

Harald Merckelbach en collega's beschrijven een nieuw instrument voor het opsporen van klachtenoverdrijving: de Self-Report Symptom Inventory (SRSI). Dit instrument bestaat uit een mix van plausibele klachten en nepsymptomen. Achterliggende gedachte is dat mensen die hun klachten willen overdrijven beide soorten zullen aanvinken. Op basis van eigen onderzoek concluderen Merckelbach c.s. dat de SRSI kan helpen om klachtenoverdrijving op de radar te krijgen.

EEN INSTRUMENT VOOR KLACHTENOVERDRIJVING

DE SELF-REPORT SYMPTOM INVENTORY (SRSI)

INLEIDING

Sommige patiënten overdrijven hun klachten. Vaak wordt dat verschijnsel volledig onder de noemer van malingeren geschaard, maar dat is niet terecht. Malingeren veronderstelt dat iemand klachten uit de duim zuigt om zo een financieel of juridisch voordeel in de wacht te slepen. Zoiets komt zeker voor, maar patiënten kunnen ook om andere redenen een overdreven voorstelling van hun klachten geven. Ze kunnen bijvoorbeeld klachtenlijsten slordig invullen en dat kan torenhoge scores opleveren (Meyer et al., 2013). Wat ook de oorzaak, het is belangrijk dat de diagnosticus klachtenoverdrijving onderkent en met zoveel woorden benoemt. Want als klachtenoverdrijving onopgemerkt blijft, kan het leiden tot een verkeerde inschatting van wat de patiënt mankeert (Kirkwood et al., 2012; Merckelbach et al., 2014).

Twee verdere opmerkingen zijn op hun plaats. Om te beginnen: buiten het strafrecht vormen patiënten die klachten overdrijven weliswaar een minderheid, maar het is geen verwaarloosbaar kleine groep. Zo vonden Dandachi-FitzGerald et al. (2011) in hun onderzoek onder ggz-patiënten die waren verwezen voor psychodiagnostiek, dat zo'n 20% van hen een overmaat aan pseudosymptomen aankruiste op de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; zie onder). Bij patiënten van algemene ziekenhuizen varieerde dat percentage tussen de 12% en 19% (Dandachi-FitzGerald et al., 2017).

Op de tweede plaats: als clinici op hun intuïtie afgaan om te bepalen of de patiënt klachten aandikt, zitten ze er vaak naast. De foutenmarge belooft dan in de tientallen procenten (Dandachi-FitzGerald et al., 2017; Merckelbach, 2017). Een beproefde manier om die marge omlaag te krijgen, is door instrumenten zoals de eerder genoemde SIMS in te zetten.

ALTERNATIEF VOOR DE SIMS

De SIMS (zie voor de Nederlandse vertaling Merckelbach et al., 2001) bestaat uit een opsomming van pseudosymptomen zoals: 'Wanneer ik een telefoonnummer noteer, merk ik soms dat de cijfers achterstevoren op papier komen ofschoon ik dat helemaal niet wil.' De patiënt moet telkens zeggen of hij – ja of nee – last heeft van de symptomen. Het instrument stoelt op de aanname dat wie op ruime schaal nepsymptomen aanvinkt, zijn klachten op een ongeloofwaardige manier presenteert.

De psychometrische staat van dienst van de SIMS is redelijk (Merckelbach et al., 2013; Van Impelen et al., 2014) en de lijst wordt in ons land veel gebruikt (Dandachi-FitzGerald et al., 2013). Toch kleven er nadelen aan. Niet de minste daarvan is dat de naam (*Structured Inventory of Malingered Symptomatology*) op riskante wijze verwarring sticht. Wie overmatig veel symptomen op de SIMS aankruist, doet aan klachtenoverdrijving, maar is daarom nog geen *malingerer*. Dat is wel een misverstand dat de SIMS voedt. Voorts: de SIMS

Buiten het strafrecht vormen patiënten die klachten overdrijven weliswaar een minderheid, maar het is geen verwaarloosbaar kleine groep

werd ontwikkeld om in de strafrechtelijke context klachten-overdrijving op te sporen. Veel van de pseudosymptomen die in de SIMS figureren, maken zodoende toespelingen op psychotische aandoeningen en extreem geheugenverlies. Overdrijving van het soort klachten dat ter sprake komt tijdens bijvoorbeeld letselschadezaken – angst, pijn, vermoeidheid – wordt door de SIMS niet gedekt. En dan: de SIMS bestaat enkel uit een opsomming van hoogst atypische symptomen. Daarmee is het instrument voor ingewijden makkelijk te herkennen als een symptoomvaliditeitstest.

In de afgelopen jaren hebben wij met Duitse en Zwitserse collega's gewerkt aan een alternatief voor de SIMS. Wat ons voor ogen stond, was een lijst van zowel plausible symptomen als pseudosymptomen, en dan zo geformuleerd dat ze diagnostische problemen bestrijken die opduiken in letselschadezaken en bestuursrechtelijke procedures over uitkeringen. Te denken valt inderdaad aan angst en pijn, maar ook aan de post-traumatische stressstoornis (PTSS). Dat leverde de *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI) op.

De SRSI heeft 107 items, die de patiënt moet waarderen met een ja of nee. De SRSI begint met twee items die vragen of de patiënt bereid is de lijst zo goed mogelijk in te vullen. Ook omvat de SRSI vijf over de test verspreide items die controleren of iemand consistent is in zijn antwoorden. De hoofdmoot bestaat uit 100 symptomen, waarvan 50 plausibel zijn en 50 hoogst atypisch (pseudosymptomen). De oorspronkelijke verzameling van 150 symptomen kwam tot stand via een consensusvergadering van artsen en psychologen en een inspectie van bestaande instrumenten. Daarbij werd als stelregel gehanteerd dat kandidaat-items niet mochten overlappen met die van de SIMS.

Met de aldus geconstrueerde oerversie werden gegevens verzameld in een heterogene steekproef van patiënten en studenten ($N=239$). Sommigen van hen gingen zich te buiten aan symptoomoverdrijving; bij anderen was dat niet het geval. Uit de oorspronkelijke verzameling van 150 symptomen werden de 50 symptomen verwijderd die het slechtst onderscheidden tussen deze twee groepen, zodat de 100 best discriminerende symptomen in de definitieve – Duitse – versie kwamen. Er is inmiddels een Noorse, Franse, Engelse en

Nederlandse vertaling van deze versie en de eerste resultaten die daarmee werden verkregen, stemmen optimistisch (Merten et al., 2016). Binnenkort publiceert Hogrefe de handleiding van de Duitse SRSI, waarin ook de Nederlandse vertaling ter sprake komt (Merten et al., 2018). De psychometrische kerngegevens die we hieronder bespreken, komen uit deze handleiding.

HOOFDSCHALEN, SUBSCHALEN EN AFKAPPUNTEN

Tabel 1 geeft een indruk van hoe de SRSI is opgebouwd en laat ook voorbeelden zien van plausible symptomen en pseudosymptomen. De interne consistentie (Cronbach alpha) van de plausible symptomen (Xx) bedraagt, zo bleek uit eerder onderzoek ($N=520$), 0.95 en die van de pseudosymptomen (Yy) 0.92. Voor de afzonderlijke subschalen werden lagere Cronbach alpha's gevonden. De laagste waarde was die voor motorische pseudosymptomen (0.70). De test-hertest stabiliteit van de SRSI bleek redelijk in een heterogene steekproef van jonge mensen ($N=30$) die de test tweemaal met een tussenpauze van enkele weken invulden: 0.91 voor de plausible symptomen en 0.87 voor de pseudosymptomen.

Een *Receiver Operating Characteristics* (ROC)-analyse uitgevoerd op een steekproef van $N=367$ – waaronder asymptomatische controles, geïnstrueerde studenten en patiënten die afwijkend presteerden op andere symptoomvaliditeitstests – leverde een *area under the curve* (AUC) op van 0.93, 95% CI [0.90, 0.96], wat behoorlijk is.

Voor de kwaliteit van de SRSI pleit ook dat het aantal aangevinkte pseudosymptomen (Yy) positief bleek samen te hangen met scores op de SIMS. De correlaties cirkelden steeds rond $r=0.80$. De pseudosymptomen van de SRSI hingen negatief samen met taken die onderpresteren meten, waarbij correlaties in de orde van de -0.40 waren. Naarmate mensen meer pseudosymptomen op de SRSI aankruisten, presteerden ze dus beroerder op simpele geheugen- of redeneertaken.

Kijkend naar optimale afkappunten voor het opsporen van symptoomoverdrijving stelden Merten et al. (2018) twee waardes voor: meer dan zes pseudosymptomen (>6) voor

screening en meer dan negen pseudosymptomen (>9) voor diagnostische doeleinden.¹ De effectiviteit van zulke afkappunten wordt uitgedrukt in sensitiviteit – het percentage overdrijvers dat wordt ontdekt – en foutpositieven – het percentage eerlijke respondenten dat als overdrijver wordt weggezet. Merten et al. (2018) vonden voor hun afkappunten sensitiviteitspercentages van 83% (>6) en 62% (>9) en foutpositieven van 9% (>6) en 5% (>9).

Een andere maat die uit de SRSI valt af te leiden, is de ratio $(\sum \text{pseudosymptomen}) / (\sum \text{plausibele symptomen})$ ($\sum Yy / \sum Xx$). Hoe lager de ratio uitvalt, hoe selectiever patiënten in hun klachtenpresentatie zijn en hoe meer zij pseudosympto-

men vermijden. Een ratio van 0.10 betekent dat de patiënt op elke tien plausibele symptomen slechts een pseudosymptoom aankruist. Hoe hoger de ratio, hoe minder kieskeurig de patiënt is in het aanvinken van symptomen. Zo betekent een ratio van 1.0 dat de patiënt op elk plausibel symptoom ook een pseudosymptoom aankruist. Er is te weinig onderzoek voorhanden om harde uitspraken te kunnen doen over verstandige afkapwaarden, maar een voorlopige vuistregel is dat ratio's die de 0.288 overschrijden – grofweg op elke vier plausibele symptomen meer dan een pseudosymptoom – de verdenking van klachtenoverdrijving oproepen. De ratio kan informatief zijn als de clinicus wil nagaan of klachtenoverdrijving zich afspeelt binnen een afgebakend domein – bijvoorbeeld pijn – terwijl dat domein slechts met een beperkt aantal items (namelijk 10) in de SRSI is vertegenwoordigd.

¹ De handleiding van de SRSI (Merten et al., 2018) staat ook stil bij andere afkappunten, maar om redenen van overzichtelijkheid bespreken we die hier niet.

TABEL 1. DE SRSI: SCHALEN EN VOORBEELDEN VAN VRAGEN

HOOFDSCHAAL	SUBSCHAAL	OMSCHRIJVING (AANTAL ITEMS)	VOORBEELD
Plausibele symptomen	1 XCo	Cognitieve symptomen (10)	Mijn geheugen is zeer achteruit gegaan
	2 XDe	Depressieve symptomen (10)	Ik heb bijna nergens meer zin in
	3 XPa	Pijn (10)	Zonder pijn zou ik een ander mens zijn
	4 XSo	Aspecifieke somatische symptomen (10)	Ik voel me vaak uitgeput
	5 XAn	PTSS/Angst (10)	Ik heb nachtmerries over wat me is overkomen
<i>Subtotaal</i>	<i>Xx</i>	<i>Totaal (50)</i>	<i>50 items</i>
Pseudo-symptomen	6 YCo	Cognitieve symptomen (10)	Ik vind het moeilijk om mijn eigen adres te onthouden
	7 YMo	Motorische symptomen (10)	Soms is mijn linkerbeen erg zwak; soms is mijn rechterbeen erg zwak
	8 YSe	Sensorische symptomen (10)	Soms heb ik de indruk dat de kleuren van de dingen om me heen veranderen
	9 YPa	Pijn (10)	Als ik heel veel pijn heb, zie ik dubbel
	10 YMe	PTSS/Angst/Depressie (10)	Elke dag ontdek ik weer nieuwe dingen waar ik bang voor word
<i>Subtotaal</i>	<i>Yy</i>	<i>Totaal (50)</i>	<i>50 items</i>

TABEL 2. GEMIDDELDE SCORES VAN DE DRIE GROEPEN OP DE SRSI

HOOFDSCHAAL	SUBSCHAAL (RANGE) (CRONBACH'S ALPHA)	CONTROLE (N=51) M (SD)	PIJN (N=54) M (SD)	ANGST (N=53) M (SD)
Plausibele symptomen	1 XCo (0-10) (0.86)	2.0 (2.2)	4.2 (3.0)	6.1 (2.9)
	2 XDe (0-10) (0.80)	2.4 (2.0)	4.5 (2.2)	7.0 (2.5)
	3 XPa (0-10) (0.87)	1.3 (1.3)	8.6 (2.3)	3.7 (3.2)
	4 XSo (0-10) (0.87)	4.5 (2.8)	7.6 (2.6)	9.0 (2.1)
	5 XAn (0-10) (0.88)	2.1 (2.2)	5.4 (2.7)	8.0 (2.5)
<i>Subtotaal</i>	Xx (0-50) (0.95)	12.3 (7.6)	30.3 (9.4)	33.8 (10.1)
Pseudo-symptomen	6 YCo (0-10) (0.81)	0.7 (1.1)	2.0 (2.2)	3.8 (2.6)
	7 YMo (0-10) (0.87)	0.3 (0.6)	2.3 (2.7)	2.4 (3.0)
	8 YSe (0-10) (0.83)	0.8 (1.1)	1.8 (2.3)	3.1 (2.9)
	9 YPa (0-10) (0.90)	0.2 (0.4)	4.2 (3.0)	1.9 (3.0)
	10 YMe (0-100) (0.89)	0.7 (1.2)	2.6 (2.7)	6.2 (2.7)
<i>Subtotaal</i>	Yy (0-50) (0.95)	2.7 (2.9)	12.9 (10.5)	17.4 (12.0)
Ratio	Yy/Xx	0.20 (0.18)	0.40 (0.24)	0.46 (0.25)

PSEUDOSYMPTOMEN: VOORONDERZOEK

Om vast te stellen of nepsymptomen van de SRSI iets anders meten dan haar plausibele symptomen, gaven we de Nederlandse SRSI aan een groep van 29 Maastrichtse studenten (5 mannen). Ze waren proefpersoon in een niet-gerelateerd experiment. Opdracht: vul de papieren versie van de SRSI zo nauwkeurig mogelijk in. De studenten kregen bovendien een Nederlandse vertaling van de *Checklist for Symptoms in Daily Life* (CSDL; Wientjes & Grossman, 1994). De CSDL omvat 39 alledaagse klachten (hoofdpijn, lage rugpijn, koude handen). Ze worden beoordeeld op een schaal die loopt van 1 (nooit last) naar 5 (heel vaak last). Alledaagse klachten correleerden sterker met plausibele symptomen van de SRSI dan met haar pseudosymptomen: 0.63 ($p < 0.01$) versus 0.39 ($p = 0.03$). Gemiddeld kruisten de studenten 7.2 ($SD = 4.8$) plausibele symptomen aan en slechts 1.4 ($SD = 1.8$) nepsymptomen. De ratio, 0.17 ($SD = 0.24$), lag zodoende ver onder de provisorische afkappwaarde van 0.288. Bijna de helft van de studenten kruiste 0 pseudosymptomen aan, geen van de studenten zat boven het afkappunt voor diagnostische doeleinden (9) en één student vinkte acht pseudosymptomen aan en zat daarmee boven het afkappunt voor screening.

EXPERIMENTELE SIMULANTEN Vervolgens voerden we een experiment uit om te bepalen of de afzonderlijke subschalen voor pijn en PRSS gevoelig zijn voor het type klachtenoverdrijving dat mensen nastreven. Anders dan ons vooronderzoek verliep dit experiment via het internet. Proefpersonen vulden dus een elektronische versie van de SRSI in. Aan het experiment deden 158 studenten (gemiddelde leeftijd 21.4 jaar; 83% vrouw) mee.² Sommigen kregen de instructie om klachten te overdrijven (simulanten), anderen fungeerden als controle proefpersonen. De controles ($N = 51$) vullen we om de SRSI eerlijk in te vullen. Bij de simulanten waren er twee groepen. De pijngroep ($N = 54$) las eerst een zorgvuldig samengesteld scenario over een student die tijdens een letselschadeprocedure chronische pijnklachten veinst nadat hij/zij slachtoffer werd van een verkeersongeval veroorzaakt door een arrogante automobilist.³ Daarna werd deze groep gevraagd om zich te vereenzelvigen met de student in het scenario en in die rol de SRSI in te vullen.

2 Een meer gedetailleerde beschrijving van dit experiment is te vinden in: Boskovic, I., Merckelbach, H., Merten, T., Hope, I. & Jelicic, M. (in voorbereiding). *The Self-Report Symptom Inventory as a screen for over-reporting: An explorative study with instructed simulants.*

3 De scenario's hebben een lengte van circa 1980 woorden; ze zijn op te vragen bij de eerste auteur.

De angstgroep ($N=53$) las eerst een scenario over een jonge politiefunctaris die een incident meemaakt, waaraan zijn baas nogal achteloos voorbijgaat. De politiefunctaris besluit te veinzen dat hij/zij een trauma heeft opgelopen om zo enige tijd thuis rustig op adem te kunnen komen. De angstgroep werd gevraagd zich in te leven in de rol van de politiefunctaris en met dat in het achterhoofd de SRSI in te vullen.

Beide groepen simulanten drukten we op het hart om toch vooral op een gedoseerde manier te werk te gaan: 'Presenteer je symptomen op een manier die geloofwaardig is en kom niet met klachten aanzetten die in de ogen van artsen misschien weinig plausibel zijn. Wees slim in welke symptomen je aankruist en houd het doel voor ogen dat je hiermee hebt. Als je overtuigend bent in hoe je je klachten presenteert, doe je mee in een loterij, waarmee je een bonus van € 20 kunt verdienen!'

RESULTATEN

Tabel 2 vat de uitkomsten van ons experiment samen. Allereerst valt op dat de interne consistenties van de hoofdschalen overeenkomen met wat Merten et al. (2018) eerder vonden (>0.90), maar dat de consistenties van de subschalen gunstiger zijn dan die in voorgaande studies (alle Cronbach alpha's ≥ 0.80). Vervolgens is evident dat de controlegroep relatief weinig – gemiddeld minder dan 3 – pseudosymptomen (Y_y) aankruist, terwijl dat gemiddelde bij simulanten boven het afkappunt van 9 ligt. Inspectie van de gemiddeldes suggereert dat subschalen gevoelig zijn voor wat simulanten beogen. Zo scoren degenen die werden geïnstrueerd om pijnklachten te overdrijven hoger dan alle anderen op de subschaal die plausibele pijnklachten (XPa) meet [$F(2,155)=125.1, p<0.01$], maar ook op de subschaal die pseudopijnklachten (YPa) meet [$F(2,155)=35.2, p<0.01$]. De verschillen blijven significant als de vergelijkingen met post-hoc Bonferroni-tests worden beperkt tot de pijngroep en de angstgroep (alle p 's <0.01). Iets vergelijkbaars geldt voor de subschalen die plausibele angstsymptomen (XAn) of pseudo-angst/depressie (YMe) meten. Hierop scoren degenen die zijn geïnstrueerd om angst te overdrijven significant hoger dan alle anderen, pijnsimulanten inclusief.

De gevonden ratio's (Y_y/X_x) bevestigen de regel dat waarden vanaf 0.288 verdacht zijn. Een eenwegvariantie-analyse maakt duidelijk dat er wat dat betreft significante verschillen tussen controles en simulanten bestaan [$F(2, 155)=17.83, p<0.01, \eta^2=0.19$], zodanig dat simulanten niet van elkaar ($p=0.40$), maar wel steeds van controles verschillen (p 's <0.01). Het 95%

TABEL 3. SENSITIVITEIT BIJ AFKAPPUNTEN VOOR SCREENING (>6) EN DIAGNOSTIEK (> 9) IN PROEFPERSONEN DIE PIJN- ($N=54$) OF ANGSTKLACHTEN ($N=53$) VEINZEN EN 'FOUTPOSITIEVEN' IN CONTROLE PROEFPERSONEN ($N=80$)

	> 6		> 9	
	Pijn	Angst	Pijn	Angst
Sensitiviteit	74%	83%	48%	73%
„Fout-positief“	8%		3%	

TABEL 4. POSITIEVE EN NEGATIEVE VOORSPELLENDE WAARDEN (PVW, NVW) BIJ AFKAPPUNTEN VOOR SCREENING (6) EN DIAGNOSTIEK (9) EN BIJ VERSCHILLENDE PREVALENTIES VAN KLACHTENOVERDRIJVING (5%-45%)

Prevalentie	> 6		> 9	
	PVW	NVW	PVW	NVW
5%	.33	.99	.51	.98
15%	.62	.95	.78	.93
25%	.76	.92	.87	.88
35%	.83	.87	.92	.82
45%	.88	.82	.94	.74

betrouwbaarheidsinterval van de ratio loopt bij de controles van 0.14 tot 0.27. Bij de simulanten loopt het van 0.33 tot 0.52.

RECEIVER OPERATING CHARACTERISTICS (ROC) We voegen de gegevens van ons vooronderzoek en die van het experiment samen, zodat we een groep van 80 (29 + 51) controles en 107 (54+53) simulanten hadden. Op deze geaggregeerde data voerden we een ROC-analyse uit. Die gaf voor de ratio een *area under the curve* (AUC) van 0.80, 95% CI [0.73, 0.86], wat volgens geldende standaarden redelijk is.

Tabel 3 laat voor de afkappunten van 6 en 9 pseudosymptomen telkens het percentage correct geclassificeerde simulanten (sensitiviteit) en het percentage verkeerd geclassificeerde controles (1-specificiteit; 'fout-positieven') zien. Ze sporen vrij aardig met de percentages die Merten et al. (2018) in een heterogene steekproef van patiënten en asymptotische respondenten vonden. Een ROC-analyse leverde een AUC van 0.91, 95% CI [0.87, 0.95], op. Het duidt op een onderscheidend vermogen dat heel behoorlijk is.

Voor klinische toepassingen zijn AUC, sensitiviteit en specificiteit niet zo informatief. Voor de clinicus is het belangrijker om te weten wat het betekent als deze concrete patiënt boven of juist onder het afkappunt scoort. Hoe groot is de kans dat de patiënt aan symptoomoverdrijving doet als hij *meer* dan 6 of 9 pseudosymptomen aankruist (positief voorspelende waarde; PVW)? En hoe groot is de kans dat de patiënt daar niet op uit is als hij *minder* dan 6 of 9 pseudosymptomen omarmt (negatief voorspellende waarde; NVW)? Zulke kansen zijn sterk afhankelijk van de prevalentie ('base rate') waarmee klachtenoverdrijving voorkomt in een populatie. Tabel 4 geeft de positieve en negatieve voorspellende waarden voor prevalenties van 5%-45% uitgaande van de kerngegevens in Tabel 3.⁴ Opnieuw komen onze waardes tamelijk goed overeen met die van Merten et al. (2018).

Tabel 4 moet als volgt worden gelezen. Stel dat de prevalentie van klachtenoverdrijving onder patiënten die in letselschade-procedures zijn verwickeld 35% bedraagt (zie voor een beschouwing over prevalenties: Young, 2015). Stel voorts dat een zo'n patiënt voor psychodiagnostisch onderzoek wordt verwezen en de SRSI invult. Als deze patiënt meer

dan 9 pseudosymptomen omcirkelt, is de kans dat hij zich de facto aan klachtenoverdrijving te buiten gaat 92%. Als diezelfde patiënt 9 of minder pseudosymptomen aankruist, is de kans dat hij niet aan klachtenoverdrijving doet 82%. Deze percentages maken een precieze indruk, maar het zijn in werkelijkheid grove schattingen. Ze zijn immers gebaseerd op kleine en nogal homogene steekproeven (studenten). Ons gaat het erom dat ze de bredere geldigheid van de psychometrische kerngegevens in de handleiding van de SRSI (Merten et al., 2018) onderstrepen.

DISCUSSIE

Om duidelijk te maken wat hen scheelt, kunnen patiënten hun klachten zwaarder aanzetten dan ze feitelijk zijn. Dat is begrijpelijk, maar soms krijgt klachtenoverdrijving zo'n allure dat het aparte aandacht verdient van de clinicus. Dat is aan de orde wanneer klachtenoverdrijving accurate diagnostiek en behandeling in de weg staat.

Clinici die zich enkel op hun intuïtie verlaten om te bepalen of de patiënt klachten overdrijft, slaan nogal eens de plank mis (Dandachi-FitzGerald et al., 2017; Merckelbach, 2017). Het verschijnsel laat zich beter detecteren met speciaal daartoe ontworpen tests, zoals ook het Amerikaanse *Institute of Medicine* (2015) in haar gezaghebbende rapport constateert, een rapport dat overigens vooral betrekking heeft op de context van uitkeringen. Deze zogenaamde symptoomvalidi-

4 Bij de berekeningen zijn we uitgegaan van een gemiddelde (naar beneden afgeronde) sensitiviteit van 75% voor het afkappunt van 6 en een gemiddelde (ook weer naar beneden afgeronde) sensitiviteit van 60% voor het afkappunt van 9. Die gemiddeldes ontleen we aan Tabel 3.

VOORBEELD

We illustreren het gebruik van de SRSI aan de hand van een reëel geval. Een vrouw van middelbare leeftijd heeft een winkel. Ze is al maanden onder behandeling bij de psychiater vanwege aanhoudende klachten na een hersenschudding, waaronder depressie en angst. De behandeling, onder meer met antidepressiva, heeft tot nog toe weinig zoden aan de dijk gezet. De klachten zijn begonnen nadat de vrouw anderhalf jaar geleden in een café is mishandeld door een concurrerende ondernemer. De vrouw is via haar advocaat een letselschadezaak begonnen tegen de concurrent en deze zaak sleept nu al een tijdje voort. Sinds

het incident heeft ze niet meer gewerkt. Er is een arbeidsongeschiktheidskeuring aangekondigd. De psychiater overweegt de vrouw te verwijzen naar een EMDR-therapeut, maar wil eerst meer zicht op aard en achtergrond van de klachten en stuurt haar daarom in voor psychodiagnostisch onderzoek. Bij wijze van exploratie wordt tijdens dat onderzoek de SRSI afgenomen.

Op de SRSI kruist de vrouw 39 plausible - en 11 pseudosymptomen aan. Op alle subschalen met plausible symptomen scoort ze hoog. Bij de pseudosymptomen is het beeld gedifferentieerd. Hier heeft ze vooral verhoogde scores op de

subschalen Cognitieve symptomen, Pijn en PTSS/Angst/Depressie, maar ze kruist niets aan op de subschalen die gaan over sensorische en motorische symptomen. Omdat op de achtergrond twee juridische procedures spelen, mogen we uitgaan van een verhoogde prevalentie van klachtenoverdrijving ($\geq 35\%$). De score van > 9 pseudosymptomen en een ratio in de buurt van de 0.288 rechtvaardigen de differentiaaldiagnose van klachtenoverdrijving. Wijs beleid zou zijn om meer diagnostisch onderzoek te verrichten, met de patiënt te praten over de invloed van de juridische procedures en voorshands niet te starten met een EMDR-behandeling.

Behandelvoortgang houdt duidelijk verband met de verborgen agenda van secundaire belangen die patiënten erop na kunnen houden

teitstests bestaan er in allerlei soorten en maten. Een vaak gebruikte variant schotelt de patiënt een reeks van extreme, zeldzame of bizarre klachten voor; de patiënt moet aankruisen van welke klachten hij last heeft. Degenen die hun klachten op een disproportionele manier willen presenteren, zullen op ruime schaal zulke symptomen gaan aanvinken. De veel gebruikte SIMS (Merckelbach et al., 2001) is een voorbeeld van dit type test. Een van de beperkingen van dit instrument is dat het vooral sondeert naar extreme psychopathologie: het gaat om pseudosymptomen die toespelingen maken op, bijvoorbeeld, psychose, amnesie en ernstige stemmingsstoornissen. Dat type pseudosymptomen zal zeker een rol spelen in het strafrechtelijke domein, maar letselschadezaken of geschillen over uitkeringen spitsen zich vaker toe op minder opzichtige problemen, zoals pijnklachten en vermoeidheid.

Met deze overweging in het achterhoofd werd de SRSI ontworpen als alternatief voor de SIMS. De psychometrische kwaliteiten van de SRSI zijn ruim voldoende, maar de gegevens terzake werden vooral verzameld met Duitstalige steekproeven (Merten et al., 2018). Daarnaast liet het Duitse onderzoek een paar kwesties links liggen: zijn de afzonderlijke subschalen gevoelig voor verschillende vormen van klachtenoverdrijving en is de ratio van pseudosymptomen en plausibele symptomen inderdaad een goede maat voor hoe aselektief overdrijvers hun klachten presenteren? In ons onderzoek stelden we deze vragen aan de orde; de resultaten laten zich als volgt samenvatten:

1. De psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse SRSI – interne consistentie, AUC, sensitiviteit en ‘foutpositieve’ percentages bij de afkappunten van 6 en 9 pseudosymptomen – zijn bevredigend. We schrijven ‘foutpositief’ tussen aanhalingstekens omdat we niet zeker weten of het handjevol controles met overmatig veel pseudosymptomen inderdaad ten onrechte door de SRSI werd geïdentificeerd als klachtenoverdrijvers. Een andere mogelijkheid is dat deze mensen opzettelijk veel symptomen op de SRSI aanvinkten. Proefpersonen die zich actief verzetten tegen de instructie van de proefleider en/of die vragenlijsten opzettelijk slordig invullen komen nu eenmaal voor (Merckelbach et al., 2010) en hun omvang wordt geschat op enkele procenten.

Een reden om in deze richting te denken is ook dat de controles die in ons experiment een elektronische versie van de SRSI invulden – en dat in alle anonimiteit en achter hun eigen beeldscherm deden – aanmerkelijk meer symptomen aankruisten dan de controles in ons vooronderzoek. De laatsten vulden een papieren versie in van de SRSI en wel onder het toezien van een proefleider. Deze groep had wezenlijk lagere scores voor plausibele en nepsymptomen dan de controles in het experiment (respectievelijk 7.2 en 1.3 tegen 12.3 en 2.7).

2. De subschalen voor pijn en angst/PTSS vangen inderdaad op pijn of angst gerichte vormen van klachtenoverdrijving, wat voor de validiteit van deze subschalen pleit.
3. Onze gegevens bevestigen de juistheid van de vuistregel dat een ratio van pseudo- en plausibele symptomen die de 0.288 overschrijdt een rode vlag is voor symptoomoverdrijving.

De Nederlandse SRSI is veelbelovend, maar het laat onverlet dat meer gegevens nodig zijn. Zo is onderzoek naar de gevoeligheid van de andere subschalen (cognitieve symptomen, depressie, somatisatie etc.) wenselijk. Waar vooral behoefte aan is, zijn de SRSI-profielen van diverse patiëntengroepen. Met zulke profielen in de hand, valt er pas met stelligheid iets te zeggen over het informatieve gehalte van de schalen die plausibele symptomen meten en de veiligheid van de vuistregel dat ratio's >0.288 suspect zijn. Ook de foutpositieve percentages die bij de verschillende afkappunten horen, laten zich dan nauwkeuriger bepalen.

In afwachting van zulke gegevens staat een verstandig gebruik van de Nederlandse SRSI wel de volgende conclusies toe. Ten eerste, als de SRSI wordt ingezet in een context waar de prevalentie van klachtenoverdrijving laag moet worden geacht ($\leq 15\%$), zeggen scores boven de afkappunten niet bijster veel, terwijl scores daaronder des te informatiever zijn: ze wijzen er namelijk sterk op dat de patiënt niet uit is op klachtenoverdrijving. We benadrukken dit aspect van negatief voorspellende waarde, omdat klinici het belang ervan nogal eens over het hoofd zien (Merckelbach et al., 2016). Ten tweede, bij hogere prevalenties van klachtenover-

drijving, zou een score van >9 pseudosymptomen aanleiding moeten zijn om met andere symptoomvaliditeitstests de hypothese van klachtenoverdrijving te toetsen. Dan ook zou het een doel dienen om de patiënt uit te vragen over de aanwezigheid van belangen, voordelen en revenuen en hoe die samenhangen met behandelmotivatie. Dat is iets wat klinici vaak weinig doen, terwijl behandelvooruitgang duidelijk verband houdt met de verborgen agenda van secundaire belangen die patiënten erop na kunnen houden (Van Egmond & Kummeling, 2002).

OVER DE AUTEURS

Prof. dr. Harald Merckelbach is als hoogleraar Rechtspsychologie verbonden aan de Universiteit Maastricht. Dr. Thomas Merten is als neuropsycholoog werkzaam bij de Vivantes Kliniek in Berlijn. Dr. Brechje Dandachi-FitzGerald is gz-psycholoog en klinisch psycholoog in opleiding bij de vakgroep Psychiatrie van het MUMC. Irena Boskovic is promovenda bij de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit Maastricht. Correspondentie aangaande dit artikel: h.merckelbach@maastrichtuniversity.nl.

Summary

THE SELF-REPORT SYMPTOM INVENTORY (SRSI) AS A MEASURE OF SYMPTOM EXAGGERATION

H. MERCKELBACH, T. MERTEN, B. DANDACHI-FITZGERALD & I. BOSKOVIC

To further test the psychometric qualities of the Self-Report Symptom Inventory (srsi), we carried out an experiment with honest controls (n=51), participants instructed to feign pain symptoms (n=54), and participants instructed to feign post-traumatic stress symptoms (n=53). All were students and the instructed feigners among them were asked to exaggerate their symptoms in a clever way. Overall, results were well in line with those that been obtained with the German version of the srsi. Cronbach alpha's for scales and subscales were high (all alpha's ≥ 0.80), and the cut-offs for over-reporting pseudosymptoms – 6 as a screening and 9 as a conservative cut score – yielded false positive percentages below 10%, while sensitivities varied – depending on type of feigning instructions and cut-points – between 48% and 83%. Most importantly, our data indicate that the subscales are differentially sensitive to the type of psychopathology that feigners want to exaggerate and that the so called ratio index is an informative parameter signaling indiscriminant symptom endorsement.

Literatuur

- Dandachi-FitzGerald, B., Merckelbach, H. & Ponds, R.W. (2017). Neuropsychologists' ability to predict distorted symptom presentation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39, 257-264.
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R.W.H.M. & Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six European countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28, 771-783
- 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.
- Institute of Medicine. (2015). *Psychological testing in the service of disability determination*. Washington DC: The National Academy Press.
- Kirkwood, M.W., Yeates, K.O., Randolph, C. & Kirk, J.W. (2012). The implications of symptom validity test failure for ability-based test performance in a pediatric sample. *Psychological Assessment*, 24, 36-45.
- Merckelbach, H. (2017). *Intuïtie maakt meer kapot dan je lief is*. Amsterdam: Prometheus.
- Merckelbach, H.L.G.J., Giesbrecht, T.M., Jellic, M. & Smeets, T. (2010). Krenzers in surveys: het probleem van onzorgvuldige respondenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 663-669.
- Merckelbach, H., Koevoets, N., Cima, M. & Nijman, H. (2001). De Nederlandse versie van de SIMS. *De Psycholoog*, 36, 586-591.
- Merckelbach, H., Langeland, W., de Vries, G. & Draijer, N. (2014). Symptom overreporting obscures the dose-response relationship between trauma severity and symptoms. *Psychiatry Research*, 217, 215-219.
- Merckelbach, H., Rooijackers, I., Dandachi-Fitzgerald, B. & Niesten, I. (2016). Op een symptoomvaliditeitstest presteert de patiënt normaal: Wat nu? *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 11, 264-273.
- Merten, T., Giger, P., Merckelbach, H. & Stevens, A. (2018). *Das Self-Report Symptom Inventory (SRSI)*. Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P. & Stevens, A. (2016). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI): A new instrument for the assessment of distorted symptom endorsement. *Psychological Injury and Law*, 9, 102-111.
- Meyer, J.F., Faust, K.A., Faust, D., Baker, A.M. & Cook, N.E. (2013). Careless and random responding on clinical and research measures in the addictions: A concerning problem and investigation of their detection. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11, 292-306.
- Van Egmond, J. & Kummeling, I. (2002). A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. *European Psychiatry*, 17, 46-54.
- van Impelen, A., Merckelbach, H., Jellic, M. & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): a systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28, 1336-1365.
- Wientjes, C.J.E. & Grossman, P. (1994). Overreactivity of the psyche or the soma? Interindividual associations between psychosomatic symptoms, anxiety, heart rate, and end-tidal partial carbon dioxide pressure. *Psychosomatic Medicine*, 56, 533-540.
- Young, G. (2015). Malingering in forensic disability-related assessments: Prevalence 15±15%. *Psychological Injury and Law*, 8, 188-199.



Als GZ-psycholoog werk je bij Jellinek!

Werken bij de expert op het gebied van verslaving? Wij zoeken GZ-psychologen voor onze erkende TOPGGz afdeling in Amsterdam Oud-Zuid. Combineren met promoveren op traumabehandeling en verslaving? Ook dat is mogelijk!

- ambitieuze GZ-psychologen
- promovendus / GZ-psycholoog

Jellinek helpt mensen al meer dan honderd jaar om grip te krijgen op risicovol middelengebruik. Wij behandelen niet alleen cliënten met een verslaving, maar ook met co-morbide problemen zoals PTSS en persoonlijkheidsstoornissen.

Meer informatie en een uitgebreide functiebeschrijving vind je op:

www.werkenbijarkin.nl/jellinek

Jellinek is een onderdeel van Arkin. Arkin is een overkoepelende stichting die psychiatrische en verslavingszorg biedt.

Werken bij Arkin: 11 specialismen, 1 loopbaan.



Jellinek
De expert op het
gebied van verslaving