

# Beoordeling van symptoomvaliditeit in neuropsychologisch onderzoek

Lex Vendrig

De moeilijkheid bij neuropsychologisch onderzoek is dat we zo goed mogelijk de 'ware capaciteiten' (of afwijkingen) van het brein in kaart willen brengen, maar dat er allerlei invloeden zijn die dit meetproces kunnen verstoren. Iemand kan bijvoorbeeld stijf staan van de spanning en daardoor slecht scoren op een geheugentaak. De testscore is dan geen goede weergave van de werkelijke geheugencapaciteit. Symptoomvaliditeit is de meest omvattende term in dit verband. Symptoomvaliditeit verwijst naar de nauwkeurigheid en het waarheidsgehalte van de gerapporteerde klachten, symptomen en testresultaten.<sup>1</sup>

**SVT**  
neuropsychologisch  
onderzoek  
onderpresteren  
overrapporteren

## Symptoom(in)validiteit, symptoomvaliditeits-test, overrapporteren en onderpresteren

Symptoomvaliditeit kan op verschillende manieren worden onderzocht. Bijvoorbeeld door te letten op inconsistenties, maar er zijn ook tests die symptoomvaliditeit meten: symptoomvaliditeitstests (SVT's). SVT's kunnen we onderverdelen in 2 categorieën. De eerste categorie betreft tests die de overrapportage van klachten meten, *self-report validity tests* (SRVT's). Dit gebeurt met vragenlijsten of schalen die speciaal voor dit doel zijn ontworpen. Deze methode gaat uit van de veronderstelling dat het verdacht is als een patiënt hoog scoort op een vragenlijst met zeldzame klachten en/of nepklachten. De tweede categorie betreft cognitieve taken (opdrachten die de persoon moet doen) die de inzet van de onderzochte meten, *effort tests of performance validity tests* (PVT's). Het gebruikte paradigma hierbij is dat sommige cognitieve functies relatief ongevoelig zijn voor achteruitgang door hersenletsel en het verdacht is als patiënten hier slecht op scoren. Tot op heden wordt vooral veel gebruik gemaakt van herkenningstaken omdat herkenning vrij goed behouden blijft na hersenletsel.

In kader 1 staat een opsomming van aanwijzingen voor symptoominvaliditeit. Deze lijst is gebaseerd op: Bush et al.<sup>1</sup>, Heilbronner et al.<sup>2</sup>, Vendrig<sup>3</sup>, In de Braek et al.<sup>4</sup> De aanwijzingen in het kader laten zien dat het vaststellen van symptoomvaliditeit veel breder is dan alleen 'ter controle' een SVT afnemen. Wel is het zo dat een SVT meer gewicht krijgt bij de beoordeling van symptoomvaliditeit dan de klinische beoordeling van de verschillende



inconsistenties. De reden hiervoor is dat klinici vaak niet goed in staat zijn om invalide scorepatronen te onderkennen.<sup>5,6</sup>

## Is de afname van een SVT verplicht?

De *Richtlijn voor neuropsychologische expertise*<sup>4</sup> beveelt aan om ten minste 2 op zichzelf staande SVT's af te nemen. Er bestaat dus brede consensus dat een SVT niet mag ontbreken in een neuropsychologische expertise. Ontbreekt een symptoomvaliditeitstest dan schiet de neuropsychologische expertise ernstig tekort. Recentelijk is er ook steeds meer aandacht voor beoordeling van de symptoomvaliditeit in de reguliere zorg. Dandachi-FitzGerald et al.<sup>7</sup> vonden dat tussen de 12-19% van de ziekenhuispatiënten positief scoorden op een SVT. Onderpresteren was het hoogst in de subgroep van patiënten die een neuropsychologisch onderzoek

Dr. Lex Vendrig is klinisch psycholoog  
Correspondentie  
lexvendrig@gmail.com

ondergingen. Deze gegevens laten zien dat het percentage patiënten in de reguliere zorg met een positieve score op een SVT beslist geen verwaarloosbare kleine groep is.

### Wat als de uitslag op een SVT positief is?

De *Richtlijn voor neuropsychologische expertise*<sup>4</sup> stelt dat in geval van een positieve uitslag op een SVT het niet mogelijk is om de verkregen testuitslagen te gebruiken om:

1. de aard en ernst van mogelijke cognitieve stoornissen vast te stellen;
2. uitspraken te doen over de aannemelijkheid van beperkingen als gevolg van een aandoening of gebeurtenis;
3. uitspraken te doen over prognose en behandel-mogelijkheden.

De onderzoeker moet in het rapport schrijven dat de onderzochte onder zijn feitelijk niveau van kunnen heeft gepresteerd en dat zijn testprestaties geen valide weergave vormen van het actueel cognitief functioneren. De onderzoeker geeft geen antwoord op de vraagstelling en doet in het algemeen geen uitspraak over intentionaliteit.

De afkappunten van de SVT moeten overigens niet worden benaderd als een zwart-witbeslissing. Het is eerder zo dat hoe meer afwijkend wordt gescoord op een SVT hoe waarschijnlijker het is dat we een invalide testprofiel zien. En omgekeerd is de evidentie voor symptoominvaliditeit bij scores rond afkappunten wel aanwezig maar ook weer niet in beton gegoten. Er wordt aan verklaringskracht gewonnen als resultaten worden voorzien van cross-validering. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld een positieve uitslag op een SVT samengaat met een of meerdere inconsistenties, zoals tussen resultaten van beeldvormend onderzoek (geen enkele afwijking) en testresultaten (zeer afwijkend).

De praktijk komt echter niet altijd overeen met de duidelijke aanwijzingen die de richtlijn geeft. Vraagstellingen worden geregeld wel beantwoord ook al laat de SVT een positieve uitslag zien. De conclusies met betrekking tot het bestaan van afwijkingen blijven overeind maar worden aangevuld met mogelijke verklaringen voor een positieve SVT. Moeheid en pijn worden vaker genoemd als verklaring voor een positieve uitslag op een SVT. Onderzoek heeft een dergelijk verband nog nooit kunnen aantonen. Ter illustratie: in een groep patiënten met reumatoïde artritis bleek onderpresteren niet voor te komen, terwijl deze patiënten wel veel last hebben van pijn en moeheid. Daarentegen kwam onderpresteren wel weer frequent voor bij fibromyalgiepatiënten die in een claimprocedure verwickeld waren.<sup>8</sup> In populaties met lichter hersenletsel komt onderpresteren frequenter voor dan in populaties met ernstig hersenletsel.<sup>9</sup> Bij ernstige neurologische beelden zoals dementie komen positieve uitslagen op een SVT wel veel vaker voor. Echter, dementie is een zeldzaamheid

in neuropsychologische expertises die worden uitgevoerd in verband met een civiele claimprocedure.<sup>10</sup>

### Wat als de uitslag op een SVT negatief is?

De afkappunten op een SVT zijn zo gekozen dat de kans op een valspositieve uitslag minimaal is. Dit betekent dat een negatieve uitslag op een SVT geen 'bewijs' is voor een intacte symptoomvaliditeit. Het enige wat geconcludeerd kan worden, is dat de SVT in het geval van een negatieve uitslag geen aanwijzingen geeft voor symptoominvaliditeit. Eerder werd al gesteld dat onderzoek van symptoomvaliditeit meer behelst dan het afnemen van een SVT alleen. Het gaat erom dat er een weging plaatsvindt van de diverse aanwijzingen voor symptoominvaliditeit die in het onderzoek naar voren komen. Het siert een rapportage niet als opvallende inconsistenties of andere klinische aanwijzingen voor symptoominvaliditeit volledig onbesproken blijven. Het zou een stap voorwaarts zijn als in richtlijnen wordt aanbevolen dat opvallende klinische aanwijzingen voor symptoominvaliditeit (kader 1) tenminste worden besproken in een rapportage.

#### Aanwijzingen voor symptoominvaliditeit

- a. Verhaal van patiënt is inconsistent met gedocumenteerde gegevens;
- b. Gedrag van patiënt is inconsistent met gedocumenteerde gegevens;
- c. Verhaal van patiënt is inconsistent met betrouwbare externe informatiebronnen;
- d. Gerapporteerde klachten zijn inconsistent met gedragsobservaties;
- e. Gerapporteerde klachten wijken af van testresultaten;
- f. Testresultaten wijken af van gedragsobservaties;
- g. Discrepancie tussen aard en omvang van het letsel en testresultaten;
- h. Gerapporteerde klachten passen niet bij de huidige kennis van hersenafwijkingen;
- i. Verslechtering van testresultaten in de loop van de tijd terwijl er geen nieuw letsel is bijgekomen;
- j. Inconsistenties tussen paralleltests (tests die globaal hetzelfde meten);
- k. Positief scoren op ingebouwde validiteitsindicatoren binnen gangbare tests;
- l. Positief scoren op vragenlijsten voor klachtenoverdrijving (SIMS, SRSI);
- m. Positief scoren op validiteitsschalen van vragenlijsten, bijvoorbeeld de schalen Fs en FBS-r van de MMPI-2-RF;
- n. Positief scoren op tests voor onderpresteren (AKTG, WMT, TOMM, MSVT);
- o. Onder kansniveau presteren.

### Discussie

De afgelopen jaren is er in toenemende mate aandacht voor symptoomvaliditeit en steeds duidelijker wordt dat het hierbij niet gaat om een randverschijnsel maar om een wezenlijk aspect van psychodiagnostiek. Symptoomvaliditeit legt in wezen de kwetsbare plek bloot van elke vorm van psychologische diagnostiek; wij willen iets te weten komen van de patiënt maar de patiënt heeft uiteindelijk het laatste woord hoe dit wordt opgediend.

Een factor die we nog onvoldoende op de kaart hebben, is de onderzoekend psycholoog zelf. De indruk bestaat dat er een grote kloof bestaat tussen kwaliteit van forensische rapportages en letselschaderapportages. Zo'n 10 jaar geleden is er met betrekking tot pro justitia-rapportages een behoorlijke kwaliteitsslag gemaakt. Dat kwam vooral door justitiële dwalingen na de zogeheten Schiedammer parkmoord van 22 juni 2000. Gevolgde procedures en rapporten van deskundigen bleken aan alle kanten te rammelen. Nu zijn er een aantal *checks and balances* ingebouwd die een rem zetten op al te grote diagnostische blunders. Er is een register gekomen van gerechtelijk deskundigen (NRGD) en alle pro justitia-rapportages worden gelezen en van feedback voorzien door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). Bij letselschaderapportages bestaat zoiets niet. De diversiteit

in neuropsychologische letselschaderapportages lijkt groot. Te vaak nog zien we ook voorbeelden langskomen<sup>11,12</sup> waarbij de neuropsycholoog ronduit kritiekloos aan de kant staat van het slachtoffer. Mogelijk heeft dit te maken met een gebrek aan kennis van symptoomvaliditeit en een te sterk leunen op het eigen klinisch oordeel. Omdat psychologen zijn opgeleid als hulpverleners en begaan zijn met hun patiënten vergt het oefening om bij expertises een radicaal neutrale en wellicht enigszins sceptische houding aan te nemen.

Een probleem dat nog onvoldoende belicht wordt is de beperkte houdbaarheid van SVT's. Het is niet ondenkbaar dat personen die in een letselschadeprocedure verwickeld zijn, worden voorbereid op een SVT. We moeten daar niet naïef in zijn. Hoe langer een symptoomvaliditeitstest op de markt is, hoe groter de kans hierop. Een mogelijke oplossing voor dit probleem is een groter aanbod aan SVT's waardoor voorbereiden moeilijker wordt. Een andere oplossing is dat er meer werk wordt gemaakt van *inbedded validity checks* in reguliere vragenlijsten en neuropsychologische tests. In zeker opzicht kunnen we spreken van een hernieuwde belangstelling omdat meetinstrumenten van het eerste uur zoals de MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - eerste versie ontwikkeld in 1943) al ingebouwde validiteitsschalen had. Ook wordt steeds duidelijker dat een positieve score als uiting van simuleren vanuit een financieel motief minder wijdverbreid is dan we eerst dachten. Het lijkt er eerder op dat symptoominvaliditeit veeleer samenhangt met de *state of mind* van de onderzochte in de zin van iets te enthousiast toewerken naar een gewenste uitkomst. Op dit punt ontbreekt systematisch onderzoek. Het vermoeden bestaat dat diverse motieven symptoominvaliditeit in de hand werken: het slachtoffer dat zich gezien wil voelen (erkenning), boosheid, een gevoel van onrecht over wat hem of haar is overkomen en een preoccupatie met de klachten.<sup>3</sup>

In de praktijk wordt het vervolg vaak lastig gevonden. Het neuropsychologisch onderzoek is niet valide gebleken. Wat nu? In feite zijn er maar twee opties mogelijk; het onderzoek terzijde schuiven of het hele onderzoek elders opnieuw doen. Beide zijn weinig aantrekkelijk. Voorkomen lijkt beter. Dat kan als de onderzochte al tijdens het onderzoek geconfronteerd wordt als er aanwijzingen naar voren komen voor symptoominvaliditeit. Iets dat nog veel te weinig gebeurt.

### Conclusie

Willen we ons een goed beeld vormen van wat er werkelijk aan klachten en functieverlies aanwezig is, en willen we dit goed kunnen onderscheiden van wat de patiënt bewust dan wel onbewust daarover aan ons wil communiceren, dan kunnen we er gewoonweg niet omheen om onderzoek te doen naar symptoomvaliditeit in welk psychodiagnostisch onderzoek dan ook. De verwachting is



dat onderzoek naar symptoomvaliditeit een steeds prominere rol zal krijgen; niet alleen in neuropsychologisch onderzoek, maar ook in psychologisch onderzoek in het algemeen.

### Literatuur

1. Bush SS, Ruff RM, Tröster AI, Barth JT, Koffler SP, Pliskin NH, Reynolds CR, Silver CH. Symptom validity assessment: practice issues and medical necessity NAN Policy & Planning Committee. *Arch Clin Neuropsychol.* 2005;20:419-426.
2. Heilbronner RL, Sweet JJ, Morgan JE, Larrabee GL, Millis SR. American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *Clin Neuropsychol.* 2009;23:1093-1129.
3. Vendrig AA. Het meten van onderpresteren bij whiplashslachtoffers; veelbelovend maar juridisch lastig te vertalen. *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade.* 2011;14:73-81.
4. In de Braek D, Dandachi-Fitzgerald B, Koene T, Ponds R, Schmand B. Richtlijn voor neuropsychologische expertise 2016. NIP: Sectie Neuropsychologie.
5. Trueblood W, Binder LM. Psychologists' accuracy in identifying neuropsychological test protocols of clinical malingerers. *Arch Clin Neuropsychol.* 1997;12:13-27.
6. Dandachi-Fitzgerald B, Merkelbach H, Ponds HM. Neuropsychologists' ability to predict distorted symptom presentation. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2017;39:257-264.
7. Dandachi-Fitzgerald B, Twillert B van, Sande P van de, Osh Y van, Ponds RW. Poor symptom and performance validity in regularly referred hospital outpatients. Link with standard clinical measures, and role of incentives. *Psychiatry Res.* 2016;239:47-53.
8. Gervais R, Russell A, Green P, Allen L, Ferrari R, Pieschl S. Effort testing in patients with fibromyalgia and disability incentives. *J Rheumatol.* 2001;28:1892-1899.
9. 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.
10. McGuire C, Crawford S, Evans JJ. Effort testing in dementia assessment: a systematic review. *Arch Clin Neuropsychol.* 2019;34:114-131.
11. Rechtbank Amsterdam. ECLI:NL:RBAMS:2008:BG3863
12. Rechtbank Rotterdam. ECLI:NL:RBROT:2017:9799