

Duizenden New Yorkers spanden een letselschadezaak aan tegen hun stad vanwege het giftige vuil dat vrijkwam bij het drama van 11 september 2001.

De eisers zeggen dat zij allerlei chronische klachten aan de ramp overhielden – in totaal worden er 387 verschillende aandoeningen genoemd. Volgens de advocaten van de stad New York veinst een fors deel van de eisers hun klachten. Harald Merckelbach, Marko Jelicic en Brechje Dandachi-FitzGerald plaatsen vraagtekens bij het gelijk van de advocaten.

KLACHTEN VEINZEN EN VOELEN

Het veinzen van klachten om zo een financiële of juridische bonus te behalen, komt voor. Zo veel staat wel vast. In jargon spreekt men van *malingering*. Schattingen over hoe vaak het opduikt, variëren nogal en lijken sterk afhankelijk van de context. In doorsneeziekenhuizen en klinieken zou het om 'some rare individuals' gaan (Pridmore et al., 2004; p. 137). Maar in de strafrechtelijke arena zou zo'n twintig procent van de verdachten die voor psychologisch onderzoek worden gezien, klachten overdrijven of geheel en al uit de duim zuigen. In de civielrechtelijke context – dan gaat het om letselschadezaken van het type waarmee we begonnen¹ – zou dat percentage rond de dertig cirkelen (Mittenberg et al., 2002; zie ook Sharland & Gfeller, 2007; McDermott & Feldman, 2007). Het zijn weliswaar Amerikaanse getallen, maar Nederlandse schattingen doen er niet echt voor onder (Merckelbach et al., 2008).

Er was een tijd dat psychiaters *malingering* toch ook en vooral een ziekte vonden. Zij waren er ten diepste van overtuigd dat je een karakterologische afwijking moest hebben om anderen – artsen, rechters – te doen laten geloven dat je lijdt onder symptomen en beperkingen die er eigenlijk niet zijn: *you have to be crazy to act crazy*. Deze visie is diep veran-

kerd in de psychoanalytische traditie.² Niemand minder dan Freud zelf bedacht de term secundaire ziektewinst. Daarmee doelde hij op neurotische patiënten die vasthouden aan hun symptomen om zo een voordeel veilig te stellen. Dat kan een privilege zijn, financiële compensatie of het excuus om niet te werken. Freud gebruikte de metafoer van de kreupele bedelaar: net zoals die zijn handicap exploiteert, zo venten sommige neurotici hun aandoening uit (zie voor een overzicht Van Egmond, 2005). De metafoer zegt veel over de soliditeit die hij neurotische symptomen toedichtte. Wie de metafoer voor het overige weinig verhelderend vindt, staat daarin niet alleen. De Amerikaanse psychiater Fishbain stelde in 1994 vast dat tot dan zo'n 163 artikelen over secundaire ziektewinst waren verschenen. Ze op een rijtje zettend, constateerde hij dat het een conceptuele janboel was. Jagen neurotici nu wel of niet bewust hun secundaire ziektewinst na? En kan secundaire ziektewinst ook neurotische problemen in gang zetten? Daarover ventileerden de volgelingen van Freud allerlei incoherente opinies.

HELDERHEID VAN DE DSM Het is de verdienste van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* dat het in deze uithoek van de psychopathologie een heldere

KADER 1. CONSCIOUS EXAGGERATION SCALE (CES; CLAYER ET AL., 1986)

Om de totaalscore te berekenen, worden items 2 en 4 gespiegeld, waarna het aantal ja-antwoorden wordt gesommeerd. Clayer et al. bevelen een afkappunt van 11 aan.

1. Denk je dat er iets ernstigs aan de hand is met je lichaam?
2. Kunnen mensen goed met je opschieten als je ziek bent?
3. Vind je dat je je vaak bewust bent van allerlei dingen in je lichaam?
4. Denk je dat andere mensen beseffen hoe het voelt om ziek te zijn?
5. Hebben je beperkingen een grote invloed op hoe je met je familie en je vrienden omgaat?
6. Ben je bang voor ziektes?
7. Maakt het voor jou wat uit of mensen zien dat je beperkingen hebt?
8. Ben je soms jaloers op andere mensen die een goede gezondheid hebben?
9. Heb je soms gekke gedachtes over je gezondheid, gedachtes waar je maar niet van af kunt komen, wat je ook probeert?
10. Vind je het vervelend hoe mensen op jouw beperkingen reageren?
11. Is het moeilijk voor jou om het te geloven als je arts zegt dat er niets is waar je je zorgen over hoeft te maken?
12. Maak je je vaak zorgen over de mogelijkheid dat je een ernstige ziekte hebt?
13. Denk je vaak dat je opeens ziek zou kunnen worden?
14. Als je aandacht op een aandoening wordt gevestigd (door radio, televisie, krant of door iemand die je kent), maak je je dan zorgen dat je het ook kunt krijgen?
15. Heb je soms het gevoel dat mensen je beperkingen niet serieus genoeg nemen?
16. Maak je je zorgen over hoe je gezicht of je lichaam eruitziet?
17. Heb je last van veel verschillende symptomen?
18. Probeer je vaak aan andere mensen uit te leggen hoe je je voelt?
19. Vind je dat je snel verdrietig raakt?
20. Ben je meer prikkelbaar tegenover andere mensen?
21. Is het moeilijk voor je om te ontspannen?

systematiek heeft proberen te introduceren. Dat deed het handboek door een onderscheid te maken tussen het bewust (intentioneel) overrapporteren van symptomen – veinzen dus – aan de ene kant, en de onbewuste – noem het neurotische – productie van symptomen, aan de andere kant. Volgens de DSM gaat het om elkaar uitsluitende categorieën. Ofwel je veinst symptomen; en dan ben je een *malingerer* als je dat doet vanwege geld (of een andere externe bonus) en iemand met een *nagebootste stoornis* als je het doet vanwege de patiëntenstatus. Ofwel je gaat je – zonder het te beseffen en zonder dat er een organische oorzaak voor bestaat – te buiten aan het rapporteren van lichamelijke en cognitieve beperkingen die je dan ook echt voelt; in dat geval is sprake van een *somatoforme aandoening* (LoPiccolo, Goodkin & Baldewicz, 1999; Boone, 2007; zie Tabel 1).

De helderheid van de DSM heeft allerlei auteurs ertoe aangezet om zijn systematiek te verfijnen. Een goed voorbeeld zijn de zogenaamde Slick-criteria inzake *malingering* (Slick, Sherman & Iverson, 1999). Dat leidde vervolgens in het onderzoek tot een sterke preoccupatie met diagnostische tests. Het gaat dan om tests die pretenderen dat zij een veilig onderscheid kunnen maken tussen geveinsde en somatoforme klachten. Een andere reden voor deze preoccupatie was het besef dat *zonder* zulke tests, experts zijn overgeleverd aan hun klinische impressies. Dat werd pijnlijk zichtbaar in menige letselschadezaak van de soort waarmee we begonnen: eisers namen vaak psychiaters mee die beweerden te kunnen zien dat de slachtoffers echte neurotische problemen aan de calamiteit hadden overgehouden. De gedaagden namen vaak psychiaters in de hand die even stellig het tegendeel beweerden: dat de eisers hun symptomen willens en wetens overdreven (Simon & Zusman, 1986).

Er was zodoende behoefte aan instrumenten waarmee consensus viel te bereiken tussen experts. Een vroege aanzet daartoe is de *Conscious Exaggeration Scale* (CES; Clayer, Bookless-Pratz & Ross, 1986).³ De CES bestaat uit 21 stellingen waarop de patiënt met *ja* of *nee* kan antwoorden (zie Kader 1). De stellingen zijn zo geformuleerd dat ze de patiënt de mogelijkheid bieden om de ellende van zijn klachten op een grandioze manier te presenteren. In eigen onderzoek vonden we dat de CES er aardig in slaagt om te differentiëren tussen patiënten die normaal presteren op neuropsychologische malingertaken en patiënten die zich daarop verdacht gedragen: de eerste groep omarmt hooguit vijf grandioze stellingen, terwijl de tweede groep met dertien stellingen instemt. Dat laatste getal komt weer dicht in de buurt van de score die men vindt als men studenten instrueert om een ziekte te

Twintig procent van de verdachten overdrijft zijn klachten of verzint ze geheel en al

veinzen en hun dan de CES geeft: zij stemmen gemiddeld in met zo'n vijftien grandioze stellingen.

Onze gegevens laten zien dat de CES behulpzaam kan zijn bij het maken van het onderscheid tussen het veinzen van klachten en het voelen van klachten – reden waarom we onze vertaling van het instrument hier presenteren. Maar waterdicht is de CES allerminst.⁴ Dat is ook de reden dat sommige onderzoekers er weinig enthousiast over zijn. Wellicht speelt het type patiënt bij wie men de schaal afneemt een rol. Onze patiënten waren verwezen voor neuropsychologisch onderzoek vanwege bijvoorbeeld de ADHD-symptomen die zij zeiden te hebben en de studie- of werkgerelateerde problemen die dat met zich meebracht. Mendelson (1987) verzamelde CES-scores bij chronische pijnpatiënten: hij vond dat patiënten die eisers waren in een letselschadezaak vergelijkbare CES-scores hadden als pijnpatiënten die niet waren verwickeld in juridisch getouwtrek.

OVERLAP De constatering dat tests zoals de CES onvolkomen zijn, droeg bij aan een verdere nadruk op testontwikkeling: onderzoekers maakten en maken jacht op instrumenten die klinici in staat zouden moeten stellen om degenen met echte en met geveinsde klachten scherp van elkaar te onderscheiden. De laatste jaargangen van bijvoorbeeld de *Archives of Clinical Neuropsychology* illustreren deze ontwikkeling: heel wat artikelen daarin gaan over zulke tests, althans tests met grootse pretenties. Niet zelden hebben de auteurs van deze artikelen – doorgaans de ontwerpers van de tests – ook een commercieel belang en is hun veel gelegen aan het vermarkten van hun instrument.

Door deze nadruk op testontwikkeling is het onderzoek naar meer fundamentele vragen behoorlijk buiten beeld geraakt. Eén zo'n fundamentele kwestie heeft te maken met de overlap tussen geveinsde en somatoforme klachten. Testontwikkelaars zien die overlap als vervelende, statistische ruis. Maar het is meer dan dat. Zo vonden Jonas en Pope (1985) dat alle subtiele beschouwingen over de verschillen tussen *malingering*, nagebootste stoornissen en somatoforme aandoeningen ten spijt, deze categorieën een hoge graad van verwantschap vertonen als het gaat om aanvangsleeftijd, be- loop en gebrek aan behandelingsresultaat. Rogers en collega's (1989) lieten aan de hand van casuïstiek zien dat mensen die aanvankelijk nagebootste psychotische symptomen presenteren, later soms een onmiskenbare psychose krijgen. Volgens de auteurs zeggen dit soort gevallen iets over de zwakke flank van het DSM-schema (Tabel 1): het schema veronderstelt dat het willens en wetens – in jargon: intentioneel – over-rapporteren van symptomen typerend is voor veinzen. Maar betekent dat nu ook dat deze kwaliteit – intentionaliteit – voortdurend aanwezig moet zijn?

In hun essay over veinzen en somatoforme klachten opperen de kinderpsychiaters Jureidini en Taylor (2002) het idee dat de essentie van beide spelgedrag is. En net zoals kinderen en gehypnotiseerde personen soms zo opgaan in hun spel dat ze het schijnkarakter ervan vergeten, zo ook zouden sommige veinzers uit het oog gaan verliezen dat zij hun klachten spelen.

HET LABORATORIUM Het verhaal van Jureidini en Taylor (2002) valt te staven met laboratoriumonderzoek. Het kan inderdaad gebeuren dat proefpersonen eerst iets spelen en er dan later echt in gaan geloven. Een mooi voorbeeld biedt geheugenonderzoekster Danielle Polage (2004). Zij gaf haar proefpersonen een lange lijst met gebeurtenissen als 'was bijna gestikt in een kauwgum' en 'heb de president een hand gegeven'. Proefpersonen beoordeelden hoe waarschijnlijk het was dat zij iets dergelijks als kind hadden meegemaakt. Een paar weken later kwamen de proefpersonen opnieuw naar het laboratorium. Ze kregen nu de opdracht om over een aantal gebeurtenissen waarvan ze eerder hadden gezegd dat

TABEL 1. HET ONDERSCHIED TUSSEN VEINZEN (MALINGERING & NAGEBOOTSTE STOORNIS) EN SOMATOFORME KLACHTEN VOLGENS DE DSM-SYSTEMATIEK

	EXTERNE BONUS (BIJV. UITKERING)	INTERNE BONUS (BIJV. MEDISCHE AANDACHT)
Bewust/intentioneel	Malingering	Nagebootste stoornis
Onbewust		Somatoforme klachten

die hoogst onwaarschijnlijk waren, een leugenachtig verhaal op papier te zetten. Ze moesten schrijven dat het hun tóch was overkomen, wie er allemaal bij waren, wat er daarna gebeurde et cetera. Weer een week later beoordeelden de proefpersonen nogmaals alle gebeurtenissen op hun waarschijnlijkheid. Polage vond dat een kleine groep van haar proefpersonen – zo'n tien procent – sterk was gaan geloven in de eigen leugen. Deze proefpersonen schatten uiteindelijk de waarschijnlijkheid van de gebeurtenissen torenhoog in en waren vergeten dat ze erover hadden gelogen. Polage (2004; p. 463) schrijft: 'They may no longer realize they are lying because they may have convinced themselves that what they believe is true.' Het is een observatie die doet denken aan één facet van wat 'pseudologia fantastica' wordt genoemd, namelijk een zekere mate van zelfbedrog (Zeegers, 1959; zie ook Birch, Kelln & Aquino, 2006).

Het experiment van Polage gaat over hoe fictie tot autobiografie kan uitgroeien en niet over geveinsde en echte klachten. Dat ligt anders voor onderzoek dat we zelf uitvoerden (Van Oorsouw & Merckelbach, 2004) en waarin we studenten instrueerden om een ruimte binnen te lopen. Daar zat een etalagepop aan een tafel. Proefpersonen moesten een biljartkeu pakken, de pop in de nek slaan en beroven van zijn beurs. Nadat ze de ruimte hadden verlaten, werden de proefpersonen *verhoord* over het nagespeelde delict. Daarbij kregen sommigen de opdracht om te veinzen dat ze geheugenverlies voor het delict hadden. Andere proefpersonen werd gezegd dat ze de vragen over het delict zo goed mogelijk moesten beantwoorden. Na een week kwamen alle proefpersonen terug naar het laboratorium. Opnieuw werden ze verhoord over het delict. Dit keer kregen alle proefpersonen te horen dat ze zo nauwkeurig mogelijk moesten antwoorden op de vragen. De studenten die voorheen geheugenverlies hadden geveinsd, werd op het hart gedrukt om die rol op te geven. Desondanks wisten deze studenten aanmerkelijk minder dan de andere proefpersonen. Wie speelt dat hij geheugenproblemen heeft, krijgt ze blijkbaar ook. Deze *self-fulfilling prophecy* is minder raadselachtig dan zij op het eerste gezicht lijkt. Iemand die speelt dat hij geen herinneringen meer heeft aan een gebeurtenis, zal zo'n gebeurtenis minder vaak mentaal repeteren. Dat gaat ten koste van het geheugen voor de gebeurtenis. Je kunt je zo'n effect echter minder makkelijk voorstellen bij andere klachten, zoals concentratieproblemen of sociale angst.

KLACHTEN VEINZEN EN DAN ECHT VOELEN

Om de proef op de som te nemen, gaven we aan een groep

van 31 studenten de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS). Deze vragenlijst somt 75 psychische klachten op en de respondent moet ja of nee aankruisen. Het gaat om zeldzame dingen als 'het eten smaakt niet meer zoals het vroeger smaakte', 'mijn stemming is 's nachts het slechtste' en 'lopen is moeilijk voor mij vanwege de evenwichtsproblemen die ik heb'. De studenten vulden de vragenlijst tweemaal in, met daartussen een periode van een klein uur, waarin zij zich bogen over een totaal andere taak. Er waren twee groepen. De eerlijk-eerlijkgroep (n=14) kreeg voorafgaand aan de eerste meting de opdracht om zich voor te stellen dat ze verdachte waren, dat ze werden onderzocht door een forensisch arts en dat ze in dat verband de SIMS eerlijk moesten invullen. Bij de tweede meting werd deze proefpersonen verteld dat mensen soms van mening veranderen als het gaat om hun klachten; en of ze daarom de SIMS nogmaals eerlijk wilden invullen.

De veinzen-eerlijkgroep (n=17) werd ook gevraagd om zich voor te stellen dat zij als verdachten werden onderzocht door een forensisch arts. Deze groep kreeg echter bij de eerste meting de opdracht om op een overtuigende manier klachten te veinzen op de SIMS. Na het intermezzo met de irrelevante taak hoorden deze studenten dat de forensisch arts had vastgesteld dat zij klachten hadden geveinsd; en dat ze nu – bij de tweede meting – de SIMS nog eens eerlijk moesten beantwoorden.

Figuur 1 laat de resultaten zien. Tijdens de eerste meting rapporteerden de veinzers natuurlijk meer klachten dan de eerlijke proefpersonen. Dat was ook hun opdracht. Niet verwonderlijk dus dat de veinzers tijdens de eerste meting ver boven het afkappunt van zeventien klachten uitkomen, terwijl de eerlijke proefpersonen daar ruim onder zitten. Interessanter is wat er gebeurt tijdens de tweede meting: als groep omarmen de ex-veinzers dan nog steeds meer klachten dan de eerlijke groep [$t(29) = 2.09, P < 0.05$]. Er bestaat dus zoiets als een residueel effect van veinzen.

CHOICE BLINDNESS Waarom is dat zo? Hoe kan het dat sommige mensen die eerst klachten veinzen en dan worden geïnstrueerd om eerlijk te antwoorden, toch blijven vasthouden aan een aantal van die klachten? Het zou kunnen zijn dat sommige proefpersonen tamelijk snel vergeten wat hun er om te beginnen toe heeft gebracht om klachten aan te kruisen. We hebben het dan over de trias van intentie (veinzen), keuze (klachten) en zelfkennis (inzien dat het veinzen ertoe aanzette om klachten te rapporteren).

Het onderzoek naar zogenaamde *choice blindness* van de

Sommige veinzers verliezen geleidelijk uit het oog dat zij hun klachten spelen

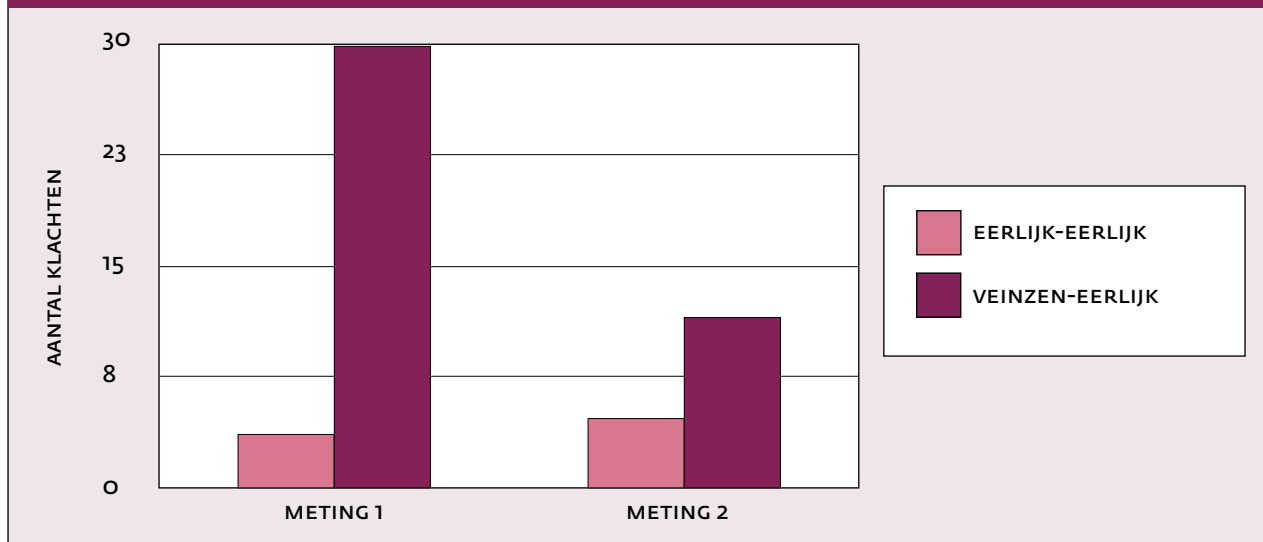
Zweedse onderzoekers Hall en Johansson (2008; Johansson et al., 2005) maakt duidelijk dat die trias voor sommige proefpersonen een ware Bermudadriehoek kan worden. Zo lieten ze in een fraai experiment studenten telkens portretfoto's zien van twee verschillende vrouwen. De studenten moesten steeds een keuze maken tussen de ene of de andere foto. Vlak daarna werd hun de gekozen foto nogmaals getoond en werd hun gevraagd om te vertellen *waarom* ze die persoon hadden gekozen. In een aantal gevallen verwisselden de onderzoekers stiekem de foto's. Proefpersonen werd dan gevraagd waarom ze mevrouw B hadden gekozen, ofschoon ze eerder een voorkeur voor mevrouw A hadden uitgesproken. De overgrote meerderheid – 74% – van zulke manipulaties werd door de proefpersonen niet ontdekt. Sterker nog: sommige proefpersonen confabuleerden allerlei fraaie redenen – 'omdat ze erg op mijn tante lijkt' – voor een

keuze die ze niet hadden gemaakt.

In eigen onderzoek keken we of *choice blindness* ook kan optreden als je mensen over hun klachten bevraagt. Een groep van 28 studenten beoordeelde aan de hand van een 5-puntsschaal (0 = nooit; 4 = voortdurend) in welke mate ze last hadden van de symptomen die figureren in de *Symptom Checklist (SCL-90)*. Vervolgens voerden zij een korte, ongereleerde taak uit en daarna werden ze over tien symptomen nader aan de tand gevoeld: de proefpersonen kregen hun eigen exemplaar van de SCL-90 te zien en moesten uitleggen waarom ze deze tien symptomen hadden gescoord zoals ze die hadden gescoord. De scores van een tweetal symptomen – concentratieproblemen en je ongemakkelijk voelen als anderen naar je kijken – waren echter opgeschaald met twee volle punten (bijvoorbeeld van 1 = soms naar 3 = vaak). We vroegen ons af hoeveel proefpersonen daarvoor *blind* zouden zijn. En ook: nog weer later gaven we de proefpersonen een andere symptomenvragenlijst met daarin wel de acht controlesymptomen en twee pertinente symptomen; zouden de *blinde* proefpersonen op die laatste twee symptomen gaan schuiven in de richting van de manipulatie?

Van de 28 proefpersonen waren er 16 (57%) blind voor de manipulatie van beide items. Deze proefpersonen waren dus bereid om uitleg te verschaffen over klachten die zij aanvankelijk niet of nauwelijks hadden. Deden ze dat om de onderzoeker te plezieren? Misschien, maar sociale wenselijkheid kan niet het hele verhaal zijn. Zoals blijkt uit Figuur 2

FIGUUR 1. AANTAL OP DE SIMS GERAPPORTEERDE KLACHTEN VAN DE EERLIJK-EERLIJK EN DE VEINZEN-EERLIJK GROEP ZIE TEKST.



beïnvloedde de manipulatie ook hun latere rapportage: de blinde proefpersonen stegen in hun beoordeling van de pertinente symptomen, maar niet in die van de controlesymptomen. Die toename in de hinder die blinde proefpersonen zeiden te hebben van de twee gemanipuleerde symptomen, is natuurlijk niet dramatisch. Maar de toename is wel significant en dat na een manipulatie die eigenlijk maar weinig om het lijf heeft.

GEBREK AAN ZELFINZICHT *Choice blindness* wijst op het gebrekkige introspectieve vermogen van mensen, althans sommige mensen. Blijkbaar geldt voor hen dat zij weinig zicht hebben op het verband tussen intentie – *ik wijs foto A aan; ik meld nooit last te hebben van concentratieproblemen* – en de uitkomst – *‘ik koos B omdat ze op mijn tante lijkt’; ‘ik heb de laatste tijd veel concentratieproblemen omdat ik te veel koffie drink’*. Zou zo’n gebrek aan zelfinzicht ertoe kunnen bijdragen dat sommige veinzers vergeten dat zij veinzen? En zouden ze langs die weg hun klachten internaliseren?

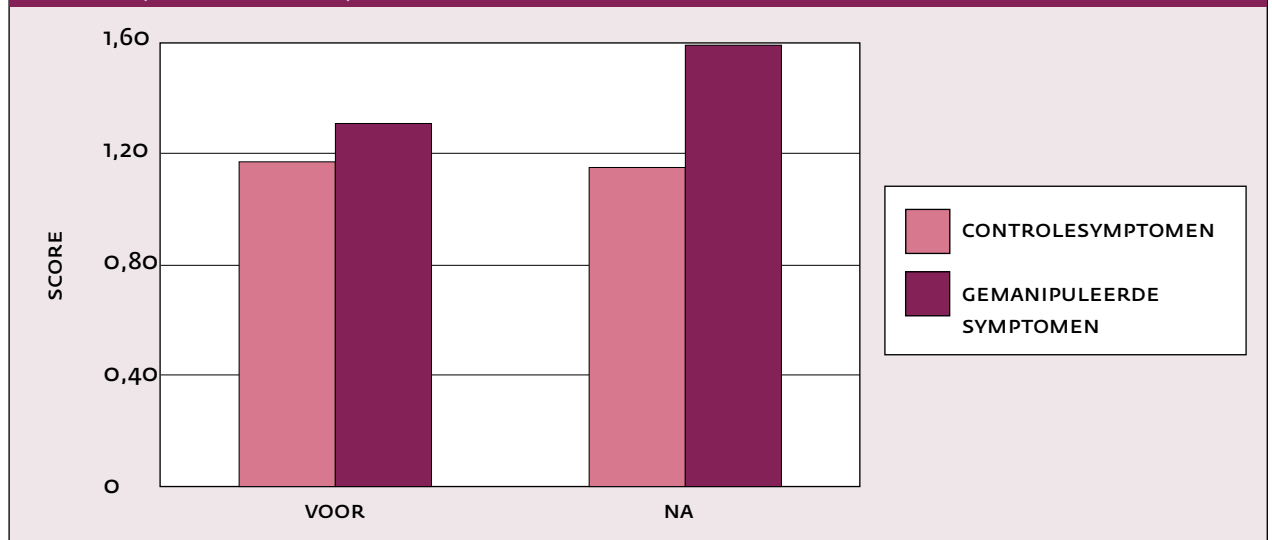
Termen als zelfinzicht, zelfkennis en zelfbedrog kunnen niet rekenen op veel sympathie van onderzoekers, bang als de meesten zijn ‘of becoming mired in wishy-washy ideas that are impossible to test’ (Wilson, 2009). Persoonlijke psychologen hebben wel schalen ontwikkeld die iets meten dat conceptueel in de buurt komt van gebrek aan zelfinzicht. Uitgebreid bestudeerd is bijvoorbeeld de *Self-Deceptive Enhancement (SDE) scale* van de Canadese onderzoeker Del

Proefpersonen gaven uitleg over klachten die zij eerst niet of nauwelijks hadden

Paulhus. De schaal meet gebrek aan zelfinzicht door te kijken naar de mate waarin respondenten neigen tot narcistische zelfoverschatting. Ze omvat stellingen zoals ‘ik heb nooit spijt van mijn beslissingen’ en ‘ik weet niet altijd waarom ik de dingen doe die ik doe’ (zie Kader 2). Respondenten beoordelen elke stelling met een schaal die loopt van 1 (niet waar) tot 7 (helemaal waar). Nadat de helft van de scores gespiegeld is, kan een totaalscore worden berekend die loopt van 20 tot 140. Scores voorspellen redelijk goed in hoeverre mensen allerlei beoordelingsfouten maken van het ‘dat heb ik altijd al gezegd’-type (*hindsight bias*).

In een recente studie probeerden we de door ons eerder gevonden residuele effecten van veinzen te repliceren, maar dan met een grotere steekproef. Er was zodoende een eerlijk-

FIGUUR 2. SCORES (0-4) VAN BLINDE PROEFPERSONEN VOOR EN NA DE CONFRONTATIE MET CONTROLE- EN OPGESCHAALDE (GEMANIPULEERDE) SCL-90 ITEMS. ZIE TEKST.



eerlijkgroep van studenten; zij vulden de SIMS tweemaal eerlijk in. En er was een veinzen-eerlijkgroep, die de eerste keer werd geïnstrueerd om geloofwaardig te veinzen op de SIMS en de tweede keer om eerlijk te zijn. Nog belangrijker: de 28 proefpersonen in de veinzen-eerlijkgroep vulden ook de SDE-schaal in, die wij voor dat doel vertaalden. Onze verwachting was dat diegenen die hoog scoren op zelfbedrog meer zullen blijven vasthouden aan symptomen die ze eerder hebben geveinsd. De resultaten vertoonden opnieuw het patroon dat we hierboven (Figuur 1) ook al beschreven: de eerlijk-eerlijkgroep zakte van zes naar vijf klachten. De veinzen-eerlijkgroep zakte van 23 naar acht klachten. Zoals voorspeld, trad er bovendien bij deze groep een negatieve correlatie op ($r = -0.38$) tussen SDE-scores en zakken op de SIMS. Hoe hoger iemand scoort op zelfbedrog, hoe minder hij zakt, hoe meer hij dus aan klachten blijft vasthouden. Individuen met hoge scores vergeten blijkbaar sneller dat zij aan het veinzen waren; zij ontwikkelen eerder *choice blindness*.

WAT HET TE BETEKENEN HEEFT Ons onderzoek levert voorlopig twee conclusies op. Om te beginnen dat het eenvoudig is om bij sommige mensen een beweging in gang te zetten van het veinzen naar het voelen van klachten. En op de tweede plaats dat de motor achter die beweging *choice blindness* kan zijn. Ofschoon ze zich grotendeels afspelen op het microniveau van het psychologisch laboratorium, maken onze bevindingen het beter begrijpelijk waarom het soms moeilijk wordt om geveinsde van somatoforme klachten te onderscheiden. Die moeilijkheid houdt niet zozeer verband met tekortschietende tests, maar is intrinsiek verbonden met de aard van onderwerp: mensen kunnen gaandeweg vergeten dat zij willens en wetens klachten overrapporteren. Dat is tegenintuïtief. De parallel die wellicht nog het dichtst in de buurt komt, is die van de romanschrijver die het gevoel heeft dat zijn verzonnen personages een eigen leven zijn gaan leiden. Dat is een illusie die heel wat fictieschrijvers schijnen te hebben (Taylor, 2007).

We geven toe dat *choice blindness* als verklarend begrip wat aan de magere kant is. Want waarom worden sommige mensen dan blind voor de herkomst van keuzes die ze niet hebben gemaakt of van klachten die ze eigenlijk niet hebben? Een mogelijk antwoord luidt dat het een *explain-this-effect* is. Proefpersonen wordt immers gevraagd om uit te leggen waarom ze bepaalde keuzes hebben gemaakt of bepaalde klachten hebben gerapporteerd. Sharman en collega's (2005) toonden aan dat mensen een volkomen fictieve gebeurtenis als heel plausibel gaan beoordelen zodra ze de opdracht

KADER 2. STELLINGEN VAN DE SELF-DECEPTIVE ENHANCEMENT SCHAAL (PAULHUS, 2002)

Voor het berekenen van de totaalscore worden stellingen 2, 4, 6, 8, etc. gespiegeld.

1. Mijn eerste indruk van mensen klopt meestal.
2. Het zou mij veel moeite kosten om één van mijn slechte gewoonten af te leren.
3. Het interesseert me niet wat anderen echt van mij denken.
4. Ik ben niet altijd eerlijk tegenover mijzelf geweest.
5. Ik weet altijd waarom ik bepaalde dingen graag mag.
6. Wanneer ik emotioneel geraakt ben, beïnvloedt dat mijn denken.
7. Wanneer ik eenmaal een besluit heb genomen, dan kunnen andere mensen me maar heel moeilijk op andere gedachten brengen.
8. Als ik over de snelheidslimiet heenga, ben ik geen veilige automobilist.
9. Ik heb mijn lot volledig in eigen handen.
10. Het kost mij moeite om nare gedachten van me af te zetten.
11. Ik heb nooit spijt van mijn beslissingen.
12. Ik laat wel eens kansen liggen omdat ik niet snel genoeg een beslissing kan nemen.
13. Bij verkiezingen stem ik omdat mijn stem het verschil zou kunnen maken.
14. Mijn ouders waren niet altijd eerlijk toen ze mij als kind straften.
15. Ik ben een volledig redelijk persoon.
16. Ik waardeer zelden kritiek.
17. Ik ben zeer overtuigd van mijn eigen oordelen.
18. Ik heb wel eens getwijfeld aan mijn bekwaamheid als minnaar.
19. Ik vind het niet erg als sommige mensen me onaardig vinden.
20. Ik weet niet altijd waarom ik de dingen doe die ik doe.

krijgen om uit leggen hoe de gebeurtenis zich toch had kunnen ontvouwen. Sommige proefpersonen zijn virtuozen in het bedenken van zulke scenario's. Wellicht zijn zij het vooral die *choice blindness* aan de dag leggen en makkelijk opschuiven van het veinzen naar het voelen van klachten. Het is niet meer dan een speculatieve hypothese, maar ze valt wel te toetsen. Net zoals het idee dat hoe vaker mensen

hun klachten moeten uitleggen aan een arts of psycholoog, hoe kleiner de kans wordt dat er nog langer sprake is van veinzen (in de zin van het willens en wetens overrapporteren van klachten). De kwestie raakt aan onderzoek waarin werd gevonden dat termen als *whiplash* en *chronische vermoeidheid* een paradoxale dynamiek in gang kunnen zetten: als patiënten zulke termen gaat hanteren, lijkt hun prognose eerder slechter dan beter te worden (Buitenhuis & De Jong, 2009; maar zie ook Bramsen & Roelofs, 2009).

Dat brengt ons terug bij de diagnostiek. Veel tests die psychologen gebruiken om veinzers op te sporen, sonderen naar uitingen van overrapporteren. De CES en SIMS die hierboven ter sprake kwamen, zijn voorbeelden van zulke tests. Aan het speuren naar overrapportage kleeft echter een risico dat met het volgende te maken heeft: veinzen gaat gepaard met overrapporteren, maar niet elke uiting van overrapporteren wijst op veinzen (zie ook Drob, Meehan & Waxman, 2009). De diagnostiek is daarom gebaat bij tests die het intentionele – *willens en wetens* – aspect van veinzen meten. Dat is de insteek van die *Symptom Validity Tests* (svts) die jacht maken op beneden-kans-prestaties van proefpersonen of patiënten. Dat soort tests wordt nog onvoldoende gebruikt, terwijl het

Summary

Feigning and feeling complaints: why the difference sometimes becomes difficult

H.L.G.J. Merckelbach, M. Jelicic, B. Dandachi-FitzGerald

The DSM assumes that there exists a sharp demarcation between intentionally overreporting complaints (i.e. feigning) and the unintentional production of complaints (i.e. somatoform symptoms). So far, research in this domain has been preoccupied with developing tests and tasks that enable clinicians to draw this demarcation line. This has led to a lack of interest in the more fundamental point of whether feigning may develop into somatoform symptoms. In this article, we discuss evidence suggesting that such evolution is, indeed, possible. Our arguments center around the concept of choice blindness, that is the idea that (some) people may easily lose sight of their intentions.

Klachten kunnen soms, net als verzonnen personages, een eigen leven gaan leiden

zich leent voor brede toepassing. De rationale erachter is simpel: stel de persoon bloot aan een cognitieve taak die telkens twee opties omvat (goed-fout) en geef hem de instructie om steeds te gokken wanneer hij vanwege zijn beperkingen de goede antwoorden niet (meer) weet. Iemand met serieuze beperkingen zal voortdurend moeten gokken en zal dus op grond van toeval ongeveer vijftig procent van de vragen goed en vijftig procent fout beantwoorden. Wie aanmerkelijk vaker foute antwoorden geeft, ontwijkt de goede antwoorden en heeft dus blijkbaar kennis daarvan. Achter zo'n vorm van onderprestatie zit een doordacht systeem, vergelijkbaar met dat van de frauduleuze croupier die het rouletteballetje te vaak op zwart laat uitkomen. Deze tests zijn zodoende in staat om een doelgerichtheid zichtbaar te maken die verwijderd is van *choice blindness*. Vandaar dat experts als Grant Iverson (2006) benadrukken dat de diagnosticus beide elementen onder de loep moet nemen: overrapportage van symptomen en doelgerichte onderprestatie. Enkel als beide aantoonbaar zijn, is het veilig om te spreken van veinzen. Dat is ook de enige weg waarlangs juridische disputen van het type waarmee we begonnen tot een oplossing zijn te brengen.

Prof. dr. H.L.G.J. Merckelbach is als hoogleraar toegepaste functionele verbonden aan de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht. Postbus 616, 6200 MD, Maastricht. E-mail: h.merckelbach@maastrichtuniversity.nl
Dr. M. Jelicic is als universitair hoofddocent verbonden aan dezelfde faculteit.

Mw drs. B. Dandachi-FitzGerald is als neuropsycholoog werkzaam binnen de zorglijn neuropsychiatrie van de Mondriaan zorggroep te Maastricht.

Noten

Wij danken Petra Pinger, Linda Kosel en Maarten Pieters die een deel van de gegevens die wij hier bespraken verzamelden in het kader van hun onderzoeksstages aan de Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht.

1. We ontleen het voorbeeld aan *de Volkskrant* van 26 juni 2008.
2. Dat Freudiaanse motto wordt uitvoerig becommentarieerd door LoPiccolo et al. (1999). Een eerlijk is eerlijk: al vroeg waren er dissidenten die zich uitspraken tegen deze opvatting. Zo merkte de Amerikaanse psychiater Wertham (1949; p. 49) op dat 'there is this strange, entirely unfounded superstition even among psychiatrists that if a man simulates insanity there must be something mentally wrong with him in the first place.'

3. Voor de historisch geïnteresseerde lezer: in Zwitserland was het de neuropsycholoog André Rey die als een betrekkelijke eenling rond de Tweede Wereldoorlog onderzoek deed naar testpsychologie en veinzen. Zijn werk werd pas vanaf de jaren zeventig opgepikt door Amerikaanse neuropsychologen (Frederick, 2002).
4. Om iets preciezer te zijn over de diagnostische scherpte van de CES: bij een afkappunt van 11 vonden wij een percentage vals-negatieven (gemiste veinzers) van maximaal twintig procent en een percentage vals-positieven (personen die ten onrechte worden gekwalificeerd als veinzers) van vijf procent.

Literatuur

- Birch, C.D., Kelln, B.R.C. & Aquino, P.B. (2006). A review and case report of pseudologia fantastica. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 17, 299-320
- Boone, K.B. (2007). A reconsideration of the Slick et al. (1999) criteria for malingered neurocognitive dysfunction. In K.B. Boone (Ed.), *Assessment of Feigned Cognitive Impairment. A Neuropsychological Perspective* (p. 29-49). New York: Guilford.
- Bransen, I. & Roelofs, P. (2009). Whiplashattributie niet doorslaggevend voor prognose. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 153, A865.
- Buitenhuis, J. & Jong, P.J. de (2009). De term whiplash liever vermijden. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 153, B2.
- Clayer, J.R., Bookless-Pratz, C.L. & Ross, M.W. (1986). The evaluation of illness behaviour and exaggeration. *British Journal of Psychiatry*, 148, 296-299.
- Drob, S.L., Meehan, K.B. & Waxman, S.E. (2009). Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37, 98-106.
- Egmond, J. van (2005). *Secondary gain in psychiatry*. Amsterdam: Academisch proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Fishbain, D.A. (1994). Secondary gain concept: definition problems and its abuse in medical practice. *APS Journal*, 3, 264-273.
- Frederick, R.I. (2002). A review of Rey's strategies for detecting malingered neuropsychological impairment. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2, 1-25.
- Hall, L. & Johansson, P. (2008). Using choice blindness to study decision making and introspection. In P. Gärdenfors & A. Wallin (Eds.), *A Smorgasbord of Cognitive Science* (p. 267-283). Nora: Dya Doxa.
- Iverson, G.L. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology*, 13, 77-90.
- Johansson, P., Hall, L., Sikström, S. & Olsson, A. (2005). Failure to detect mismatches between intention and outcome in a simple decision task. *Science*, 310, 116-119.
- Jonas, J.M. & Pope, H.G. (1985). The dissimulating disorders. A single diagnostic entity? *Comprehensive Psychiatry*, 26, 58-62.
- Jureidini, J. & Taylor, D.C. (2002). Hysteria: pretending to be sick and its consequences. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 123-128.
- LoPiccolo, C.J., Goodkin, K. & Baldewicz, T.T. (1999). Current issues in the diagnosis and management of malingering. *Annals of Medicine*, 31, 166-174.
- McDermott, B.E. & Feldman, M.D. (2007). Malingering in the medical setting. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 645-662.
- Mendelson, G. (1987). Measurement of conscious symptom exaggeration by questionnaire. A clinical study. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 703-711.
- Merckelbach, H., Smeets, T. & Jelicic, M. (2008). Ongeloofwaardige symptomen simuleren: de Wildman Symptom Checklist. *Neuropraxis*, 12, 53-57.
- 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.
- Oorsouw, K.I.M. van & Merckelbach, H.L.G.J. (2004). Feigning amnesia undermines memory for a mock-crime. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 505-518.
- Paulhus, D.L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H.I. Braun, D.N. Jackson & D.E. Wiley (Eds.), *The Role of Constructs in Psychological and Educational Measurement* (p. 49-69). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Polage, D.C. (2004). Fabrication deflation. The mixed effects of lying on memory. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 455-465.
- Pridmore, S., Skerritt, P. & Ahmadi, J. (2004). Why do doctors dislike treating people with somatoform disorders? *Australasian Psychiatry*, 12, 134-138.
- Rogers, R., Bagby, M. & Rector, N. (1989). Diagnostic legitimacy of factitious disorders with psychological symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1312-1314.
- Sharland, M.J. & Gfeller, J.D. (2007). A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 213-223.
- Sharman, S.J., Manning, C.G. & Garry, M. (2005). Explain this. Explaining childhood events inflates confidence for those events. *Applied Cognitive Psychology*, 19, 67-74.
- Simon, J. & Zusman, J. (1983). The effect of contextual factors on psychiatrists' perception of illness. A case study. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 186-198.
- 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.
- Taylor, M. (2007). Autonomy and control in children's interactions with imaginary companions. *Proceedings of the British Academy*, 147, 81-100.
- Wertham, F. (1949). *The Show of Violence*. Garden City, NJ: Double day.
- Wilson, T.D. (2009). Know thyself. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 384-389.
- Zeegers, M. (1959). *De oplichter*. Utrecht: Bijleveld.