

Alan Knight simuleerde dat hij verlamd was. Dat hield hij twee jaar vol. Zijn geval staat haaks op het idee dat simulanten snel uit hun rol vallen. Harald Merckelbach inventariseert allerlei misvattingen over simulanten. Hij begint bij Carl Gustav Jung en eindigt bij Anton Tsjechov. 'De simulant wil de regie voeren over de arts of psycholoog.'

EN WAAROM WE ZE GELOVEN

VIJF MYTHES OVER SIMULANTEN

Een simulant is iemand die klachten veinst of in elk geval dan schromelijk overdrijft. Over simulanten doen allerlei mythes de ronde. Zo wordt er vaak beweerd dat simulanten bijna niet voorkomen. Deze en andere misvattingen over het onderwerp stammen uit de koker van de oude, Duitstalige zenuwartsen. Het gaat dan om auteurs als Carl Gustav Jung (1875-1961), Fritz Siemens (1849-1935) en Heinrich Többen (1880-1951). Waarom deze dokters stellige meningen verkondigden over, zoals zij het noemden, *die Simulationsfrage*, is duidelijk. Het was een generatie artsen die nog uit de eerste hand beschrijvingen had gehoord van hoe psychiatrische patiënten met koude douches en dwangarbeid werden geïntimideerd als de verdenking van simuleren rees. Daartegen zetten zij zich af. 'Want,' schrijft bijvoorbeeld Siemens (1888, p. 9-10), 'de humaniteit eist dat we iemand die zich voor zieke uitgeeft zo lang als zieke behandelen totdat het tegendeel is gebleken.' Om eraan toe te voegen: 'Men is arts, geen inquisiteur.'

Dat sympathieke standpunt bleek een voedingsbodemp voor taaie misvattingen over simulanten. Vijf daarvan passeren hieronder de revue. Ik voorzie ze van commentaar en stel ook de vraag waarom klinici er zich zo hardnekkig aan vastklampen.

MYTHE 1: HET KLINISCHE TIMMERMANSOOG HERKENT SIMULANTEN FEILLOOS

Met wat de Berlijnse historica Sophie von Ledebur heeft beschreven als de inlijving van simuleren in het psychiatri-

sche canon (Ledebur, 2012), kreeg één mythe nadrukkelijk gestalte. Het was dat artsen – psychiaters voorop – pseudopatiënten feilloos kunnen herkennen aan de manier waarop ze bewegen en kijken (Falkenhorst, 1907). [1] Dat idee heeft de tand des tijds glansrijk doorstaan. Zo schrijven de psychiater Jaspreet Singh en zijn collega's (2007) dat simulanten in de kijker lopen omdat ze zo weinig functionele gebaren maken en des te meer friemelen. Zo'n vuistregel klinkt handig, maar kan niet rekenen op empirische rugdekking.

Dat klinisch raffinement de diagnosticus in staat zou stellen om simulanten op het oog te herkennen, is veel malen gelogenstraft. Tot de verbeelding spreekt de beroemde studie van David Rosenhan (1973), waarin acht geïnstreerde neppatiënten zich meldden bij twaalf verschillende psychiatrische klinieken. Geen van hen werd als zodanig herkend en er volgden opnames van gemiddeld negentien dagen, waarbij nagenoeg alle neppatiënten psychofarmaca kregen voorgeschreven.

Voor wie Rosenhans onderzoek gedateerd vindt, is er dat van Hickling en collega's (2001). Zij huurden zes acteurs in en vertelden hen over hoe je posttraumatische klachten kunt veinzen. De acteurs bezochten vervolgens een kliniek gespecialiseerd in de behandeling van zulke klachten. Geen van de acteurs werd betrapt. Was het vanwege hun talent om toneel te spelen? En als dat zo is, beperkt dat dan de reikwijdte van dit onderzoek? Gevoel voor drama is ook buiten de kaste van professionele acteurs te vinden, en het zou wel eens de combinatie van acteertalent en belangenbehartiging kunnen zijn die garant staat voor geslaagde vormen van

ziekte-imitatie. Op de kwestie van belangenbehartiging komen we hieronder nog te spreken.

Een beknopt overzicht van onderzoek naar hoe goed dokters zijn in het ontmaskeren van neppatiënten, is te vinden bij Rosenhan en Philips (2004). Zij zetten twaalf studies op een rijtje, waarbij het steeds ging om geïnstrueerde simulanten die artsen consulteerden met geveinsde symptomen, variërend van hoofdpijn tot plasproblemen. Nooit werd meer dan een kwart van de simulanten ontmaskerd.

INTERMEZZO: HOE DAN WEL?

Als het niet het timmermansoog is, wat zet dan wel zoden aan de dijk? Speciale tests bieden uitkomst. Een voorbeeld is de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS;* Widows & Smith, 2005), een test die atypische symptomen opsomt zoals: 'Ofschoon ik meestal depressief ben, voel ik me 's morgens na een goede nachtrust op m'n best.' Daarachter gaat het volgende idee schuil: wie klachten op een overtrokken manier wil etaleren, zal veel atypische symptomen aankruisen. En inderdaad, de SIMS detecteert 95% van de geïnstrueerde simulanten. Maar deze test wijst ook 7% van de eerlijke personen ten onrechte als simulant aan (Van Impelen et al., 2014). De SIMS is dus beter dan het timmermansoog, maar zeker niet waterdicht.

Een ander voorbeeld is de *Amsterdamse Korte Termijn Geheugentest (AKGT;* Schmand et al., 1999). Deze test richt zich op herkenning; een robuust onderdeel van ons geheugen dat het niet snel zal laten afweten. Bij de AKGT krijgt de patiënt vijf verschillende woorden te zien. Vervolgens moet hij een simpele rekensom oplossen en tenslotte uit een groep van vijf woorden de drie woorden herkennen, die eerder ook al werden aangeboden. Dit procedé wordt dertig keer met steeds andere woorden herhaald, zodat aan het einde van de rit het totaal aantal correcte herkenningen kan worden geturfd.

Op het oog lijkt het allemaal moeilijk, maar zelfs jonge kinderen en mensen met een hersenbeschadiging zijn heel wel in staat om dicht in de buurt te komen van de maximale score (30 x 3 = 90). Een score onder het afkappunt van 84 geeft daarom te denken. Ongeveer 90% van de simulanten heeft zo'n lage score, terwijl het percentage eerlijke patiënten met prestaties onder het afkappunt rond de 7% cirkelt. Opnieuw steken de cijfers gunstig af bij het timmermansoog, maar ze zijn niet perfect.

De SIMS en AKGT zijn symptoomvaliditeitstests (afgekort tot: svt's), *geen* simulatietests. Simulanten vallen weliswaar

Gevoel voor drama is ook buiten de kaste van professionele acteurs te vinden

vaak door de mand op zulke svt's, maar je mag het niet omkeren: niet iedereen die onderuit gaat op deze tests, is een simulant. Neem de patiënt die torenhoog scoort op de SIMS, omdat hij geen zin heeft om tests in te vullen en daarom – grote passen, snel thuis – willekeurig symptomen aankruist. Zo'n patiënt is een slordige respondent. Dat is iets anders dan simuleren. Een simulant ben je pas als je je klachten overdrijft om daarmee een voordeel te behalen. Simulanten worden dus gedreven door een motief, maar dat motief kunnen svt's niet zichtbaar maken. Blijft staan dat degene die – om welke reden ook – ondermaats presteert op svt's met scepsis moet worden bejegend; juist ook als het gaat om alle andere symptomen waarvan zo iemand zegt last te hebben. In dat geval is onderzoek naar mogelijke simulatie op zijn plaats.

Zulk vervolgonderzoek zou moeten ophelderen of de patiënt belangen probeert veilig te stellen. De Nederlandse psychiater Van Egmond vroeg aan patiënten van een psychiatrische dagbehandeling of zij zulke belangen hadden. Een behoorlijke minderheid (30-40%) gaf toe met hun behandeling nog andere doelstellingen – een nieuw huurhuis, een uitkering, een verblijfsvergunning – na te streven dan beter worden. Behandelaars waren van deze bijkomende motieven zelden op de hoogte. Daarom spreekt Van Egmond over een verborgen agenda (Van Egmond et al., 2005), die op haar beurt trouwens bleek samen te hangen met therapeutische stagnatie (Van Egmond & Kummeling, 2003). Of de term precies genoeg is, valt te betwijfelen. De patiënten waren nogal openhartig over hun bijkomende motieven; het waren de behandelaars die

erover zwegen, omdat ze het kennelijk onbelangrijk vonden.

MYTHE 2: SIMULANTEN ZIJN ZELDZAAM

Clinici die geen svr's gebruiken en het van hun timmermansoog moeten hebben, zien simulanten over het hoofd. Zij zullen daarom denken dat simulanten een zeldzaamheid zijn (zie ook Van Staveren, 2014). Dat is een tweede mythe die de ronde doet, met opnieuw oude wortels. Zo vertelt Jung in zijn *Ueber Simulation von Geistesstörungen* (1903) dat hij in zijn psychiatrische loopbaan op een totaal van duizenden psychiatrische opnames slechts elf simulanten was tegengekomen. De psychiater Többen (1935) valt hem bij. Többen had 3.156 opnames in zijn psychiatrische kliniek bekeken en 'nur zweimal eine reine Simulation von Geistesstörungen' (p. 213) geconstateerd. Onder de oude Duitstalige psychiaters verwees 'die Simulationsfrage' dan ook naar de principiële kwestie of 'Simulation von Geisteskrankheiten seitens Gesunder überhaupt vorkommt oder nicht' (Siemens, 1888; p. 1).

Het idee dat simulanten zeldzaam zijn, is springlevend. In zijn redactioneel commentaar over functionele klachten bij kinderen schrijft neuroloog Ramesh (2013; p. 4) bijvoorbeeld 'malingering is rare' en dat boekstaaft hij met een referentie. Wie de referentie natrekt, komt uit bij een artikel over twee gevalsbeschrijvingen van verlamningsverschijnselen bij kinderen (Leary, 2003). Daarin valt de hele term simuleren niet. [2] Dat simulanten nauwelijks voorkomen, wordt blijkbaar beschouwd als een feit van algemene bekendheid dat geen nadere onderbouwing behoeft. In het geval van psychische aandoeningen speelt daarbij wellicht de overweging dat mensen ze wel niet snel zullen veinzen, omdat dit soort aandoeningen nu eenmaal is omgeven met taboes en stigma's. Maar als je rechtstreeks aan proefpersonen vraagt welke symptomen zij bij voorkeur zouden simuleren, blijken psychisch getinte klachten – concentratiestoornissen, *burnout*, depressie, vermoeidheid en chronische pijn – opvallend populair. Want anders dan een symptoom als koorts, zijn zulke psychische problemen niet goed te verifiëren, aldus de proefpersonen (Dandachi-Fitzgerald & Merckelbach, 2014).

De Britse psychiater en publicist Theodore Dalrymple becommentarieert in een van zijn essays de arbeidsongeschiktheidscijfers in zijn land. [3] In 2006, op het toppunt van de economische groei, zo legt Dalrymple uit, waren er 2.9 miljoen Britten die een uitkering ontvingen omdat ze vanwege klachten – veelal psychisch van aard – niet zouden

kunnen werken. Zodra de economische crisis uitbrak, kondigde de regering herkeuringen aan. Alleen al de aankondiging leidde ertoe dat honderdduizenden hun aanspraak op een uitkering lieten varen, omdat ze inmiddels hersteld zouden zijn. Toen de herkeuringen uiteindelijk werden uitgevoerd, bleek slechts een op de acht uitkeringsontvangers zo ziek dat van werken geen sprake kon zijn. Dalrymple voorbeeld doet vermoeden dat simulanten – althans in het domein van uitkeringen en aanspraken – geen zeldzaamheid zijn en bovendien geld kosten.

Dat laatste weten we voor wat ons land betreft ook op grond van een tweetal strafzaken. In een zaak die sinds 2011 speelt, en die bij het Openbaar Ministerie bekend staat als het Marque-dossier (Zweep, 2011), ronselden twee psychiaters neppatiënten. De neppatiënten werden getraind in hoe zij depressies of andere psychische aandoeningen moesten veinzen. Vervolgens vroegen ze uitkeringen en persoonsgebonden budgetten (pgb's) aan. Het aantal neppatiënten dat in deze zaak op de been werd gebracht – vele tientallen – is indrukwekkend. Minstens zo opmerkelijk is dat de simulanten op enig moment door keurings- of verzekeringsartsen werden gezien. In een derde van de gevallen kwam er zelfs een psychiater aan te pas. Met één uitzondering rook geen van deze experts onraad. Het was pas dankzij politieele observatieteams dat de simulanten werden betrapt. Een observatieteam zag bijvoorbeeld hoe een patiënt – die onder zware psychische problemen, incontinentie en vergaande immobiliteit gebukt zou gaan – in zijn Mercedes stapte en naar Scheveningen reed voor een aangename wandeling over de boulevard. De strafzaak tegen de psychiaters loopt momenteel. Bij hun neppatiënten is voor een bedrag van 5,6 miljoen euro teruggevorderd.

De werkwijze van de twee psychiaters lijkt op die van Samantha P. Zij werd in 2012 door de rechtbank in Zwolle veroordeeld voor fraude. Zij vroeg voor zo'n zeventig cliënten pgb's aan ten behoeve van de behandeling van gefingeerde trauma's en uit de duim gezogen klachten. Ook hier werden cliënten regelmatig onderzocht door keuringsartsen. En andermaal werden de simulanten jarenlang over het hoofd gezien. [4]

De door Samantha P. en haar psychiater-collega's gemobiliseerde simulanten zou je kunnen afdoen als anekdotische gevallen. Daarom: onderzoek waarin svr's aan grote steekproeven werden gegeven, biedt meer zicht op de mate waarin mensen hun klachten overdrijven. Dandachi-Fitzgerald en collega's (2011) gaven de SIMS en de AKGT aan poliklinische patiënten van een ggz-instelling. Acht procent

van de patiënten majoreerde klachten (SIMS) én presteerde tegelijkertijd ondermaats op een simpele herkenningstaak (AKGT). Of deze groep economische of juridische motieven had, weten we niet. Duidelijker herkenbaar zijn de belangen van diegenen die een aanvraag voor financiële steun indienen bij het *Schadefonds Geweldsmisdrijven*. In een onderzoek werd aan zulke aanvragers de SIMS gegeven. Zo'n 18% van hen scoorde torenhoog op de SIMS, wat te denken geeft (Kunst et al., 2011).

De belangen zijn onmiskenbaar bij forensische patiënten. Voor hen kan het bijvoorbeeld handig zijn om geheugenverlies ('amnesie') voor het delict te veinzen. Als je aan geheugenverlies lijdt, hoef je immers niet te praten over je misstappen. En zo'n handicap maakt je sympathiek in de ogen van behandelaars en anderen die jou moeten beoordelen, eventueel in het kader van een hoger beroep. Cima en collega's (2003) vonden dat de helft van de patiënten met zogenaamde delictgerelateerde amnesie klachten rapporteerde (SIMS) in een mate die buiten proportie was.

Het beste onderzoek is dat waarin patiënten met hetzelfde type klacht, maar met andere belangen worden vergeleken. Een goed voorbeeld is de studie van Nelson en collega's (2010; zie ook tabel 1). Zij onderzochten patiënten die aan een hersenschudding allerlei restklachten – concentratiestoornissen, geheugenproblemen – hadden overgehouden. Sommigen waren in een letselschadeprocedure verwickeld en in deze groep vielen meer patiënten door de mand op een SVT (9%) dan in de groep die niet in een schadeprocedure was betrokken (0%). Moraal van het verhaal: klachtenoverdrijving komt op ruimere schaal voor naarmate er grotere belangen in het geding zijn.

MYTHE 3: SIMULANTEN HOUDEN HET NOOIT LANG VOL

Een tijdje geleden interviewde de *Volkskrant* een psychiater over zijn patiënten in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum. [5] Zulke centra staan bekend om hun huiselijke sfeer en het is er dan ook beter toeven dan in een reguliere gevangenis. De journalist vraagt aan de psychiater of het nooit voorkomt dat delinquenten klachten simuleren om zo een plekje te verwerven in het centrum. De psychiater zegt dat zoiets wel eens gebeurt. 'Maar,' voegt hij eraan toe, 'die filteren we er ook snel weer uit. Je kunt niet heel lang een stoornis voorwenden.'

De psychiater bevindt zich in het goede gezelschap van de invloedrijke Duitse zenuwarts Richard von Krafft-Ebing (1885). Hij merkte op dat er een belangrijk verschil bestaat

tussen acteurs en simulanten. Acteurs kunnen na een uurtje of wat de bühne verlaten. Maar simulanten zien zich voor de opgave geplaatst om voortdurend rolvast te blijven en dat zal hen opbreken.

Dat simulanten het nooit lang volhouden, wordt tegengesproken door een omvangrijk corpus aan casuïstiek. Neem, om één geval kort te beschrijven, de 47-jarige Alan Knight uit het Engelse Swansea. Hij speelde met verve dat hij verlamd was, epilepsie had en af en toe weggleed in een comateuze toestand. Zijn vrouw zat in het complot. Ze reed Knight rond in een rolstoel en liet voortdurend foto's zien van hoe ze de behoeftige Knight verzorgde terwijl hij in bed aan de infusen lag. Knight wist op deze manier uit handen van justitie te blijven. Hij werd namelijk regelmatig gedagvaard omdat hij zijn demente buurvrouw duizenden ponden afhandig had gemaakt. Elke keer als Knight een oproep kreeg om in de rechtbank te verschijnen, liet hij zich opnemen in het plaatselijke ziekenhuis. Daar vonden de dokters zijn geval apart, maar argwaan kregen ze niet. De Knights liepen pas tegen de lamp toen een beveiligingscamera registreerde hoe het tweetal in een naburige stad aan het winkelen was, waarbij Knight behendig een volgeladen winkelwagentje manoeuvreerde. Toen hij werd ontmaskerd, had Alan Knight twee volle jaren de rol van verlamde epilepticus gespeeld. De zaak van Knight staat haaks op het idee van Von Krafft-Ebing en zijn hedendaagse collega's dat simulanten hun spektakel slechts korte tijd kunnen volhouden. [6]

MYTHE 4: SIMULANTEN ZIJN ZIEK

De patiënt heeft nogal merkwaardige symptomen en de clinicus vraagt zich af waar die vandaan komen. Dus worden er SVT's afgenomen. Daarop presteert de patiënt afwijkend. Wat nu? Drob en collega's (2009; p. 101) menen dat patiënten zo ziek kunnen zijn dat ze, zonder dat ze het willen, gek gaan doen op SVT's. *Unconsciously determined distortion* noemen de auteurs dat. Men hoort de echo's van de antieke Duitse psychiatrie. Zoals Siemens (1883; p. 42) op nogal dwingende toon schrijft: 'Wie oft kommen den Irrenartz Fälle vor, die wie Simulation aussehen und doch keine sind! Daher ist gewiss a priori Krankheit anzunehmen.'

Het is evident dat de SIMS of AKTG niet moet worden afgenomen bij patiënten die in een floride psychose, diepe dementie of organische roes verkeren. Waarom ook? Er bestaat geen enkele twijfel over de authenticiteit van hun symptomen. Als we deze groepen daarom terzijde laten, is het dan denkbaar dat patiënten 'onbewust' de nepsympto-

Als je aan geheugenverlies lijdt, hoef je niet te praten over je misstappen

men van de SIMS gaan aankruisen? Of dat ze buiten hun wil ondermaats gaan presteren op de kinderlijk eenvoudige opgaven van de AKTG? Ja, zegt de psychiater Jonathan Silver en hij verwijst naar experimenten die laten zien dat negatieve verwachtingen prestaties nadelig kunnen beïnvloeden. Silver: wanneer de clinicus patiënten kritisch benadert, worden er in de hoofden van die patiënten zelfondermijnende verwachtingen geactiveerd, waardoor ze – als uiting van hun ziekte – gaan falen op svt's. Nu bestaat het ondermijnende effect van negatieve verwachtingen weliswaar, maar het is nogal fragiel (Niesten et al., 2015). Dat zo'n broos verschijnsel een patiënt dermate kan ontregelen dat hij door de afkappunten van de SIMS of de AKTG zakt, vereist net iets teveel van het wetenschappelijk voorstellingsvermogen.

Wie zoals Drob en Silver vrijuit speculeert over *unconsciously determined distortion* komt dicht in de buurt van een cirkelredenering. De patiënt is ziek en valt *daarom* door de mand op svt's. En dat de patiënt ziek is, weten we *omdat* hij afwijkend presteert op deze svt's. Zo'n cirkelredenering maakt de hypothese dat klachtenoverdrijving simpelweg niet bestaat tot een onweerlegbaar en daarom onwrikbaar uitgangspunt (Merten & Merckelbach, 2013).

INTERMEZZO: NEUROLOGISCH ONVERKLAARBARE KLACHTEN

Dat onwrikbare uitgangspunt kom je bijvoorbeeld tegen in een artikel van de neuroloog Vermeulen en zijn collega's (2014; p. 3) over hoe dokters patiënten met conversieverschijnselen tegemoet dienen te treden. 'Het is belangrijk duidelijk te maken dat u de patiënt gelooft, en dat u niet denkt dat de symptomen ingebeeld of gesimuleerd zijn,' schrijven de neurologen. Het doet denken aan de simpele dichotomie die de Duitse zenuwartsen van rond de vorige eeuwwisseling propageerden: of je simuleert klachten – komt bijna nooit voor, zeiden ze – , of je bent een echte patiënt en dan heet klachtenoverdrijving niet klachtenoverdrijving, maar symptoom. Deze dichotomie is in de tekstboeken blijven hangen en miskent dat *ook* patiënten klachten kunnen overdrijven en dat sommige typen van klachten vaker met overdrijving gepaard gaan dan andere.

Tabel 1 illustreert het punt. [7] Deze vat 28 studies (N=2035) samen die tussen 2005 en 2015 werden gepubliceerd en waarin onderzoekers svt's gaven aan patiënten met neurologisch onverklaarbare klachten. Het ging om conversieverschijnselen, pseudo-epileptische aanvallen, geheugenproblemen na een mild traumatisch hersenletsel, maar ook concentratiestoornissen bij fibromyalgie. Hoe

verschillend hun klachten ook waren, wat deze patiënten met elkaar gemeen hadden, was de afwezigheid van een hersenbeschadiging. Patiënten bij wie wél sprake was van zo'n beschadiging, figuren *ook* in de tabel. In deze groep ging gemiddeld 15% onderuit op een svt. Bij degenen met neurologisch onverklaarbare klachten was dat door de bank genomen twee maal zoveel (31%), wat een *Odds Ratio* van 2.6 oplevert [95% CI: 1.8-3.7].

Waarom overdrijft bijna een op de drie patiënten met neurologisch onverklaarbare klachten zijn symptomen? Maakt dat deel uit van de aandoening? Maar de patiëntengroepen lopen dermate uiteen dat een gemeenschappelijk onderliggende pathologie die aanzet tot klachtenoverdrijving moeilijk voor te stellen is. Moet dan hun klachtenoverdrijving als een 'schreeuw om hulp' (*cry for help*) worden geduid? Dat is evenmin aannemelijk. Want we weten dat patiënten die falen op een svt hun behandeling sneller staken (Goedendorp et al., 2013; Greene et al., 1988), wat een grote behoefte aan aandacht en hulp tegenspreekt.

Klachtenoverdrijving komt voor bij patiënten met aantoonbare neurologische schade, maar ook en nog veel vaker bij patiënten met neurologisch onverklaarbare klachten (Bass & Halligan, 2014). Daarom is – anders dan Vermeulen en collega's (2004) adviseren – in hun geval een respectvolle vorm van scepsis niet overbodig. Die zal overigens moeten wijken voor het tegendeel wanneer de patiënten normaal presteren op svt's. Want dat is de andere kant van de medaille: normale uitslagen op een svt weerleggen de hypothese dat de patiënt aan klachtenoverdrijving doet (zie ook Merckelbach et al., in voorbereiding).

TABEL 1. STUDIES (2005-2015) WAARIN SVT'S WERDEN INGEZET BIJ PATIËNTEN MET NEUROLOGISCH ONVERKLAARBARE KLACHTEN. [7]

Auteur(s)	N	n (%) die faalt
Goedendorp et al. (2013)	171 chronische vermoeidheid	26 (16%)
Greiffenstein et al. (2013)	73 chronische pijn	24 (33%) 33 (46%)
Johnson-Greene et al. (2013)	85 fibromyalgie	32 (37%)
Brooks et al. (2012)	72 fibromyalgie	27 (37%)
Greve et al. (2008)	228 chronische pijn 109 mild traumatisch hersenletsel	58 (25%) 27 (25%)
Richman et al. (2006)	73 fibromyalgie	45 (42%)
Iverson et al. (2006)	54 fibromyalgie	0 (0%)
Heintz et al. (2012)	26 psychogene bewegings-stoornissen 16 Gilles de La Tourette-syndroom	5 (20%) 3 (19%)
Benge et al. (2012)	91 psychogene aanvallen 29 epilepsie	69 (76%) 13 (45%)
Williamson et al. (2012)	90 psychogene aanvallen	32 (35%)
Chen et al. (2011)	51 psychogene aanvallen	27 (53%)
Van Beilen et al. (2009)	26 psychogene neurologische klachten 26 neurologische aandoeningen 18 gezonde controles	6 (23%) 1 (4%) 0 (0%)
Kemp et al. (2008)	43 neurologisch onverklaarbare klachten	5 (11%)
Dobrill (2008)	42 psychogene aanvallen 65 epilepsie	9 (28%) 16 (25%)
Drane et al. (2006)	37 psychogene aanvallen 37 epilepsie	18 (49%) 3 (8%)
Cragar et al. (2006)	21 psychogene aanvallen (pa) 41 epilepsie 18 epilepsie & pa	3 (14%) 1 (2%) 1 (5%)
Proto et al. (2014)	178 mild traumatisch hersenletsel	110 (62%)
Armistead-Jehle et al. (2011)	85 mild traumatisch hersenletsel	17 (20%)
Armistead-Jehle (2010)	45 mild traumatisch hersenletsel	26 (58%)
Stevens et al. (2010)	32 mild traumatisch hersenletsel	16 (50%)
Nelson et al. (2010)	44 mild traumatisch hersenletsel 75 mild traumatisch hersenletsel	4 (9%) 0 (0%)
Lange et al. (2010)	63 mild traumatisch hersenletsel	15 (24%)
Whitney et al. (2009)	23 mild traumatisch hersenletsel	4 (17%)
Carone et al. (2008)	67 mild traumatisch hersenletsel 38 kinderen met hersenletsel	14 (21%) 2 (5%)
Rienstra et al. (2013)	68 patiënten geheugenkliniek	5 (7%)
Howe et al. (2007)	63 patiënten geheugenkliniek	3 (5%)

MYTHE 5: DOKTERS MOETEN LIEF ZIJN VOOR SIMULANTEN

Nauw verweven met het voorgaande is de opvatting dat dokters en psychologen lief moeten zijn voor simulanten. Een medewerker van een centrum gespecialiseerd in de behandeling van medisch onverklaarbare klachten zegt het als volgt: 'Iemand die simuleert, is ook ziek. Wat win je ermee door te zeggen: je stelt je aan? Dat wekt alleen maar weerstand op. Wat de maatschappij uiteindelijk misschien meer geld kost.' [8]

Het is een standpunt dat warme pleitbezorgers vindt in de vakliteratuur. Dror en collega's (2009; p. 105) menen bijvoorbeeld dat klachtensimulatie niet iets van de patiënt is, maar pas ontstaat in 'de interactie' met de dokter. De dokter moet naar de patiënt toe niet achterdochtig, maar juist open en warm zijn: 'open to hearing his or her pain.' Het is lelijker geformuleerd, maar doet voor het overige toch sterk denken aan het eerder aangehaalde citaat van de oude Siemens, waarin deze zegt dat dokters niet de inquisiteur moeten gaan uithangen. Deze gezindte verklaart de bevindingen van Amerikaanse onderzoekers naar psychiatrische spoedopnames: om zich te vergewissen van een bed en een maaltijd, veinsde een dikke 10% van de patiënten symptomen, maar bij slechts een handjevol werd daarvan een aantekening gemaakt in het dossier. Even zo weinig simulanten werden op hun gedrag aangesproken (Yates et al., 1996).

De Amerikaanse neuropsycholoog Suchy en haar collega's (2012) onderzochten de kwestie empirisch. Patiënten die verdacht scoorden op een svr, kregen of niets te horen, of werden geconfronteerd met hun afwijkende scores – en wel zo dat het belang van eerlijke symptoomrapportage nadrukkelijk ter sprake kwam. Vervolgens ondergingen de patiënten opnieuw psychodiagnostische tests, waaronder svr's. De groep die met liefdevolle zwijgzaamheid tegemoet was getreden, bleef tijdens een volgende testessie volharden in haar klachtenoverdrijving. Maar de groep die was aangesproken op haar gekke svr-scores stopte vervolgens met klachtenoverdrijving.

Er bestaat een goede verklaring voor waarom ook hier zachte heelmeesters stinkende wonden maken. Wie klachten overdrijft, zal cognitieve dissonantie ervaren: de (nep)patiënt weet dat zijn overtrokken klachtenpresentatie contrasteert met hoe het echt zit. Een sympathieke hulpverlener maakt de dissonantie alleen maar intenser, want de simulant realiseert zich dat hij een aardig iemand zit te bedotten. De beste manier om van wroegende dissonantie af te komen, is door het pad van zelfdeceptie in te slaan. Net zoals rokers zichzelf

en anderen geruststellen door te zeggen dat hun grootvader al rokend 92 is geworden, zullen simulanten die onder de hoede van een sympathieke hulpverlener zijn zichzelf influisteren dat ze eigenlijk toch ook wel klachten hebben (Merckelbach & Merten, 2012).

ANTON TSJECHOV Waarom geloven hulpverleners zo graag in de mythes van negentiende-eeuwse psychiaters? Wie dat wil begrijpen, kan te rade gaan bij een andere oude meester: Anton Tsjechov (1860-1904). Zijn verhaal *Simulanten* gaat over een homeopaat die op zekere dag bezoek krijgt van een boer. De boer klaagt over reumatische pijnen. De homeopaat schrijft hem pillen voor. Al heel snel meldt de patiënt zich weer, en wel om te vertellen dat de pijnen op miraculeuze wijze zijn verdwenen. De patiënt prijst de homeopaat de hemel in. Want hij kan weer werken. En nu het daar toch over gaat: hij heeft geen geld meer. Kan de homeopaat hem misschien geld geven zodat hij een koe kan kopen? De homeopaat trekt de beurs. De andere dag meldt een volgende boer zich met verschrikkelijke reumatische pijnen. Enzoverder (zie ook Dalrymple, 2012).

Hulpverleners hebben het beste met hun patiënten voor en willen daarom de regie voeren over de klachten van de patiënten. Simulanten passen niet in dat ideaal. Want de simulant wil juist de regie voeren over de arts of psycholoog. Dat zoiets voorkomt, daar denken artsen en psychologen liever niet aan. Wat is er dan makkelijker om te geloven dat simulanten zeldzaam en eigenlijk ook heel ziek zijn?

TUCHTCOMMISSIES DIE IN MYTHES GELOVEN Om vast te stellen of er iets mis is, moeten artsen en psychologen een blik onder de motorkap van de psyche kunnen werpen. Dat doen ze door de patiënt te bevragen over zijn klachten. De aanname is dat wat de patiënt daarover zegt, strookt met de realiteit. svr's zijn een toets op de geldigheid van deze aanname. Als de patiënt faalt op een svr, kan de diagnosticus ervan uitgaan dat hij geen zicht heeft op de werkelijke problemen, wat de patiënt daar verder ook over mag beweren. Je kunt svr's zien als de looplamp van de diagnostiek. Een decennium terug zei daarom de Amerikaanse beroepsvereniging van neuropsychologen dat de diagnosticus een hele goede reden moet hebben om zo'n looplamp *niet* te gebruiken (Bush et al., 2005).

Evenzogoed zijn de hierboven besproken mythes hardnekkig en bovendien kunnen ze de (psycho)diagnosticus lelijk opbreken. Neem het scenario waarin de diagnosticus iemand moet beoordelen in het kader van een expertise-

rapport. De persoon was jaren geleden betrokken bij een auto-ongeval en zegt nog steeds last te hebben van cognitieve restverschijnselen. Op deze titel ontvangt hij een uitkering van de verzekering. De verzekering wil na een paar jaar weten hoe het met de restverschijnselen staat. Vandaar het expertise-onderzoek. De diagnosticus zet een svT in en daarop gaat de persoon onderuit. De diagnosticus noemt in zijn rapport de dingen bij hun naam en meldt dat de persoon onderpresteert. Die is daar niet van gediend en begint een tuchtrechtelijke campagne.

Tuchtrechtelijke strafexpedities van ontevreden cliënten tegen klinici die de moed hebben om klachtenoverdrijving ook klachtenoverdrijving te noemen, komen regelmatig voor en zijn vanuit het standpunt van de belanghebbenden enigszins te begrijpen. Tuchtrechtelijke uitspraken waarbij klinici daarvoor op hun kop krijgen – omdat ze weigeren te zeggen dat de klachtenoverdrijving voortvloeit uit ziekte dan wel een *cry for help* – komen ook voor en zijn aanmerkelijk ernstiger. [9] Want daarbij put zo'n tuchtcommissie nog steeds inspiratie uit de empirisch al lang afgeschreven mythes van psychiaters uit de *Gründerzeit*.

Precies dat was een belangrijke overweging om dit artikel te schrijven.

OVER DE AUTEUR

Harald Merckelbach is hoogleraar Rechtspsychologie aan de Universiteit Maastricht. E-mail: H.Merckelbach@maastricht-university.nl.

Noten

1. Falkenhorst, C. (1907). Zur Psychologie des Verbrechens. Österreichische Kriminalzeitung. 30-9-1907. In Vyleta (2007).
2. En dat is curieus. Het ene geval gaat over een twaalfjarige jongen met een merkwaardige loopstoornis. Wegens ondermaatse prestaties dreigde hij naar een andere school te worden gestuurd, maar hij wilde zijn oude schoolkameraden niet missen. 'He was noted to walk with a bizarre staggering gait, which on close inspection could be seen to be carefully coordinated' (p. 436). Het andere geval gaat over een jongen met de symptomen van oculaire myasthenia, ofschoon daarvoor geen neurologische oorzaak bestond. De jongen verzuimde school en de daandoening werd naar voren geschoven om te verklaren waarom hij zo slecht presteerde in het voetbalteam waarvoor hij eerder was geselecteerd. 'In the hospital ward it was noted that he did not walk into furniture and, left alone, would follow football matches on the television screen' (p. 436).
3. Dalrymple, Th. (2013). Monstrous. *City Journal*, 6-8-2013.
4. Zie voor details: Gunst, J. (2012). Regeling pgb's heeft onacceptabele zwakke plekken. *Reformatorisch Dagblad*, 15-12-2012.
5. Stoker, E. (2012). Criminelen in therapie. *De Volkskrant*, 25-2-2012.
6. Quinn, B. (2014). Man in £ 40.000 scam who faked disability is caught on shopping trip. *The Guardian*, 22-1-2014. Zie voor meer voorbeelden: Berlin, J.S. (2007). The joker and the thief: Persistent malingering as a specific type of therapeutic impasse. *Psychiatric Times*, 1-5-2007.
7. De tabel is het resultaat van een speurtocht in Google Scholar met de zoektermen *symptom validity, fibromyalgia, mild head injury, psychogenic non-epileptic seizures, psychogenic movement disorders, en neurologically unexplained symptoms* over de jaren 2005-2015. Geïnccludeerd werden enkel studies die gebruik maakten van *stand-alone svT's* (dus onderzoek gebaseerd op instrumenten zoals de MMPI-2 werd niet meegewogen). Het ging daarbij om uiteenlopende tests (SIMS, AKGT, etc.), wat de variatie in faalpercentages verklaart. Sommige svT's staan nu eenmaal scherper afgesteld dan andere (Green, 2007). Wanneer een studie op meerdere svT's was gebaseerd, werd het faalpercentage voor de scherpste svT opgevoerd. Referenties van alle studies zijn op te vragen bij de auteur.
8. Mat, J. (2008). Vage klachten. *NRC Handelsblad*, 17-2-2008.
9. Zie uitspraken 13/13 en 13/69 van het College van Toezicht van het nip: <http://www.psynip.nl/het-nip/tuchtrecht-en-klachten/uitspraken-colleges/uitspraken-2014.html>.

Summary

FIVE MYTHS ABOUT FEIGNING AND WHY WE BELIEVE THEM

H. MERCKELBACH

Since the days of the old German speaking psychiatrists, myths about intentional symptom overreporting (i.e., feigning) circle around in psychology and psychiatry. I discuss five of these myths: clinicians can easily recognize feigning patients; feigning

is a rare phenomenon; people who feign are not able to do that for an extensive period of time; people who feign are, in a way, sick in their heads; and clinicians must approach feigners in a warm and understanding way. Clinicians readily believe these myths because they appeal to the basic idea that the clinician oversees the patient rather than the other way around (which is what feigners try

to do). Misconceptions about feigning are dangerous when they are held by members of disciplinary bodies. In that case, clinicians might be criticized by such bodies for designating in their clinical reports feigning as a real diagnostic option

Literatuur

- Bass, Ch. & Halligan, P. (2014). Factitious disorder and malingering: Challenges for clinical assessment and management. *The Lancet*, 383, 1422-1432.
- Bush, S.S., Ruff, R.M., Tröster, A.I., Barth, J.T., Koffler, S.P. et al. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity: NAN Policy & Planning Committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 419-426.
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S. & Knauer, E. (2003). Characteristics of psychiatric prison inmates who claim amnesia. *Personality and Individual Differences*, 35, 373-380.
- Dalrymple, Th. (2012). Malingers. *British Medical Journal*, 344, 78.
- Dandachi-FitzGerald, B. & Merckelbach, H. (2014). Feigning = feigning a memory disorder: The Medical Symptom Validity test as an example. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 46-63.
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R.W., Peters, M.J. & Merckelbach, H. (2011). Cognitive underperformance and symptom over-reporting in a mixed psychiatric sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 25, 812-828.
- 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.
- Goedendorp, M.M., van der Werf, S.P., Bleijenberg, G., Tummers, M. & Knoop, H. (2013). Does neuropsychological test performance predict outcome of cognitive behavior therapy for Chronic Fatigue Syndrome and what is the role of underperformance? *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 242-248.
- Green, P. (2007). Spoiled for choice: making comparisons between forced-choice effort tests. In K. Brauer Boone (Red.). *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (p. 50-77). New York: Guilford.
- Greene, R. L. (1988). The relative efficacy of F-K and the obvious and subtle scales to detect overreporting of psychopathology on the MMPI. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 152-159.
- Hickling, E.J., Blanchard, E.B., Mundy, E. & Galovski, T.E. (2002). Detection of malingered MVA related posttraumatic stress disorder: An investigation of the ability to detect professional actors by experienced clinicians, psychological tests and psychophysiological assessment. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2, 33-53.
- Jung, C.G. (1903). ber Simulation von Geistesstörungen. *Journal für Psychologie und Neurologie*, 5, 181-2012.
- Kunst, M., Winkel, F.W. & Bogaerts, S. (2011). Recalled peritraumatic reactions, self-reported PTSD, and the impact of malingering and fantasy proneness in victims of interpersonal violence who have applied for state compensation. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 2186-2210.
- Ledeber, S. (2012). Zur Epistemologie einer Ausschlussdiagnose. Unwissen, Diskurs und Untersuchungstechniken bei Simulation psychischer Erkrankungen. In: M. Wernli (Ed.). *Wissen und Nichtwissen. Dynamiken in der Psychiatrie um 1900* (p.17-50). Bielefeld: Transcript.
- Merckelbach, H. & Merten, T. (2012). A note on cognitive dissonance and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 26, 1217-1229.
- Merckelbach, H., Rooijackers, I., Dandachi-FitzGerald, B. & Niesten, E. (in voorbereiding). Op een symptoomvaliditeitstest presteert de patiënt normaal: wat dan?
- Merten, T., & Merckelbach, H. (2013). Symptom validity testing in somatoform and dissociative disorders: A critical review. *Psychological Injury and Law*, 6, 122-137.
- Nelson, N.W., Hoelzle, J.B., McGuire, K.A., Ferrier-Auerbach, A.G., Charlesworth, M.J., & Sponheim, S.R. (2010). Evaluation context impacts neuropsychological performance of OEF/OIF veterans with reported combat-related concussion. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 713-723.
- Niesten, I.J.M., Merckelbach, H. & Dandachi-FitzGerald, B. (2015). Diagnosis threats: Zo bedreigend zijn ze niet. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 10, 1-14.
- Ramesh, V. (2013). Functional neurological disorders in children and young people. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 55, 3-4.
- Rosen, G. M. & Phillips, W.R. (2004). A cautionary lesson from simulated patients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 132-133.
- Rosenhan, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Slick, D. J., Sherman, E.M. & Iverson, G.L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.
- Schmand, B, de Sterke, S. & Lindeboom J. *Amsterdamse Korte-Termijn Geheugentest*. Amsterdam: Pearson 1999.
- Singh, J., Avasthi, A. & Grover, S. (2007). Malingering of psychiatric disorders: A review. *German Journal of Psychiatry*, 10, 126-137.
- Siemens, F. (1883). Zur Frage der Simulation der Seelenstörungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 14, 40-86.
- Silver, J.M. (2012). Effort, exaggeration and malingering after concussion. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 83, 836-841.
- Suchy, Y., Chelune, G., Franchow, E.I. & Thorgusen, S.R. (2012). Confronting patients about insufficient effort: The impact on subsequent symptom validity and memory performance. *The Clinical Neuropsychologist*, 26, 1296-1311.
- Vermeulen, M., Hoekstra, J., Kuipers-van Kooten, M. & Van der Linden, E.A.M. (2014). Beleid bij patiënten met conversiestoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 158, 104.
- Von Krafft-Ebing, R. (1885). *Lehrbuch der Gerichtlichen Psychopathologie*, 2. Auflage. Stuttgart: Enke.
- Többen, H. (1935). Ein Beitrag zur Simulation von Geistesstörungen. *Deutsche Zeitschrift für die Gesamte Gerichtliche Medizin*, 25, 212-222.
- Van Egmond, J. & Kummeling, I. (2002). A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. *European Psychiatry*, 17, 46-54.
- Van Egmond, J., Kummeling, I. & Van Balkom, T. (2005). Secondary gain as hidden motive for getting psychiatric treatment. *European Psychiatry*, 20, 416-421.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M. & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, (ahead-of-print), 1-30.
- Van Staveren, R. (2014). De psycholoog als rechercheur. *De Psycholoog*, 49, 38-45.
- Vyleta, D.M. (2007). *Crime, Jews, and News: Vienna 1895-1914*. New York: Berghahn.
- Widows, M.R. & Smith, G. P. (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Yates, B.D., Nordquist, C.R. & Schultz-Ross, R.A. (1996). Feigned psychiatric symptoms in the emergency room. *Psychiatric Services*, 47, 998-1000.
- Zweep, L. (2011). *Knelpunten in de opsporing van fraude met pgb's en WAO/WIA-uitkeringen*. Den Bosch: Stafbureau BPO/Openbaar Ministerie

ADV

ADV