstechnische redenen waren verwezen. In recenter onderzoek vonden Van Hout en collega's (2006) in hun groep van patiënten met toxische-encefalopathiekklachten dat 27% van hen verdacht presteerde op een eenvoudige cognitieve taak.

De tijden dat een arts of psycholoog kon beweren dat simulerende patiënten een zeldzaamheid zijn, lijken daarmee voorbij. Maar dan toch: wie de recente rapporten van de Gezondheidsraad (2007) over verzekeringsgeneeskundige beslissingen leest, moet vaststellen dat het thema slechts zijdelings of verhuld ter sprake wordt gebracht.¹ Dat is opmerkelijk. Want de verzekeringsarts moet dagelijks beoordelen of mensen die pakweg een whiplash of chronische vermoeidheid claimen, hun invaliderende beperkingen op zo'n consistente en plausibele manier presenteren dat zij in aanmerking komen voor een uitkering. Men zou denken dat de primaire afweging

Prof. dr. H.L.G.J. Merckelbach, dr. T. Smeets en dr. M. Jelicic zijn als psychologen verbonden aan de Faculteit der Psychologie van de Universiteit Maastricht en doen daar onderzoek op het terrein van de rechtspsychologie, <http://www.psychology.unimaas.nl/Base/research/Psychology&law.htm>

die de arts in zulke gevallen moet maken ligt tussen bonafide symptomen en simuleren. Maar zoals gezegd, de Gezondheidsraad besteedt nauwelijks aandacht aan het thema.

Bronnen

Misschien heeft die terughoudendheid ermee te maken dat artsen slecht zijn geëquipeerd voor het opsporen en vaststellen van simuleren. Onderzoek maakt duidelijk dat als artsen afgaan op hun klinische blik, zij het merendeel van de simulerende patiënten over het hoofd zien. Rosen en Philips (2004, p.132) vatten hun overzicht van de relevante literatuur als volgt samen: 'In all 12 studies, doctors detected simulators at low rates, ranging from 0 percent to 25 percent.' Zulke percentages wijzen niet op de onkunde van artsen.

Integendeel. Ze hebben meer te maken met wat Schwarz (1999) de maxime van kwaliteit noemde. Het is een maxime waar deelnemers aan elk gesprek impliciet van uitgaan: artsen luisteren naar de klachten van hun patiënten en, zoals alle luisteraars, gaan zij er daarbij vanuit dat wat zij te horen krijgen kwaliteit bezit, dat wil zeggen bij benadering juist is. In het geval van artsen komt daar nog bij dat zij werken volgens het *better safe than sorry*-principe (Rassin & Merckelbach, 1999), wat evenmin een ideale uitgangspositie is voor het opsporen van simulanten.

Als het om het opsporen van simulerende patiënten gaat, stellen sommige auteurs de neuropsychologie ten voorbeeld aan de geneeskunde (Bianchini et al., 2005). In de neuropsychologie is inderdaad een begin gemaakt met het articuleren van scherpe criteria waaraan voldaan moet worden, wil een expert veilig kunnen oordelen dat een patiënt symptomen simuleert (Slick, Sherman & Iverson, 1999; Delis & Wetter, 2007). Die criteria ver-

wijzen op hun beurt naar een variëteit aan informatiebronnen. De gedachte daarbij is dat de expert simulatie nooit moet afleiden uit één enkele aanwijzing, maar zich moet baseren op meerdere bronnen, waaronder:²

- onwaarschijnlijke presentatie van symptomen door de patiënt tijdens een interview;
- onderprestatie van patiënt op eenvoudige cognitieve taken zoals de Amsterdamse Korte Termijn Geheugentest (AKTG; Schmandt & Lindeboom, 2004);
- overdreven hoge scores van patiënt op zelf-rapportagelijsten die symptomen inventariseren zoals de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Merckelbach & Smith, 2003);
- door bijvoorbeeld familieleden aangedragen collaterale informatie die de claims van de patiënt ondergraaft of ten minste duidelijk maakt dat de patiënt andere belangen heeft dan beter worden (zie bijvoorbeeld Merckelbach et al., 2006).

Het interview

Terwijl er het nodige onderzoek is gedaan naar hoe eenvoudige cognitieve taken, zelfrapportagelijsten en collaterale informatie kunnen helpen bij het opsporen van simulerende patiënten, blijft de rol van het klinische interview in de literatuur onderbelicht. Natuurlijk is er het uitgebreide en empirisch ook goed onderbouwde *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS; Rogers, Bagby & Dickens, 1992).³ Er bestaat echter (nog) geen Nederlandse versie van deze tijdrovende procedure en bovendien is de inzet ervan pas aangewezen als de verdenking op simulatie al stevig heeft postgevat. Elders in de literatuur is wel het idee te vinden dat de clinicus tijdens het explorerende interview zou

moeten nagaan of de patiënt ertoe neigt om mee te gaan met de suggestie van uitzonderlijke of non-existente symptomen (Porter et al., 2001; Christianson & Merckelbach, 2004). Indien de patiënt inderdaad zo'n neiging vertoont, dan is het aan de tijd om bij hem of haar zelfrapportagelijsten en simpele cognitieve tests af te nemen en – indien de uitkomsten daartoe aanleiding geven – in een later stadium collaterale informatie te verzamelen. Dat lijkt een ideale werkwijze. Maar er rijst ten aanzien van het interview dan wel een aantal voor de hand liggende vragen. Een daarvan is welke symptomen en kenmerken de clinicus nu moet voorleggen aan de patiënt. Het mogen geen symptomen en kenmerken zijn die ook figureren in later af te nemen vragenlijsten en cognitieve tests. Als men zulke dublures wel toelaat, zijn de bronnen waaruit de clinicus argumenten ten faveure van 'de diagnose' simuleren put niet meer onafhankelijk van elkaar. Een tweede vraag is *hoeveel* symptomen en kenmerken de clinicus aan de patiënt moet voorleggen om goed te kunnen differentiëren tussen simulerende en bonafide personen.

Wildman Symptom Checklist

De Amerikaanse psychologen Wildman en Wildman (1999) construeerden een lijst met 30 onwaarschijnlijke symptomen en kenmerken die nauwelijks overlappen met de eerder genoemde SIRS (Rogers et al., 1992) en SIMS (Merckelbach & Smith, 2003). De 30 items vallen in drie categorieën, die elk met tien items zijn vertegenwoordigd: psychiatrisch getinte symptomen (P), medisch getinte symptomen (M) en items die kapitaliseren op sociale wenselijkheid (S). De lezer vindt een overzicht van deze items in tabel 1. Het idee achter de checklist is

dat simulerende patiënten een over-rapportage van symptomen zullen paren aan een overdreven sociaal wenselijke zelfpresentatie.

In hun oorspronkelijke doch ietwat karige onderzoek combineerden Wildman en Wildman (1999) de 30 checklistitems met evenzoveel realistische items (bijvoorbeeld 'mijn spieren doen pijn als ik lang gelopen of gerend heb' en 'verschillende keren per jaar loop ik een verkoudheid op').⁴ Deze verzameling namen ze vervolgens af bij twee groepen: controleproefpersonen en simulanten die werden geïnstrueerd om zich te gedragen alsof ze een uitkering veilig wilden stellen. De auteurs vonden dat 98% van hun simulanten vier of meer symptomen

en kenmerken van de 30 checklistitems omarmde. Omdat niemand van de eerlijk antwoordende controles het aantal van vier symptomen of kenmerken haalde, legden Wildman en Wildman het afkappunt bij vier.

Onderzoek

In eigen onderzoek gingen we na hoe succesvol de checklistitems van Wildman en Wildman zijn in het onderscheiden van simulanten en eerlijk antwoordende proefpersonen. Ons doel was om langs de empirische weg items te vinden die bij een exploratief interview naar simulatie kunnen worden ingezet. Daartoe vertaalden we de items en vervolgens legden we ze voor aan 605 proefpersonen (377

vrouwen), waarvan het merendeel student was (gemiddelde leeftijd: 20,5 jaren en *s.d.* = 3,3 jaren). Er waren twee groepen: eerlijke antwoordende controles (*n* = 410) en geïnstrueerde simulanten (*n* = 195).⁵ De laatste groep werd allereerst voorzien van een realistische casusbeschrijving. Een voorbeeld is: 'Stel jezelf voor dat je op zekere dag vanwege een weddenschap een hoge toren beklimt. De toren is eigenlijk verboden terrein. Je wedt met een vriend dat je tot in de top van de toren zal klimmen en daar aangekomen uit een raam zal zwaaien. Je klimt nogal gehaast de vele treden omhoog en bereikt al snel de top. Daar aangekomen, zie je dat alle luiken voor de ramen dicht zijn. Je pro-

Items	Simulanten	Controles
Hoofdpijnen zo erg dat mijn voeten er pijn van doen	41%	2% (P)
Gezoem in mijn oren wisselt de hele tijd van links naar rechts	36%	2% (M)
Merk dat de kleuren van dingen rondom me steeds veranderen	36%	4% (M)
Als ik ga zitten, wordt het vaak zwart voor mijn ogen	38%	7% (M)
Dingen smaken aan de ene kant van mijn mond anders dan aan de andere kant van mijn mond	39%	9% (M)
Dik een goed verhaal <u>nooit</u> aan	40%	14% (S)
Ben me er van bewust dat ik één persoon in de ochtend ben en echt een heel andere persoon in de avond	49%	23% (P)
Is mij wel eens verteld dat ik soms met mijn ogen open slaap	37%	12% (M)
Lees iedere dag de krant van a tot z	26%	2% (S)
Heb nog <u>nooit</u> gelogen	23%	1% (S)
Iemand smeedt het plan mij te vermoorden en ik weet dat ze vannacht zullen toeslaan	23%	1% (P)
Soms jeuken de nagels van mijn vingers	25%	4% (M)
<u>Iedere</u> keer dat ik een woord tegenkom dat ik niet ken, zoek ik meteen op wat het betekent	27%	7% (S)
Overschrijd nooit de maximumsnelheid, ook niet als ik weet dat er in kilometers omtrek geen politie te bekennen is	27%	7% (S)
Luister op de radio <u>alleen</u> naar het nieuws of naar klassieke muziek	21%	2% (S)
Heb tijdenlang het gevoel gehad dat ik de directeur van een bedrijf was, maar nu voel ik meer en meer dat ik moet vechten voor de vakbond	21%	2% (P)
Sla nooit een dankmis in de kerk over	19%	2% (S)
Heb een verschrikkelijke angst voor straatnamenbordjes	17%	0% (P)
Ben al eens in de toekomst geweest	19%	2% (P)
Stemmen van vrouwen hoor ik in mijn rechteroor, terwijl ik stemmen van mannen in mijn linkeroor hoor	17%	1% (P)
Heb bepaalde allergieën waarvan ik enkel 's nachts last heb	20%	5% (M)
Desgevraagd geef ik geld aan elk goed doel	26%	12% (S)
Heb vaak een azijnachtige smaak in mijn mond	17%	3% (M)
Als ik meer tijd nodig heb om iets af te krijgen, heb ik de gave om de tijd langzamer te laten gaan	13%	1% (P)
Heb de gave om door het plafond heen te kunnen kijken zodat ik kan zien wat er een etage hoger gaande is	10%	0% (P)
Kan willekeurig bovenmenselijke krachten oproepen, zoals Superman	9%	1% (P)
Heb een aandoening waarbij mijn hart langzamer gaat kloppen naarmate ik sneller loop	10%	2% (M)
Vind het <u>nooit</u> moeilijk om met vreemden te praten	0%	0% (S)
Mijn maag knort soms zo luid dat het zelfs door mensen in een andere kamer gehoord kan worden	26%	26% (M)
Voel me net zo lekker als ik formeel gekleed ben als wanneer ik in sportieve kleding gekleed ga	39%	44% (S)

Tabel 1 Items van de Wildman Symptom Checklist en percentage 'ja' in simulanten en controles.

beert één van de luiken te openen. Met enige moeite lukt je dat, maar op het moment dat je je arm naar buiten steekt om te zwaaien, valt het zware luik naar beneden. Het komt op een toevallige voetganger terecht. Angstig loop je weer naar beneden. Daar wordt de omvang van het ongeluk je pas echt duidelijk. De voorbijganger bloedt hevig aan zijn hoofd en hulpverleners die even later arriveren, kunnen enkel nog de dood van de man vaststellen. De politie komt en neemt je mee voor verhoor. Je krijgt al snel in de gaten dat men je “dood-door-schuld” in de schoenen wil schuiven. Je ziet maar één uitweg: je besluit tegen de politie een verhaal op te hangen over dat je stemmen hoorde die je opdroegen in de toren te klimmen en het luik te openen.’

Nadat de simulanten de beschrijving hadden gelezen, hoorden ze dat zij zich moesten identificeren met de hoofdpersoon. En dat het hun taak was om op een dusdanig slimme manier symptomen en kenmerken te simuleren dat het een juridisch voordeel zou opleveren. Tenslotte werden de proefpersonen de 30 Wildman checklistitems voorgehouden met de opdracht om aan te geven of de items al dan niet op hen van toepassing waren. Net als in de oorspronkelijke studie van Wildman en Wildman (1999) lagen deze items ingebed in een reeks van vragen (eveneens 30) over realistische symptomen.

De vier-of-meer regel is niet goed

De simulanten omarmden meer symptomen en kenmerken van de Wildman Symptom Checklist dan de controles. Om precies te zijn: de simulanten haalden een gemiddeld aantal van 7.7 (*s.d.* = 5.3) en de controles een van 2.1 (*s.d.* = 2.1), wat een significant verschil oplevert [$t(603) =$

18.5, $p < 0.01$; Cohen's $d = 1.61$). Ook vonden we steun voor de intuïtie van Wildman en Wildman (1999) dat bij simulanten overrapportage van symptomen hand in hand gaat met een sociaal wenselijke presentatie. De simulanten stemden in met gemiddeld zo'n vijf symptomen en zo'n drie sociaal wenselijke items tegenover respectievelijk één symptoom en één kenmerk bij controles.

Toch werkt de vier-of-meer regel van Wildman en Wildman niet naar behoren. Waarom dat het geval is, valt te zien in tabel 2: de regel leidt tot een overmaat aan vals positieve gevallen, dat wil zeggen eerlijke personen die als simulant worden gecategoriseerd. De specificiteit is dus onvoldoende. Het percentage van 17% vals positieven is voor een explorerend interview onveilig hoog, vooral als men er van uitgaat dat een ruime meerderheid van de geïnterviewden bona fide zal zijn. Het opkrikken van het afkappunt naar zes levert wat dat betreft al betere resultaten op: zoals in de tabel valt te zien, zakt het percentage vals positieven dan naar 4%. Daar staat tegenover dat het percentage correct positieven – simulanten die als zodanig worden ontmaskerd, oftewel de sensitiviteit – ook daalt en wel naar 57%.

De tien beste items

Een andere manier om de Wildman checklistitems ten nutte te maken, is om de tien items te selecteren die het best discrimineren tussen simulanten en eerlijke controles. Deze items met

de bijbehorende percentages vindt de lezer in tabel 1. Het gaat om een mix van medisch getinte items (vijf), sociale-wenselijkheiditems (drie) en psychiatrische items (twee). Als groep halen de simulanten op deze tien items een gemiddelde score van 3.6 (*s.d.* = 2.5) tegen 0.8 (*s.d.* = 0.9) voor eerlijke controles. Dat verschil is wederom significant [$t(603) = 20.1$, $p < 0.01$; Cohen's $d = 1.76$]. Voor deze set van items fungeert een score van drie als ideaal afkappunt. Het percentage vals positieven is dan 4%, terwijl het percentage correct geïdentificeerde simulanten 60% bedraagt. Dat laatste cijfer lijkt laag, maar men moet het afzetten tegen de eerder aangehaalde detectiepercentages die gelden als enkel de klinische blik wordt gehanteerd om simulanten op te sporen (0-25%; zie ook Greve & Bianchini, 2004; Merckelbach & Jelicic, 2007).

Every malingerer is an actor

Simulanten zijn nog het best te vergelijken met acteurs die een rol spelen: ‘Every malingerer is an actor who portrays an illness as he understands it’ (Ossipov, 1944, p. 40). Tot die rol behoort dat men de clinicus wil overtuigen door een veelvoud aan symptomen, waaronder onwaarschijnlijke, te etaleren (zie ook Cornell & Hawk, 1989). Instrumenten zoals de Wildman Symptom Checklist spelen hierop in. In dezelfde lijn ligt de opmerking van Porter en collega's (2001) dat symptoomsuggestie een probate strategie is bij het opspreken van simulanten.

	Eerlijke controles N = 410	Simulanten N = 195
Bona fide < 4 (< 6)	83% (96%)	25% (43%)
Simuleren ≥ 4 (≥ 6)	17% (4%)	75% (57%)

Tabel 2 Diagnostische parameters van de Wildman Symptom Checklist bij een afkappunt van 4 (en 6).

Daarbij interviewt men de patiënt over atypische symptomen en kenmerken en als hij die vervolgens tot de zijne maakt, is dat een veeg teken. De eerste tien Wildman checklistitems bieden in dat opzicht goed materiaal. Maar zelfs als de patiënt drie of meer van deze items adopteert, wil daarmee nog niet gezegd zijn dat hij een simulant is. De enige juiste conclusie die aan zo'n antwoordpatroon te verbinden valt, is de inzet van gespecialiseerde tests en taken, waarbij voor de Nederlandse situatie te denken valt aan respectievelijk de SIMS en de AKTG. Indien de patiënt dan blijkt geeft van overrapportage

van symptomen (op de SIMS) én onderprestatie (op de AKTG), komt de alternatieve 'diagnose' dat hij simuleert zeer nadrukkelijk in het vizier (Iverson, 2006). Zelfs als de incidentie van simulanten laag is, kunnen er goede redenen voor een clinicus zijn om simulanten te willen opsporen. Een daarvan – die vaak over het hoofd wordt gezien – is dat simulanten de integriteit van het klinische kennisbestand aantasten (Rosen, 2006). Simulanten profiteren nooit van behandelingen en veroorzaken zodoende ruis in het corpus aan kennis dat wetenschappers en klinici gezamenlijk proberen op te bouwen.

Noten

- 1 Zie Gezondheidsraad (2007). *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie*. Den Haag: Gezondheidsraad (publicatie 2007/14).
- 2 Deze benadering staat te boek als de *multi-dimensional-multimethod approach* (zie Sweet, 1999).
- 3 Ook de door Rogers en collega's (1992) ontwikkelde SIMS bestaat uit een lange reeks van onwaarschijnlijke, atypische en non-existente symptomen en kenmerken. De rationale achter de SIMS is dat simulanten zullen zegen last te hebben van dit soort symptomen.
- 4 Een integrale vertaling van de checklist en realistische items is bij de auteurs te verkrijgen.
- 5 De getalsmatige verhouding tussen controles en simulanten is niet toevallig: zij is zo gekozen dat de *base rate* van simulatie in de buurt komt van de door Greve en Bianchini (2004) aanbevolen 0.30.

Literatuur

- Adams, K.M. (2000). A normative festival: Now how does the ensemble play together? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 22, 299-302.
- Bianchini, K.J., Greve, K.W. & Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. *Spine Journal*, 5, 404-417.
- Christianson, S.A. & Merckelbach, H. (2004). Crime-related amnesia as a form of deception. In P.A. Granhag & L.A. Strömwall (Eds.) *The detection of deception in forensic contexts* (pp. 195-225). Cambridge: Cambridge University Press.
- Conroy, M.A. & Kwartner, P.P. (2006). Malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2, 29-51.
- Cornell, D.G. & Hawk, G.L. (1989). Clinical presentation of malingerers diagnosed by experienced forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, 13, 375-383.
- Delis, D.C. & Wetter, S.R. (2007). Cogniform disorder and cogniform condition: Proposed diagnoses for excessive cognitive symptoms. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 589-604.
- Greve, K.W. & Bianchini, K.J. (2004). Setting empirical cut-offs on psychometric indicators of negative response bias: A methodological commentary with recommendations. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 533-541.
- Farkas, M.R., Rosenfeld, B., Robbins, R. & van Gorp, W. (2006). Do tests of malingering concur? Concordance among malingering measures. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 659-671.
- Iverson, G.L. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology*, 13, 77-90.
- Merckelbach, H. & Jelicic, M. (2007). Simuleren en coachen. *Tijdschrift voor Geneeskundige Adviseurs in Particuliere Verzekeringszaken*, 11, 32-36.
- Merckelbach, H., Peters, M., Jelicic, M., Brands, I. & Smeets, T. (2006). Detecting malingering of Ganser-like symptoms with tests: A case study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 636-638.
- Merckelbach, H. & Smith, G.P. (2003). Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (sims) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 145-152.
- Merten, T., Friedel, E. & Stevens, A. (2006). Eingeschränkte Kooperativität in de neurologisch-psychiatrischen Begutachtung. *Versicherungsmedizin*, 58, 19-21.
- Ossipov, V.P. (1944). Malingering: The simulation of psychosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 8, 39-42.
- Porter, S., Birt, A.R., Yuille, J.C. & Herve, H.F. (2001). Memory for murder: A psychological perspective on dissociative amnesia in legal contexts. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 23-42.
- Rassin, E. & Merckelbach, H. (1999). The potential conflict between clinical and judicial decision making heuristics. *Behavioral Sciences and the Law*, 17, 237-248.
- Rogers, R., Bagby, R.M. & Dickens, S.E. (1992). *Structured interview of reported symptoms: Professional manual*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources.
- Rosen, G.M. (2006). dsm's cautionary guidelines to rule out malingering can protect the ptsd data base. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 530-535.
- Rosen, G.M. & Philips, W.R. (2004). A cautionary lesson from simulated patients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 132-133.
- Schmand, B. & Lindeboom, J. (2004). *Amsterdam short term memory test: Manual*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Schmand, B., Lindeboom, J., Schagen, S., Heijt, R., Koene, T. & Hamburger, H.L. (1998). Cognitive complaints in patients after whiplash injury: The impact of malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 64, 339-343.
- Schwarz, N. (1999). Self-reports: How the questions shape the answers. *American Psychologist*, 54, 93-105.
- 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.
- Sweet, J.J. (1999). Malingering: Differential diagnosis. In J.J. Sweet (Eds.). *Forensic neuropsychology: Fundamentals and practice* (pp. 255-285). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Van Hout, M.S.E., Schmand, B., Wekking, E.M. & Deelman, B.G. (2006). Cognitive functioning in patients with suspected chronic toxic encephalopathy: Evidence for neuropsychological disturbances after controlling for insufficient effort. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 77, 296-303.
- Wildman, R.W. & Wildman, R.W. (1999). The detection of malingering. *Psychological Reports*, 84, 386-388.