Voordracht gehouden op de GAV-ledenvergadering van 24 mei 2012 te Zeist

Goede en foute interpretatie van symptoomvaliditeitstests toegelicht in drie casussen

*A.A. Vendrig**

Het is alweer enige tijd geleden dat de eerste auto's op de markt verschenen waar een lampje ging branden op het dashboard als de benzine bijna op was. Voor ons heel gewoon maar in die tijd een hele vooruitgang. Automobilisten met een verhoogde controlebehoefte konden op een gegeven moment wel een onrustig gevoel krijgen, want ja, er komt een keer een moment dat het waarschuwingslampje het begeeft, en hoe weet je dan wanneer de benzine op is ...? Voor dit type probleem vond de industrie een oplossing door een ''waarschuwingsfunctie van de tweede orde' te introduceren; gewaarschuwd worden als het meetsysteem faalt.

Als we de cognitieve capaciteiten van mensen willen meten hebben we helaas geen goed werkend waarschuwingssysteem als het meetapparaat niet goed werkt. Symptoomvaliditeitstests kunnen beschouwd worden als een rudimentair waarschuwingssysteem van de tweede orde bij neuropsychologisch onderzoek. In de praktijk is het echter niet voor iedereen even duidelijk hoe dit waarschuwingssysteem werkt en, bovenal, waar het nu precies voor waarschuwt. Er kleven aan dit 'rudimentaire waarschuwingssysteem' enkele problemen, maar voor het grootste deel zijn deze onduidelijkheden er ook helemaal niet. Ten onrechte wordt soms mist gecreëerd die er niet is.

In deze bijdrage zal een poging worden gedaan tot begripsverheldering aan de hand van een enigszins willekeurige, kleine streekproef van casusmateriaal uit de praktijk. Het doel is niet om de casussen uitputtend te bespreken, ze zijn vooral bedoeld om te illustreren waar mist wordt gecreëerd en waar werkelijke lastigheden liggen als het gaat om symptoomvaliditeitstests. De eerste casus is geplukt van het internet. Door te googlen op 'symptoomvaliditeitstest' komt in de top-5 twee keer een interessante rechtelijke uitspraak voor. Daarna worden twee casussen gepresenteerd waarbij de auteur door een van de partijen was gevraagd om de kwaliteit te beoordelen van de uitgevoerde neuropsychologische onderzoeken. In elke casus worden relevante zinsneden onderstreept, waarna ze worden bewerkt tot positieve beweringen, gesorteerd naar thema en voorzien van commentaar.

* Dr. A.A. Vendrig, klinisch psycholoog.
Correspondentie: lexvendrig@gmail.com.

CASUS 1

Deze rechtelijke uitspraak is te vinden op www.rechtspraak.nl onder de vermelding:
LJN: BG3863, Rechtbank Amsterdam , 390297.
Het betreft een auto-ongeval. Bij het slachtoffer is een neurologisch en neuropsychologisch onderzoek (NPO) uitgevoerd. Er wordt door een van de partijen kritiek geleverd op het NPO vanwege het ontbreken van symptoomvaliditeitstests (SVT). De andere partij zegt hierover: *'(...) het klopt dat geen symptoomvaliditeitstest is afgenomen. Reden is dat een dergelijke test niet valide te interpreteren is bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel.* **(1A)** *Bij cliënt zijn op basis van het testprofiel evidente aanwijzingen voor cerebrale beperkingen. Er was zeker geen aanwijzing of het vermoeden van onderpresteren op basis van zijn testgedrag,* **(1B)** *met name niet op basis van het testprofiel.'* **(1C)** *De rechtbank geeft verderop in de uitspraak haar oordeel over dit geschilpunt: 'De rechtbank is van oordeel dat dr. C (lv: de neuropsycholoog die het onderzoek heeft uitgevoerd) voldoende duidelijk heeft toegelicht waarom zij geen symptoomvaliditeitstest heeft afgenomen. Dr. C heeft hieraan wetenschappelijke inzichten ten grondslag gelegd. Zij stelt zich immers op het standpunt dat een symptoomvaliditeitstest niet valide te interpreteren is bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Het verweer van ABN Amro dat andere neuropsychologen zich op het standpunt stellen dat dergelijke validititeitstests wel goed te interpreteren zijn bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel, doet hier niet aan af. Daar komt bij dat ook in het artikel van prof. dr. F, waarop ABN Amro zich beroept, is vermeld dat het interpreteren van afwijkende resultaten uit een symptoomvaliditeitstest het nodige vakmanschap en klinische ervaring vergt.* **(1D)** *Het kan zijn dat de persoon in kwestie zijn klachten simuleert, maar ook dat deze veroorzaakt worden door ernstige cognitieve functiestoornissen,* **(1E)** *aldus F. In zoverre wordt het wetenschappelijk inzicht van dr. C door de door ABN Amro geciteerde wetenschapper ondersteund. Het is voorts aan de deskundige om te bepalen hoe deze het onderzoek wenst in te richten en uit te voeren.'*

CASUS 2

Het betreft een 41-jarige man die van achteren is aangereden en waarbij het hele gebeuren op hem een grote indruk maakte. Hij is zelf naar de huisartsenpost gegaan. Er werden geen afwijkingen geconstateerd. De man is uitvoerder in de bouw en maakte werkweken tussen de 60 en 80 uur. Twee jaar na het ongeval heeft hij ondanks langdurige manuele therapie en een traject in een revalidatiecentrum nog steeds veel klachten en beperkingen in het dagelijks leven en wordt hij neurologisch en neuropsychologisch onderzocht. De resultaten van het NPO zijn als volgt: er worden normale prestaties gevonden bij: gerichte aandacht, spraak en taal, visueel geheugen en executieve functies. In de volgende domeinen worden wel afwijkingen geconstateerd: volgehouden en verdeelde aandacht, afleidbaarheid en het semantische geheugen. Hij heeft tijdens het onderzoek een coöperatieve houding en hij vertoont normaal testgedrag. Er is geen intelligentietest afgenomen. Er is één SVT afgenomen, de AKTG. Hierop behaalt hij een score van 60/90. De neuropsycholoog geeft de volgende conclusie: *'Bij het onderzoek worden afwijkende prestaties waargenomen op het gebied van de geheugenfuncties (inprenting, reproductie, recognitie), de aandachtsfunctie (verdeelde aandacht) en het tempo van informatieverwerking. Tevens presteert patiënt wisselend op de executieve taken. Bij het onderzoek worden verder aanwijzingen gevonden dat patiënt onder zijn kunnen heeft gepresteerd waardoor geen uitspraak gedaan kan worden over de resultaten betreffende cognitief functioneren.* **(2A)** *De verminderde prestaties zijn waarschijnlijk toe te schrijven aan een sterk verminderde belastbaarheid, samenhangend met chronische pijnklachten veroorzaakt door een doorgemaakt flexie-extensie trauma.* **(2B – let op onduidelijk)** *Er kunnen daarom geen uitspraken gedaan worden over een eventuele organisch cerebrale schade als gevolg van voornoemd ongeval. ' (2000)*

CASUS 3

We citeren de samenvatting van het NPO: *'Cliënte is een 49-jarige vrouw die op 21 maart 2007 betrokken is geweest bij een verkeersongeval. Het betrof een zijaanrijding waarbij de airbag is ontsloten. Zij heeft letsel opgelopen doordat zij de airbag in het gelaat kreeg. Er zijn objectiveerbare visus- en gehoorafwijkingen vastgesteld. Cliënte is neuropsychologisch onderzocht vanwege cognitieve klachten, te weten concentratie- en geheugenklachten. Op twee symptoomvaliditeitstests komen evidente aanwijzingen naar voren dat er sprake is van onderpresteren. Een vragenlijst voor malingering geeft geen aanwijzing voor opzettelijk onderpresteren.* **(3A)** *Anamnestisch is er met betrekking tot haar geheugenklachten geen indruk dat zij aggraveert, dit lijkt in overeenstemming met het percentage geheugenklachten dat zij aangeeft op een geheugenvragenlijst. Desalniettemin presteert cliënte slechter dan een normgroep dementie patiënten." Het testprofiel bestuderend geeft geen aanwijzing voor hersenfunctiestoornissen. Geconcludeerd kan worden dat cliënt suboptimaal presteert op de bij haar afgenomen cognitieve tests en de resultaten hierdoor niet valide geïnterpreteerd kunnen worden.'* **(3B)**

Wat houdt onderpresteren eigenlijk in?

In alle drie de casussen komt het wordt 'onderpresteren' aan de orde. Wat houdt dit begrip in? Een voorwaarde om een neuropsychologisch onderzoek valide te kunnen interpreteren is dat de onderzoeker er verzekerd van moet zijn dat de onderzochte zich maximaal (mentaal) heeft ingespannen. Een manier om dit te checken is de afname van een symptoomvaliditeitstest. Een symptoomvaliditeitstest maakt gebruik van het gegeven dat sommige cognitieve functies relatief ongevoelig blijken voor hersenletsel.[1] Als iemand toch slecht scoort op zo'n test is dat een teken aan de wand en kan het neuropsychologisch onderzoek als niet-valide worden beschouwd. We zullen nu nader ingaan op een aantal interpretatieproblemen rondom het begrip onderpresteren. De zinsneden die op dit onderwerp betrekking hebben, zijn onderstreept en staan gesorteerd naar thema in Tabel 1. De zinsneden zijn herschreven als positief en algemeen geformuleerde uitspraken.

Meetpretentie van symptoomvaliditeitstests

De eerste bewering **(1A)** is een merkwaardige. Een symptoomvaliditeitstest (SVT) zou niet valide te interpreteren zijn bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Voor wie is een SVT dan bedoeld? Voor mensen zonder hersenletsel? Voor mensen met een verstandelijke beperking? Een SVT is uitsluitend bedoeld voor toepassing in de doelgroep niet-aangeboren hersenletsel! In deze doelgroep is een SVT valide te interpreteren. In studies met de Word Memory Test (WMT)[2] zijn diverse groepen met elkaar vergeleken zoals personen met vastgesteld hersenletsel, experimentele simulanten, patiënten van verschillende settings, etc. De WMT blijkt goed in staat groepen van elkaar te onderscheiden.

Vakmanschap en vaststellen van onderpresteren

Beweringen 1B en 1C kunnen we ook naar het rijk der fabelen verwijzen. Clinici zijn zeer slecht in staat om liegende mensen en simulanten te ontmaskeren. Wie heeft als psychotherapeut niet de ervaring dat één van de twee van een stel in relatietherapie na een jaar therapie bekent tóch een ander te hebben? Het is een illusie te denken dat we verborgen agenda's kunnen doorprikken. Clinici verschillen daarin overigens niet van 'gewone' mensen. Mensen zijn in het algemeen vrij slecht in staat om te zien wanneer

Categorie: meetpretentie

Item	Bewering	Onjuist	Juist
1A	Een symptoomvaliditeitstest is niet valide te interpreteren bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel.	X	

Categorie: vakmanschap en vaststellen van onderpresteren

Item	Bewering	Onjuist	Juist
1B	Onderpresteren is vast te stellen op basis van het testgedrag.	X	
1C	Onderpresteren is vast te stellen op basis van het testprofiel.	X	

Categorie: interpretatie van de uitslag

Item	Bewering	Onjuist	Juist
1D	Het interpreteren van afwijkende resultaten op een symptoomvaliditeitstest vergt veel klinische ervaring en vakmanschap.	X	X

Categorie: klinische implicatie van positieve score

Item	Bewering	Onjuist	Juist
2A	Als een patiënt onderpresteert kan er geen uitspraak worden gedaan over het cognitief functioneren.		X
3B	Als er sprake is van suboptimaal presteren dan kunnen de verkregen resultaten bij neuropsychologisch onderzoek niet valide worden geïnterpreteerd.		X

Categorie: verklaring van een positieve score

Item	Bewering	Onjuist	Juist
1E	Afwijkingen op een symptoomvaliditeitstest kunnen worden veroorzaakt door ernstige cognitieve stoornissen.	X	X
2B	Onderpresteren kan een gevolg zijn van een sterk verminderde belastbaarheid, samenhangend met chronische pijnklachten veroorzaakt door een doorgemaakt flexie-extensie trauma.	X	

Categorie: bewust/onbewust

Item	Bewering	Onjuist	Juist
3A	Een positieve score op een vragenlijst voor malingering (SIMS) is een aanwijzing voor *opzettelijk onderpresteren*.	X	

Tabel 1: Citaten van de casussen gesteld als positieve beweringen en gesorteerd naar thema

een ander liegt. Bij kleine kinderen lukt dit nog wel, maar daarna is het afgelopen. In een publicatie in het gezaghebbende tijdschrift Science is het falen van de 'klinische blik' van experts genadeloos aangetoond.[3] In een andere studie moesten neuropsychologen testprofielen bestuderen en aangeven welke van simulanten waren.[4] De neuropsychologen bleken hiertoe niet in staat te zijn.

Interpretatie van de uitslag

Deze ligt wat lastiger. Bewering 1D stelt dat er bij het interpreteren van een symptoomvaliditeitstest veel klinische ervaring en vakmanschap komt kijken. Aan de ene kant is het niet heel ingewikkeld; het is niet meer en niet minder dan een check om te zien of het verrichte neuropsychologisch onderzoek valide te interpreteren is. In zoverre is het misleidend als gesteld wordt dat er veel 'klinische ervaring' nodig is. Anderzijds is het 'blind' en absoluut hanteren van een afkappunt op een symptoomvaliditeitstest ook onjuist. Hierbij is kennis van empirisch onderzoek naar de test overigens veel belangrijker dan klinische ervaring. Het 'vakmanschap' is bijvoorbeeld aan de orde als het gaat om het wegen van de a-priorikans op onderpresteren. Verder is het ook een misverstand dat er één afkappunt bestaat, c.q. drempelwaarde, en dat als deze overschreden wordt er sprake is van onderpresteren. Bij een gegeven uitslag op een symptoomvaliditeitstest hoort een bepaalde sensitiviteit en specificiteit gebaseerd op de testuitslagen van mensen met 'echt' hersenletsel en experimentele simulanten. Dat wil zeggen, hoe groot is de kans dat iemand 'door het net zwemt' of 'onterecht' wordt beschuldigd. Het is aan de clinicus om dit te beoordelen. Bijvoorbeeld, een uitslag van 85/90 op de AKTG[5] betekent een kans van 10% dat we de onderzochte 'vals' beschuldigen van onderpresteren. Bij een uitslag van 60/90 zoals in casus 2 is de kans op 'vals beschuldigen' kleiner dan 1%.

Klinische implicatie van een positieve score

De beweringen 2A en 3B gaan over wat een positieve score op een symptoomvaliditeitstest nu precies zegt. Beide beweringen zijn correct en volledig in overeenstemming met wat bijvoorbeeld in de handleiding van AKTG[5] wordt geadviseerd. Gorissen en Schmand[6] zeggen hierover het volgende:

'Het meten van onderpresteren wordt niet uitgevoerd met het doel patiënten te ontmaskeren, of om voor detective of rechter te spelen. Het enige doel is het controleren en waarborgen van de validiteit van de neuropsychologische testresultaten zodat ongefundeerde uitspraken over cognitief functioneren voorkomen kunnen worden.'

Het probleem is vaak dat er een medisch-juridische discussie ontstaat over het verklaren van het onderpresteren. Is het onderpresteren nu wel of niet met opzet gebeurd? Zijn er omstandigheden die verklaren waarom de persoon onderpresteert? Gezegd moet worden dat soms de deur tot dergelijke discussies wordt opengezet doordat er niet altijd een even eenduidige conclusie wordt getrokken in het neuropsychologisch onderzoek. Casus 2 is hiervan een voorbeeld. Eerst wordt geconcludeerd dat er sprake is van onderpresteren en daarna wordt een verklaring gegeven voor de verminderde prestaties. Zo ontstaat er mist en in deze mist kan de discussie soms een merkwaardige wending krijgen. De conclusie dat de verminderde prestaties komen door de klachten ten gevolge van het ongeval wordt dan meegenomen in de claimprocedure en dan kan het zomaar gebeuren dat de cognitieve klachten impliciet 'bewezen' worden geacht. Maar dit staat natuurlijk haaks op het gegeven dat het neuropsychologisch onderzoek invalide was verklaard en er dus niks objectiefs te zeggen valt over het cognitief functioneren.

Verklaring van een positieve score

In het voorgaande zagen we dat speculaties over mogelijke oorzaken van onderpresteren mist creëert. Daarbij zijn sommige verklaringen ook nog eens onjuist. Een verklaring die nogal eens wordt geopperd is dat het onderpresteren een gevolg is van factoren zoals pijn en vermoeidheid. Om een aantal redenen is deze verklaring hoogst onwaarschijnlijk. Op de eerste plaats is er nooit een verband aangetoond tussen onderpresteren en pijn en vermoeidheid. Omgekeerd is er wel bewijs dat er géén verband is. Met de AKTG zijn diverse patiëntenpopulaties vergeleken. Patiënten met een contusio cerebri zijn vaak moe en scoren desalniettemin niet afwijkend op de AKTG.[5] In een groep van reumapatiënten bleek onderpresteren niet voor te komen. Daarentegen kwam onderpresteren wel weer frequent voor bij fibromyalgiepatiënten die in een claimprocedure verwikkeld waren.[7] Ook is er een omgekeerd verband gevonden tussen de ernst van het hersenletsel en het vóórkomen van onderpresteren; in populaties met lichter hersenletsel komt onderpresteren frequenter voor dan in populaties met ernstig hersenletsel.[8] De verklaring die in casus 2 wordt gegeven is dus feitelijk onjuist.

Als het gaat om ernstige cognitieve stoornissen ligt het overigens iets genuanceerder. Vandaar een kruisje bij zowel juist als onjuist in Tabel 1. In de handleiding van de AKTG kunnen we lezen dat deze test niet geschikt is voor mensen met evidente cognitieve stoornissen zoals bij mensen met het Syndroom van Korsakow of de Ziekte van Alzheimer. Ook depressieve patiënten van boven de 65 jaar scoren als groep afwijkend op de AKTG.[5] De WMT weet overigens nog wel te differentiëren tussen onderpresteren en dementie. Hoewel ernstige cognitieve stoornissen weliswaar kunnen leiden tot een score die onderpresteren doet vermoeden, is dit niet of zelden van toepassing op letselschadezaken. Daarbij kunnen we hier gemakkelijk in een cirkelredenatie terecht komen; de persoon laat ernstige afwijkingen zien tijdens het neuropsychologisch onderzoek en dit verklaart waarom de persoon afwijkend scoort op een symptoomvaliditeitstest.

Bewust/onbewust

Onderpresteren waar we het tot nu toe over hebben gehad wordt vastgesteld met behulp van tests die geheugenaspecten meten – hoofdzakelijk herkenningstaken – die nauwelijks problemen geven voor mensen met hersenletsel. Een andere manier om een invalide testprofiel op te sporen is door afname van een vragenlijst waar merkwaardige en niet-bestaande symptomen in zijn opgenomen. Als mensen erg veel niet-bestaande of ongewone symptomen rapporteren is dat een teken aan de wand. Een voorbeeld van een dergelijke vragenlijst is de SIMS.[9] Sommigen vatten onderpresteren op als 'onbewust' gedrag en zien klachtenoverdrijving op een vragenlijst als bewust gedrag.[10] De naam van de SIMS – Structured Inventory of Malingered Symptomatology – verwijst naar simuleren en simulatie van klachten wordt opgevat als iets wat opzettelijk, c.q. bewust, gebeurt. Maar de eerlijkheid gebied te zeggen dat we niet zeker weten of mensen die een verhoogde score op de SIMS behalen altijd met opzet handelen. Het aantonen vanuit welke intentie mensen handelen blijkt erg lastig te zijn. Daarnaast kunnen we nog een vergelijking maken met hypochondrie. Mensen kunnen soms zo gepreoccupeerd zijn met hun gezondheidstoestand dat dit onbewust klachtenoverdrijving in de hand werkt. Tenslotte zijn er nog twijfels of de gehanteerde afkapwaarden niet te laag zijn.[11] In casus 3 zien we dat de uitslag op de SIMS op twee manieren verkeerd

wordt geïnterpreteerd; dat de SIMS onderpresteren meet klopt niet en dat met de SIMS iets kan worden gezegd over opzet is prematuur.

Conclusie

Het tackelen van onjuiste of onvolledige definities moge misschien muggenzifterij lijken maar in de praktijk zien we dat kleine verschillen in definitie grote gevolgen kunnen hebben. Zo vlogen in casus 3 de partijen elkaar in de haren naar aanleiding van het feit dat 'opzettelijk onderpresteren' niet zou zijn aangetoond. Dat het onderzoek simpelweg niet-valide was raakte helemaal uit beeld. Er ontstaat mist doordat in de praktijk uiteenlopende en foute definities rond begrippen zoals symptoomvaliditeit en onderpresteren gehanteerd worden naar gelang het uitkomt. Het grootste probleem is dat er voorbij wordt gegaan aan waar een symptoomvaliditeitstest primair voor bedoeld is: een check op de validiteit van een uitgevoerd onderzoek. Discussies over waarom iemand onderpresteert liggen buiten het bereik van de symptoomvaliditeitstest zelf en kan beter achterwege worden gelaten. Bij een positieve score kan worden volstaan met de opmerking dat het onderzoek niet-valide is en dat men niets kan zeggen over de aanwezigheid, maar ook niet over de afwezigheid van cognitieve stoornissen.

Literatuur

1. Vendrig AA. Het meten van onderpresteren bij whiplashslachtoffers; veelbelovend maar juridisch lastig te vertalen. Tijdschr Vergoed Personenschade 2011;14(3):73-81.
2. Green P. Green's Word Memory Test. Edmonton;Green's Publishing Inc.:2005.
3. Faust D, Ziskin J. The expert witness in psychology and psychiatry. Science 1988;241(4861):31-35.
4. Faust D, Hart K, Guilmette TJ, Arkes HR. Neuropsychologists' capacity to detect adolescent malingerers. Professional Psychol: Res and Prac 1988;19(5):508-515.
5. Schmand B, Sterke S, Lindeboom J. Amsterdamse Korte Termijn Geheugen Test. Amsterdam;Harcourt:1999.
6. Gorisssen M, Schmand B. Mentale inspanning en onderpresteren (pp 146-155). In: M Hendriks, R Kessels, M Gorissen, B Schmand, Neuropsychologische diagnostiek. Amsterdam;Boom:2010.
7. Gervais R, Russel AS, Green P, Allen LM, Ferrari R, Pieschl S. Effort testing in patients with fibromyalgia and disability incentives. J Rheumatol 2001;1892-1899.
8. Green P, Rohling ML, Lees-Haley PR, Allen LM. Effort has a greater effect on test scores than severe brain injury in compensation claimants. Brain Injury 2001;1045-1060.
9. Smith GP, Burger GK. Detection of malingering: validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). J Academy Psychiatry Law 1997;25:183-180.
10. Hoogstraten CHJ, Kemperman CJF. Malingering en onderpresteren bij neuropsychologische expertises. TBV;2005;13:8-12.
11. Wisdom NM, Callhan JL, Shaw TG. Diagnostic utility of the structured inventory of malingered symptomatology to detect malingering in a forensic sample. Arch Clin Neuropsychol 2010;25(2):118-125.