

Simuleren en Coachen

Prof.dr. H.L.G.J. Merckelbach en dr. M. Jelicic*

Het klinkt Amerikaans, maar schijnt inmiddels ook in ons land voet aan de grond te krijgen: bureaus die hun cliënten trainen in hoe zij symptomen zo kunnen etaleren dat hun verzekerings- of uitkeringsclaims worden gehonoreerd. Deze praktijk staat in de literatuur te boek als coachen. Het gevaar ervan is dat het simulanten onzichtbaar maakt. Deze bijdrage gaat over simulerende patiënten, in welke mate coaching hen onzichtbaar maakt en wat daar aan te doen valt.

Simulerende patiënten

Simulerende patiënten zijn beschreven bij zulke uiteenlopende aandoeningen als fibromyalgie, chronische vermoeidheid, toxische encephalopathie, whiplash klachten, posttraumatische stress stoornis en dissociatieve beelden. In de laatste jaren is het aantal artikelen over simulerende patiënten spectaculair toegenomen. Themanummers over het onderwerp van tijdschriften als *Behavioral Sciences and the Law* (2006), *International Journal of Forensic Psychology* (2006), *Journal of Personality Assessment* (2007) en *Praxis der Rechtspsychologie* (2007) zijn wat dat betreft veelbetekenend. Deze belangstelling heeft een aantal oorzaken.

Om te beginnen is iedereen het er inmiddels over eens dat, als artsen en psychologen het alleen moeten hebben van hun timmermansoog, zij simulerende patiënten tenminste 8 van de 10 keer over het hoofd zien (Rosen & Phillips, 2004). Zoals een auteur schrijft: "A good poker player probably knows better than a mental health professional whether or not a person is lying. A psychiatrist is a doctor, not a lie detector" (Raifman, 1983; p. 115). Artsen en psychologen zijn vanwege hun opleiding begrijpelijkerwijze behept met een *truth bias* (Richman et al., 2006). Die leidt ertoe dat zij gesimuleerde symptomen voor authentieke klachten aanzien. Dat zou geen probleem zijn als simulerende patiënten een zeldzaamheid waren. Maar - en dat is een andere reden voor de belangstelling waarin het onderwerp zich mag verheugen - prevalentiestudies laten één ding duidelijk zien: de oudere opvatting dat patiënten zelden symptomen veinzen, valt onmogelijk vol te houden. Zo schatten

Amerikaanse auteurs als Mittenberg en collega's (2002) het percentage simulanten op 30% bij verzekerings-technische verwijzingen voor neuropsychologisch onderzoek. Voor de categorie van strafrechtelijke verwijzingen komen Mittenberg en medewerkers tot een beargumenteerde schatting van 20%. Dat zulke cijfers zijn verbonden met de Amerikaanse rechts-cultuur en daarom niet onverkort op Europese verhoudingen van toepassing verklaard kunnen worden is een terechte kanttekening. Maar ook Europese auteurs rapporteren dat het simuleren van symptomen - althans bij bepaalde ziektebeelden en binnen een afgebakende context - geen triviaal fenomeen is. De Duitse studie van Merten en collega's (2006) richtte zich op patiënten die vanwege pijnklachten (en met bijvoorbeeld een diagnose van fibromyalgie) in aanmerking wensten te komen voor een uitkering. Deze studie schatte het percentage simulanten op 40%. De Nederlandse studie van Schmand en medewerkers (1998) onderzocht de integriteit van symptomen bij patiënten met whiplashklachten. De auteurs schatten het percentage simulanten in deze groep op rond de 60%, althans als de patiënten om verzekeringstechnische redenen waren verwezen. In meer recent onderzoek vonden Van Hout en collega's (2006) in hun groep van patiënten met klachten bij toxische encephalopathie dat 27% van hen ronduit suspect presteerde. Een derde oorzaak van de toegenomen belangstelling voor simulanten heeft te maken met wetgeving. Zowel in het Anglo-Saksische als in het continentale recht zijn allerlei voorbeelden aan te treffen van nieuwe regelgeving die erop is gericht de positie van slachtoffers en patiënten te versterken. Het gaat dan om de aansprakelijkheid van werkgevers voor beroepsziekten en arbeidsongevallen, het recht van slachtoffers om zich als belanghebbende partij te voegen in het strafproces, maar ook om het recht van patiënten op een kopie van hun medisch dossier (dat zij vervolgens aan derde partijen ter beschikking kunnen stellen; zie daarover Van Egmond, 2005). Alhoewel moeilijk met precieze cijfers te onderbouwen (maar zie Van Egmond, 2005), is er reden om te vermoeden dat een aanzienlijk percentage patiënten nog andere belangen heeft dan alleen maar beter worden: dergelijke belangen kunnen te maken hebben met verzekeringsuitkeringen, verblijfsvergunningen en schadevergoedingen. Behandelaars realiseren zich vaak niet dat hun patiënten er zo'n soort agenda op nahouden. Dat is een ideaal decor voor het veinzen van symptomen en tekortkomingen.

* Prof.dr. H.L.G.J. Merckelbach en dr. M. Jelicic, Capaciteitsgroep Experimentele Klinische Psychologie, Faculteit der Psychologie, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: H.Merckelbach@psychology.unimaas.nl resp. M.Jelicic@psychology.unimaas.nl

Tests

Een vierde factor die bijdraagt aan de interesse voor het onderwerp is dat de diagnostische mogelijkheden om simulanten op te sporen zijn toegenomen. In de afgelopen jaren zijn er op enige schaal tests ontwikkeld waarmee – in elk geval in het psychologisch laboratorium – diegenen die psychiatrische symptomen en cognitieve defecten veinzen, effectief kunnen worden gedetecteerd. Vaak gaat het om Amerikaanse instrumenten, waarvan voor een deel ook Nederlandse versies bestaan (zie bijvoorbeeld: Geraerts et al., 2007; Merckelbach & Smith, 2003). De essentie van deze tests is dat ze antwoordstrategieën peilen die typisch zijn voor simulanten: anders dan bonafide patiënten zullen simulanten vaker zeggen last te hebben van *zeldzame of non-existente symptomen en onwaarschijnlijke combinaties* van symptomen. Ook zullen ze op nogal aselechte wijze de meest uiteenlopende symptomen rapporteren. Daarbij proberen simulanten de indruk te vestigen dat hun symptomen bijzonder *ernstig* zijn, zo ernstig dat ze slechter dan echte patiënten en soms zelfs *ander kansniveau* presteren (Conroy & Kwartner, 2006; Rogers & Payne, 2006).

Diverse overzichtsartikelen hebben inmiddels de diagnostische kwaliteit van de voorhanden zijnde simulatietests onder de loep genomen (zie voor voorbeelden: Berry et al., 2006; Blaskewitz & Merten, 2007). Een belangrijk uitgangspunt in veel van deze overzichtsartikelen is dat simulatietests op de eerste plaats veilig behoren te zijn (Greve & Blanchini, 2004). Dat wil zeggen: ze moeten primair voorkomen dat een bonafide patiënt als simulant wordt afgeschilderd. Nog weer anders gezegd: de kans op *vals-positieve fouten* moet zo gering mogelijk zijn en de specificiteit van de test – het percentage bonafide patiënten dat als zodanig wordt geïdentificeerd – moet daarom bij voorkeur de 100% benaderen. Van secundair belang is de sensitiviteit van de simulatietest. Het gaat dan om de kans op *vals-negatieve fouten* – simulanten die voor bonafide patiënten worden gehouden – en de inverse daarvan, namelijk het percentage simulanten dat door de test wordt ontmaskerd. Ook al is de kans op vals-negatieven aanzienlijk en dus de sensitiviteit aan de magere kant – zeg 70% – dan nog kan een simulatietest een waardevolle toevoeging aan het diagnostisch instrumentarium zijn¹. Zo'n percentage van 70% krijgt immers pas reliëf als het wordt afgezet tegen wat er gebeurt als men *geen* simulatietest inzet. Vanwege de eerder genoemde *truth bias* zal dan het percentage

opgespoorde simulanten tussen de 0 (Hickling et al., 2002) en 20% (Rosen & Phillips, 2004) variëren.

Ook in Nederland bestaan er simulatietests die een bijna perfecte specificiteit (>95%) koppelen aan een redelijke sensitiviteit (>70%). Twee evidente voorbeelden zijn de *Amsterdamse Korte Termijn Geheugentest* (AKTG; Schmand & Lindeboom, 2004) en de Nederlandse versie van de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Merckelbach & Smith, 2003). De AKTG is een geheugentaak die gevoelig blijkt voor de neiging van simulanten om overdreven slecht te presteren op simpele geheugentaken. De SIMS is een zelfrapportage maat die de simulanten detecteert op grond van hun voorliefde voor non-existente, zeldzame of bizarre symptomen.

Coaching

Mensen kunnen verschillende wegen bewandelen om zich voor te bereiden op een expertisearchief waarin moet worden vastgesteld of zij in aanmerking komen voor een uitkering. Een simpele manier is om het internet af te speuren naar tests. Er zijn nogal wat sites over simulatietests te vinden en soms beschrijven ze de tests tot op het niveau van afkappunten waarboven of waaronder men moet presteren om als bonafide patiënt te worden aangemerkt (Bauer & McCaffrey, 2006)².

Een grondiger voorbereiding is aan de orde indien een gespecialiseerde advocaat – al dan niet in samenwerking met een expert – de cliënt traint in hoe deze simulatietests moet invullen opdat zijn of haar klachten authentiek overkomen. Enquêtes onder Amerikaanse letselschadeadvocaten suggereren dat een ruime meerderheid van hen cliënten – met bijvoorbeeld whiplashklachten – voorbereidt op expertisearchief (Essig et al., 2001). Vaak neemt zo'n voorbereiding al snel een uur in beslag, waarin de cliënt wordt bijgepraat over symptomen (van bijvoorbeeld mild traumatisch hersenletsel) en simulatietests³. Er bestaat hilarische casuïstiek over dit type *attorney coaching*. Zo beschrijft Rosen (1995) hoe de slachtoffers van een scheepvaartongeval nog nauwelijks een voet aan wal hadden gezet of ze werden door letselschadeadvocaten al ingewijd in de fitnesses van de posttraumatische stress stoornis. Youngjohn (1995) bespreekt het geval van een werknemer die beweerde een traumatisch hersenletsel te hebben overgehouden aan een futiel bedrijfsongeval. De man wenste zodoende in aanmerking te

¹ Dit punt valt ook psychometrisch nader te onderbouwen. Bij een simulatietest met een specificiteit van 1.0 (100%) en een sensitiviteit van 0.31 (31%) is de positieve predictive power altijd 100%. Dat wil zeggen: wie boven het afkappunt op de test scoort, is een simulant (zie Greve et al., 2004).

² Het is met name de zogenaamde Test of Memory Malingered (TOMM; Tombaugh, 1996), die op internet sites gedetailleerd wordt beschreven. Om die reden valt te betwijfelen of het instrument nog wel langer bruikbaar is.

³ Waarbij vooral de validiteitsschalen van de MMPI-2 (Hathaway & McKinley, 1989) een populair onderwerp van coaching zijn.

komen voor een uitkering. Tijdens het neuropsychologische expertisearchief werd een simulatietest ingezet. Daarbij versprak de werknemer zich door trots te melden dat hij een artikel had gelezen over de principes achter de test. Later gaf zijn advocaat toe dat hij de werknemer had voorzien van deze informatie. Het verschijnsel duikt ook op in de romanliteratuur. In *Strip-Tense* van Carl Hiassen (1993) claimt de hoofdpersoon een posttraumatische stress stoornis die hij zou hebben opgelopen bij het ontdekken van een kakkerlak in zijn yoghurt. De letselschadeadvocaat, die hij in de armen neemt, adviseert hem zo snel mogelijk een dokter op te zoeken: "as soon as possible and as often as possible. It's important to document your pain and suffering. It will help determine the final damages", waarna een nog specifiekere instructie volgt. Het lijkt op de tips die een Nederlandse letselschadeadvocaat op zijn website aan toekomstige cliënten geeft: "als u klachten heeft, gaat u dan direct naar uw huisarts. Denk niet te snel 'het gaat wel over'. Dit kan later veel onprettige discussies opleveren. Vooral als het gaat om niet of nauwelijks objectiveerbare klachten (...) Bij bijvoorbeeld het whiplashsyndroom bestaat een door aansprakelijkheidsverzekeraars veel aangehangen richtlijn dat de kenmerkende klachten zoals hoofdpijn en nekpijn direct na het ongeval aanwezig moeten zijn geweest."

We weten niet op welke schaal coaching in ons land voorkomt. Dat het voorkomt, staat wel vast. Nog niet zo lang geleden kondigde een Utrechts bureau in een huis-aan-huis blad trainingen aan waarin mensen konden leren hoe zij symptomen zo kunnen etaleren dat hun verzekerings- of uitkeringsclaims worden gehonoreerd.

Effect van coaching

Als coaching de diagnostische scherpte van simulatietests aantast, dan is dat maar in één richting. Coaching zal het aantal vals-positieve fouten (bonafide patiënten die voor simulanten worden gehouden) niet doen toenemen, maar het aantal vals-negatieve fouten (simulanten die voor eerlijke patiënten worden aangezien) potentieel wél. Anders gezegd: coaching kan de sensitiviteit van simulatietests ondermijnen. Er is het nodige onderzoek gedaan naar de omvang van dat effect (zie voor een overzicht Blaskewitz et al., 2007). Daarbij is het volgende komen vast te staan. Als simulanten van tevoren enkel zijn geïnstrueerd over welke symptomen bij het te veinzen ziektebeeld horen, dan zijn de gebruikelijke simulatietests meestal nog steeds redelijk succesvol in het opsporen van simulanten; zij weten dan hun redelijk hoge sensitiviteit te handhaven (Rose et al., 1998). Anders wordt het als simulanten intensief worden gecoacht, dat wil zeggen als zij worden gewaarschuwd voor simulatietests en bijgepraat over de principes daarachter. In dat geval keldert de sensitiviteit van veel simulatietests al snel met enkele tientallen

procenten, vaak tot onder de 30% (Gunstad & Suhr, 2001). Indien echter aldus gecoachte simulanten zich geconfronteerd zien met niet één enkele, maar meerdere simulatietests, dan blijken ze het weer moeilijk te vinden op al die tests geloofwaardig over te komen (Gorny & Merten, 2005).

In eigen onderzoek (Jelicic et al., 2006) gingen we na in welke mate coaching de sensitiviteit van de Nederlandse SIMS aantast. De SIMS (Merckelbach & Smith, 2003) is, zoals gezegd, een zelfrapportage instrument dat jacht maakt op non-existente of bizarre symptomen. In onze studies werkten we met verschillende groepen simulanten, allen studenten die zich moesten inleven in de rol van een verdachte die psychotische symptomen veinst. Naïeve simulanten werd alleen gevraagd om zulke symptomen te veinzen. Gecoachte simulanten kregen informatie over geloofwaardige symptomen, maar bovendien werden ze gewaarschuwd dat ze aan simulatietests zouden worden onderworpen. Uiteindelijk kregen zowel de naïeve als de gecoachte simulanten de SIMS. Zoals tabel 1 laat zien, was het percentage vals-negatieven in de gecoachte groep bijna drie maal zo hoog als dat in de naïeve groep.

In een tweede studie (Jelicic et al., 2007) keken we naar het effect van coaching op de SIMS en de *Ansterdamse Korte Termijn Geheugentest* (AKTG; Schmand & Lindeboom, 2004). Anders dan de SIMS, is de AKTG een echte (geheugen)prestatietoets. Dit keer moesten simulanten – studenten – zich inleven in de rol van een verkeersslachtoffer dat een traumatisch hersenletsel veinst. Opnieuw werkten we met groepen van naïeve en gecoachte simulanten. Beide groepen kregen de SIMS en de AKTG voorgeschoteld. Bij de AKTG vonden we dat coaching wederom tot een verdrievoudiging van het aantal vals-negatieve fouten leidt. Dit keer bleek echter de SIMS beter bestand tegen coaching: het niveau van vals-negatieve fouten bleef hier op 10% steken. Dat laatste heeft waarschijnlijk met het volgende te maken. Ofschoon de SIMS een breed scala aan symptomen peilt, zijn de quasipsychotische symptomen er aanmerkelijk beter in vertegenwoordigd dan klachten die te maken hebben met mild hersenletsel. Coaching gericht op psychotische symptomen tast daarom de diagnostische slagvaardigheid van de SIMS vermoedelijk meer aan dan coaching gericht op mild hersenletsel.

Maten	Naïeve simulanten	Gecoachte simulanten
Studie 1 SIMS	7%	20%
Studie 2 SIMS	10%	10%
AKTG	10%	30%

Tabel 1 Percentage vals-negatieven (simulanten die als eerlijk worden geïdentificeerd) en het effect van coaching daarop in studie 1 (simuleren van psychose) en studie 2 (simuleren van hersenletsel).

Wat te doen?

Coaching, zo laat ook ons onderzoek zien, heeft een ondermijnend effect op de sensitiviteit van simulatietests: het percentage simulanten, dat men voor bonafide patiënten gaat houden (vals-negatieven), kan er gemakkelijk door verdrievoudigen. Gegeven de hoge sensitiviteit van de SIMS en de AKTG, is het effect echter nooit zo drastisch dat coaching deze tests totaal corrupteert. Bovendien: de precieze omvang van het ondermijnende effect dat coaching sorteert, is afhankelijk van het type test in combinatie met het type symptoom waarop de coaching is gericht. De SIMS is redelijk goed bestand tegen het coachen van whiplashachtige klachten, maar laat wel meer vals-negatieve steken vallen als psychotische symptomen worden gecoacht. Het zou ons niet verwonderen als voor de AKTG precies het omgekeerde geldt. De moraal van het verhaal is daarom dat het aanbeveling verdient om meerdere simulatietests in te zetten en dan bij voorkeur simulatietests die een hoge sensitiviteit als uitgangspunt hebben. De SIMS en de AKTG vormen wat dat betreft een ideale combinatie, ook al omdat ze qua formaat en qua achterliggende strategie zeer verschillen. Zo'n combinatie heet in jargon de *multi-strategy multi-method benadering* (Rogers & Payne, 2006). Die benadering komt erop neer dat de diagnosticus verschillende detectiestrategieën gebruikt. Deze detectiestrategieën kunnen de vorm aannemen van een zelfrapportage vragenlijst (SIMS) of van een cognitieve taak (AKTG) en het is dus verstandig om beide typen instrument te combineren in één testbatterij (Parkas et al., 2006). Dat stelt overigens wel weer vaktechnische eisen aan de diagnosticus: in onze ogen is dit typisch het domein van de (neuro)psychooloog.

Wat kan er nog meer worden gedaan om de ondermijnende effecten van coaching tegen te gaan? Men zou natuurlijk de cliënt of patiënt in alle openheid kunnen vragen hoe hij of zij zich heeft voorbereid op het expertisearchief. Zoals de casus van Youngjohn (1995) bewijst doen mensen daar lang niet altijd obscuur over. Een ander punt is dat coaching (ook) gericht is op namen van tests (SIMS; AKTG; TOMM; MMPI-2) en een eenvoudige maatregel is derhalve om zulke namen te verwijderen van het testmateriaal.

Voor de lange termijn zijn er óók maatregelen te specificeren. Zo is het beter om over tests als de SIMS en de AKTG geen via Internet toegankelijke detailinformatie te publiceren. En ook: indien coaching plaatsvindt door psychologen of artsen en aantoonbaar is dat zij door hun activiteiten de validiteit van tests

ondermijnen, valt tuchtrechtelijke actie te overwegen. De ethische code die door het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) wordt gebezigd kent bijvoorbeeld de volgende bepaling: "de psycholoog onthoudt zich van gedragingen waarvan hij weet of redelijkerwijze kan voorzien dat zij het vertrouwen in de wetenschap der psychologie, de psychologiebeoefening of van collega's kunnen schaden" (Soudijn, 2004; p. 196). Coaches ondermijnen het vertrouwen in de psychodiagnostiek en schenden derhalve deze bepaling, wat een aanknopingspunt biedt voor tuchtrechtelijke actie tegen hen.

De beste waarborgen tegen coaching biedt meer wetenschappelijk onderzoek naar simulerende patiënten en hoe zij te detecteren zijn. Te denken valt aan het ontwikkelen van testparameters die dermate technisch zijn dat zelfs intensief gecoachte simulanten nauwelijks in staat mogen worden geacht deze effectief te manipuleren. Een goed voorbeeld is het zogenaamde *primacy* effect. Wie een lijst met woorden krijgt voorgelezen en die dan vervolgens moet reproduceren, zal eerder en vaker de eerste woorden van de lijst noemen. Dat is het *primacy* effect. Normale proefpersonen vertonen zo'n *primacy* effect, maar ook patiënten met serieuze neurologische aandoeningen. Simulanten vertonen zo'n *primacy* effect veel minder, zelfs als ze zijn gecoacht (Suhr, 2002). Dat heeft te maken met het calibratieprobleem waarvoor simulanten zich gesteld zien: wanneer was de positie van een woord op de lijst zodanig dat men rapportage van het woord op overtuigende wijze achterwege kan laten? Deze vraag is voor gecoachte simulanten te moeilijk en dat biedt mogelijkheden voor het ontwikkelen van zeer robuuste simulatieparameters. Iets vergelijkbaars geldt voor de latentie van antwoorden op simulatietaken. Simulanten zijn waarschijnlijk aanmerkelijk trager met antwoorden dan bonafide patiënten omdat simulanten getrapte beslissingen moeten nemen over hun antwoorden: eerst moeten zij het goede antwoord identificeren, om vervolgens te besluiten of ze een fout antwoord gaan fabriceren. Een getrapte beslissing vereist echter tijd en daarom presteren simulanten trager (Bolan et al., 2002). Tegelijkertijd speelt zich dit af op een schaal van seconden, wat het effect in principe ongevoelig maakt voor coaching. Nader onderzoek naar dit soort veelbelovende testparameters is daarom dringend gewenst.

Onderzoek is ook nodig naar coaching-praktijken. Welke tests worden er door wie gecoacht? En voor welk type symptoom? Mocht u als lezer daar mooie Nederlandse voorbeelden van kennen, dan houden wij ons aanbevelen.

Literatuur

- Bauer, L. & McCaffrey, R.J. (2006). Coverage of the test of memory malingering, Victoria Symptom Validity Test, and Word Memory test on the Internet: Is test security threatened? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 121-126.
- Berry, D.T.R., Baer, R.A., Rinaldo, J.C. & Wetter, M.W. (2006). Assessment of malingering. In J. Butcher (ed.). *Clinical personality assessment: Practical approaches*; 2nd ed. (pp. 212-245). New York: Oxford University Press.