

Symptoomvaliditeitstests in de rechtszaal¹

Eisers of verdachten van wie wordt vermoed dat ze klachten veinzen, duiken ook in de rechtszaal op en zorgen daar niet zelden voor verwarring. De juridische omgang met het onderwerp zou aan conceptuele helderheid en consistentie winnen, als deskundigen in voorkomende gevallen een speciale klasse van tests gebruiken – zogeheten symptoomvaliditeitstests – en de juristen snappen waarover deze tests gaan.

1. Inleiding

Wie klachten overdrijft of uit de duim zuigt, veinst symptomen. Begrippen als 'simuleren', 'aggraveren' of 'malingeren' worden in dat verband ook wel gebezigd. Mensen veinzen symptomen met een doel voor ogen, zoals financiële genoegdoening. Andersom: als zo'n financieel motief aanwezig is, kan het vermoeden rijzen dat iemand symptomen veinst. Neem het geval van Henderson, die tijdens een carnavalsoptocht door politieagent Gibbs ten onrechte op zijn hoofd werd geslagen. Henderson zei daaraan hoofdpijnen, geheugenklachten en een algehele achteruitgang van zijn cognitieve vermogens te hebben overgehouden. Hij vorderde een schadevergoeding van agent Gibbs en meer precies van de overheid die Gibbs vertegenwoordigde, de Nederlandse Antillen. De medici die zich tijdens de letselschadezaak over Hendersons klachten bogen, concludeerden dat diens klachten waren aangedikt ('geaggraveerd'), en dat Henderson een neurotische behoefte aan de dag legde om een vergoeding in de wacht te slepen ('renteneurose'). De feitenrechters wezen Hendersons eis daarom af. De Hoge Raad oordeelde vervolgens toch anders: Hendersons klaarblijkelijk pre-existente, maar sluimerende neurose werd pas door de onrechtmatige daad van Gibbs tot leven gewekt en daarom zijn de door Henderson gerapporteerde symptomen – aangedikt of niet – toe te wijzen aan die onrechtmatige daad.²

De zaak van Henderson tegen Gibbs/Nederlandse Antillen is in de civielrechtelijke literatuur vaak becommentarieerd.³ Ze illustreert dat mensen van wie wordt vermoed dat ze klachten veinzen uiteindelijk ook in de rechtszaal kunnen verschijnen en daar voor verwarring zorgen. Want gesteld al dat van een eiser of verdachte in rede valt te zeggen dat hij symptomen veinst, wat gaat daar dan achter schuil? Een kosten-batenanalyse die duidt op helder verstand? Of een karakterologische kwetsbaarheid, die zich pas doet gelden na schade? Hieronder zullen we uitleggen waarom het eerste waarschijnlijker is dan het tweede. En dat de juridische omgang met het onderwerp aan conceptuele helderheid en consistentie wint,

als de deskundigen in voorkomende gevallen een speciale klasse van tests gebruiken – zogeheten symptoomvaliditeitstests – en de juristen snappen waarover die tests gaan. Maar eerst bespreken we de schaal waarop geveinsde klachten voorkomen.

2. Hoe vaak en waarom?

Buiten de rechtszaal is het veinzen van klachten een courant verschijnsel. In eigen onderzoek vroegen we aan een divers samengestelde groep van 400 volwassenen of ze vertrouwd waren met het geval van iemand die ooit had toegegeven symptomen te hebben geveinsd. Een op de drie zei zo'n geval te kennen. De vaakst genoemde motieven die ermee in verband werden gebracht waren: niet naar het werk hoeven, een misstap maskeren, aandacht van anderen krijgen en/of een uitkering verwerven.⁴

Dat het veinzen van klachten op ruime schaal voorkomt, maakt het a priori onwaarschijnlijk dat er steeds een of andere afwijking aan ten grondslag ligt. Toch zijn termen als 'veinzen', 'simuleren', 'aggraveren' en 'malingeren' omgeven met negatieve associaties. Een onder psychiaters populaire visie is dat het vooral psychisch getroebleerde mensen zijn die klachten veinzen. Dat heet in jargon 'het pathologische model' van veinzen. Het is dit model dat de Hoge Raad in de hierboven aangehaalde casus van Henderson lijkt te omarmen en dat overigens Freudiaanse wortels heeft.⁵ Dat pathologische model schiet tekort bij het beschrijven van de werkelijkheid.⁶ Want het veinzen van klachten getuigt van inzicht en verstandige berekening in al die gevallen waarin mensen niet langer bij een schofterige baas willen werken, onder onmogelijke sluitingstermijnen proberen uit te komen of een onredelijk zwaar takenpakket willen ontlopen, om maar een paar voor de hand liggende voorbeelden te noemen. Het 'adaptieve model' zegt dan ook dat veinzen veelal de uitkomst is van rationele calculatie. Tegenwoordig onderschrijven de meeste wetenschappers de juistheid hiervan.

* Prof. dr. H. Merckelbach is decaan van de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht.

** Dr. B. Dandachi-FitzGerald is als klinisch psycholoog werkzaam bij Mondriaan, Heerlen, en als universitair docent verbonden aan de sectie Forensische Psychologie van de Universiteit Maastricht.

1. De auteurs danken mr. G.C. Haverkate, mr. D.J.C. Aben, en prof. dr. A.P.A. Broeders voor hun waardevolle commentaar op een eerdere versie van dit artikel. Voor eventuele fouten zijn slechts de auteurs verantwoordelijk.

2. HR 8 februari 1985, ECLI:NL:HR:1985:AG4961, NJ 1986/137, m.nt. C.J.H. Brunner.

3. Bijvoorbeeld: J.H. Nieuwenhuis, 'Een neurotische behoefte aan schadevergoeding', AA 1985, 34, p. 417-421; A.J. Akkermans, 'Causaliteit in letselschade en medische expertise', TVP 2003, afl. 4, p. 93-104.

4. B. Dandachi-FitzGerald e.a., 'Do you know people who feign? Proxy respondents about feigned symptoms', *Psychological Injury and Law* 2020, 13, p. 225-234.

5. Zo schrijft de vermaarde psychoanalyticus Kurt Eissler (1951; p. 252-253): 'Most malingerers are not normal individuals – they have a seriously warped, neurotic character structure.' Waarom dat zo zou zijn, legt Eissler niet uit. K. Eissler, 'Malingering', in: G.W. Wilbur & W. Muensterberger (red.), *Psychoanalysis and culture*, New York: International Universities 1951, p. 218-253.

6. R. Rogers, 'Development of a new classificatory model of malingering', *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law* 1990, 18, p. 323-333.

Rationele calculatie is ook patiënten niet vreemd. Zo vroeg de psychiater Van Egmond aan honderd mensen die vanwege psychische klachten bij een ziekenhuis in behandeling waren of ze met hun behandeling nog andere dingen op het oog hadden dan alleen beter worden. Zo'n 40% meldde dat dit inderdaad aan de orde was: ze wilden op titel van hun behandeling bijvoorbeeld een uitkering veiligstellen of een probleem op hun werk agenderen.⁷

3. Hoe goed is de klinische blik?

Van Egmond constateerde bovendien dat dokters het vaak niet door hebben als patiënten via een behandeling hun financiële of andere belangen proberen te behartigen. En dat terwijl het najagen van zulke belangen de therapievoortgang doet stagneren, om de simpele reden dat degenen met geveinsde klachten liever niet te snel 'beter' worden. Het past bij wat andere auteurs hebben gezegd over hoe goed dokters geveinsde klachten kunnen onderkennen als ze op hun klinische blik varen: dat valt tegen. Rosen en Philips (2004) zetten een dozijn studies op een rij waarin dokters op basis van hun klinische blik simulanten van echte patiënten moesten onderscheiden. Door de bank genomen ontdekten de dokters nooit meer dan 25% van de simulanten.⁸

Dat dokters en psychologen geveinsde klachten nogal eens over het hoofd zien, hoeft niet te verbazen. Veinzers liegen over hun symptomen en we weten dat mensen – ook zij die wij voor deskundig houden – weinig bedreven zijn in het signaleren van leugens. Dat geldt eens te meer als veinzers een belang proberen veilig te stellen en op een toegewijde manier liegen over hun beperkingen en klachten. In de gezondheidszorg zal de klinische blik dus vaak tekortschieten bij het opsporen van geveinsde klachten. Je kunt je afvragen of dat erg is. Dat ligt anders in de rechtszaal: daar gaat het immers om waarheidsvinding. De vraag of de symptomen van een eiser dan wel verdachte geveinsd zijn, kan deel uitmaken van die waarheidsvinding.

4. Symptoomvaliditeitstests doen het beter

Als deze kwestie aan de orde is, komen symptoomvaliditeitstests van pas. Daarmee laat zich – beter dan met de klinische blik – vaststellen of de bewering van een eiser of verdachte aan bepaalde symptomen te lijden voldoende validiteit bezit om als onbetwist uitgangspunt in een juridische procedure te fungeren. Symptoomvaliditeitstests meten of iemand klachten en beperkingen op een hyperbolische manier presenteert. Wanneer die hyperbolische presentatie zich *tijdens* de tests consistent en massief manifesteert, mag redelijkerwijze worden verondersteld dat dit ook *buiten* de context van de tests aan de orde zal zijn. Neem de verdachte die op een symptoomvaliditeitstest voortdurend onmogelijke symptomen aankruist, zoals 'ik heb vaak zo'n hoofdpijn dat mijn voeten er pijn van doen'. Daarmee vervalt de

noodzaak om de bewering van zo'n verdachte als zou hij last hebben van hallucinaties voor waar aan te nemen. Er bestaan twee soorten symptoomvaliditeitstests. Op de eerste plaats zijn er taken die eruitzien alsof ze een cognitieve prestatie (*performance*) meten, maar in feite peilen of de eiser dan wel verdachte zich naar vermogen inzet. Ze heten *Performance Validity Tasks* (PVT's). Een voorbeeld van een PVT is de *Malingering Scale* (MgS).⁹ Deze taak bestaat uit 46 vragen over begripsvermogen en vocabulaire. Elke vraag wordt gevolgd door een goed en een fout antwoord. Illustratief is deze vraag: 'Omcirkel het antwoord dat op de lege plek hoort te staan in de serie van 2-4-6- ...: is dat 5 of 8?' De eiser of verdachte krijgt de instructie om te gokken indien hij vanwege zijn aandoening het goede antwoord niet weet. Wie onder een forse cognitieve functiestoornis gebukt gaat, zal al gokkend nog altijd ongeveer 23 vragen (dus om en nabij de 50%) correct beantwoorden. Daarom: als iemand onder dit kansniveau presteert, duidt dat erop dat hij de goede antwoorden wel weet, maar actief vermijdt. Zo iemand geeft blijk van *onderprestatie*. Dat is een aanwijzing dat de persoon in kwestie probeert over te komen als een patiënt met een cognitieve beperking.

In werkelijkheid is de MgS zo simpel dat ook jonge kinderen of volwassenen met een verstandelijke beperking de taak nagenoeg foutloos kunnen maken. Daarom kan het afkappunt rustig hoger worden gelegd: niet bij 50%, maar bij 80% correct. Bij een afkappunt van 37 goede antwoorden (80% correct) valt 45% van de mensen die een gebrekkige intelligentie proberen voor te wenden door de mand. Deze graad van detectie is verre van perfect, maar nog altijd beter dan 25%, het maximale percentage simulanten dat ontmaskerd wordt als deskundigen zich op hun klinische intuïtie verlaten (zie hierboven).

Het tweede type symptoomvaliditeitstest heet *Self-Report Symptom Validity Test* (SRSVT) en bepaalt in hoeverre de eiser of de verdachte zich te buiten gaat aan het rapporteren van niet-bestaande symptomen. Een voorbeeld is de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS).¹⁰ De test bestaat uit 75 symptomen die bij echte patiënten zelden of nooit voorkomen zoals: 'Als ik een telefoonnummer noteer, merk ik soms dat de cijfers achterstevoren op papier komen ofschoon ik dat helemaal niet wil.' De eiser of verdachte moet aangeven of hij al dan niet last heeft van de symptomen. Het is best mogelijk dat iemand slecht leest en per ongeluk bij zo'n onwaarschijnlijk symptoom 'ja' aankruist. Maar wie dat voortdurend doet, *overrapporteert* symptomen. Wat is voortdurend? In experimenteel onderzoek met gezonde mensen die werden geïnstrueerd om klachten te veinzen, bleek het afkappunt van 16 symptomen het goed te doen: dan wordt zo'n 95% van de simulanten eruit gehaald, wat aanzienlijk meer is dan de 25% die kan worden opgespoord met de klinische blik.

7. J. van Egmond e.a., 'Secondary gain as hidden motive for getting psychiatric treatment', *European Psychiatry* 2005, 20, p. 416-421. Zie voor vergelijkbare uitkomsten in respectievelijk de VS en Duitsland: S.M. Rumschik & J.M. Appel, 'Malingering in the psychiatric emergency department: prevalence, predictors, and outcomes', *Psychiatric Services* 2019, 70, p. 115-122; T. Merten e.a., 'Prevalence of overreporting on symptom validity tests in a large sample of psychosomatic rehabilitation inpatients', *The Clinical Neuropsychologist* 2020, 34, p. 1004-1024.

8. G.M. Rosen & W.R. Phillips, 'A cautionary lesson from simulated patients', *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2004, 32, p. 132-133. De auteurs vonden overigens ook dat zo'n 9% van de echte patiënten voor veinzers werden gehouden (foutpositieven). Zie verder: B. Dandachi-FitzGerald e.a., 'Neuropsychologists' ability to predict distorted symptom presentation', *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2017, 39, p. 257-264.

9. H. Merckelbach e.a., 'De Schretlen Malingering Scale (MgS) als maat voor onderpresteren', *Tijdschrift voor Neuropsychologie* 2014, 9, p. 239-249.

10. H. Merckelbach e.a., 'De Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): een update', *Tijdschrift voor Neuropsychologie* 2013, 8, p. 170-178.

5. Likelihood ratio's

Dat klinici terughoudend zijn om van iemand te zeggen dat hij symptomen veinst is begrijpelijk: hulpverleners willen foutpositieven voorkomen en die treden op zodra echte klachten ten onrechte worden weggezet als gesimuleerd. Dit is daarom de essentiële vraag: hoe vaak leiden symptoomvaliditeitstests tot foutpositieven? Empirisch onderzoek laat zien dat de foutpositieve percentages variëren van test tot test. Zo weet de MgS weliswaar 45% van de simulanten op te sporen, maar de foutpositieve marge is ongeveer 5%.¹¹ Of dan de SIMS: die detecteert 95% van de simulanten, maar dat tegen een prijs van globaal 10% foutpositieven.¹² Dat soort getallen gaat pas spreken als je ze omzet naar een *likelihood ratio* (LR).¹³ De LR is een maat voor de diagnostische slagkracht van een test, waarbij het percentage correcte classificaties (hier: het percentage door de test opgespoorde simulanten) wordt gedeeld door het percentage foutpositieven (hier: het percentage patiënten dat op de test ten onrechte als simulant uit de bus komt). De formele notatie: $LR = \% \text{ correcte classificaties} / \% \text{ foutpositieven}$. Uitgaande van de statistieken die we hierboven presenteerden is de LR van de MgS dus $0,45/0,05 = 9$ en die van de SIMS $0,95/0,10 = 9,5$ (afgerond 10).

In de gedragswetenschappen geldt een LR van rond de 9 als behoorlijk. Deze waarde zegt in deze context dat de testuitkomst 9 keer vaker voorkomt bij geveinsde dan bij echte klachten. Uit zo'n verhouding valt nog niet de conclusie te trekken dat de eiser of verdachte dus ook veinst. Wel dat de deskundige er wijs aan doet om zijn oordeel bij te stellen mocht hij zijn kaarten hebben gezet op de hypothese dat de klachten van de eiser of verdachte valide zijn.

Maar hoe grondig moet de deskundige dan dat oordeel bijstellen? We geven een voorbeeld. Stel, een psycholoog fungeert als getuige-deskundige in een strafzaak en heeft als opdracht om na te gaan of een verdachte echt lijdende is aan dementie dan wel doet alsof. De aanvankelijke inschatting van de psycholoog is dat van alle verdachten met dementiële klachten hooguit een handjevol – zeg 5 tegen 95 (oftewel 5%) – zulke klachten veinst.¹⁴ De overgrote meerderheid (95%), zo denkt de psycholoog, is te goeder trouw. Dat is de uitgangspositie. Maar dan

onderwerpt hij deze verdachte aan de MgS en constateert dat die daarop minder dan 80% goed heeft. Dat zou reden voor de psycholoog moeten zijn om zijn uitgangspositie te herzien en wel door de diagnostische slagkracht van de test – de LR – in deze herziening te verdisconteren. De testuitkomst komt immers 9 keer vaker voor bij geveinsde dan bij een echte dementie. Bijgevolg wordt de bijgestelde inschatting $9 \times 5 = 45$ tegen nog steeds 95.¹⁵ Dat is voorbij het slechts wankele vermoeden dat de verdachte zijn dementie veinst. Stel dat de psycholoog bovendien de SIMS aan deze verdachte geeft en ziet dat de verdachte daarop maar liefst 30 gekke symptomen aankruist ('ja, daar heb ik ook last van'). Dan wordt de bijgestelde inschatting: $9 \times 10 \times 5 = 450$ tegen 95.¹⁶ Bij zo'n uitkomst zou de psycholoog de rechter erover moeten informeren dat de verdachte zijn dementie waarschijnlijk veinst.¹⁷

6. Consensus en foutenmarges

Vanwege hun diagnostische slagkracht gebruiken veel Europese en Amerikaanse psychologen symptoomvaliditeitstests als zij een oordeel moeten geven over de vraag of de klachten van een eiser of verdachte valide zijn.¹⁸ Die consensus vertaalt zich in de richtlijnen van de diverse beroepsorganisaties. Zo schrijft de Amerikaanse vakvereniging van psychologische deskundigen in letselschadezaken het gebruik van symptoomvaliditeitstests dwingend voor: '*Failure to adequately assess symptom and performance validity and to interpret and report the findings of a psychological evaluation as accurately as possible can result in misleading information being conveyed to the triers of fact or other legal or administrative decision makers. Such a failure to follow current standards of practice can be harmful to the fact-finding process and the persons involved in legal matters and can waste valuable resources*'.¹⁹

Nederlandse richtlijnen voor forensisch psychologisch en psychiatrisch onderzoek benadrukken dat klakkeloze acceptatie van wat een verdachte aan symptomen rapporteert

11. Bij een afkappunt van 80% correct.

12. Bij een afkappunt van 16.

13. E. Rassin, 'Likelihood ratio's in rechtspsychologische rapporten', *E&R* 2019, afl. 5, p. 189-195.

14. Het percentage van 5% is niet helemaal uit de lucht gegrepen. Rienstra e.a. 2013 vonden dat 6% van de patiënten die een Amsterdamse geheugenkliniek bezochten afwijkend scoorde op een PVT. A. Rienstra e.a., 'Symptom validity testing in memory clinics: Hippocampal-memory associations and relevance for diagnosing mild cognitive impairment', *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2013, 35, p. 59-70.

15. We geven hier een simpele versie van de regel van Bayes (zie voor een uitgebreidere versie: Broeders 2014) en presenteren die in zogenaamde *odds*. In kanstermen verschuift de inschatting van 5% naar $45\% / (45\% + 95\%) = 32\%$. A.P.A. Broeders, 'Philosophy of forensic identification', in: G.J.N. Bruinsma & D.L. Weisburd (red.), *Encyclopedia of criminology and criminal justice*, New York: Springer 2014, p. 3513-3526.

16. Het vermenigvuldigen van LR's heet *chaining of likelihood ratio's* en mag enkel als de tests onafhankelijk zijn. In termen van kans verschuift de inschatting nu van 32% naar $450\% / (450\% + 95\%) = 83\%$. G.J. Larrabee, 'Aggregation across multiple indicators improves the detection of malingering: Relationship to likelihood ratios', *The Clinical Neuropsychologist* 2008, 22, p. 666-679.

17. In dit verband zijn de zogeheten Slick-criteria van belang, die op een hoge mate van consensus in de literatuur kunnen rekenen. Slick e.a. 1999 specificeren de maatstaven voor 'veinzen' en 'waarschijnlijk veinzen'. In het tweede geval zijn dat: a. de gerapporteerde klachten dienen een duidelijk belang (bijvoorbeeld strafvermindering); en b. de persoon faalt op twee symptoomvaliditeitstests (bijvoorbeeld de MgS en de SIMS). D.J. Slick e.a., 'Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research', *The Clinical Neuropsychologist* 1999, 13, p. 545-561. Zie voor een recente bewerking: E.M. Sherman e.a., 'Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: A 20-year update of the malingered neuropsychological dysfunction criteria', *Archives of Clinical Neuropsychology* 2020, 35, p. 735-764.

18. B. Dandachi-FitzGerald e.a., 'Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six European countries', *Archives of Clinical Neuropsychology* 2013, 28, p. 771-783; R.B. Hirst e.a., 'Adherence to validity testing recommendations in neuropsychological assessment: A survey of INS and NAN members', *Archives of Clinical Neuropsychology* 2017, 32, p. 456-471.

19. S. Bush e.a., 'Psychological assessment of symptom and performance validity, response bias, and malingering: Official position of the Association for Scientific Advancement in Psychological Injury and Law', *Psychological Injury and Law* 2014, 7, p. 199. Zie ook het bijgewerkte consensusdocument van de Amerikaanse neuropsychologen: J.J. Sweet e.a., 'American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering', *The Clinical Neuropsychologist* 2021, in druk.

teert onverstandig is.²⁰ Ze variëren wel in de rol die symptoomvaliditeitstests krijgen toebedeeld. Het meest vrijblijvend is de aanbeveling van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie: 'Bij elk psychiatrisch onderzoek pro Justitia moet de rapporterende psychiater zichzelf de vraag stellen of de door onderzochte verstrekte gegevens betrouwbaar zijn'.²¹ De richtlijn vervolgt dat de psychiater de inzet van tests zou kunnen overwegen zodra hij op grond van zijn klinische indruk twijfels krijgt over de symptoomvaliditeit. Hierboven hebben we uitgelegd waarom dit primaat van het klinisch oordeel in deze context discutabel is. Minder vrijblijvend en meer gestoeld op de wetenschappelijke literatuur ter zake is de positie die de sectie Neuropsychologie van het Nederlands Instituut voor Psychologie inneemt, namelijk dat bij 'iedere neuropsychologische expertise (...) de beoordeling van symptoomvaliditeit psychometrisch onderbouwd [dient] te worden'.²²

Van veel symptoomvaliditeitstests zijn de foutmarges – de foutpositieven voorop – goed in kaart gebracht, er is over gepubliceerd in de vakliteratuur²³ en een meerderheid van de psychologen stelt vertrouwen in de toegevoegde waarde van deze instrumenten. Tegen die achtergrond was het te verwachten dat de Amerikaanse rechter in de letstelschadezaak *Howard/Offshore Liftboats* (2016)²⁴ oordeelde dat symptoomvaliditeitstests de toets aan de Daubert-criteria doorstaan.

7. De foutpositieven van symptoomvaliditeitstests

Op symptoomvaliditeitstests vallen simulanten vaak door de mand. In jargon: ze falen op deze tests. Maar niet iedereen die faalt op een symptoomvaliditeitstest is erop uit om klachten te veinzen. Het kan zijn dat iemand weinig gemotiveerd is, lukraak de symptoomvaliditeitstests invult en zodoende faalt. Dat zou een foutpositief opleveren. Iets soortgelijks kan gebeuren als een eiser of verdachte de instructies van de symptoomvaliditeitstests niet snapt. Of als een eiser of verdachte opzettelijk verkeerde antwoorden geeft om daarmee de psycholoog een hak te zetten. In al deze gevallen is er geen sprake van symptomen veinzen, maar bestaat wel alle reden om kritisch te kijken naar wat de eiser of verdachte in allerlei voorgaande tests en vragenlijsten aan klachten heeft aangevinkt.

Kan een eiser of verdachte op een symptoomvaliditeitstest falen *omdat* hij lijdende is aan een serieuze cognitieve beperking? Het antwoord luidt ja, maar meta-analyses laten ook zien dat dit type foutpositief zich door de bank genomen op een geringe schaal voordoet, maar ook afhankelijk is van de symptoomvaliditeitstest die wordt gebruikt.²⁵ Er bestaan de nodige symptoomvaliditeitstests waarop de overgrote meerderheid (>95%) van bijvoorbeeld patiënten met milde dementie normaal presteert.²⁶ Het risico om aan foutpositieven de verkeerde conclusie te verbinden wordt nog geringer als er meerdere symptoomvaliditeitstests worden ingezet en wanneer veinzen als verklaring slechts in overweging wordt genomen indien de eiser of verdachte op ten minste twee symptoomvaliditeitstests faalt. De Amerikaanse onderzoekster Victor en haar collega's onderzochten wat er gebeurt als je meerdere symptoomvaliditeitstests geeft aan patiënten met epilepsie of een ernstige psychische aandoening (bijvoorbeeld schizofrenie) die geen motief hebben om hun symptomen te overdrijven: 5% van hen faalde op twee symptoomvaliditeitstests, 1% op drie symptoomvaliditeitstests en 0% op vier symptoomvaliditeitstests.²⁷ Een van ons gaf drie symptoomvaliditeitstests aan patiënten met (beginnende) dementie of met parkinson.²⁸ Zo'n 5% faalde op twee tests en niemand faalde op alle drie de tests. Dat een (lichtere) neurotische aandoening ertoe zou kunnen leiden dat een eiser of verdachte consistent faalt op meerdere symptoomvaliditeitstests is in het licht van deze gegevens bij voorbaat onwaarschijnlijk. Dat geldt ook voor een eiser of verdachte met een zogenaamde 'renteneurose', ook wel 'compensatieneurose' genoemd. Nog daargelaten dat het gedateerde begrippen zijn,²⁹ valt niet in te zien waarom de overgrote meerderheid van dementiepatiënten symptoomvaliditeitstests glansrijk doorstaat en een eiser of verdachte met een (rente)neurose erop zou falen, anders dan dat zo'n eiser of verdachte symptomen aandikt.

Is het dan denkbaar dat zo iemand wel bona fide symptomen heeft, maar onbewust onderpresteert of onbewust symptomen overrapporteert en langs die weg faalt op symptoomvaliditeitstests? Sommige psychiaters erkennen het bestaan van deze mogelijkheid en noemen dat 'onbewuste aggraviatie'. Het idee dat iemand 'onbewust' faalt op een symptoomvaliditeitstest valt nooit te weerleggen en is daarom onwetenschappelijk. Waarom trou-

20. Geraadpleegd zijn de richtlijnen van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2018), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012) en het Nederlands Instituut voor Psychologie, sectie Neuropsychologie (2016).

21. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, *Richtlijn psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken*, Utrecht: De Tijdstroom 2012, p. 12 en 36.

22. Nederlands Instituut voor Psychologie, sectie Neuropsychologie, *Richtlijn neuropsychologische expertise*, Utrecht: NIP 2016, p. 10 (online).

23. Daaronder begrepen zijn ook meta-analytische overzichtsartikelen, zoals die van Sollman en Berry 2011. Zij namen een aantal veel gebruikte PVT's onder de loep en kwamen tot de conclusie dat hun gemiddelde sensitiviteit 69% is en hun gemiddelde foutpositieve percentage 10%, wat een gemiddelde LR oplevert van 6,9. M.J. Sollman & D.T. Berry, 'Detection of inadequate effort on neuropsychological testing: A meta-analytic update and extension', *Archives of Clinical Neuropsychology* 2011, 26, p. 774-789.

24. United States District Court Eastern District of Louisiana, tussenbeslissing van 11 februari 2016 in de zaak *Howard v. Offshore Liftboats, LLC* (Civil Action No. 13-4811 SECTION 'E' (5) (E.D. La. Feb. 11, 2016)).

25. C. McGuire e.a., 'Effort testing in dementia assessment: A systematic review', *Archives of Clinical Neuropsychology* 2019, 34, p. 114-131.

26. Voorbeelden zijn de ook in Nederland gebruikte *Coin-In-Hand-test* en de *Word Memory Test*.

27. De onderzoekers vergeleken deze foutpositieve percentages met de percentages simulanten die faalden op twee, drie en vier SVT's: 32%, 41% en 11%.

T.L. Victor e.a., 'Interpreting the meaning of multiple symptom validity test failure', *The Clinical Neuropsychologist* 2009, 23, p. 297-313.

28. B. Dandachi-FitzGerald e.a., 'Performance and symptom validity assessment in patients with apathy and cognitive impairment', *Journal of the International Neuropsychological Society* 2020, 26, p. 314-321.

29. Zie daarover het redactioneel van Mayou (1996; p. 402) in de *British Journal of Psychiatry*, waarin hij schrijft: 'The terms *accident or compensation neurosis* were never completely accepted in psychiatry and are now demonstrably redundant. They should have no place in medical or legal discussions (...)'. Het is een ontuchtterende conclusie die wordt ondersteund door de observatie dat procederende ongevalsloffers vaker op symptoomvaliditeitstests falen naarmate hun objectief documenteerbare letsels geringer zijn en de in het geding zijnde financiële belangen omvangrijker. R. Mayou, 'Accident neurosis revisited', *British Journal of Psychiatry* 1996, 168, p. 399-403; M.F. Greiffenstein & W.J. Baker, 'Miller was (mostly) right: Head injury severity inversely related to simulation', *Legal and Criminological Psychology* 2006, 11, p. 131-145; K.J. Bianchini e.a., 'Compensation and malingering in traumatic brain injury: a dose-response relationship?', *The Clinical Neuropsychologist* 2006, 20, p. 831-847.

wens zou iemand 'onbewust' zeggen dat 5 het volgende getal in de rij van 2-4-6...is? Hoezo zou iemand 'onbewust' aankruisen dat hij soms zoveel hoofdpijn heeft dat zijn voeten er pijn van doen? Nog belangrijker: moet de rechter iemand die zoiets doet wél op zijn woord geloven als hij zegt aan invaliderende whiplashklachten of aan imperatieve hallucinaties te lijden?

Symptoomvaliditeitstests worden ingezet als deskundigen niet voetstoots mogen aannemen dat de symptomen die een eiser of verdachte rapporteert reëel zijn. Indien een eiser of verdachte dan faalt op meerdere tests is er geen reden om zo'n uitkomst als foutpositief weg te verklaren onder verwijzing naar de symptomen die de persoon in kwestie rapporteert. De realiteit van de symptomen staat immers ter discussie. De deskundige of rechter die dat over het hoofd ziet, snapt de logica van het testen niet. Het is zoiets als zeggen dat een afwijkend hartfilmpje erop duidt dat de ECG-apparatuur defect is. Dat zo'n redenering gemankeerd is, werd ook scherp gezien door de Rotterdamse rechtbank in de zaak van een persoon die zowel in 2007 als in 2009 het slachtoffer was geworden van een verkeersongeval. Het slachtoffer beweerde vanwege ongeval-gerelateerde klachten arbeidsongeschikt te zijn en stelde daarvoor de veroorzakers aansprakelijk. De neuropsycholoog die testpsychologisch onderzoek deed naar de klachten van het slachtoffer vond dat betrokkene blij gaf van cognitieve functiestoornissen. Maar de neuropsycholoog zette ook meerdere symptoomvaliditeitstests in en daarop faalde het slachtoffer. Volgens de neuropsycholoog was dit een foutpositieve uitkomst, die veroorzaakt werd door de cognitieve functiestoornissen. De rechtbank was het daar niet mee eens en legde de vinger op de zere plek: het terzijde schuiven van alarmerende uitslagen op symptoomvaliditeitstests, die normaliter meebrengen dat de overige testresultaten niet betrouwbaar zijn, noemde de rechtbank enigszins eufemistisch 'een in het oog springende eigenaardigheid'.³⁰

8. De stand van zaken in de rechtszaal

Symptoomvaliditeitstests hebben al met al een behoorlijke staat van dienst. Als de symptomen van een eiser of verdachte in rechte ter discussie staan, verwacht je daarom dat symptoomvaliditeitstests een prominente plaats krijgen in de bewijsoverwegingen. Is dat ook zo? We voerden met de steekwoorden 'veinzen', 'simuleren', 'malingeren' en 'aggraveren' een zoektocht uit in *rechtspraak.nl* en selecteerden steeds de tien meest recente uitspraken per steekwoord. Na de verwijdering van doublures en zaken waarin deskundigen geen rol speelden, hielden we 36 uitspraken over. Die inspecteerden we op de mate waarin symptoomvaliditeitstests überhaupt voorkwamen in – voor het gemak gezegd – de bewijsoverwegingen. Als ze dat wel doen, duidt dat erop dat de deskundige symptoomvaliditeitstests niet alleen bij zijn onderzoek heeft ingezet, maar hun uitkomsten ook voldoende duidelijk in beeld heeft gebracht. Tabel 1 op de volgende pagina vat de resultaten samen. Ze geven

aanleiding tot een vijftal opmerkingen. Ten eerste, de vraag of symptomen geveinsd zijn doet zich in elk van de drie rechtsgebieden in vergelijkbare mate voor. Ten tweede, de aard van de symptomen die ter discussie staan verschilt wel per rechtsgebied. Zo is amnesie typisch voor het strafrechtelijk domein. Het gaat dan om verdachten die beweren zich niets van het delict te herinneren. Een omstreden beroep op een invaliderende angststoornis zoals een posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt vaker gezien in het bestuursrecht, bijvoorbeeld in zaken waarin vluchtelingen hun uitzetting willen voorkomen op basis van een medische noodsituatie. Omstreden whiplashklachten zijn typisch voor civielrechtelijke letselschadezaken.

Ten derde, in 22 van de 36 zaken (61%) duikt een verwijzing naar een symptoomvaliditeitstest op. Dat wijst erop dat deze tests een zekere positie hebben verworven. Maar de omgang met de uitkomsten van zulke tests is soms warrig. Een voorbeeld biedt de zaak van de eiseres die een ongeval meemaakte op haar werkplek. Daaraan hield betrokkene naar eigen zeggen 'diffuse en globale stoornissen in het mentale functioneren' over, die zo ernstig waren dat zij – nog steeds volgens eigen zeggen – niet meer tot loonvormende arbeid in staat was. Een neuropsycholoog vond dat de vrouw faalde op een PVT en dat haar prestaties op allerlei cognitieve tests 'te slecht waren om waar te zijn'. Een getuige-deskundige psychiater oordeelde dat hier wellicht sprake was van 'onbewuste aggraviatie'. De kantonrechter maakte daarvan dat eiser 'lijdt aan aggraviatie'. In een daaropvolgende zitting herzag de psychiater zijn diagnose: de 'onbewuste aggraviatie' was de uiting van een conversiestoornis, die verklaarde waarom eiser faalde op de symptoomvaliditeitstest. De kantonrechter had sympathie voor dit voortschrijdend inzicht.³¹ Hierboven hebben we uitgelegd waarom het berust op een slecht begrip van wat tests doen.

Ten vierde, in een aantal zaken baseerden deskundigen en/of procespartijen zich op andere onderzoeksmiddelen dan symptoomvaliditeitstests om te beoordelen of in het geding zijnde symptomen reëel waren. Daarbij moet gedacht worden aan *desk research*, waarbij gekeken wordt of de wijze waarop een eiser zich op de sociale media manifesteert wel in overeenstemming is met de symptomen waaronder eiser beweert gebukt te gaan. Of aan observatieonderzoek, waarbij de gangen van een eiser worden nagegaan om zo te bezien of diens gedrag spoort met de gepresenteerde symptomen. Niet zelden rijst de vraag of aldus verkregen informatie rechtmatig is dan wel een schending inhoudt van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek.³² Dit type onderzoek is bewijsrechtelijk minder problematisch als tevens blijkt dat een eiser faalt op symptoomvaliditeitstests, want dan wordt immers voldaan aan de eis dat er redelijk vermoeden van veinzen moet bestaan.³³

Ten slotte valt op dat rechters de betekenis van een normale prestatie op symptoomvaliditeitstests doorgaans goed onderkennen. Symptoomvaliditeitstests zijn ideo-

30. Rb. Rotterdam 6 juli 2016, zaaknummer C/1 0/482088 / HA ZA 15-825, *Personenschade Updates* PS-2016-0424 (ook online te vinden op de website van LSA *Letselschade magazine* door te googelen op 'Rb Rotterdam 060716 rapportage neuropsycholoog onvoldoende onderbouwd').

31. Rb. Midden-Nederland 5 juni 2019, ECLI:NL:RBMNE:2019:2483.

32. Zie voor een voorbeeld: Rb. Noord-Nederland 14 juni 2017, ECLI:NL:RBNNE:2017:2211.

33. Zie voor een excellent voorbeeld: Rb. Limburg 30 november 2016, ECLI:NL:RBLIM:2016:10506.

logisch neutraal. Als iemand erop faalt, is dat grond om er serieus rekening mee te houden dat betrokkene symptomen veinst. Maar als een eiser of verdachte ze zonder problemen passeert, pleit dat voor de aanname dat hij zijn klachten op een eerlijke manier presenteert.³⁴ In technische zin spreken we hier over de negatief voorspellende waarde van een test. Ons punt is dat niet alleen afwijkende, maar ook normale scores op symptoomvaliditeitstests het verdienen om te worden verdisconteerd in het oordeel van deskundigen en uiteindelijk dat van de rechter.³⁵

9. Tuchtzaken

We keken vervolgens naar de tien meest recente uitspraken van tuchtcolleges die zich bogen over zaken waarin klagers een arts of psycholoog het verwijt maakten hen ten onrechte van veinzen, malingeren of simuleren te hebben beticht. De indruk die we aan het lezen van deze uitspraken hebben overgehouden is tweeledig. Om te beginnen dat bij slechts twee van de tien zaken symptoomvaliditeitstests waren ingezet. En vervolgens dat de tuchtcolleges dan bepaald kritisch waren als deskundigen voor hun oordeel enkel op klinische observaties waren afgegaan. Typerend is de zaak van de vrouw die vanwege een arbeidsongeval aan chronische pijnklachten beweerde te lijden, waarna een letselschaderegeling met de werkgever werd getroffen.³⁶ In dat kader zag een neuroloog, later verweerder, de patiënt.³⁷ Op grond van functieonderzoek naar spierkracht kwam de neuroloog – niet in zijn rapportage, maar in een flankerende brief – tot de conclusie dat er sprake was van ‘malingering’. Daarover diende de patiënt een klacht in die gegrond werd verklaard omdat ‘verweerder wel moest begrijpen dat de term “malingering” jegens klaagster een forse en beladen aantijging is en dat het verweerder aan te rekenen is dat hij ondanks het ontbreken van een deugdelijke onderbouwing daaraan vast is blijven houden.’

In die gevallen waarin deskundigen hun oordeel wel stoelden op de uitkomsten van symptoomvaliditeitstests achtten de tuchtcolleges dat oordeel gefundeerd. Illustratief is de zaak van een klager die vanwege vermoeidheidsklachten door de bedrijfsarts naar een psycholoog werd verwezen voor nader onderzoek. De psycholoog, later verweerder, nam een tweetal symptoomvaliditeitstests af, waarop de klager faalde. Daarin zag de verweerder een aanwijzing voor veinzen, een conclusie, zo meende het tuchtcollege, die deugdelijk geobjectiveerd is. De klacht werd uiteindelijk ongegrond verklaard.³⁸

Tabel 1. Samenvatting van de 36 recente uitspraken waarin de vraag aan de orde kwam of er sprake was van geveinsde symptomen. Aantal uitspraken waarin symptoomvaliditeitstests werden genoemd staat tussen haakjes vermeld.

Symptoom	Strafrecht	Civiel recht	Bestuursrecht	Totaal
Amnesie	8 (6)			8 (6)
Psychose	3 (1)		4 (2)	7 (3)
Post-whiplashsyndroom		5 (2)		5 (2)
Angststoornissen incl. PTSS			4 (2)	4 (2)
Depressie			3 (3)	3 (3)
Conversie incl. chronische pijn		3 (1)		3 (1)
Cognitieve functiestoornis		2 (2)	1 (1)	3 (3)
Burn-out incl. chronische vermoeidheid			2 (2)	2 (2)
Persoonlijkheidsstoornis	1			1 (0)
Totaal	12 (7)	10 (5)	14 (10)	36 (22)

10. Jurisprudentie

Sinds de zaak van Henderson tegen Gibbs/Nederlandse Antillen (1985) heeft de jurisprudentie een stap voorwaarts gemaakt. Leek de Hoge Raad destijds nog te geloven in het oxymoron dat geveinsde klachten toch ook authentiek kunnen zijn, aldus voor compensatie in aanmerking komend, thans legt hij de lat hoger. Althans in civiele aansprakelijkheidskwesties. In *Zwolsche Algemene/De Greef*, een zaak die handelde over whiplashklachten na een ongeval, bepaalde de Hoge Raad dat het bewijs van een causaal verband tussen de klachten en het ongeval ook kan worden aangenomen als voor die klachten een specifieke, medisch aantoonbare verklaring ontbreekt. Maar, zo voegde de Hoge Raad eraan toe, dan moet wel objectief kunnen worden vastgesteld dat de gerapporteerde klachten reëel, niet voorgewend, niet

34. Zie voor een voorbeeld: Hof 's-Hertogenbosch 9 augustus 2016, ECLI:NL:GHSHE:2016:3619.

35. H. Merckelbach e.a., 'Op een symptoomvaliditeitstest presteert de patiënt normaal. Wat nu?', *Tijdschrift voor Neuropsychologie* 2016, 11, p. 264-273.

36. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven 12 december 2019, ECLI:NL:TGZREIN:2019:80.

37. Over dit kader zegt de beslissing het volgende: 'Klaagster en de werkgever zijn een zogenaamde letselschaderegeling begonnen waarbij het genezingsproces van klaagster werd gevolgd en waarbij van tijd tot tijd aanvullende medische informatie aan de aansprakelijkheidsassuradeur werd verstrekt ten behoeve van diens medisch adviseur.'

38. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 1 november 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2016:61 en (in beroep), Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 18 mei 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:154.

ingebeeld en niet overdreven zijn.³⁹ Daarin kan een aanmoediging worden gelezen om symptoomvaliditeitstests in te zetten.

In daaropvolgende jurisprudentie hebben sommige gerechten de lat toch weer lager gelegd. Een dieptepunt is de (tussen)uitspraak van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden⁴⁰ in een zaak waarin een restauranthouder beweerde invaliderende klachten aan een ongeval te hebben overgehouden. Het hof: 'Wanneer kan worden vastgesteld dat het klachtenpatroon plausibel is, wat doorgaans het geval zal zijn bij een consistent, consequent en samenhangend patroon van klachten, kan van het bestaan van klachten – overigens ook als het niet of moeilijk objectieveerbare klachten betreft – worden uitgegaan. Daarbij geldt bovendien dat het enkele feit dat sprake is van (enige) aggraviatie nog niet betekent dat de klachten niet in aanmerking kunnen worden genomen. Relevant is wat het karakter (opzettelijk of onbewust, ingegeven door psychische factoren of niet) en de omvang is van de aggraviatie.'

Deze uitspraak geeft blijk van conceptuele mistigheid. Niet alleen zet het hof de deur open voor gedateerde en niet te toetsen noties over 'onbewuste aggraviatie', maar het miskent ook het wezenskenmerk van geveinsde symptomen. Dat is de hyperbolische presentatie van symptomen, ofwel de consistente, consequente en samenhangende overdrijving van symptomen en beperkingen.⁴¹ Het hof heeft zich kennelijk niet afgevraagd hoe de natuurlijke dynamiek van reële symptomen eruitziet. Het antwoord op die niet gestelde vraag kennen we wel en is te vinden in de publicaties van wetenschappers die gebruikmaken van netwerkanalyses en *Experience Sampling*.⁴² Het beeld dat daaruit oprijst is dat reële symptomen, anders dan geveinsde symptomen, fluctueren over de tijd.

11. Conclusie

De Harvard-jurist Frederick Lipman publiceerde in 1962 een beschouwend artikel over geveinsde symptomen – door hem *malingering* genoemd – in de rechtszaal. Hij besloot dat met deze verzuchting: '*If there is one significant theme weaving itself through the entire field, it is the ignorance that pervades it. We do not know how frequent malingering is. We do not know what causes malingering. We are not sure of the differential diagnosis of malingering and neurosis*'.⁴³ We zijn meer dan een halve eeuw verder en kennen inmiddels de antwoorden op Lipmans vragen. Die heeft u hierboven gelezen. Ja, er is vooruitgang geboekt; de ignorantie is voor een deel verdwenen, maar zeker niet overal.

39. HR 8 juni 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2054, NJ 2001/433; zie ook F. Elemans, 'Objectief vaststellen of postwhiplashklachten reëel, niet voorgewend, niet ingebeeld, en niet overdreven zijn', *E&R* 2019, afl. 6, p. 236-242.

40. Hof Arnhem-Leeuwarden 20 februari 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:1661, r.o. 7.13.

41. I. Boskovic e.a., 'Consistency does not aid detection of feigned symptoms, overreporting does: Two explorative studies on symptom stability among truth tellers and feigners', *Applied Neuropsychology: Adult* 2021, in druk.

42. D. Borsboom & A.O. Cramer, 'Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology', *Annual Review of Clinical Psychology* 2013, 9, p. 91-121. I. Myin-Germeyns e.a., 'Experience sampling research in psychopathology: opening the black box of daily life', *Psychological Medicine* 2009, 39, p. 1533-1547.

43. F.D. Lipman, 'Malingering in personal injury cases', *Temple Law Quarterly* 1962, 35, p. 141-162 (citaat ontleend aan p. 162).