

# Onderzoek naar de Betrouwbaarheid en Validiteit van de Self-Report Symptom Inventory bij Jongeren

Leona Blanken<sup>1</sup>, Yvonne Bol<sup>2</sup>, Audrey Merry<sup>3</sup> en Brechje Dandachi-FitzGerald<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Vakgroep Klinische en Medische Psychologie, Afdeling Kind & Adolescent, Zuyderland GGz, Sittard-Geleen, Nederland | <sup>2</sup>Vakgroep Klinische en Medische Psychologie, Afdeling Medische Psychologie, Zuyderland Medisch Centrum, Sittard-Geleen, Nederland | <sup>3</sup>Zuyderland Academie, Zuyderland Medisch Centrum, Sittard-Geleen, Nederland | <sup>4</sup>Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Afdeling Klinische Psychologische Wetenschappen, Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland | <sup>5</sup>Faculteit Psychologie, Vakgroep Klinische Psychologie, Open Universiteit Heerlen, Heerlen, Nederland

**Samenvatting** Ondanks dat jongeren hun klachten kunnen overdrijven, zijn er voor deze doelgroep geen op zichzelfstaande instrumenten beschikbaar om deze vorm van symptoomvaliditeit te meten. Wij onderzochten bij 88 Nederlandstalige jongeren, in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar, uit de algemene populatie of de Self-Report Symptom Inventory (SRSI) voldoende onderscheidend vermogen heeft om respondenten die hun klachten eerlijk invullen te onderscheiden van respondenten die geïnstrueerd zijn depressie of pijn te veinzen. Daarnaast beoordeelden we de interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid van de SRSI. Bijkomend onderzochten we de impact van het slordig invullen op de SRSI. Aan het onderzoek namen 88 jongeren deel met een gemiddelde leeftijd van 13,93 jaar ( $SD = 1,47$ ), waarvan de helft vrouw was. De SRSI werd tweemaal ingevuld: de eerste keer eerlijk ( $N = 88$ ) en de tweede keer volgens een van de vier rollen: eerlijk invullen ( $n = 24$ ), depressie veinzen ( $n = 23$ ), pijn veinzen ( $n = 22$ ) of slordig invullen ( $n = 19$ ). Resultaten tonen aan dat de SRSI effectief onderscheid maakt tussen eerlijke invullers en geïnstrueerde veinzers. De specificiteit van de SRSI bij het standaard afkappunt bedroeg ,90 en de sensitiviteit ,91. Voor de plausibele en pseudosymptoomschaal zijn de interne consistentie (Cronbach's  $\alpha = ,91$  en ,81, respectievelijk) en de test-hertestbetrouwbaarheid voldoende ( $n = 24$ ;  $r = ,93$  en ,88, respectievelijk). Bij slordige invullers scoort ongeveer de helft van de deelnemers boven het afkappunt van de SRSI. Exploratief onderzoek suggereert dat het positief beantwoorden van meer dan één consistentie-item na het falen op de SRSI, eerder wijst op slordig invullen dan op klachtoverdrijving. Concluderend zijn deze eerste bevindingen bemoedigend voor de toepasbaarheid van de SRSI bij jongeren. Verder onderzoek is echter nodig alvorens de SRSI ingezet kan worden om klachtenoverdrijving bij jongeren in de klinische praktijk op te sporen.

**Trefwoorden** symptoomvaliditeit, symptoom overrapportage, Self-Report Symptom Inventory, adolescentie, psychodiagnostiek

## Artikelgeschiedenis

Ontvangen: 13 december 2023  
Geaccepteerd: 26 november 2025  
Online: 8 april 2026

## Contactpersoon

Leona Blanken,  
l.blanken@zuyderland.nl

## Copyright

© Author(s); licensed under Creative Commons Attribution 4.0. This allows for unrestricted use, as long as the author(s) and source are credited.

## Financiering Onderzoek

Geen externe financiering, vergoeding participanten uit het opleidingsbudget van Zuyderland.

## Belangen

L. Blanken, Y. Bol en A. Merry hebben geen belangen te vermelden. B. Dandachi-FitzGerald is een van de auteurs van de Nederlandstalige versie van de Self-Report Symptom Inventory. De vragenlijst wordt commercieel gedistribueerd via Hogrefe Publishers. De auteurs rapporteren verder geen conflicterende belangen.

## 1 Inleiding

Psychodiagnostiek heeft als doel het psychisch functioneren te evalueren en klinische symptomen te beoordelen. Een belangrijk onderdeel hiervan bestaat uit zelfrapportagevragenlijsten, waarmee onder meer klachten, copingstijl en persoonlijkheidsfunctioneren in kaart worden gebracht. Het gebruik van zelfrapportage brengt echter ook risico's met zich mee: cliënten kunnen vragenlijsten onnauwkeurig invullen, bijvoorbeeld uit onverschilligheid, slordigheid, of door klachten te minimaliseren, te ontkennen of juist te overdrijven. Wanneer dergelijke vertekeningen sterk aanwezig zijn, komt de geldigheid van de beoordeling in het geding – een verschijnsel dat in de literatuur wordt aangeduid als 'verminderde symptoomvaliditeit'.

De symptoomvaliditeit van het psychologisch onderzoek kan worden vastgesteld met behulp van verschillende methoden (Sweet et al., 2021). In dit artikel richten we ons specifiek op klachtoverdrijving, die beoordeeld kan worden met behulp van *Symptom Validity Tests* (svts). svts zijn vragenlijsten die bestaan uit bizarre, atypische of onwaarschijnlijke symptomen, ook wel pseudosymptomen genoemd. Wanneer een cliënt een groot aantal van deze pseudosymptomen bevestigend beantwoordt, wijst dit op mogelijke klachtoverdrijving, en daarmee op een verminderde geldigheid van de zelfrapportage van klachten, symptomen en functioneren (Schroeder & Martin, 2022). De conclusies en behandeladviezen die op deze zelfrapportage gebaseerd zijn, kunnen dan aan validiteit inboeten.

Beoordeling van klachtoverdrijving bij het invullen van zelfrapportagelijsten wordt aanbevolen bij ieder psychodiagnostisch onderzoek (Sweet et al., 2021). Deze aanbeveling geldt ook bij psychodiagnostiek bij kinderen en jongeren, omdat ook zij klachten kunnen overdrijven. Kinderen ontwikkelen de vaardigheid tot het voorwenden of veinzen van klachten of problemen vanaf de vroege schooljaren en deze vaardigheid neemt toe met de leeftijd (Salekin et al., 2018). De prevalentie van klachtoverdrijving bij kinderen en jongeren, hoewel gebaseerd op weinig onderzoek, varieert van 8% tot 20% in de klinische populatie en kan oplopen tot 60% bij de populatie die betrokken is bij letselschadezaken (Kirkwood, 2015; Rogers & Gonzalez, 2008). Er zijn diverse redenen waarom kinderen en jongeren hun klachten overdrijven of veinzen. Jongeren kunnen hun klachten anders presenteren door hun nog in ontwikkeling zijnde cognitieve, emotionele en gedragsvaardigheden, wat kan bijdragen aan een overdrijving van klachten zonder dat er sprake is van doelbewuste misleiding (Ploetz et al., 2022). Daarnaast kunnen jongeren hun persoonlijke verantwoordelijkheid willen ontlopen, of financiële, materiële (waaronder medicatie) of schoolse voordelen najagen. Ook kan sociale druk, met name verwachtingen om te presteren, jongeren beïnvloeden en hen aanzetten tot het overdrijven of veinzen van klachten, bijvoorbeeld om zo activiteiten waarin ze bang zijn tekort te schieten te vermijden. Belangrijk om op te merken is dat svts de validiteit van de verkregen data beoordelen – of er sprake is van klachtoverdrijving – maar niet de onderliggende redenen voor deze verminderde validiteit.

Hoewel beoordeling van de klachtenoverdrijving belangrijk is, zijn er beperkte middelen voorhanden om de validiteit van de zelfrapportagevragenlijsten bij kinderen en jongeren te beoordelen, wat deze taak in de praktijk uitdagend maakt. Hoewel het gebruikelijk is om bij psychologisch onderzoek informatie te verzamelen via diverse informanten (denk aan ouders, leerkrachten of andere zorgverleners) en alert te zijn op discrepanties in de resultaten (Noorloos & Bosch, 2018), hoeven discrepanties niet te betekenen dat er sprake is van verminderde symptoomvaliditeit. Discrepanties kunnen immers ook verklaard worden door verschillende ervaringen in verschillende contexten (bijvoorbeeld een leerkracht die ander gedrag waarneemt dan een ouder, of een kind dat zijn innerlijke ervaringen niet of anders deelt met zijn omgeving).

Naast bovenstaande mogelijkheden om symptoomvaliditeit te beoordelen zetten klinici regelmatig gedragsbeoordelingen in waarbij ze inschatten of iemand gemotiveerd is tijdens het psychologisch onderzoek of de indruk wekt slordig te antwoorden. Onderzoek wijst echter uit dat het beoordelen van symptoomvaliditeit op basis van alleen klinische inschatting foutgevoelig is (Dandachi-FitzGerald et al., 2017; Faust et al., 1988).

Het gestandaardiseerd meten van de validiteit van het psychodiagnostisch onderzoek middels SVT's heeft dan ook de voorkeur. Echter, een fors beperkende factor voor het gebruik van SVT's bij psychologisch onderzoek bij kinderen en jongeren is het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van SVT's in deze doelgroep (Sweet et al., 2021). Voor de Nederlandse kinderen en jongeren zijn alleen de validiteitsschalen van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescence (MMPI-A) bruikbaar (Emhoff et al., 2018; Kirk et al., 2020). Een nadeel is dat de MMPI-A een lange persoonlijkheidsvragenlijst is bestaande uit 478 items waarvan de symptoomvaliditeitsschalen een integraal onderdeel zijn.

Bij volwassenen zijn zowel de Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS; zie voor de Nederlandse versie Merckelbach et al., 2001) als de recent uitgebrachte Self-Report Symptom Inventory (SRSI; zie voor de Nederlandse versie Dandachi-FitzGerald et al., 2024) instrumenten om symptoomvaliditeit te meten. De SIMS is de bekendste en meest gebruikt SVT bij volwassenen (Dandachi-FitzGerald et al., 2013; Martin et al., 2015). Deze SVT bestaat uit 75 items van symptomen die onwaarschijnlijk, bizar of atypisch zijn (pseudosymptomen). Ondanks de redelijk goede psychometrische eigenschappen (Shura et al., 2022; Van Impelen et al., 2014), kleven aan de SIMS verschillende nadelen. Zo bestaat de SIMS alleen maar uit pseudo-items, die bovendien gericht zijn op het meten van overdrijven van ernstige pathologie, zoals psychotische aandoeningen en geheugenverlies, terwijl pseudo-items die meer alledaagse en vaker voorkomende klachten, zoals angst, pijn en vermoeidheid bevragen, ontbreken (Hall & Poirier, 2021). Ook bevat de naam van de test de term 'malingering', hetgeen ten onrechte suggereert dat klachtoverdrijving altijd een signaal is van opzettelijk bedrog om er voordeel uit te slepen (Merckelbach et al., 2019). Ten slotte zou de specificiteit van de SIMS binnen een klinische populatie te wensen overlaten, wat betekent dat cliënten met authentieke symptomen een verhoogde kans lopen om door de SIMS ten onrechte bestempeld te

worden als iemand die klachten overdrijft bij het psychologisch onderzoek (Merten et al., 2016).

Met voorgaande beperkingen in gedachten is de SRSI ontwikkeld (Merckelbach et al., 2018; Merten et al., 2016). De SRSI bestaat uit 107 items; 2 controle-items, 5 consistentie-items die positieve gezondheid bevragen, 50 items met plausibele symptomen en 50 items met pseudosymptomen. Om het werkelijke doel van de vragenlijst te verhullen en de SRSI als SVT beter bestand te maken tegen doelbewuste beïnvloeding door respondenten, zijn de pseudo-items strategisch ingebed tussen plausibele items (Merten et al., 2022). In tegenstelling tot de SIMS, vertegenwoordigen de items en (sub)schalen symptomen die minder extreem pathologisch van aard zijn. Dit sluit beter aan bij de 'normale' klinische ggz-praktijk. De plausibele symptoomschaal bevat in de praktijk veelvoorkomende symptomen, zoals cognitieve, depressieve, niet-specifieke somatische klachten (bijvoorbeeld vermoeidheid), angst/PTSS en pijn. De pseudosymptoomschaal bevat onwaarschijnlijke, waarschijnlijk niet-authentieke, manifestaties van cognitieve klachten, pijn, motorische, sensorische en depressieve/angstsymptomen. De items zijn geformuleerd als wel/niet-vragen, waarbij de cliënt elk item kan bevestigen of ontkennen. De bevestigde antwoorden worden opgeteld en in twee totaalschalen verdeeld: één voor plausibele symptomen en één voor pseudosymptomen. Daarnaast wordt een ratioscore berekend door het aantal bevestigde pseudosymptomen te delen door het aantal bevestigde plausibele symptomen. Deze ratioscore geeft inzicht in de mate waarin de invuller selectief plausibele en pseudosymptomen aankruist, wat een indicatie geeft van de nauwkeurigheid van de klachtpresentatie. Hoe lager de ratio, hoe meer pseudosymptomen zijn vermeden ten opzichte van plausibele symptomen (Dandachi-FitzGerald et al., 2024). Ten slotte geven opgetelde bevestigde consistentie-items (totaalscore consistentie) inzicht in de mate van zorgvuldigheid waarmee de vragenlijst is ingevuld. Deze consistentiebeoordeling wordt pas na het overschrijden van de pseudo-itemschaal ingezet. Meerdere aangekruiste positieve gezondheidsitems zijn tegenstrijdig met bizarre en atypische klachten boven het afkappunt. Dan lijkt er eerder sprake van slordig invullen in plaats van klachtenoverdrijving.

Hoewel de SRSI relatief nieuw is, zijn er al verschillende wetenschappelijke onderzoeken uitgevoerd bij volwassenen. We zullen ons hierbij beperken tot de bevindingen van de Nederlandse SRSI, die overigens in hoge mate overeenkomen met die van de oorspronkelijke Duitse versie (Dandachi-FitzGerald et al., 2024; Dandachi-FitzGerald et al., 2023; Merten et al., 2022).

De belangrijkste maat voor klachtenoverdrijving binnen de SRSI is het totaal aantal bevestigde pseudosymptomen. Op basis van eerder onderzoek zijn hiervoor drie afkappunten vastgesteld om klachtoverdrijving vast te stellen. Dit betreft een liberaal afkappunt >6 (geschikt voor screeningsdoeleinden), een standaard afkappunt >9 (voor diagnostische doeleinden) en een streng afkappunt >15. Deze afkappunten gaan gepaard met respectievelijke sensitiviteiten van ,83; ,62 en ,33 en specificiteiten van ,91; ,96 en ,99. Voor de ratio wordt een afkappunt van ,288 geadviseerd. Aanvullend onderzoek is

echter nodig voordat deze score betrouwbaar ingezet kan worden als maat voor symptoomvaliditeit (Merckelbach et al., 2018; Merten et al., 2016; 2022). De SRSI is ontwikkeld als SVT, waarbij het wetenschappelijk onderzoek zich tot nu toe voornamelijk heeft gericht op de criteriumvaliditeit van de pseudosymptoomschaal voor het identificeren van klachtoverdrijving. Voor de plausibele symptoomschaal en de consistentieschaal zijn geen normen of afkappunten beschikbaar waardoor deze schalen niet verder beoordeeld kunnen worden (Dandachi-FitzGerald et al., 2024; De Page et al., 2025). Wat betreft de interne consistentie werd een Cronbach's alpha gevonden van ,94 voor de plausibele symptoomschaal en ,91 voor de pseudosymptoomschaal. Test-hertest-correlaties met een tussenpoos van twee weken waren redelijk hoog, namelijk ,92 voor plausibele symptomen en ,88 voor pseudosymptomen.

Samengevat ontbreekt het in de Nederlandse praktijk momenteel aan opzichzelfstaande SVTs voor kinderen en jongeren, terwijl ook zij bij psychologisch onderzoek klachten kunnen overdrijven en psychometrische beoordeling van deze symptoomvaliditeit wordt aanbevolen (Sweet et al., 2021). Op basis van de bevindingen bij volwassenen zou de SRSI ook een geschikt instrument kunnen zijn voor jongeren. Met dit in gedachten verrichtten we een experimentele studie naar het diagnostisch onderscheidend vermogen en de test-hertestbetrouwbaarheid van de SRSI bij jongeren uit de algemene populatie van 12 tot en met 17 jaar. We voorspelden dat jongeren bij het eerlijk invullen significant minder plausibele symptomen en pseudosymptomen zouden aanvinken dan wanneer zij de vragenlijsten invulden onder de instructie klachten te veinzen. De SRSI zou voldoende specifiek moeten zijn, met afkapwaarden van >6, >9 en >15 pseudosymptomen zoals geïdentificeerd in het onderzoek met volwassenen (Merten et al., 2016; 2019; 2022). Traditioneel wordt in het onderzoek naar validiteitstesten het afkappunt zo gekozen dat maximaal 10% van de valide rapportages ten onrechte als invalide worden geclassificeerd (Schroeder et al., 2021). Dit impliceert dat bij het standaard afkappunt van de SRSI pseudosymptoomschaal (>9) de specificiteit minstens ,90 zou moeten bedragen. Door de focus op specificiteit kan de sensitiviteit lager uitvallen. Een sensitiviteitswaarde vergelijkbaar met die uit onderzoek bij volwassenen naar de SRSI bij het standaard afkappunt (>9) achten we daarbij acceptabel (grootweg tussen de ,40 en ,80; Dandachi-FitzGerald et al., 2024).

Voor de hoofdschalen van de SRSI verwachtten we een interne consistentie (Cronbach's alpha) boven ,80. Bovendien verwachtten we een voldoende test-hertestbetrouwbaarheid (Pearson  $r > ,80$ ) bij het tweemaal eerlijk invullen van de vragenlijst. Tot slot wilden we in de huidige studie exploratief de impact van slordig invullen op de SRSI onderzoeken en nagaan of de consistentieschaal hierbij een onderscheid kan maken tussen deze twee verschillende vormen van invalide zelfrapportage: slordig invullen en doelgerichte klachtoverdrijving.

## 2 Methode

De studie is gepreregistreerd in het Nationale Trial Register onder nummer NL-OMON 25603 (International Clinical Trials Registry Platform). Alle gebruikte materialen, behalve de SRSI waar copyright op rust, en de analysecode zijn beschikbaar gemaakt in het Open Science Framework: [https://osf.io/5qsbn/?view\\_only=494f64c036cc48c8a9gabef8bf57a90f](https://osf.io/5qsbn/?view_only=494f64c036cc48c8a9gabef8bf57a90f).

### 2.1 Deelnemers

De steekproefgrootte is afgestemd op de opzet en het doel van dit eerste verkennende onderzoek. In vergelijkbare studies met *within-subject designs* worden doorgaans grote tot zeer grote effecten gevonden (bijvoorbeeld Van Helvoort et al., 2019), waardoor een bescheiden omvang per conditie toereikend is. Een *poweranalyse*, gebaseerd op de effectgrootte zoals gerapporteerd door Van Helvoort et al. (2019) voor de vergelijking tussen de pseudosymptomschaal bij T<sub>1</sub> (eerste eerlijke afname) en T<sub>2</sub> (geveinsde afname) (Cohen's  $d = 1,79$ ), met  $\alpha = .05$  en power  $(1-\beta) = .80$ , liet zien dat voor een vergelijking tussen subgroepen met een niet-parametrische toets een minimale steekproefomvang van 20 deelnemers vereist is. Op basis hiervan is gekozen voor een totale steekproef van circa 80-100 deelnemers, met gemiddeld 20-25 per conditie.

Werving van Nederlandssprekende participanten in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar vond plaats tussen juli 2021 en september 2022. De participanten hebben zich gemeld nadat ze, via reguliere middelbare scholen (alle onderwijsniveaus) en sportclubs in de Westelijke Mijnstreek van de provincie Limburg, de wervingsfolder gekregen hadden. Participanten mochten niet deelnemen wanneer ze een oncorrigeerbare visuele beperking hadden, een andere fysieke beperking hadden die het gebruik van een computer verhinderde, de Nederlandse taal onvoldoende beheersten, en/of wanneer er sprake was van een fysieke/psychische diagnose waarvoor specialistische behandeling geboden werd. Potentiële deelnemers hebben de proefpersoneninformatiebrief ontvangen met daarin informatie over de inhoud van het onderzoek, de vertrouwelijkheid van gegevens, de vrijwilligheid van deelname, de mogelijkheid om te stoppen, en de contactgegevens van de onderzoeker en een onafhankelijk vertrouwenspersoon. Alle participanten en, indien jonger dan 16 jaar, ook hun ouders verleenden schriftelijke toestemming voor deelname. De studie is als niet-wmo-plichtig onderzoek goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van Zuyderland en Hogeschool Zuyd [METCZ20210058]. De studie werd uitgevoerd in overeenstemming met de Verklaring van Helsinki. In totaal hebben 95 participanten deelgenomen. Voordat de statistische analyse werd uitgevoerd, werden zeven participanten geëxcludeerd; één participant haalde de leeftijdsondergrens niet en zes participanten beantwoordden meer dan twee pre- of postexperimentele controlevragen incorrect, waaruit bleek dat ze de instructies niet goed begrepen of uitgevoerd hadden. Alle vragenlijsten zijn in het Nederlands voorgelegd en ingevuld. Zes

participanten hebben aangegeven niet altijd in Nederland woonachtig te zijn geweest, waarvan twee participanten korter dan twee jaar in Nederland woonachtig waren. Zeven participanten rapporteerden een dyslexieverklaring te hebben. Enkele participanten hebben aangegeven klachten te hebben, namelijk; een gebroken pols ( $n = 1$ ), een verstuikte enkel ( $n = 1$ ), een diagnose autismespectrumstoornis ( $n = 1$ ), een diagnose *attention deficit (hyperactivity) disorder* ( $n = 2$ ) waarbij de laatste twee participanten medicatie gebruikten, maar allen zonder specialistische behandeling.

## 2.2 Procedure

Door de COVID-19-pandemie vond het onderzoek online plaats. In een eenmalige beeldbelafpraak via Microsoft Teams van ongeveer 45 minuten kregen de jongeren het onderzoek aangeboden. De onderzoeker bleef tijdens het invullen online aanwezig om eventuele vragen te beantwoorden. Na de eerste uitleg kregen ze een link naar het digitale testsysteem van Zuyderland (Datamanager module van EDC Researchmanager) met daarin alle onderdelen van het onderzoek. Participanten werden gevraagd de Nederlandse SRSI tweemaal digitaal in te vullen. Eenmaal als zichzelf (eerlijk, tijdstip 1). Vervolgens werden ze op basis van toeval verdeeld aan één van vier condities: 1) nogmaals eerlijk invullen; 2) depressieve symptomen te veinzen; (3) pijnsymptomen te veinzen; en 4) te doen alsof ze geen zin hadden in het onderzoek en zo snel mogelijk klaar wilden zijn (slordig invullen). Zie figuur 1 voor het volledige overzicht. In iedere conditie kregen ze een script te lezen (zoals een rol in een film) en werd hen gevraagd om vanuit die rol de SRSI nogmaals in te vullen (tijdstip 2). Na het invullen werden alle participanten geïnformeerd over het doel van het onderzoek.

Participanten ontvingen een € 7,50 cadeaubon als vergoeding en maakten kans op het winnen van een iPad aan het einde van de studie.

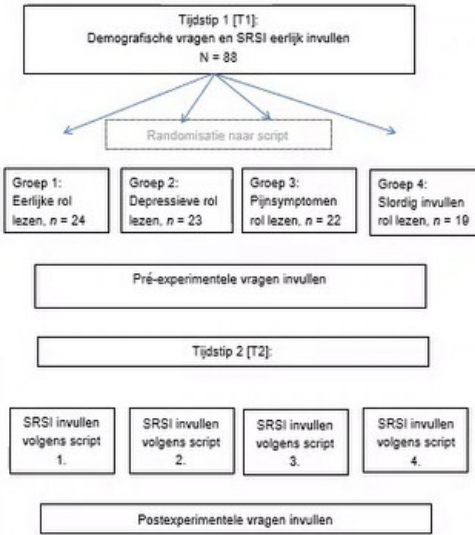
## 2.3 Meetinstrumenten

### 2.3.1 Demografische Vragenlijst

Een demografische vragenlijst werd ingevuld om de leeftijd, het geslacht, het schoolniveau en de duur woonachtig in Nederland vast te leggen. Ook werd nagevraagd of er sprake was van dyslexie.

### 2.3.2 Nederlandse Versie van de Self-Report Symptom Inventory (SRSI)

De Nederlandse versie van de SRSI werd gebruikt om de symptoomvaliditeit te meten (Dandachi-FitzGerald et al., 2024; Merckelbach et al., 2018; Merten et al., 2019). Zoals in de inleiding beschreven, bestaat de SRSI uit twee hoofdschalen van ieder vijftig items: de plausibele symptoomschaal met items in de trant van: 'Ik kan nauwelijks in slaap komen' en de pseudosymptoomschaal met items zoals: 'Zelfs als ik lichtjes word aangeraakt, krimp ik ineen van de pijn', twee controle-items die bevroegen of de participant de instructie goed had gelezen/bereid was de vragen eerlijk te beantwoorden en een



**Figuur 1** Flowchart

consistentieschaal met vijf positieve gezondheidsitems, zoals: ‘Mij mankeert niets’, om het zorgvuldig lezen, en zo ook de consistentie van invullen, te checken. De maat voor klachtenoverdrijving is een score boven één van de afkappunten van de pseudosymptoomschaal. Omdat de ratioscore nog niet als symptoomvaliditeitsmaat interpreteerbaar is, wordt deze verder buiten beschouwing gelaten.

### 2.3.3 Vier Scripts

Er werden vier scripts geschreven voor dit experiment. In conditie 1 (eerlijke script) werd aan de jongeren gevraagd de vragenlijst een tweede keer in te vullen omdat een tweede keer invullen de score soms kan veranderen. In condities 2, 3 en 4 werden jongeren gevraagd een specifieke rol te spelen, vergelijkbaar met een filmrol. In conditie 2 (depressieve symptomen) moesten ze zich inleven in iemand die het moeilijk had op school, weinig vrienden had en zich down voelde. Na twee weken ziekte was de persoon in staat om weer naar school te gaan, maar thuisblijven voelde fijner. In conditie 3 (pijnsymptomen) werd gevraagd zich in te leven in iemand met een hersenschudding na een auto-ongeluk. Na twee weken was de persoon in staat om weer naar school te gaan, maar thuisblijven voelde fijner. In condities 2 en 3 werden participanten gevraagd om zich voor te stellen dat ze thuis wilden blijven en om dit te bereiken moesten ze klachten overdrijven, zonder dat het de beoordelaar zou opvallen. Voor conditie 4 (slordig invullen) moesten jongeren zich inleven in iemand die geen zin had, weinig naar school ging en liever gamede. Om zorgen van de omgeving te objectiveren werd hen gevraagd een vragenlijst in te vullen, waarbij ze maar wat invulden.

### 2.3.4 Pre- en Postexperimentele Controlevragen

In de vragenbatterij werden verschillende experimentele controles toegepast: 1) de twee controle-items van de SRSI (T1), 2) pré-experimentele vragen; drie vragen na het lezen van het script controleerden op onoplettend lezen van het script, 3) postexperimentele vragen; door middel van drie vragen werd achteraf gecheckt of deelnemers alle vragen van de SRSI zorgvuldig volgens de rol hebben beantwoord tijdens het experiment en of het gelukt was zich in te leven in de rol.

## 2.4 Statistische Analyse

Allereerst zijn alle data gecontroleerd op missende waarden en bleken er geen ontbrekende gegevens te zijn. Vervolgens is gekeken of de demografische variabelen en beide hoofdschalen (plausibele symptoomschaal en pseudosymptoomschaal) normaal verdeeld waren en zijn er non-parametrische toetsen toegepast, omdat deze variabelen scheef verdeeld waren. Om te controleren of de verdeling van de scripts op basis van toeval heeft geleid tot vier vergelijkbare subgroepen, zijn de continue variabelen (zoals leeftijd) tussen de subgroepen op T1 (tijdstip 1) vergeleken middels een Kruskal-Wallistoets en zijn de categorische variabelen (zoals geslacht en opleidingsniveau) vergeleken middels een chi-kwadraattoets.

De data zijn daarna geanalyseerd in verschillende stappen om na te gaan of de SRSI voldoende onderscheid kon maken tussen de eerlijke en de overdrijvende invuller.

In een eerste stap werden de gemiddelden en standaarddeviaties van de plausibele en pseudosymptoomschaal berekend voor de eerste eerlijke afname (T1). Middels frequentie-analyse werd het aantal participanten, dat boven en onder de drie afkappunten voor pseudosymptomen scoorde, berekend. Tevens is bekeken of de vier subgroepen op T1 bij het eerlijk invullen vergelijkbaar waren in de antwoorden op de plausibele symptoomschaal en de pseudosymptoomschaal middels een Kruskal-Wallistoets, aangezien verschillen tussen de subgroepen op T1 tot vertekening van de resultaten zou leiden op T2.

In een tweede stap onderzochten we middels Wilcoxon signed rank toetsen per subgroep of er een verschil was tussen het eerlijk invullen op T1 en het invullen conform script op T2 voor de SRSI plausibele en pseudosymptoomschaal. De effectgrootte voor de Wilcoxon Signed-Rank toets werd uitgedrukt in  $r$ , waarbij  $r$ -waarden van 0,1, 0,3, 0,5 en 0,8 respectievelijk een klein, gemiddeld, groot en zeer groot effect aanduiden. Vervolgens is met een Kruskal-Wallistoets geanalyseerd of deze afzonderlijke twee symptoomschalen verschilden tussen de vier subgroepen op T2.

De specificiteit werd in de derde stap berekend, door het aantal participanten met een pseudosymptoomscore onder het afkappunt te delen door het totaal aantal participanten op meetmoment T1, waarbij verondersteld werd dat participanten de SRSI eerlijk invulden, dus zonder een rol of invulinstructie. Dit werd apart geanalyseerd voor de afkappunten >6, >9 en >15. De sensitiviteit werd berekend door het aantal partici-

panten in de subgroepen veinzen van depressie en pijn met een pseudosymptoomscore boven het afkappunt op T2 te delen door het totaal aantal participanten in deze twee subgroepen.

Als vierde stap werd een verkennende analyse uitgevoerd om de mogelijke impact van slordig invullen te onderzoeken. Hierbij werd gekeken naar respondenten op T2 die een score boven het afkappunt op de srsi behaalden. Binnen deze groep is nagegaan of er significante verschillen bestaan in de gemiddelde score op de vijf consistentie-items (totaalscore consistentie). Deze gemiddelde consistentiescores zijn vergeleken tussen enerzijds de twee veingsgroepen, en anderzijds de groep slordig invullen.

Als vijfde en laatste stap is de betrouwbaarheid van de srsi onderzocht door de interne consistentie (Cronbach's alpha) te berekenen van de plausibele en de pseudosymptoomschaal bij eerlijk invullen op T1. De test-hertestbetrouwbaarheid srsi is berekend middels Pearson's correlatiecoëfficiënt ( $r$ ) te berekenen tussen de scores van de beide hoofdschalen op T1 en T2 voor de subgroep deelnemers in de eerlijke conditie. Tevens is de intraclass correlatiecoëfficiënt (icc) inclusief 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) op basis van een *single measure, two way mixed* model berekend om de absolute overeenkomst tussen T1 en T2 voor de plausibele en pseudosymptoomschaal te bepalen in deze subgroep.

## 3 Resultaten

### 3.1 Beschrijvende Analyse van de Doelgroep

Er namen 88 jongeren deel met een gemiddelde leeftijd van 13,93 jaar ( $SD = 1,47$ ), waarvan 50% vrouwen (44 mannen, 44 vrouwen) waren. Van de groep jongeren volgden 4 (4,6%) basisberoepsgerichte leerweg (BB), 17 (19,5%) kaderberoepsgerichte leerweg (KB), 17 (19,5%) theoretische leerweg (TL), 16 (18,4%) hoger algemeen vormend onderwijs (havo) en 33 (37,9%) voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (vwo). Eén deelnemer had de vraag niet ingevuld. Alle deelnemers werden op basis van toeval ingedeeld in één van vier scriptgroepen: 1) nogmaals eerlijk invullen ( $n = 24$ ); 2) depressieve symptomen veinzen ( $n = 23$ ); 3) pijnsymptomen veinzen ( $n = 22$ ); en 4) doen alsof ze geen zin hadden in het onderzoek en zo snel mogelijk klaar wilden zijn (slordig invullen;  $n = 19$ ). De groepen verschilden niet statistisch significant van elkaar in gemiddelden in leeftijd ( $H(3) = 3,44$   $p = ,329$ ), percentage vrouwen ( $\chi^2(3) = 1,24$ ,  $p = ,742$ ), of verdeling van de onderwijsniveaus (hoog, midden, laag) ( $\chi^2(6) = 2,84$ ,  $p = ,828$ ).

### 3.2 Beschrijvende Analyses van de SRSI

Bij de eerste eerlijke afname werden gemiddeld genomen zo'n tien plausibele symptomen en drie pseudosymptomen aangekruist (zie Tabel 1). Er waren hierbij geen statistisch

**Tabel 1** Gemiddelden (M), standaarddeviaties (SD) en Wilcoxon Signed-Rank toetsen voor de SRSI plausibele en pseudosymptoomschaal totaal en per subgroep op tijdstip 1 versus tijdstip 2

SRSI hoofdschalen	Subgroepen	N	T1		T2		Wilcoxon Signed-Rank tests		
			M	SD	M	SD	Z	p	r
Plausibele symptomen	Totaal	88	9,89	8,18					
	Eerlijk invullen	24	9,42	7,99	9,04	8,26	-1,073	,283	,219
	Depressie veinzen	23	9,13	8,82	33,87	8,89	-4,198	<,001	,875
	Pijn veinzen	22	10,14	8,06	37,50	8,60	-4,108	<,001	,876
	Slordig invullen	19	11,11	8,27	19,68	12,93	-2,310	,021	,530
Pseudo-symptomen	Totaal	88	3,22	4,27					
	Eerlijk invullen	24	2,83	4,19	3,08	5,66	-0,574	,566	,117
	Depressie veinzen	23	2,52	3,37	24,13	12,30	-4,199	<,001	,876
	Pijn veinzen	22	3,32	4,69	28,64	13,40	-3,784	<,001	,807
	Slordig invullen	19	4,42	4,89	13,42	13,18	-2,287	,022	,525

*Noot.* SRSI = Self-Report Symptom Inventory; T1 = tijdstip 1 (eerlijk invullen); T2 = tijdstip 2 (invullen volgens subgroep).

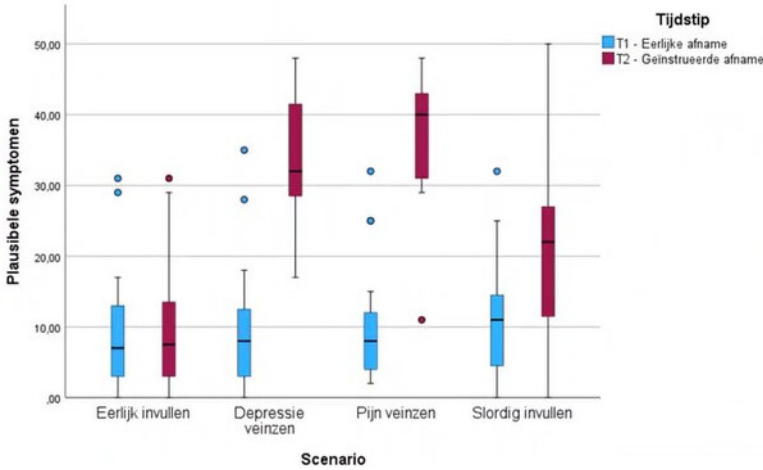
significant verschillen tussen de vier groepen voor wat betreft het gemiddelde aantal plausibele symptomen ( $H(3) = 1,39, p = ,707$ ) en pseudosymptomen ( $H(3) = 2,73, p = ,434$ ).

### 3.3 Onderscheidend Vermogen van de SRSI

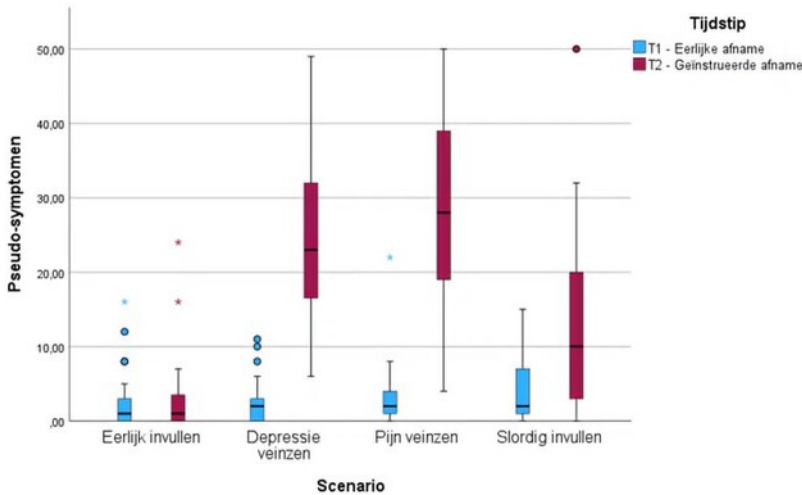
In Figuur 2 en 3 zijn de vier groepen op de twee meetmomenten visueel weergegeven.

De vergelijking binnen een groep toonde aan dat bij het veinzen van depressieve of pijnklachten of bij het slordig invullen, deelnemers gemiddeld genomen significant hoger scoorden op zowel de plausibele als de pseudosymptoomschaal, dan wanneer ze de vragenlijst eerlijk invulden (zie Tabel 1).

De vergelijking tussen de groepen op T2 toonde een significant verschil tussen de vier groepen in de scores op de plausibele symptoomschaal; ( $H(3) = 51,06, p < ,001, \eta^2 = .572$ ). Bonferroni-gecorrigeerde paarsgewijze vergelijking liet zien dat de eerlijke groep significant lager scoorde dan de depressiegroep en de pijngroep (beide  $p$ 's < ,001). De slordige groep scoorde wel hoger dan de eerlijke groep, maar dit verschil was niet significant ( $p = ,273$ ). De slordige groep scoorde significant lager dan de depressiegroep ( $p = ,011$ ) en de pijngroep ( $p < ,001$ ). De depressie- en pijngroepen verschilden niet van elkaar ( $p = 1,000$ ). Een soortgelijk patroon van bevindingen werd gevonden voor de pseudosympto-



**Figuur 2** Boxplots van de medianen voor de SRSI plausibele symptoomschaal per subgroep op tijdstip 1 versus tijdstip 2



**Figuur 3** Boxplots van de medianen voor de SRSI pseudo-symptoomschaal per subgroep op tijdstip 1 versus tijdstip 2

men ( $H(3) = 45,04$ ,  $p < ,001$ ,  $\eta^2 = ,500$ ). De eerlijke groep scoorde significant lager dan de depressiegroep en de pijngroep (beide  $p$ 's  $< ,001$ ). De slordige groep scoorde (op de grens van significantie) hoger dan de eerlijk groep ( $p = ,050$ ), maar lager dan de twee veinsgroepen, waarbij het verschil met de depressiegroep niet significant is ( $p = ,098$ ) en met de pijngroep wel ( $p = ,012$ ). De depressie- en pijngroepen verschilden niet van elkaar ( $p = 1,000$ ).

**Tabel 2** Specificiteit en sensitiviteit voor de SRSI pseudosymptoomschaal voor de verschillende afkappunten

	<i>n</i> -score onder afkappunt / Totale <i>n</i> op T1	Specificiteit <sup>a</sup>	<i>n</i> -score boven afkappunt / <i>n</i> veinzers op T2	Sensitiviteit <sup>b</sup>
Screening (afkappunt >6)	74 / 88	0,84	42 / 45	0,93
Standaard (afkappunt >9)	79 / 88	0,90	41 / 45	0,91
Streng (afkappunt >15)	86 / 88	0,98	34 / 45	0,76

*Noot.* SRSI = Self-Report Symptom Inventory; <sup>a</sup>*N* = 88, eerlijk invullen op T1; <sup>b</sup>*n* = 45, bij veinzen van depressie (*n* = 23) of veinzen van pijn (*n* = 22) op T2.

### 3.4 Specificiteit en Sensitiviteit van de SRSI

Tabel 2 vat de specificiteit- en sensitiviteitsgegevens samen. Bij de eerste afname ('eerlijk invullen') scoorden 9 jongeren (10,2%) boven het standaard afkappunt van 9. Dat betekent dat 89,8% van de eerlijke invullers op T1 door de SRSI ook daadwerkelijk als eerlijk werden geclassificeerd (specificiteit). Bij het standaard afkappunt werden in totaal 41 van de 45 (91%) deelnemers die depressieve of pijnklachten veinzen ook zo geclassificeerd door de SRSI (sensitiviteit).

### 3.5 Impact van Slordig Invullen op de SRSI

Bij de deelnemers die slordig invullen scoorden tien van de negentien (52,6%) deelnemers boven het standaard afkappunt (>9) op de pseudosymptoomschaal. Deze tien deelnemers antwoordden gemiddeld genomen ook instemmend met 2,37 (*sd* = 1,74) consistentie-items die positieve gezondheid bevroegen. De samengevoegde veingsgroepen scoorden significant lager op de consistentieschaal met een gemiddelde score van 0,47 (*sd* = 0,82); Welch's *t* = 4,56, *p* < ,001, *d* = 1,40.

### 3.6 Betrouwbaarheid van de SRSI

Cronbach's alpha's waren op T1 voor de plausibele en de pseudosymptoomschaal respectievelijk ,90 en ,81, welke wijzen op een hoge interne consistentie. Bij het direct opnieuw eerlijk invullen van de SRSI (subgroep eerlijk invullen, *n* = 24) was de correlatie van de scores tussen de twee meetmomenten significant en volgens conventionele standaarden hoog, namelijk *r* = ,93, *p* < ,001 voor de plausibele symptomen en *r* = ,88, *p* < ,001 voor de pseudosymptomen. Ook de ICC tussen T1 en T2 was hoog en bedroeg ,94 (95%-BI ,86–,97) voor de plausibele symptomen en ,85 (95%-BI ,68–,93) voor de pseudosymptomen.

## 4 Discussie

In deze studie hebben we de psychometrische kwaliteiten van de SRSI onderzocht voor toepassing bij jongeren van 12 tot en met 17 jaar. De belangrijkste bevindingen kunnen als volgt worden samengevat.

In onze studie bleek de SRSI goed onderscheid te kunnen maken tussen het eerlijk invullen of het geïnstrueerd veinzen van depressie- of pijnklachten. Conform onze hypothese vinken participanten veel meer plausibele- en pseudosymptomen aan wanneer hen gevraagd werd depressie of pijn te veinzen, vergeleken met wanneer ze de vragenlijst eerlijk invulden. Wat betreft het veinzen van klachten vonden we een behoorlijke specificiteit die net voldoet aan de eis dat deze tenminste ,90 zou moeten zijn en een voldoende sensitiviteit om klachtoverdrijving vast te stellen. Deze bevindingen bij jongeren komen overeen met de bevindingen uit het onderzoek met volwassenen, waar een specificiteit van ,91 tot ,99 gevonden is bij een sensitiviteit tussen de ,45 en ,83 (Dandachi-FitzGerald et al., 2024; Merten et al., 2022).

Vragenlijsten zoals de SRSI kunnen echter ook slordig ingevuld worden. In onze studie bleek dat ongeveer de helft van de deelnemers die slordig invulden, boven het afkappunt scoorde. Hoewel er wel degelijk sprake was van een invalide klachtweergave, was er in deze groep geen sprake van klachtoverdrijving. De consistentie-items van de SRSI kunnen mogelijk een uitkomst bieden om de slordige invullers te identificeren. Individuen die pseudosymptomen aangeven boven het afkappunt, maar ook instemmen met positieve gezondheidsitems, vertonen mogelijk slordige invulling als oorzaak voor gebrekkige symptoomvaliditeit. Dit wordt ondersteund door de bevinding dat de groep slordige invullers gemiddeld circa drie items aankruisten. Terwijl de groepen die depressie- of pijnklachten veinsden samen gemiddeld minder dan één consistentie-item aankruisten.

### 4.1 Pluspunten, Beperkingen en Toekomstig Onderzoek

Dit is de eerste studie die een SVT onderzoekt bij jongeren van 12 tot en met 17 jaar in de algemene populatie in Nederland. Het design van het huidige onderzoek, waarbij zowel de eerlijke, de veinzende als de slordige invuller met elkaar vergeleken konden worden, is vernieuwend en heeft belangrijke resultaten opgeleverd. Een pluspunt van het huidige onderzoek is verder dat het een representatieve groep jongeren betrof, waarin evenveel jongens als meisjes hebben deelgenomen uit alle voortgezet onderwijsniveaus. De scheve leeftijdsverdeling, waarbij jongere participanten oververtegenwoordigd zijn, vormt statistisch gezien een beperking, maar wijst er tegelijkertijd op dat de SRSI ook bruikbaar is bij de jongere jongeren.

De huidige studie heeft zich beperkt tot jongeren in de algemene populatie en de huidige resultaten kunnen derhalve niet gegeneraliseerd worden naar de klinische populatie. Hoewel de proefpersonen niet in specialistische behandeling waren voor mentale of lichamelijke klachten, is het overigens wel waarschijnlijk dat een deel van de proefper-

sonen evidente klachten ervaarde. Mogelijk hebben deze klachten toch invloed gehad op de scores en zijn er scores boven het afkappunt in de eerste eerlijke afname van jongeren met mentale klachten. Vervolgonderzoek is dan ook nodig om te kijken of bij jongeren met lichamelijke en mentale klachten de specificiteit ,90 of hoger blijft. Voorts kunnen we niet met zekerheid stellen dat deelnemers de SRSI bij de eerste afname daadwerkelijk eerlijk hebben ingevuld, hoewel de controle-items en pré- en postexperimentele vragen wel in de richting van eerlijk invullen wijzen.

Ten slotte is het belangrijk om te benadrukken dat de SRSI als SVT specifiek bedoeld is om klachtoverdrijving te meten. Andere vormen van inaccuraat invullen, zoals slordig invullen of het onderrapporteren van klachten, vallen buiten het bereik van deze test. Deze beperking geldt overigens niet alleen voor de SRSI, maar ook voor andere meetinstrumenten die gericht zijn op het signaleren van een vertekende klachtenpresentatie, in dit geval specifiek klachtoverdrijving. Daarom is het essentieel dat slordig invullen eerst wordt uitgesloten voordat scores boven het afkappunt op de SRSI geïnterpreteerd kunnen worden als indicatie van klachtoverdrijving.

Een goed voorbeeld van een stapsgewijze interpretatie is te vinden bij de MMPI-A (Dijk et al., 1993). Hier wordt eerst gekeken of er niet veel vragen opengelaten zijn, vervolgens of er sprake is van consistent antwoorden en daarna pas de symptoomvaliditeit en bij voldoende validiteit de inhoudsschalen. Mogelijk kan de consistentieschaal van de SRSI zelf of de Infrequentieschaal van Chapman en Chapman (1986) hiervoor gebruikt worden, aangezien deze antwoordpatronen vastlegt die onzorgvuldig zijn.

Toekomstig onderzoek is belangrijk om het gebruik van de SRSI binnen de klinische doelgroep van jongeren die zijn verwezen voor psychologisch onderzoek mogelijk te maken. Hierbij dient als eerste onderzocht te worden of de specificiteit minstens ,90 blijft, wanneer jongeren met mentale en lichamelijke klachten de vragenlijst eerlijk invullen. Een vervolgstudie loopt momenteel waarbij de SRSI wordt onderzocht bij jongeren die behandeling wensen voor hun mentale en/of somatische klachten, waarbij de symptoomvaliditeit ter vergelijking onafhankelijk vastgesteld wordt met de MMPI-validiteitsschalen. Daarnaast is het belangrijk te onderzoeken voor welke psychologische constructen de SRSI mogelijk minder geschikt is als SVT. Onderzoek suggereert bijvoorbeeld dat breedspectrum SVTs, gericht op mentale en lichamelijke klachten zoals de SRSI, mogelijk minder effectief zijn in het detecteren van inaccuraat invulgedrag bij bijvoorbeeld ADHD-vragenlijsten, waar klachtgerichte SVTs, zoals die van de Connors Adult ADHD Rating Scale, beter kunnen functioneren (Harrison et al., 2021). De SRSI bestrijkt diverse domeinen zoals depressie, angst, posttraumatische stressstoornis en pijn, maar niet alle domeinen, hetgeen de gevoeligheid voor het vaststellen van selectieve overrapportage kan beperken. Toekomstig onderzoek naar de toepasbaarheid van de SRSI zou zich daarom ook moeten richten op ontwikkelingsstoornissen, zoals ADHD en leerstoornissen. Tot slot is verder onderzoek naar de plausibele symptoomschaal en de subschalen belangrijk, zodat deze bij valide invulling mogelijk betrouwbare informatie over de aanwezigheid van psychopathologie kunnen opleveren (De Page et al., 2025).

## 4.2 Implicaties voor de Klinische Praktijk

Het vaststellen van mogelijke vertekening in de klachtenpresentatie vormt een eerste stap in het bredere proces van diagnostiek en begrip van de klachten (Dandachi-FitzGerald, 2015). SVTs kunnen daarbij helpen, maar er gelden wel richtlijnen voor het gebruik ervan. Eén SVT is onvoldoende om een robuuste uitspraak te kunnen doen over de symptoomvaliditeit op een testmoment. Het is aan te raden naast zelfrapportagevragenlijsten en SVTs ook informatie te verzamelen uit andere bronnen, zoals het medisch dossier en belangrijke relaties. Een resultaat boven het afkappunt geeft aanleiding om met de patiënt te spreken over de klachtenrepresentatie, alvorens de gegevens definitief te interpreteren. Het resultaat van een SVT zoals de SRSI kan niet generaliseerd worden naar andere testmomenten, omdat het een momentaan beeld meet. De SRSI kan daarom wel herhaaldelijk worden ingezet bij latere testmomenten, mits het doel van de SRSI niet bekend is bij de client. Bovendien, zoals hierboven vermeld, is het belangrijk om validiteitstesten te gebruiken die specifiek gericht zijn op de klachten die worden gerapporteerd. Dit maakt een variatie aan SVTs noodzakelijk en het is dus belangrijk dat er meer SVTs voor jongeren beschikbaar komen (Lippa, 2022). Daarom is het belangrijk om ook andere SVTs voor jongeren middels wetenschappelijk onderzoek beschikbaar te maken (Lippa, 2022).

## 4.3 Conclusie

Net als bij volwassenen zou de clinicus die psychodiagnostisch onderzoek doet bij jongeren nooit alleen mogen varen op zijn klinische inschatting als het gaat om symptoomvaliditeit. Deze studie heeft aangetoond dat de SRSI een voldoende onderscheid kan maken tussen geïnstrueerde veinzers en eerlijke invullers en daarmee een mogelijk geschikt instrument is voor het meten van symptoomvaliditeit bij Nederlandssprekende jongeren van 12 tot en met 17 jaar. Dit onderzoek is een eerste en belangrijke stap in het onderzoek naar SVTs bij jongeren. Verdere onderzoeksinspanningen zijn essentieel om deze bevindingen te bevestigen en hun toepasbaarheid in de klinische populatie mogelijk te maken, evenals het verkennen van alternatieve SVTs voor jongeren.

### Korte Verklaring over de Data en Analyses

Wegens gevoeligheid van de data is deze niet vrij toegankelijk gemaakt. Alle gebruikte materialen, behalve de SRSI waar copyright op rust, en de analysecode zijn beschikbaar gemaakt in het Open Science Framework (*anonymous view-only* link: [https://osf.io/5qsbm/?view\\_only=494f64c036cc48c8a9gabef8bf57a9of](https://osf.io/5qsbm/?view_only=494f64c036cc48c8a9gabef8bf57a9of)).

## Auteursbijdragen

Eerste auteur: conceptualisatie, methodologie, studiematerialen, datacuratie, dataverzameling, schrijven van formele analyses, conceptversie en revisies, en projectmanagement.

Tweede auteur: conceptualisatie, methodologie, schrijven revisies, en supervisie.

Derde auteur: conceptualisatie, methodologie, schrijven revisies, en supervisie bij datacuratie en statistische analyses.

Vierde auteur: conceptualisatie, methodologie, schrijven revisies, statistische analyse en supervisie.

## Literatuur

- Dandachi-FitzGerald, B., Merckelbach, H., & Merten, T. (2024). *SRSI Nederlandse handleiding*. Hogrefe.
- Dandachi-FitzGerald, B., Merckelbach, H., & Ponds, R.W. (2017). Neuropsychologists' ability to predict distorted symptom presentation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39(3), 257-264. <https://doi.org/10.1080/13803395.2016.1223278>
- Dandachi-FitzGerald, B., Pienkofs, S., Merten, T., & Merckelbach, H. (2023). Detecting symptom overreporting: Equivalence of the Dutch and German Self-Report Symptom Inventory. *Psychological Test Adaptation and Development*. <https://doi.org/10.1027/2698-1866/a000043>
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R.W.H.M., & Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six European countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(8), 771-783. <https://doi.org/10.1093/arclin/act073>
- De Page, L., Dandachi-FitzGerald, B., & Merckelbach, H. (2025). Sensitivity of the genuine symptoms scale of the Self-Report Symptom Inventory (SRSI) to psychopathology: Enhancing the informational value of a symptom validity test for symptom overreporting. *Psychological Injury and Law*, 18, 318-327. <https://doi.org/10.1007/s12207-025-09543-w>
- Dijk, J.S. van., Cornelissen, A.J.T., & Derksen, J.J.L. (1993). MMP1-A. Handleiding bij afname, scoring en interpretatie. *PEN Tests Publiciers BV*.
- Emhoff, S.M., Lynch, J.K., & McCaffrey, R.J. (2018). Performance and symptom validity testing in pediatric assessment: A review of the literature. *Developmental Neuropsychology*, 43(7), 671-707. <https://doi.org/10.1080/87565641.2018.1525612>
- Faust, D., Hart, K., & Guilmette, T.J. (1988). Pediatric malingering: The capacity of children to fake believable deficits on neuropsychological testing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 578-582. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.4.578>
- Hall, H.V., & Poirier, J. (Eds.). (2021). *Forensic psychology and neuropsychology for criminal and civil cases*. CRC Press.
- Harrison, A.G., Beal, A.L., & Armstrong, I.T. (2021). Predictive value of performance validity testing and symptom validity testing in psychoeducational assessment. *Applied Neuropsychology: Adult*, 30(3), 315-329.

- Kirk, J.W., Baker, D.A., Kirk, J.J., & MacAllister, W.S. (2020). A review of performance and validity testing with pediatric populations. *Applied Neuropsychology: Child*, 9(4), 292-306, DOI: 10.1080/21622965.2020.1750118
- Kirkwood, M.W. (2015). *Validity testing in child and adolescent assessment: Evaluating exaggeration, feigning, and noncredible effort*. Guilford Press.
- Lippa, S.M. (2022). The nuts and bolts of incorporating validity assessment in clinical evaluations. In R.W. Schroeder & P.K. Martin (Eds.), *Validity assessment in clinical neuropsychology practice; Evaluating and managing noncredible performance* (pp. 107-125). The Guilford Press.
- Martin, P.K., Schroeder, R.W., & Odland, O.P. (2015). Neuropsychologists' validity testing beliefs and practices: A survey of North American professionals. *The Clinical Neuropsychologist*, 29(6), 741-776. <https://doi.org/10.1080/13854046.2015.1087597>
- Merckelbach, H., Dandachi-FitzGerald, B., van Helvoort, D., Jelicic, M., & Otgaar, H. (2019). When patients overreport symptoms: More than just malingering. *Current Directions in Psychological Science*, 28(3), 321-326. <https://doi.org/10.1177/0963721419837681>
- Merckelbach, H., Koeyvoets, N., Cima, M. & Nijman, H. (2001). De Nederlandse versie van de SIMS. *De Psycholoog*, 36, 586-591.
- Merckelbach, H., Merten, T., Dandachi-FitzGerald, B., & Boskovic, I. (2018). De Self-Report Symptom Inventory (SRSI). *De Psycholoog*, 53, 32-40.
- Merten, T., Dandachi-FitzGerald, B., & Boskovic, I. (2022). The Self-Report Symptom Inventory. *Psychological Injury and Law*, 15, 94-103. <https://doi.org/10.1007/s12207-021-09434-w>
- Merten, T., Giger, P., Merckelbach, H., & Stevens, A. (2019). *Self-Report Symptom Inventory (SRSI) – Deutsche Version*. Manual [German version of the Self-Report Symptom Inventory. Manual]. Hogrefe.
- Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P., & Stevens, A. (2016). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI): A new instrument for the assessment of distorted symptom endorsement. *Psychological Injury and Law*, 9, 102-111. <https://doi.org/10.1007/s12207-016-9257-3>.
- Microsoft Teams classic, Inc (2021). Versie: 1.6.00.27573 [Computer Software].
- Noorloos, J.R., & Bosch, J.D. (2018). Gedragsassessment en psychodiagnostiek bij kinderen en jeugdigen: een getrapte benadering (pp. 29-64). In P.J.M. Prins, J.D. Bosch & C. Braet (Red.), *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen* (3e herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.
- Plötz, D.M., Caldwell, C.T., & Nitsch, K.P. (2022). Validity assessment with children and adolescents: Comparisons to adult evaluations. In R.W. Schroeder & P.K. Martin (Eds.), *Validity assessment in clinical neuropsychology practice; Evaluating and managing noncredible performance* (pp. 107-125). The Guilford Press.
- Researchmanager (2021). *EDC Researchmanager* versie: 6.8 [software]. <https://bwozuyderland.myresearchmanager.com/>
- Rogers, R., & Gonzalez, C. (2008). Assessing malingering in children and adolescents. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed., pp. 355-374). The Guilford Press.
- Salekin, R.T., Kubak, F.A., Lee, Z., Harrison, N., & Clark, A.P. (2018). Deception in children and

- adolescents. In R. Rogers & S.D. Bender (Eds.), *Clinical assessment of malingering and deception, fourth edition* (pp. 475-496). The Guilford Press.
- Schroeder, R.W., Boone, K.B., & Larrabee, G.J. (2021). Design methods in neuropsychological performance validity, symptom validity, and malingering research. In K.B. Boone (Ed.), *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (2nd ed., pp. 11-33). The Guilford Press.
- Schroeder, R.W., & Martin, P.K. (2022). Validity assessment in clinical settings: How it differs from forensic settings and why it is important. In R.W. Schroeder & P.K. Martin (Eds.), *Validity assessment in clinical neuropsychology practice; Evaluating and managing noncredible performance* (pp. 107-125). The Guilford Press.
- Shura, R.D., Ord, A.S., & Worthen, M.D. (2022). Structured Inventory of Malingered Symptomatology: A psychometric review. *Psychological Injury and Law*, 15(1), 64-78. <https://doi.org/10.1007/s12207-021-09432-y>
- Sweet, J.J., Heilbronner R.L., Morgan J.E., Larrabee G.J., Rohling M.L., Boone K.B., Kirkwood M.W., Schroeder R.W., Suhr J.A., & Conference Participants (2021). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(6), 1053-1106. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1896036>
- van Helvoort, D., Merckelbach, H., & Merten, T. (2019). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI) is sensitive to instructed feigning, but not to genuine psychopathology in male forensic inpatients: An initial study. *The Clinical Neuropsychologist*, 33(6), 1069-1082.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8), 1336-1365. <https://doi.org/10.1080/13854046.2014.984763>