

**Simulanten
ontmaskeren of patiënt
beter begrijpen?**

Inzet van symptoom- validiteitstesten

Fons Elemans,
Ernst Ameling

Bij claimbeoordelingen in het kader van de sociale verzekering kunnen bedrijfs- en verzekeringsartsen geconfronteerd worden met uitkomsten van symptoomvaliditeitstesten (SVT-en) die wijzen op simuleren van de geclaimde klachten en beperkingen in het functioneren. Een goed begrip van de mogelijkheden en beperkingen van deze instrumenten is belangrijk, omdat overdrijven van klachten en onderpresteren kunnen voortkomen uit een (onbewust) intrapsychisch proces in plaats van vanuit simuleren.

Na een algemene introductie over SVT-en, illustreren de auteurs de bovenstaande situatie in dit artikel aan de hand van een praktijkvoorbeeld van een persoon met een borderline persoonlijkheidsorganisatie. SVT-en kunnen we onderverdelen in twee

categorieën.¹ De eerste betreft tests die de overrapportage van klachten meten. Dit gebeurt met vragenlijsten die speciaal voor dit doel zijn ontworpen. De tweede categorie betreft cognitieve taken (opdrachten die de onderzochte moet doen) die de inzet van de onderzochte meten, ook wel *effort tests* of *performance validity tests* genoemd (PVT's). Zo kan bij neuro-psychologisch onderzoek met de inzet

van SVT-en worden beoordeeld of de score op de verschillende testen een goede weergave is van de werkelijk capaciteit van het brein.²

Bij psychiatrisch expertiseonderzoek kan zo beoordeeld worden of de geclaimde klachten voorgewend en/of overdreven worden. Hoewel dit buiten het bestek van deze publicatie valt, benadrukken de auteurs dezes dat validiteitschalen idealiter ook de mogelijkheid zouden moeten hebben om te detecteren of klachten worden gedissimuleerd.³

Met de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) is het mogelijk om zowel simuleren als dissimuleren te detecteren middels de F-K-index, die een plus- en een min-score kan geven (afkappunten -12 en +12). De specificiteit en sensitiviteit van veel SVT- en PVT-en is hoog maar niet 100 procent. De specificiteit en →

► *Fons Elemans is
verzekeringsarts en
gerechtelijk deskundige
info@remedis.nl*

► *Ernst Ameling is
GZ-psycholoog en
gerechtelijk deskundige*

sensitiviteit neemt sterk toe bij het gebruik van twee verschillende SVT-en tijdens het expertise-onderzoek.^{4,5}

De afkappunten van de SVT-en (de score die afwijkende uitslag van niet-afwijkende uitslag onderscheidt) moeten niet worden benaderd als zwart-witbeslissing.⁶ Het is eerder zo dat hoe meer afwijkend wordt gescoord op een SVT, hoe waarschijnlijker het is dat we een niet-valide testprofiel zien. Omgekeerd is de evidentie van scores rond de afkappunten wel aanwezig, maar ook weer niet in beton gegoten. Er wordt verder aan verklarende kracht gewonnen als resultaten worden voorzien van cross-validering. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld een positieve uitslag op een SVT en een PVT samengaat met een of meerdere inconsistentie(s) bij een of meerdere andere onderzoeken van bijvoorbeeld een neuroloog, orthopeed en een verzekeringsarts. Idealiter gaan een degelijke anamnese, collaterale informatie en testonderzoek samen.⁷ Duidelijke afwijkingen bij de cut-offscore dienen met de cliënt nabesproken te worden. De belangrijkste beperking van SVT- en PVT-en is dat ze niet duidelijk kunnen maken waarom er bij een psychologische of psychiatrische evaluatie (mogelijk) iets schort aan symptoom-validiteit. Een psychologisch en psychiatrisch expertiseonderzoek kan zicht geven op eventueel bestaande onderliggende psychodynamiek als oorzaak van positieve SVT-en. Bij een interview in dit blad gaf Laszlo Erdodi in dit verband aan dat SVT-en niet zozeer ingezet zouden moeten worden om een simulant te ontmaskeren, maar om de patiënt beter te begrijpen.⁸ De hiernavolgende casus dient ter illustratie daarvan.

Casus 36-jarige vrouw

Op verzoek van de bedrijfsarts werd een 36-jarige vrouw voor een psychologisch expertiseonderzoek gezien vanwege volledige uitval voor het werk. Ze werkte reeds lange tijd in een gevangenis als penitentiair inrichtingswerker (PIW-er). Haar ziekte-geschiedenis is lang, met veel verzuim. Betrokkene werkte bij verschillende afdelingen van de gevangenis. Zij rapporteert onder meer concentratieproblemen, veel huilen, paniekreacties en angsten. Ook neigt ze ertoe zich geheel af te zonderen. Daarnaast ziet zij

dingen die er niet zijn, zoals zwarte 'dingetjes', en hoort ze soms stemmen. Voorts heeft betrokkene last van 'spontane aanvallen' waarbij zij als het ware verlamd raakt, wegvalt en helemaal stram wordt. Aanvankelijk werd gedacht aan een lichamelijke oorzaak, nu spreekt haar behandelaar van (somatische) dissociaties. De laatste jaren zijn dit soort aanvallen steeds frequenter geworden. Steeds haakte betrokkene af bij pogingen tot re-integratie en ook de behandeling bij de organisatie die gespecialiseerd is in werknemerszorg, draaide op niets uit. De behandelaars aldaar en de reguliere bedrijfsarts van de Dienst Justitiële Instellingen waren ten einde raad door de steeds wisselende opstelling van betrokkene. Zij werd vervolgens verwezen naar een GGZ-instelling. Nadat groepsbehandeling te belastend voor haar bleek, resteerde enkel nog individuele behandeling. In dat kader wordt betrokkene dagelijks bezocht door een medewerker van het crisisteam van de GGZ, waar zij in zorg kwam in verband met suïcidaliteit. Nadat betrokkene de eerdere behandelaars tot wanhoop dreef, dreigt er eenzelfde figuur bij de GGZ.

Eerste indrukken tijdens het onderzoek

Betrokkene is een goed verzorgde vrouw, die jonger oogt dan 36 jaar. Ze is in Turkije geboren, is westers gekleed en maakt een timide indruk. Ze spreekt accentloos Nederlands. Bij het doornemen van het dagverhaal, begint betrokkene over haar hele lichaam te trillen en barst ze in snikken uit. Dit blijft ingehouden en geremd. Een tweede 'aanval' volgt als de onderzoeker over haar jeugd wil gaan spreken. Ditmaal huilt ze en legt ze haar hoofd op het bureau. De onderzoeker onderbreekt het gesprek. Betrokkene vertelt dat ze erg heeft opgezien tegen het onderzoek en wil stoppen. De onderzoeker stopt het gesprek en een vervolgspraak wordt gemaakt. Bij het tweede gesprek schiet betrokkene soms in de lach als de onderzoeker een grapje maakt. Tijdens het tweede gesprek zijn er geen momenten meer waarop het gesprek onderbroken hoeft te worden.

Psychologische functies

Betrokkene maakt een chronische, mild gedepersonaliseerde indruk. Er zijn geen waarneembare derealisatie- en psychotische verschijnselen. Betrokkene meldt zelf wel dergelijke symptomatologie. De stemming is ingehouden en bij vlagen emotioneel, maar betrokkene kan zoals genoemd ook lachen. Het affect is adequaat. Zo blijkt sprake van een timide, angstige vrouw met wisselende stemmingen.

Relaties en privéomstandigheden

Betrokkene werd door haar vader twee keer uitgehuwelijkt. De eerste keer aan een achterneef van moederszijde, toen zij in haar geboortestad op vakantie waren. Hij is nooit naar Nederland gekomen en betrokkene is daar vier weken lang 'geslagen en verkracht'. Toen vader getuige was van een mishandeling, heeft hij haar tot een tweede huwelijk gedwongen. Volgens vader maakte ze de familie te schande, omdat ze eerder getrouwd was en dus geen maagd meer was. Ze werd opnieuw gedwongen naar haar geboortestad af te reizen met haar zusje. In Turkije werden de paspoorten van haar en haar zusje afgepakt door een zus van moeder waar ze logeerden. Uiteindelijk heeft vader de paspoorten weer teruggegeven. Terug in Nederland mocht ze niet zelfstandig in de stad gaan wonen, zo laat ze weten. Door deze verwickelingen moest ze zich veelvuldig ziekmelden op het werk.

Levensloop

Betrokkene vertelt vanaf haar vroege jeugd tot ongeveer haar zestiende jaar te zijn misbruikt door leden van haar familie, niet door haar vader. Bij een van haar broers zou schizofrenie zijn vastgesteld. Op school was betrokkene een rustig kind. Met leren ging het niet goed, mede door de taalachterstand. Op de basisschool bleef ze in groep 6 zitten. Ze leefde wel in een isolement ten opzichte van haar klasgenoten.

Testuitslagen

Op de SIMS scoort betrokkene 43. Bij een afbreekscore van 16 betekent dit dat er sprake is van een zeer sterke aanwijzing voor aggraving en simulatie. Dit is niet in overeenstemming met de klinische indrukken, maar zet deze indrukken wel onder druk.

De scores op de zogenaamde validiteitschalen van de MMPI-2 laten zien dat betrokkene, overeenkomstig de score op de SIMS, in ernstige mate aggraveert en/of simuleert. Deze score komt op een getal van +28, daar waar +12 al een duidelijke indicatie is voor aggraving en/of simulatie.

De vragenlijst is verder wel consistent ingevuld. Het klinisch profiel is daardoor niet valide en in zijn geheel sterk verhoogd en mag niet worden geïnterpreteerd. Zo zijn de psychometrische gegevens van twee onafhankelijke metingen (SIMS en MMPI-2) in hoge mate contrair aan de klinische bevindingen, maar ook met de gegevens vanuit de GGZ.

Bespreking casus: borderline-organisatie persoonlijkheidsstructuur

In deze casus wijzen de psychometrische bevindingen, in tegenstelling tot de klinische indrukken, op ernstig aggraveren en/of simulieren van klachten. Een verklaring voor dit uitgesproken contrast wordt gevonden in het psychologisch onderzoek, meer specifiek vanuit de beschrijving van het psychodynamisch freudiaans model van de persoonlijkheidsopbouw. In de eerste plaats wijzen de klinische gegevens immers eenduidig in de richting van een borderline-organisatie van de persoonlijkheidsstructuur vanwege van de neiging tot dissociatie, de stemmingswisselingen, de geremde theatraliteit, de onderliggende boosheid, de identiteitsproblemen, de kennelijke suïcidale gestes en grote problemen met afstand en nabijheid. Dit alles vanuit een sterk belaste voorgeschiedenis met kennelijk jarenlang seksueel misbruik, naast een achtergrond in een niet-westerse cultuur. Binnen de borderlinestructuur past splitting, het uit elkaar spelen van hulpverleners, leidinggevers, verwanten, vrienden alsook het overal verwarring zaaien, zoiets als verdeel en heers. Een dergelijke figuur lijkt waarschijnlijk in haar lange medische voorgeschiedenis. De steeds wisselende opstelling van betrokkene past daarbij. Mogelijk heeft betrokkene zodoende verschillende hulpverleners tot wanhoop gedreven en dreigt nu eenzelfde figuur bij de GGZ. Bij het psychologische expertiseonderzoek gebeurde in het klein hetzelfde: een enorm

contrast van klinische en testmatige gegevens. Zo heeft dit gedrag een functie: betrokkene kan haar enorme boosheid kwijt, ze laat haar beoordelaars spartelen en laat een 'spoor van vernielingen' na, omdat ze zichzelf vernield voelt.

In de psychologie staat dit mechanisme bekend als 'turning passive into active': Wat haar is aangedaan, doet ze zonder het te beseffen de ander aan.

Afweermechanisme splitting

Kort gezegd vereist een goed begrip van het afweermechanisme splitting vanuit de beschrijving van het psychodynamisch freudiaans model van de persoonlijkheidsopbouw, dat ook handvatten geeft voor de mogelijke psychogenese van de borderline organisatiestructuur, een analyse van de ontwikkelingsgeschiedenis van een individu met de thema's hechting en onthechting, de habituele primitieve en complexe afweermechanismen, de identiteitsontwikkeling en de realiteitstoetsing.⁹ Daarmee is er geen sprake van malingering omdat het niet primair voortkomt uit een extern motief als het behoud van een uitkering. Het komt voort uit een intern motief: een gestagneerde ontwikkeling en fixatie in een vroege levensfase.

De persoon met een borderline persoonlijkheidsopbouw is niet of in beperkte mate bij machte om het eigen ik te scheiden van de ander, zoals de peuter zich niet goed kan scheiden van moeder. Zo wordt de ander een onderdeel van het eigen ik en de ander wordt van daaruit beoordeeld en gewaardeerd en kan bedreigend zijn. In een latere levensfase ontstaat zo de mogelijkheid dat deze patiënt instanties, hulpverleners, partners en vrienden tegen elkaar uitspeelt. Zo blijft de wereld hanteerbaar en wordt bijvoorbeeld de agressie geëxternaliseerd en kan het individu zich slachtoffer voelen.

Conclusie

In deze bijdrage illustreerden de auteurs dat als de uitkomsten van SVT-en wijzen op overdrijven van klachten en op onderpresteren, het niet automatisch betekent dat de klachten en beperkingen die de onderzochte rapporteert voortkomen uit simulatie. In de gevallen dat dit zo is, komt de score op de SVT-en niet primair voort uit een extern motief, zoals het behoud van een uitkering,

maar uit een onbewust motief vanwege een intrapsychisch proces. Tegen deze achtergrond is het een goede ontwikkeling dat een UWV-verzekeringsarts aan Maastricht University promotieonderzoek zal doen waarin de vraag centraal staat of het meten van symptoomvaliditeit dat niet uitsluitend gericht is op de detectie van gezondheidsfraude, een plek kan krijgen binnen de UWV-beoordelingen. ■

Referenties

1. Schmand BA, De Jonghe JFM. Vaststellen van symptoomvaliditeit in neuropsychologisch expertiseonderzoek, TVP 2018, nummer 1.
2. Bush SS, Ruff RM, Tróster AI, Buthll Kofler SP, Pliskin NH, Reynolds CR, Silver CH. Symptom validity assessment: practice issues and medical necessity NAN Poliry & Planning Committee. Arch Clin Neuropsychol. 2005;20:419-426.
3. Dissimuleren is het opzettelijk minder erg doen voorkomen, niet ter sprake brengen of zelfs ontkennen van een klacht of probleem, waarbij externe motieven zoals het willen voorkomen van de oplegging van een TBS-maatregel, de aanleiding vormen.
4. In de Braek D, Dandachi-Fitzgerald B, Koene T, Ponds R, Schmand B. Richtlijn voor neuropsychologische expertise 2016. NIP: Sectie Neuropsychologie.
5. Hendriks MPH & Van der Heijden PT. Symptoomvaliditeit: de achilleshiel van de neuropsychologische diagnostiek, Letsel & Schade 2016/2, p. 6-14
6. Vendrig L. Beoordeling symptoomvaliditeit in neuropsychologisch onderzoek, TBV (2019) 27/10, p. 10-13.
7. Mol E. Gesimuleerde ziekte: nagebootste stoornis en simulatie', in: Achilles RA, Beerthuis RJ, Van Ewijk WM, Handboek spoedeisende psychiatrie, Tijdstroom: Utrecht 2017.
8. Erdodi L. At the end of the day' it's a moral judgement. TBV jaargang 28, nr 3, maart 2020.
9. Kernberg O. Neurosis, psychosis and the borderline states, in: Kaplan HI, Saddock J, Comprehensive textbook of psychiatry/IV, Baltimore, Wilkins & Wilkins 1985, pp 621-630.