



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Placebo's, verwachtingen en daderamnesie: twee gevalsstudies

Kim van Oorsouw, Maaïke Cima, Harald Merckelbach en Saartje Kortleven*

Samenvatting

Het komt geregeld voor dat daders zeggen geen enkele herinnering te hebben aan het door hen gepleegde misdrijf. Zo'n vorm van amnesie kan gesimuleerd zijn, maar dat hoeft niet. In het laatste geval spelen negatieve verwachtingen over het eigen geheugen mogelijk een sleutelrol. Bij twee daders die werden behandeld in een forensische kliniek, gingen we op exploratieve wijze na of het beweerde geheugenverlies kon worden verminderd door hun verwachtingen te beïnvloeden. De deelnemers kregen een placebo met de mededeling dat herinneringen aan het delict hierdoor zouden kunnen terugkeren. De placebo leek te werken bij een deelnemer die negatieve verwachtingen had over zijn geheugen voor het delict. Het placebo-effect bleef uit bij een deelnemer, die zijn geheugenbeperking hoogstwaarschijnlijk veinsde. Wellicht kunnen placebo's vruchtbaar worden ingezet bij de behandeling van daders die zeggen geheugenverlies te hebben. Succes is echter afhankelijk van het type geheugenverlies. Het gebruik van goede diagnostische instrumenten, om bijvoorbeeld het simuleren van geheugenverlies op te sporen, is daarbij belangrijk.

Inleiding

Het komt regelmatig voor dat plegers van een gewelddadig misdrijf beweren hieraan geen enkele herinnering te hebben. Zo'n gebrek aan herinneringen noemt men amnesie. Zo liggen in Nederland en Duitsland de percentages van TBS-patiënten die (op zijn minst gedeeltelijke) amnesie voor hun delict claimen, rond de 23 procent (Cima, Merckelbach, Hollnack, & Knauer, 2003b; Cima, Nijman, Merckelbach, Kremer, & Hollnack, 2004). Onder bepaalde omstandigheden kan het claimen van geheugenverlies gunstig uitpakken voor een verdachte (zie voor voorbeelden Merckelbach, Van Oorsouw, Van Koppen, & Jelacic, 2005). In rechtszaken waarin verdachten aan geheugenverlies zeggen te lijden, worden doorgaans psychiaters ingeschakeld om te oordelen over de 'geestelijke toestand' van de verdachten en de betrouwbaarheid van het door hen geclaimde geheugenverlies. Op geleide van de DSM-IV (APA, 1994) associëren deze experts amnesie vaak met de Dissociatieve Identiteitsstoornis of de Post Traumatische Stress Stoornis. Deze stoornissen roepen op hun beurt associaties op met verminderde toerekeningsvatbaarheid. Ook zou volgens sommige auteurs geheugenverlies voor een

* DRS. K.I.M. VAN OORSOUW is research psycholoog en als promovenda werkzaam bij de Faculteit der Psychologie van de Universiteit Maastricht. Correspondentieadres: Postbus 616, 6200 MD, Maastricht. Tel.: +31 (0)43 3884050; Fax: +31 (0)43 3884196; E-mail: k.vanoorsouw@psychology.unimaas.nl.

DR. M.J. CIMA is universitair docent psychologie aan de Faculteit der Gezondheidswetenschappen van de Universiteit van Maastricht en als onderzoeker werkzaam in een forensisch psychiatrische kliniek in Düren, Duitsland.

PROF. DR. H.L.J.G. MERCKELBACH is hoogleraar psychologie aan de Faculteit der Psychologie en de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Universiteit Maastricht.

S. KORTLEVEN was studente psychologie aan de Universiteit van Maastricht.

misdrijf kunnen impliceren dat het delict is gepleegd in een acute dissociatieve toestand (Janssen & Van Leeuwen, 2000). Zo'n toestand zou tijdens hevige emoties kunnen optreden. De veronderstelling is dat daarbij de onder normale omstandigheden geïntegreerde functies van bewustzijn en motoriek van elkaar gescheiden raken, waardoor de persoon het besef van zijn handelen verliest.

Verschuillende experimentele studies laten zien dat opvattingen die mensen erop nahouden over de kwaliteit van hun geheugen, zogenaamde metageheugenopvattingen, invloed hebben op hun geheugenprestatie. Zo maakt onderzoek van Winkielman et al. (1998, 2001) duidelijk dat naarmate gezonde volwassenen meer jeugdherinneringen ophalen, zij ook sterker de overtuiging ontwikkelen dat hun autobiografische geheugen slecht moet zijn. Dit paradoxale effect heeft te maken met de cognitieve moeite die het kost om oude herinneringen te mobiliseren (Van Oorsouw & Merckelbach, 2004). Deelnemers schrijven de moeite die het 'geheugenwerk' vergt, toe aan de matige kwaliteit van hun geheugen. Recent onderzoek laat zien dat dit paradoxale fenomeen vervolgens prestaties op objectieve geheugentaken ondermijnt (Van Oorsouw & Merckelbach, ingediend voor publicatie). Dat wil zeggen: hoe meer herinneringen deelnemers ophalen, des te ongunstiger gaan zij oordelen over hun geheugen en des te slechter gaan zij presteren op een objectieve geheugentaak.

Een studie van Ponds, Van Boxtel en Jolles (2000) toonde aan dat ouderen hun geheugen als slechter inschatten dan jongeren, zonder dat hun geheugenprestaties objectief slechter zijn. Onder invloed van deze verwachting gaan ouderen hun geheugen wel minder efficiënt gebruiken. Iets vergelijkbaars werd ook gevonden bij patiënten die ECT (elektroconvulsieve therapie) hadden ondergaan: zij overschatten hun geheugenbeperkingen en dat zette bij sommigen een 'self-fulfilling prophecy' in gang (Squire, Wetzel, & Slater, 1979). Kortom, negatieve opvattingen over het eigen geheugen kunnen de geheugenprestatie nadelig beïnvloeden. Terwijl er redelijk wat onderzoek bestaat over hoe veroudering, geheugenwerk en ECT de metageheugenopvattingen van volwassenen beïnvloeden, is er niets bekend over de rol van deze opvattingen bij verdachten of veroordeelden, die zeggen aan geheugenverlies te lijden. Het heeft zin om in deze richting onderzoek te doen en wel om twee samenhangende redenen. De eerste is dat ideeën over verdringing nu eenmaal wijdverbreid zijn en men mag aannemen dat ze ook voorkomen bij daders van gewelddadige delicten (Crombag & Van Koppen, 1994; Merckelbach & Wessel, 1998). De tweede reden is dat naïeve opvattingen en verwachtingen over verdringing goed van pas komen als de dader het delict het liefst niet had willen laten gebeuren.¹ Ofschoon speculatief is het denkbaar dat zulke metageheugenopvattingen tot geheugenbeperkingen leiden, die de vorm van een dissociatieve amnesie aannemen. Als dat het geval is, verwacht men ook dat de geheugenbeperkingen verminderen als de metageheugenopvattingen in positieve zin worden beïnvloed.

Placebo's kunnen verwachtingen die iemand heeft over het eigen cognitieve functioneren, beïnvloeden. Kvavilashvili en Ellis (1999) lieten zien dat geheugenprestaties daadwerkelijk achteruitgaan, wanneer mensen verwachten dat dit vanwege een *geheugenverslechterende* placebo zal gebeuren. Een gunstig effect van *geheugenverbeterende* placebo's werd door deze auteurs overigens niet gevonden. In een studie waarin het geheugen voor een emotioneel filmfragment werd getest, vonden wij wél een positief placebo-effect. Deelnemers die een *geheugenverbeterende* placebo kregen, konden zich later meer details van het filmfragment herinneren dan personen

uit een groep die een *geheugenverslechterende* placebo kreeg of een controlegroep (Van Oorsouw & Merckelbach, in druk). Onderzoek met alcoholplacebo's maakte duidelijk dat mensen vatbaarder worden voor suggestieve informatie als ze denken alcohol te hebben gedronken, terwijl ze in feite alleen maar een alcoholvrij drankje hebben gehad (Assefi & Garry, 2003). Dat verwachten een duidelijk effect kunnen sorteren op symptomen en cognitieve prestaties, is ook precies de reden dat onderzoek naar de werking van medicijnen in de regel een placeboconditie omvat.

Als een dader zichzelf op grond van uitgesproken verwachtingen ervan heeft overtuigd dat hij geen herinneringen meer heeft aan het misdrijf, zou een *geheugenverbeterende* placebo deze verwachting wel eens kunnen omkeren en de geheugenprestatie kunnen verbeteren. Op exploratieve wijze onderzochten we dit door twee daders die zeiden zich niets van het delict te herinneren, een placebo te geven, met de mededeling dat herinneringen aan het misdrijf hierdoor zouden kunnen terugkeren. Natuurlijk realiseren wij ons de beperkingen van onze aanpak. Zo is het heel goed denkbaar dat een *geheugenverbeterende* placebo niet aanslaat, als een dader zijn amnesie veinst. Om enigszins zicht te krijgen op deze mogelijkheid namen we tests af waarmee het veinzen van cognitieve beperkingen valt na te gaan.

Deelnemers

Aan ons onderzoek namen twee daders deel, die in een forensische kliniek verbleven. Beide deelnemers beweerden (gedeeltelijk) geheugenverlies te hebben voor het misdrijf dat zij hadden begaan.²

Onze eerste deelnemer, meneer Son, is geïnterneerd in een forensische instelling in Duitsland. Het gaat om een 28-jarige man, die is veroordeeld voor een gewapende overval met mishandeling. Door forensische psychiaters werd hij eerder gediagnosticeerd met een dissociatieve stoornis en een antisociale persoonlijkheidsstoornis in combinatie met middelenmisbruik. Meneer Son beweert geen herinnering te hebben aan het misdrijf. Natuurlijk is iedere verdachte op de hoogte van het ten laste gelegde, ook wanneer hij aan geheugenverlies zegt te lijden. In het geval van deze deelnemer doelen we op details en omstandigheden van het delict, wanneer we spreken over dingen die betrokkene zich niet kan herinneren. Een belangrijk punt is dat meneer Son wél zijn dossier heeft gelezen en dus op de hoogte is van allerlei details over het delict.

Onze tweede deelnemer, meneer Maen, verblijft in een forensische instelling in België. Hij is 40 jaar oud en veroordeeld voor een gewapende overval op een winkel met poging tot moord. Door forensische experts werd hij eerder gediagnosticeerd met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis. Maen beweert geen herinnering te hebben aan delen van het misdrijf. Voor beide deelnemers geldt dat er ten minste twee verklaringen zijn voor het geheugenverlies. Om te beginnen kan de amnesie bonafide zijn en dan zouden negatieve verwachtingen daarin een sleutelrol kunnen spelen.³ Als dat het geval is, dan sorteert een placebobehandeling mogelijk een gunstig effect. Een tweede mogelijkheid is dat de amnesie wordt geveinsd. Dan is er minder reden om aan te nemen dat een placebo zoden aan de dijk zet. Om vast te stellen of de deelnemers de neiging hadden om geheugenbeperkingen te simuleren, gaven wij hun de Structural Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) en de Symptom Validity Test (SVT). Beide

instrumenten worden verderop besproken. Hier is het van belang om op te merken dat de SVT fungeerde als een geheugentaak over het delict.

Procedure

Voor en na de placebo-interventie werd de deelnemer gevraagd naar een vrije beschrijving ('free recall') van zijn herinneringen aan het delict. Voor de placebo namen we diverse vragenlijsten, alsook de SVT af (voormeting). Na de placebo, en een tussenliggend interval van 1 uur, werd de SVT nogmaals afgenomen (nameting).

Interventie

Geïnspireerd door de 'subliminale behandeling' van Greenwald, Spangenberg, Pratkanis en Eskanazi (1991) bestond onze interventie uit placebothee (venkelthee) en placebomuziek (geluiden van de bultrugwalvis). We gaven de deelnemers de volgende instructies: 'U krijgt zo dadelijk thee te drinken. Daarna krijgt u muziek te horen. Het gaat om homeopathische thee, waarvan bekend is dat het een rustgevende werking heeft en de aandacht en concentratie verbetert. De thee zal u in een toestand brengen, waarin de muziek zo dadelijk optimaal zal werken. De muziek bevat subliminale boodschappen. Subliminaal wil zeggen dat het beneden uw bewuste waarnemingsdrempel valt. De boodschappen in de muziek, samen met de ingrediënten in de thee zorgen ervoor dat bepaalde stoffen in uw hersenen worden geactiveerd. De gebieden die belangrijk zijn voor uw geheugenfuncties, worden mogelijk door deze stofjes actief gestimuleerd. Over het algemeen zijn er geen bijwerkingen te verwachten. Mocht u toch moe, misselijk of duizelig worden, laat dat dan weten. Laat ook weten of u nog andere bijwerkingen ervaart.'

Vóór de interventie vroegen we de deelnemers of zij verwachtten dat de 'behandeling' effectief zou zijn. Na de interventie vroegen we hun of zij dachten dat de placebo effect had gehad. De placebo-interventie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Faculteit Psychologie (UM).

Meetinstrumenten

Symptom Validity Test (SVT)

Voor en na toediening van de placebo werd een SVT afgenomen. Deze geheugentaak werd ooit ontworpen om simulanten te detecteren (Denney, 1996; Merckelbach, Hauer, & Rassin, 2002; Jelicic, Merckelbach, & Van Bergen 2004a; 2004b). De SVT bestaat uit tweekeuze-items over het misdrijf waarbij de dader betrokken was. Vragen zijn van het type: 'Het moordwapen was a) een mes of b) een pistool'. De deelnemer moet één van de antwoordopties, waarvan steeds de één juist en de ander onjuist is, kiezen. Het idee hierachter is dat wanneer iemand een bonafide amnesie voor het misdrijf heeft, hij willekeurig zal kiezen en daarbij evenveel goede als foute antwoorden zal geven. Zo'n persoon zal derhalve rond kansniveau presteren. Iemand die ver beneden kansniveau scoort, vermijdt opzettelijk het juiste antwoord en bezit dus kennis over

het juiste antwoord. Zijn amnesie zal geveinsd zijn. Meer psychometrische details over deze test zijn te vinden bij Denney (1996) en Jelicic et al. (2004a; 2004b).

Verskillende studies hebben laten zien dat de SVT in staat is om 40 tot 60% van de geïnstrueerde simulanten te detecteren (Jelicic et al. 2004a; 2004b). Deze cijfers zeggen alleen iets over de sensitiviteit: het vermogen van de test om simulanten op te sporen. De specificiteit van de SVT is 0.95. De nauwkeurigheid van de test als geheel komt zodoende uit tussen de 0.67 en 0.78. Dit zijn waarden die ruim boven kansniveau liggen.

Omdat een van onze deelnemers dossierkennis had en de ander slechts gedeeltelijke amnesie claimde, hielden we rekening met de mogelijkheid dat beiden tijdens de voormeting op of boven kansniveau presteerden. Daarom werd bij elk item gevraagd of de deelnemer zich het antwoord 'echt herinnerde' of alleen maar 'wist' doordacht het juiste antwoord in zijn dossier had gelezen. Aldus konden we meten of na de placebo de deelnemers vaker juiste antwoordopties op de SVT aankruisten en of ze die vaker de waardering van 'echte herinnering' gaven (in vergelijking met voor de placebo).

Psychopathic Personality Inventory (PPI)

De PPI is een zelfrapportagevragenlijst, die psychopathe trekken meet (Lilienfeld & Andrews, 1996; Edens, Poythress, & Watkins, 2001; Jelicic, Merckelbach, Timmermans & Candel, 2004c). De lijst bestaat uit 187 items van het type: 'Het andere geslacht vindt mij sexy en aantrekkelijk'. Items worden gescoord met een 4-puntsschaal variërend van 1 ('onwaar') tot 4 ('waar'), waarna scores worden getotaliseerd.

Interne consistentie ($\alpha = 0.92$), test-hertestbetrouwbaarheid (0.99) en validiteit van de PPI zijn goed (Jelicic et al., 2004c). Een hoge PPI-score duidt op psychopathe persoonlijkheidskenmerken. Omdat de PPI een instrument is dat psychopathe persoonlijkheidskenmerken meet die in iedereen wel in enige mate aanwezig zijn, is er geen hard afkappunt. Niettemin kan een PPI-score van ruim boven de 330 – de gemiddelde score van controlepersonen (Jelicic et al., 2004c) – als hoog worden beschouwd.

Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

De SIMS (Smith & Burger, 1997; Merckelbach & Smith, 2003) is een vragenlijst, die wordt gebruikt om te bepalen of iemand opzettelijk psychische symptomen voorwendt. Het is een zelfrapportage-instrument, bestaande uit 75 vragen over bizarre en niet-bestaande symptomen. De SIMS bevat subschalen die betrekking hebben op geheugenklachten, lage intelligentie en psychotische, affectieve of neurologische symptomen. Vragen zijn van het type: 'Soms verlies ik al het gevoel in mijn handen en is het net alsof ik een handschoen aan heb' en 'Soms merk ik dat ik hoofdpijn heb en duizelig word, vlak voordat ik iets vergeet'. Antwoordopties zijn 'ja' of 'nee'.

De SIMS heeft voldoende interne consistentie ($\alpha = 0.72$), test-hertestbetrouwbaarheid (0.72) en validiteit (Merckelbach & Smith, 2003). Indien meer dan 16 keer 'ja' wordt geantwoord, is dat een reden om te vermoeden dat de betrokkene bepaalde psychische

symptomen voorwendt of aandikt. Het afkappunt van de subschaal die alleen geheugenklachten aanspreekt, ligt bij 2. Scores boven dit afkappunt doen vermoeden dat iemand opzettelijk geheugenklachten voorwendt (Smith & Burger, 1997).

Supernormality Scale-Revised (SS-R)

De SS-R is een zelfrapportage-lijst die werd ontwikkeld om te achterhalen in hoeverre iemand zich gezonder voordoet dan hij is. De SS-R is zodoende een instrument om 'faking good' oftewel supernormaliteit in kaart te brengen (Cima, 2003; Cima et al., 2003a; Cima, Van Bergen, & Cremer, ingediend voor publicatie). Bij 'faking good' ontkent de patiënt symptomen, die bij gezonde mensen wel voorkomen. De SS-R bestaat uit vijftig items van het type: 'Ik heb wel eens iets gedaan wat verboden is' en 'Er zijn belangrijke gebeurtenissen uit mijn leven, die ik me niet meer kan herinneren'. Antwoordopties variëren van 1 ('komt nooit voor') tot 4 ('komt altijd voor'). Iemand die zich gezonder wil voordoen dan hij is, zal beneden de afkapsgrens van 60 scoren (Cima et al., ingediend voor publicatie).

Test-hertestbetrouwbaarheid (0.86), interne consistentie ($\alpha = 0.76$) en validiteit zijn voldoende tot goed (Cima et al., ingediend voor publicatie).

Cognitive Failures Questionnaire (CFQ)

De CFQ is een zelfrapportagevragenlijst, bestaande uit 25 vragen die gaan over alledaagse fouten in waarneming, geheugen en motorische functies (Broadbent, Cooper, Fitzgerald, & Parkes, 1982; Wagle, Berrios, & Ho, 1999). Vragen zijn van het type: 'Hoe vaak komt het voor dat u de afgelopen maanden iets gelezen heeft en vlak daarna niet meer wist wat er stond.' Antwoordopties variëren van 0 ('nooit') tot 4 ('zeer vaak'). Een hoge totaalscore duidt op verstrooidheid, een lage juist op ontkenning daarvan. Gezonde deelnemers scoren op deze vragenlijst doorgaans rond de 30 (Merckelbach, Muris, Nijman, & De Jong, 1996).

Interne consistentie ($\alpha = 0.81$), test-hertestbetrouwbaarheid (0.83) en validiteit van deze test bleken voldoende (Merckelbach et al., 1996).

Resultaten

Meneer Son

Meneer Son beweert geen enkele herinnering te hebben aan het misdrijf. Hij zegt vóór het delict nooit geheugenproblemen te hebben gehad en heeft geen idee waardoor zijn geheugenverlies werd veroorzaakt. Hij wil graag zijn herinneringen terug. Hij heeft geen duidelijke verwachtingen van de placebo. Hij neemt de thee en luistert gedurende 30 minuten naar de muziek. Na een uur wordt hem opnieuw gevraagd naar zijn herinnering aan het delict. Hij zegt zich nog steeds niets te herinneren. Na afloop zegt hij dat er volgens hem niks is veranderd. Zijn reden om mee te doen was dat hij de kliniek uit wil. Hij dacht dat dit misschien zou kunnen helpen.

De SVT die voor en na de placebo werd afgenomen omvatte 15 relevante items over informatie in het dossier, maar ook 6 relevante items waarvan het antwoord niet in het dossier te vinden is. Tot die laatste categorie behoren vragen als: 'Waar bevond zich de kassa: a) achter de balie of b) in het kantoortje', en 'Was het hotel volgeboekt: a) ja of b) nee.' Vooral de antwoorden op deze vragen zijn interessant. Zou hij echt geheugenverlies hebben, dan kan Son het juiste antwoord hierop niet weten. Voor en na de interventie beantwoordde Son respectievelijk 15 en 14 relevante dossiervragen correct. Op beide testmomenten beweert hij op 13 van de 15 vragen aan het antwoord alleen maar te 'weten' omdat hij het in het dossier heeft gelezen. Bij de 6 niet-dossiervragen geeft hij zowel voor als na de placebo 4 keer het correcte antwoord. Voor de placebo zegt hij op 2 vragen het antwoord te 'weten' uit het dossier. Na de placebo geeft hij geen reactie op de vraag of hij de antwoorden alleen maar 'weet' of ze zich echt 'herinnert'.

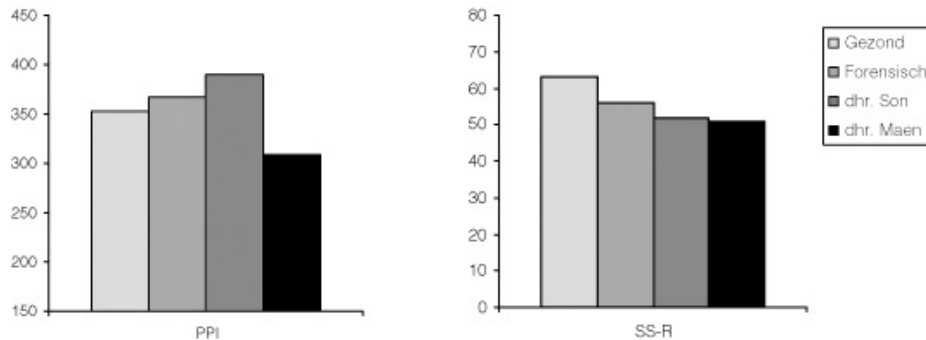
Meneer Son beantwoordt dus vier keer een vraag correct, waarop hij in het geval van bonafide geheugenverlies het antwoord niet kan weten. Dat zou toeval kunnen zijn, maar dan blijft het opvallend dat Son bij twee vragen zegt de antwoorden te 'weten' uit het dossier, terwijl ze daar niet in voorkomen. Natuurlijk geven mensen spontaan de meest uiteenlopende verklaringen voor de herkomst van hun herinneringen, maar in dit geval is het goed om te bedenken dat Son expliciet werd gevraagd serieus te antwoorden op vragen over de herkomst van zijn antwoorden. We mogen zijn 'ik weet dit'- of 'ik herinner mij dit'-antwoorden dan ook serieus nemen. Hoewel Son op de SVT niet door de mand viel, laat het afwijkende patroon in de 'ik weet dit'- en 'ik herinner mij dit'-antwoorden zien dat er iets vreemds aan de hand is. De placebo was in dit geval allerminst succesvol.

De scores van Son op de diverse vragenlijsten zijn in Tabel 1 te vinden. Zijn PPI-score ligt boven het gemiddelde van forensische patiënten (Poythress, Edens, & Watkins, 2001). Dit doet vermoeden dat hij psychopathe trekken bezit (Figuur 1). Op de totale SIMS komt hij niet boven de afkapwaarde van 16 uit. Er is geen sprake van dat hij een ruim scala aan psychische symptomen voorwendt. Als men echter naar de amnesieschaal van de SIMS kijkt, scoort Son *boven* de afkapgrens. Dit is een aanwijzing dat hij zijn geheugenproblemen voorwendt. Op de schaal die supernormaal gedrag meet (SS-R), scoort Son met 52 punten beneden het gemiddelde van geïnstrueerde controlepersonen, forensische patiënten en gezonde controles. Afgezien van de amnesie die hij zegt te hebben, wil Son zich blijkbaar gezonder voordoen dan plausibel is. Ook op de CFQ scoort van Son ver beneden het niveau van gezonde controles (Figuur 1), wat opnieuw suggereert dat hij erop uit is een goede indruk te maken.

Tabel 1 Scores van deelnemers Son en Maen op de ppi (psychopathie), sims (simulatie, ss-r (supernormaliteit) en cdq (cognitieve fouten).

	PPI cut-off > 330	SIMS totaal cut-off > 16	SIMS amnesie cut-off > 2	SS-R cut-off < 60	CFQ
Patiënt Son	390	11	4	52	18
Patiënt Maen	309	7	1	51	20

* gem. = gemiddelde; SD = standaarddeviatie; VM = voormeting; TM = tussenmeting; NM = nameting



Figuur 1 PPI- en SS-R-scores van deelnemers Son en Maen ten opzichte van gezonde controles en forensische patiënten.

Meneer Maen

Meneer Maen zegt gedeeltelijk geheugenverlies te hebben ten aanzien van het delict. Wanneer hem wordt gevraagd het misdrijf te beschrijven, vertelt hij dat hij zich het binnengaan en het verlaten van de winkel kan herinneren. De tijd ertussenin, waarin hij de verkoopster in haar nek stak met een mes, kan hij zich niet herinneren. Meneer Maen zegt altijd al een slecht geheugen te hebben gehad, omdat hij als kind een hamer op zijn hoofd heeft gekregen. Hij heeft geen idee wat hij van de behandeling moet verwachten.

Wanneer hem na het toedienen van de placebo wordt gevraagd het misdrijf opnieuw te beschrijven, noemt hij details die hij de eerste keer niet noemde. Hij vertelt bijvoorbeeld dat toen hij de verkoopster wilde beroven, haar echtgenoot naar beneden kwam en hij moest vluchten. Wanneer hem na afloop wordt gevraagd wat hij van de placebo vond, zegt hij dat hij denkt dat de placebo goed was, maar dat hij zich niet echt méér herinnert.

De SVT die voor Maen werd geconstrueerd, bevatte 15 relevante dossiervragen. Tijdens de voormeting behaalt Maen de maximale score van 15. Ook hem werd bij elk item verzocht expliciet te melden of hij zich het antwoord ook echt 'herinnerde' of het alleen 'wist' omdat hij het had gehoord of had gelezen in het dossier. Hij zegt zich de antwoorden op alle vragen over de periode waarvoor hij geen amnesie had, echt te herinneren. De vragen over de steekpartij beantwoordt hij juist, maar hij zegt dat hij zich de goede antwoorden *niet* echt kan herinneren. Na de placebo behaalt hij wederom de maximale score op de SVT. Opvallend genoeg merkt hij nu bij de vragen over de steekpartij op dat hij zich de juiste antwoorden ook echt kan 'herinneren'. Hij beweert bovendien dat hij zich ineens weer kan herinneren dat de verkoopster op zijn moeder leek. De placebo lijkt dus tot op zekere hoogte succesvol te zijn.⁴

De scores van Maen op de vragenlijsten staan in Tabel 1. Zijn PPI-score ligt beneden het gemiddelde van gezonde controles en forensische patiënten (Edens, Buffington, & Tomicic, 2000; Poythress et al., 2001), wat betekent dat Maen geen psychopathe

trekken heeft. Op de SIMS als geheel scoort hij 7. Dat is ruim beneden het afkappunt, wat inhoudt dat hij geen psychische symptomen voorwendt. Ook op de amnesieschaal scoort hij normaal. Er is dus geen reden om aan te nemen dat Maen geheugenverlies voorwendt. Als het om supernormaal gedrag gaat scoort hij 51. Daarmee bevindt hij zich beneden het gemiddelde van geïnstrueerde controlepersonen, forensische patiënten en gezonde controles. Ook op de CFQ scoort Maen lager dan normale controles.

Discussie en conclusie

De twee deelnemers aan ons onderzoek vertoonden uiteenlopende reacties op de placebo. Zo bleek Son niet te reageren op de placebo, terwijl de placebo bij Maen tot op zekere hoogte succesvol leek. Natuurlijk valt niet direct na te gaan in hoeverre de door deze deelnemers geclaimde amnesie inderdaad op verwachtingen was gestoeld. Toch kunnen we op basis van de gebruikte meetinstrumenten enkele tentatieve conclusies trekken.

Zo bleek meneer Son nogal vreemd te reageren op de SVT, omdat hij informatie over het delict kende, die *niet* in het door hem gelezen dossier voorkwam. Dat relatieveert zijn bewering dat hij geen herinneringen heeft aan het misdrijf. Daarnaast laat de score op de SIMS-amnesieschaal zien dat hij zijn geheugenproblemen waarschijnlijk simuleert. Bovendien bezit meneer Son psychopathe trekken en wil hij zich gezonder voordoen op schalen die supernormaliteit en cognitieve fouten meten.

Meneer Maen, die beweert geheugenverlies te hebben voor delen van het delict, laat een ander patroon zien. Na de placebo zegt hij zich bepaalde details weer te kunnen herinneren. Zijn scores op de overige meetinstrumenten wekken niet de indruk dat we hier met een simulant te maken hebben. Op de SIMS presteert hij binnen de normale grenzen. Dat geldt ook voor de SIMS-amnesieschaal. Hij bezit geen psychopathe trekken. Wel wil hij zich, net als Son, op de vragenlijsten over supernormaliteit en cognitieve fouten gezonder voordoen dan normaal. Dat is in deze groep van daders niet ongebruikelijk. Over het algemeen scoren patiënten in een forensische instelling beneden de afkappunt van de SS-R (Cima et al., 2003a). Dat heeft ermee te maken dat deze patiënten vaak zo'n gezond mogelijke indruk willen maken, opdat ze de kliniek zo snel mogelijk kunnen verlaten. Dat motief zou ook wel eens bij Son en Maen kunnen spelen.

In de forensische literatuur (bijvoorbeeld Edens et al., 2001) wordt regelmatig gewezen op de neiging van psychopathe personen om zich te buiten te gaan aan 'faking bad'. Het veinzen van amnesie is een vaak gebruikte 'fake bad' strategie. Daarmee beoogt de verdachte of patiënt in aanmerking te komen voor strafvermindering. Of de persoon probeert onder therapeutische gesprekken over het delict uit te komen (Cima, 2003; Marshall, Serran, Marshall, & Fernandez, 2005). Wanneer je je immers niks kunt herinneren van het delict, hoef je er niet over te praten. Wat dit aangaat zien we bij beide deelnemers een ander patroon. Het 'fake-bad'-gedrag van Son komt tot uiting in hoge scores op de SIMS-amnesieschaal en de psychopathielijst. Het is dus goed denkbaar dat Son geheugenproblemen voorwendt, opdat hij niet hoeft te praten over het delict. Meneer Maen vertoont daarentegen geen 'fake-bad'-gedrag. Toen we Maen interviewden over zijn verwachtingen, bleek dat hij het heel aannemelijk vond dat

iemand zich niet meer kan herinneren een misdrijf te hebben begaan. Hij schat zijn eigen geheugen ook slecht in. Het gaat dan om verstrooidheid die ook gezonde controlepersonen geregeld rapporteren, maar die door Maen als indicatief voor zijn slechte geheugen wordt gezien. Het lijkt erop dat hij niet opzettelijk zijn amnesie voorwendt, maar dat zijn uitgesproken verwachtingen over hoe weinig hij zich op eigen kracht van het delict kan herinneren, bijdragen aan het door hem gerapporteerde geheugenverlies. Dat zou tevens verklaren waarom de geheugenverbeterende placebo bij hem leek aan te slaan.

Men zou kunnen tegenwerpen dat deze interpretatie circulair is, omdat zij de aard van het geheugenverlies – bonafide of geveinsd – afleidt uit het effect van de placebo. Daar staat tegenover dat juist onze testgegevens over de neiging om te simuleren langs onafhankelijke weg zijn verkregen, maar wel op een theoretisch betekenisvolle manier samenhangen met de placeboresultaten.

Vanwege het ontbreken van een controlegroep zijn de hier beschreven resultaten tentatief, maar op zijn minst suggereren zij dat het effect van een placebobehandeling bij geheugenverlies afhankelijk is van het type geheugenverlies. Het lijkt erop dat een dergelijke behandeling geen zoden aan de dijk zet bij patiënten die hun geheugenverlies simuleren, maar wel aanslaat wanneer pessimistische opvattingen over het eigen geheugen ten grondslag liggen aan het geclaimde geheugenverlies. Voor het succes van de behandeling van forensische patiënten is het van enig belang dat zij (zeggen) zich het delict (te) kunnen herinneren. Wie beweert geen herinneringen te hebben aan zijn delict, kan zich gemakkelijk onttrekken aan de behandeling. Een prominent onderdeel van de behandeling is immers het zogenaamde delictscenario. Hierin wordt stap voor stap het delict en de aanloop daartoe besproken met als doel de gebeurtenissen te verwerken en herhaling te voorkomen.

Marshall et al. (2005) lieten zien dat er verschillende technieken zijn om herinneringen aan het delict bespreekbaar te maken. Zij wijzen erop dat verwachtingen hierbij een rol spelen. Wanneer patiënten stellig geloven dat met bepaalde technieken hun herinneringen aan het delict wel weer toegankelijk zullen worden, dan zal toepassing van deze technieken er inderdaad vaak toe leiden dat de amnesie 'opklaart'. Deze auteurs hanteerden principes uit de cognitieve psychologie om bij 22 patiënten met 'amnesie' herinneringen aan het delict te mobiliseren. Bij 16 patiënten (73%) bleek die strategie aan te slaan. Onze bevindingen laten zien dat placebo's een soortgelijk effect kunnen sorteren. En dat de omvang van het effect lijkt samen te hangen met het feit of het geheugenverlies bonafide is of niet. Daarom hebben instrumenten als de SIMS, SS-R en de PPI toegevoegde waarde.

Bovenbeschreven gevalsbeschrijvingen illustreren dat verwachtingen en persoonlijke opvattingen over het eigen geheugen een rol kunnen spelen in de geheugenprestatie. Het beïnvloeden van die verwachtingen door middel van placebo's zou daarom niet alleen voor daders met geheugenverlies, maar ook voor andere doelgroepen zinvol kunnen zijn. Hierbij valt te denken aan ouderen met pessimistische opvattingen over het eigen geheugen of mensen die anderszins somber gestemd zijn over hun geheugenprestatie. Het inzetten van *geheugenverbeterende* placebo's zou bij die mensen tot positieve resultaten kunnen leiden.

Abstract

Defendants often claim to have no memory of the crime they committed. Such claims of amnesia can be simulated, but may also have a bona fide background. That is, claims of amnesia may be based on negative expectations about the quality of one's own memory. Manipulating these expectancies using memory-enhancing placebos may, perhaps, counteract expectancy-based claims of amnesia. In the current case-study, two forensic patients claiming amnesia were given memory-enhancing placebos with the instruction that they might restore crime-related memories. The placebo appeared to be partially successful in one participant, who had strong beliefs about the reality of crime-related amnesia. No placebo-effect occurred in a participant, who most likely feigned his amnesia. Memory-enhancing placebos may be successful when forensic patients claim amnesia, but their success depends on the type of memory loss (e.g., simulated or bona fide). Additional instruments measuring the tendency to simulate psychiatric symptoms are informative in this type of patient-directed research.

Noten

- 1 De oude Duitse psychopathologen spraken in dit verband van 'nicht-wahr-haben-wollen' en zij vermoedden dat het vooral optrad bij ondergeschikten, die hun superieuren van het leven beroven.
- 2 Omdat voor Maastricht de dichtstbijzijnde forensische klinieken in Duitsland en België zijn gelegen werden de interventies daar uitgevoerd.
- 3 Er was geen reden om aan te nemen dat de geclaimde amnesie organisch van aard was.
- 4 Het is onwaarschijnlijk dat het herhaald testen de verbetering in Maens geheugen verklaart, omdat daders zoals Maen gedurende hun rechtsgang maar ook tijdens hun TBS-behandeling regelmatig onderhouden worden over het delict, en desalniettemin vasthouden aan hun amnesie.

Referenties

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Assefi, S.L., & Garry, M. (2003). Absolut[®] memory distortions: Alcohol placebos influence the misinformation effect. *Psychological Science*, 14, 77-80.
- Broadbent, D.E., Cooper, P.F., Fitzgerald, P., & Parkes, K.R. (1982). The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 1-16.
- Cima, M.J. (2003). *Faking good, bad, and ugly. Malingering in forensic psychiatric inpatients*. Landgraaf: Groeneveldt BV.
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S., Butt, C., Kremer, K., Schellbach Matties, R., & Muris, P. (2003a). The other side of malingering: Supernormality. *Clinical Neuropsychologist*, 17, 235-243.
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S., & Knauer, D. (2003b). Characteristics of psychiatric inmates who claim amnesia. *Personality and Individual Differences*, 35, 373-380.
- Cima, M., Nijman, H., Merckelbach, H., Kremer, K., & Hollnack, S. (2004). Claims of crime related amnesia in forensic patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 215-221.
- Cima, M., Bergen, S. van, & Kremer, K. (ingediend). Development of the Supernormality Scale Revised and its relationship with psychopathy.
- Crombag, H.F.M., & Koppen, P.J. van (1994). Verdringen als sociaal verschijnsel. *De Psycholoog*, 29, 409-415.
- Denney, R.L. (1996). Symptom validity testing of remote memory in a criminal forensic setting. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 7, 589-603.
- Edens, J.F., Buffington, J.K., & Tomicic, T.L. (2000). An investigation of the relationship between psychopathic traits and malingering on the psychopathic personality inventory. *Assessment*, 7, 281-296.

- Edens, J.F., Poythress, N.G., & Watkins, M. (2001). Further validation of the Psychopathic Personality Inventory among offenders: Personality and behavioral correlates. *Journal of Personality Disorders, 15*, 403-415.
- Greenwald, A.G., Spangenberg, E.R., Pratkanis, A.R., & Eskenazi, J. (1991). Double-blind tests of subliminal self-help audiotapes. *Psychological Science, 2*, 119-122.
- Janssen, S.L.J., & Leeuwen, A.M.H. van (2000). Dissociatie in het strafrecht? *Delikt en Delinkwent, 30*, 875-890.
- Jelicic, M., Merckelbach, H., & Bergen, S. van (2004a). Symptom Validity Testing of feigned crime-related amnesia: A simulation study. *The Journal of Credibility Assessment and Witness Psychology, 5*, 1-8.
- Jelicic, M., Merckelbach, H., & Bergen, S. van (2004b). Symptom Validity Testing of feigned amnesia for a mock crime. *Archives of Clinical Neuropsychology, 19*, 525-531.
- Jelicic, M., Merckelbach, H., Timmermans, M., & Candel, I. (2004c). De Nederlandstalige versie van de Psychopathic Personality Inventory. *De Psycholoog, 12*, 604-607.
- Kvavilashvili, L., & Ellis, J.A. (1999). The effect of positive and negative placebos on human memory performances. *Memory, 7*, 421-437.
- Lilienfeld, S.O., & Andrews, B.P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment, 66*, 488-524.
- Marshall, W.L., Serran, G., Marshall, L.E., & Fernandez, Y.M. (2005). Recovering memories of the offense in "amnesic" sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17*, 31-38.
- Merckelbach, H., Muris, P., Nijman, H., & Jong, P.J. de (1996). Self-reported cognitive failures and neurotic symptomatology. *Personality and Individual Differences, 20*, 715-724.
- Merckelbach, H., & Smith, G.P. (2003). Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology, 47*, 409-410.
- Merckelbach, H., Hauer, B., & Rassin, E. (2002). Symptom validity testing of feigned dissociative amnesia: a simulation study. *Psychology, Crime and Law, 8*, 311-318.
- Merckelbach, H.L.G.J., Oorsouw, K.I.M. van, Koppen, P.J. van, & Jelicic, M. (2005). Weet er niets meer van, edelachtbare: Over daderamnesie. *Delikt en Delinkwent, 2*, 11-30.
- Merckelbach, H., & Wessel, I. (1998). Assumptions of students and psychotherapists about memory. *Psychological Reports, 82*, 763-770.
- Oorsouw, K. van, & Merckelbach, H. (in druk). Remembering causes amnesia: The paradoxical effect of remembering.
- Oorsouw, K. van, & Merckelbach, H. (2004). Amnesie als paradoxaal effect van herinneren. *De Psycholoog, 39*, 544-549.
- Ponds, R.W.H.M., Boxtel, M.P.J. van, & Jolles, J. (2000). Age-related changes in subjective cognitive functioning. *Educational Gerontology, 26*, 67-81.
- Poythress, N.G., Edens, J.F., & Watkins, M.M. (2001). The relationship between psychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness. *Law and Human Behavior, 25*, 567-582.
- Smith, G.P., & Burger, G.K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 25*, 183-189.
- Squire, L.R., Wetzell, C.D., & Slater, P.C. (1979). Memory complaints after electroconvulsive therapy: Assessment with a new self-rating scale instrument. *Biological Psychiatry, 14*, 791-801.
- Wagle, A.C., Berrios, C.E., & Ho, L. (1999). The Cognitive Failures Questionnaire in psychiatry. *Comprehensive Psychiatry, 40*, 478-484.
- Winkielman, P., Schwarz, N., & Belli, R. F. (1998). The role of ease of retrieval and attribution in memory judgments: Judging your memory as worse despite recalling more events. *Psychological Science, 9*, 124-126.
- Winkielman, P., & Schwarz, N. (2001). How pleasant was your childhood? Beliefs about memory shape inferences from experienced difficulty of recall. *Psychological Science, 12*, 176-179.