

# Faking good, bad, and ugly: malingering in forensic psychiatric inpatients

## Citation for published version (APA):

Cima - Knijff, M. J. (2003). *Faking good, bad, and ugly: malingering in forensic psychiatric inpatients*. Universiteit Maastricht.

## Document status and date:

Published: 01/01/2003

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## SUMMARY

In the first chapter, we briefly reviewed several key concepts (e.g., malingering, psychopathy, supernormality) on which the other chapters were based. We pointed out that despite the availability of valid tests, they are rarely used by professionals. Instead, psychologists and psychiatrists often base their judgement on clinical experience alone (Borum & Grisso, 1995). However, research literature clearly indicates that prediction based on clinical judgement leads to less precise results compared to prediction based on measurement of factors that are known to be related to criminal behaviour (Lidz, Mulvey & Gardner, 1993).

Using several case examples, the importance of valid tests in forensic psychiatry was illustrated in more detail in chapter 9. Since deception is common within the forensic settings, one should be prepared that self-reports might be unreliable, unless one controls for these manipulative behaviours. In line with Rogers, et al. (1994), we found that malingering within forensic patients is not uncommon. More specifically, the study reported in chapter 2 shows that 17 out of 62 patients had elevated malingering scores as measured with the German version of the SIMS. The results indicated that endorsement of bizarre, atypical and strange symptoms was mostly present among sexual offenders who were also diagnosed with an antisocial personality disorder. Furthermore, this study showed that the German version of the SIMS is a practical and reliable instrument to screen for malingering tendencies.

In the literature, all kinds of taxonomies have been proposed to distinguish between different types of amnesia (e.g., Schacter, 1986; Loewenstein, 1991; Kopelman, 1995; Kihlstrom & Schacter, 1995). Most taxonomies agree that at the very least, three types should be considered: dissociative amnesia (formerly termed psychogenic or functional amnesia), organic amnesia, and feigned amnesia ("malingered amnesia"). Organic amnesia is always caused by a neurological defect. This defect may be structural (e.g., epilepsy, brain trauma), but it may also be

momentarily such as in the case of alcohol- or drug intoxication. Kopelman (1995) assumes that memory loss in organic amnesia has to do with storage-problems rather than retrieval-problems: due to an epileptic seizure, brain damage or intoxication, offenders would not be able to store their memories in the first place, which would eventually lead to a total “blackout” for their crime. Dissociative amnesia is thought to originate from extreme emotions that accompany such behaviour. The idea behind this is that extreme levels of arousal during crime may hamper memory retrieval at a later point in time. Thus, a failure in so called retrieval processes, would underlie dissociative amnesia. Finally, amnesia might be malingered in an attempt to obstruct police investigation and or to avoid criminal responsibility. As DeClue (2002) argues, feigning is a prerequisite for malingering, but it is not the same. More specifically, a person who is feigning is distorting or misrepresenting psychological symptoms, regardless of intent. In contrast, malingering occurs in cases in which there is unequivocal evidence of intentionally exaggeration or fabricating psychological symptoms, motivated for external gain. Thus, because of their desire to adopt the patient role, forensic patients may feign, but one has to consider the possibility of malingering in crime-related amnesia claims. To be able to evaluate the status of such amnesia claims, several tests have been developed. In the last chapter, we demonstrated how certain tests (e.g., Symptom Validity Test) may contribute to clarify the status of crime-related amnesia.

In line with earlier research (e.g., Kopelman, 1995), the study described in chapter 4 demonstrated that amnesia occurs in 27% of the cases. Those offenders who claimed amnesia for their crime displayed heightened frequencies of antisocial personality disorder symptoms, accompanied by low intelligence, frontal lobe dysfunction, and higher scores on a malingering device. Although the prevalence of an antisocial personality disorder within this group was raised, there was no relationship between psychopathy and malingering crime-related amnesia. We

suspect that malingered amnesia is more typical for those with relatively low IQ's, while other and more subtle forms of deception are typical for psychopathic individuals with relatively normal or above normal IQ's. The finding in this study that patients claiming amnesia exhibited more evidence of executive dysfunctions and more frequently scored above the cut-off of a malingering scale (SIMS) than controls, is reminiscent of a previous study (Cima, Merckelbach, Klein, Schellbach-Matties & Kremer, 2001), which showed that poor executive functions occur with high self-reports of dissociative symptomatology.

Dissociation is often considered a psychological defence mechanism used by victims of stressful events such as sexual abuse, physical punishment, or emotional abuse. In line with this, amnesia is commonly seen as a dissociative symptom. In chapter 5 a large sample of forensic inpatients was divided into those who claimed amnesia (about one fourth) and those who did not. The two groups were then compared on a number of variables in order to determine which of the three mechanisms advanced to explain amnesia would be most plausible: stress-dissociation, state-dependency in relation to alcohol or psychosis, or malingering. A learning process in line with the malingering hypothesis was found to fit the data best.

The trauma-dissociation model was discussed in chapter 6. Briefly, this model assumes that traumatic childhood experiences constitute a direct pathway to dissociative symptoms (Classen, Koopman & Spiegel, 1993; Putnam, Carlsen, Ross, Anderson, Clark, Torem et al., 1996). That this connection is not a direct and robust as is often assumed in the literature, was explored in chapter 6.

The hypothesis that psychopathic personality disordered offenders may not only 'fake bad' to be admitted to a mental hospital as is often assumed in the literature (e.g., Clark, 1997; Edens, Buffington & Tomicic, 2000), but instead, might also 'fake good' or deny all mental disorders (including symptoms found in the normal population such as intrusive thoughts) in order to facilitate early release from such mental institutions, was a motive for developing a new scale introduced in chapter

7. This pilot questionnaire, aimed to measure 'supernormality', was administered to a large number of participants ( $n = 231$ ) across a variety of groups (i.e., nonclinical individuals, nonpsychiatric delinquents, noncriminal psychiatric patients, and forensic patients). The number of participants in each group was between 29 and 96. The accuracy parameters in terms of sensitivity and specificity were relatively poor. This poor discriminatory ability implies that the questionnaire needs to be revised to improve its positive predictive power and negative predictive power. Furthermore, given the hypothesis that personality disorder, and psychopathy in particular, is related to supernormality, it is especially important to investigate the scores of different patient groups on a revised version.

Studying the relationship between certain blame attributions (e.g., mental-element, external, guilt-feeling attribution) and different crime groups, is relevant to risk assessment. It is known that violent offenders attribute blame for crime more often to mental-element attribution than sexual offenders who committed non-violent crimes. However, as reported in chapter 8, this was not found to be related to a tendency of malingering major mental illness. This has led to the suggestion that mentally ill persons may, indeed, be more prone to commit violent crimes. This is in line with research of Hodgin, Mednick, Brennan, Schulsinger, and Engberg (1996) who reported an association between psychiatric hospitalization and criminal conviction. The findings also concur with results that patients discharged from psychiatric wards are more likely than other persons living in the same community to commit crimes (Link, Andrews & Cullen, 1992; Steadman, Monahan, Robbins, Applebaum, Grisso, Klassen, Mulvey & Roth, 1993) and with findings from US prison inmates (Collins & Schlenger, 1983; Daniel, Robins, Reid & Wilfley, 1988; Hyde & Seiter, 1987; Neighbors, Williams, Gunnings, Lipscomb, Broman & Lepkowski, 1987) and Canadian penitentiary inmates (Hodgin & Côté, 1990) showing elevated rates of major mental disorders. However, especially in the category of sexual offenders with an antisocial personality disorder (which may include violent offenders like for

instance sadistic rapists), one should screen for malingering of major mental illness (chapter 2). Whether mentally ill persons are, indeed, more prone to commit a violent act or just are very successful malingerers has to be investigated in more detail. For now, we can conclude that in the forensic field, one should hold all scenarios in mind. With help of valid tests, it should be possible to come closer to the truth.

In chapter one we briefly discussed several models regarding the relationship between mental illness and violent behaviour. In one model it is assumed that this relationship is a by-product of malingering psychiatric symptoms. In sum, then, the considerations on which this approach is based (Hare, 1995), can be partially addressed: First, we did not find that the most violent crimes (e.g., murder, manslaughter) are more often committed by offenders with psychopathic or/and antisocial personality characteristics. Indeed, in a study of Nijman, Cima, and Merckelbach (submitted) it was reported that crimes with lethal consequences are mostly committed by psychotic patients. However, violent crimes like sexual sadistical offences were associated with elevated rates of an antisocial personality disorder. Secondly, we could partially support the second point of Hare (1995) that such personality characteristics (e.g., psychopathic or/and antisocial personality ) incite malingering of psychiatric symptoms. More specifically, an antisocial personality disorder was found in both malingering of major mental illness as well as within the group of claimed amnesia. However, there was no relationship between malingering and psychopathy. Finally, the last point, in which such personality characteristics might be related to poor executive functioning, has to be investigated in follow-up studies.

All in all, then, a large correlational analysis of how malingering, amnesia, dissociation, psychopathy, impulsiveness, supernormality, and blame attribution relate to eachother might be able to shed some light of the exact relationship between criminal behaviour and mental illness. The psychometric qualities of the

instruments used in the studies reported in this thesis, have shown promising results. However, a lot of research has still to be done and our contribution of new tests is only a starting point in this domain of forensic psychiatry. We concluded that neuropsychological investigations of the criminal mind will be the next area of interest, in which detailed and systematic studies are needed.

## SAMENVATTING

Dit proefschrift handelt over simulatie van psychiatrische symptomen en hoe dit met behulp van valide testinstrumenten is vast te stellen. Simulatie, ofwel malingering, is het met opzet voorwenden of overdrijven van psychiatrische symptomen. In het eerste hoofdstuk worden naast malingering ook andere concepten behandeld, waaronder psychopathie en supernormaliteit. Ondanks de bestaande tests en de huidige psychometrische ontwikkelingen op forensisch psychiatrisch gebied, blijkt dat slecht weinig professionals uit het vakgebied hier gebruik van maken. Veelal berusten hun oordelen op klinische ervaring (Borum & Grisso, 1995). Hoewel onderzoek laat zien dat voorspellingen gebaseerd op klinisch oordeel tot minder nauwkeurige resultaten leiden dan voorspellingen gebaseerd op metingen van factoren waarvan bekend is dat ze met crimineel gedrag samenhangen (Lidz, Mulvey & Gardner, 1993), lijken psychologen en psychiaters toch moeilijk hiervan te overtuigen. Het belang van valide meetinstrumenten wordt in hoofdstuk 9 verder geïllustreerd. Vanwege het feit dat in een forensische context bedrog niet ongewoon is, zou men op onbetrouwbare antwoordtendensen voorbereid moeten zijn, tenzij men dit soort van manipulatief gedrag controleert. Met name claims betreffende geheugenverlies voor het delict zouden op zijn minst sceptisch benaderd moeten worden. Zoals in hoofdstuk 2 wordt aangetoond, is malingering van psychiatrische symptomen bij forensische patiënten niet ongewoon. De belangrijkste resultaten uit hoofdstuk 2 kunnen als volgt worden samengevat. Van de 62 patiënten die zich vrijwillig voor dit onderzoek hadden aangemeld, behaalden 17 patiënten een verhoogde malingering-score, gemeten middels de Duitse versie van de SIMS. Bovendien bleek dat het optreden van bizarre, atypische en vreemde symptomen zich vooral voordeed bij seksuele delinquenten die tevens met een antisociale persoonlijkheidsstoornis volgens het DSM-IV gediagnostiseerd waren. Daarbij laat de studie uit hoofdstuk 2 zien dat de Duitse versie van de SIMS een geschikt en



betrouwbaar meetinstrument is voor het screenen van malingering. Behalve het vaststellen van de betrouwbaarheid van psychiatrische symptomen bij delinquenten, zouden ook de betrouwbaarheid van geheugenverlies, ofwel amnesie, voor het delict vastgesteld moeten worden. Op het moment dat iemand een begrensd geheugenverlies heeft, kan dat het gevolg zijn van verschillende oorzaken. Amnesie kan optreden bij een klap op het hoofd, waardoor de persoon een tijdelijk geheugenverlies heeft voor de gebeurtenis voorafgaand aan de klap. In de regel komt dit geheugen na een bepaalde tijd weer terug. Een andere mogelijkheid van beperkt geheugenverlies, is dat vanwege een traumatische of stressvolle gebeurtenis het geheugen voor die gebeurtenis niet goed wordt opgeslagen, hetgeen tot een zogenaamde psychogene ofwel dissociatieve amnesie kan leiden. Ten slotte, maar zeker niet minder belangrijk, kan de geclaimde amnesie gefaked zijn. Volgens DeClue (2002) is veinzen een vereiste voor het optreden van malingering, maar zijn dit twee verschillende dingen. Specifieker gezegd, een individu die veinst is iemand die psychologische symptomen vervormt, ongeacht het doel. Van malingering is pas sprake zodra er overduidelijk bewijs voorhanden is dat iemand intentioneel psychologische symptomen overdrijft en fabriceert, gemotiveerd door een extern doel. Vanuit hun wens de patiënten-rol over te nemen, kunnen forensische patiënten dus psychologische en psychiatrische symptomen veinzen, maar kan men niet uitsluiten dat malingering van delict-gerelateerde amnesie optreedt. Om tot een betrouwbaar oordeel te komen betreffende de status van dergelijke claims, zijn er inmiddels verschillende soorten tests waar gebruik van kan worden gemaakt. In hoofdstuk 9 wordt een voorbeeld gegeven van zo'n test die een bijdrage kan leveren aan het ophelderen van oorzaken van delict-gerelateerde amnesie (Symptom Validity Test).

Overeenkomstig eerder onderzoek (b.v., Kopelman, 1995), laat de studie, beschreven in hoofdstuk 4, zien dat claims betreffende geheugenverlies voor het delict in 27% van de gevallen optrad. Binnen de groep van patiënten met dergelijke claims, was er

een verhoogde frequentie van de antisociale persoonlijkheidsstoornis hetgeen samenging met een lage intelligentie, frontale hersenfuncties en een hoge score op de simulatie-vragenlijst. Hoewel de frequentie van antisociale persoonlijkheidsstoornis binnen de amnesie-groep hoog was, werd er geen relatie gevonden tussen psychopatie en amnesie claims. Wellicht is gesimuleerde amnesie typischer voor mensen met een lage intelligentie, terwijl de meer subtiele vormen van bedrog en manipulatief gedrag typischer voor psychopatische individuen met een relatief normaal IQ is.

De bevinding dat patiënten, die amnesie voor het delict claimen, tevens meer problemen laten zien betreffende hun executieve functies en vaker boven de cut-off van een malingering schaal (SIMS) scoorden dan de controle groep, doet aan een eerdere studie denken (Cima, Merckelbach, Klein, Schellbach-Matties & Kremer, 2001). In die studie werd aangetoond dat slechte executieve functies samen gaan met hoge zelf rapportage van dissociatieve symptomen.

In de literatuur is het gebruikelijk om dissociatieve symptomen op te vatten als een psychologisch afweermecanisme. Zulke symptomen zijn uitvoerig bestudeerd bij slachtoffers van traumatische gebeurtenissen zoals sexueel misbruik, lichamelijke straf of emotionele misbruik. Aanhangers van het trauma-dissociatie model menen dat een delict als een traumatische ervaring voor de delinquent gezien kan worden. Dit zou dientengevolge tot een dissociatieve amnesie kunnen leiden (b.v., Kopelman, 1995). Amnesie wordt dan als een dissociatief symptoom beschouwd. In hoofdstuk 5 wordt een grote steekproef van forensische patiënten onderverdeeld in diegenen die amnesie voor het delict claimden en diegenen die dat niet deden. Er werden 3 hypothesen aangehaald die amnesie voor het delict zouden kunnen verklaren. Ten eerste de stress-dissociatie hypothese die stelt dat stressvolle gebeurtenissen tot de ontwikkeling van dissociatieve amnesie kunnen leiden. Ten tweede, de "state-dependent theory" in samenhang met alcohol of psychose, waarin gesteld wordt dat wanneer een gebeurtenis tijdens een bepaalde "state" (b.v.

alcohol of tijdens een psychose) opgeslagen wordt, deze gebeurtenis alleen in diezelfde "state" herinnerd kan worden. Ten derde, de simulatie-hypothese, waarin gesteld wordt dat de amnesie geveinsd is. Om te bepalen welke van deze 3 hypothesen het meest waarschijnlijk zou zijn, werden de twee groepen op een aantal variabelen met elkaar vergeleken. Het belangrijkste resultaat in deze studie was, in overeenstemming met de laatste hypothese, dat een leerproces de meest waarschijnlijke verklaring was voor de delict-gerelateerde amnesie.

In hoofdstuk 6 wordt het trauma-dissociatie model kritisch besproken. Kort gezegd, houdt dit model in dat traumatische ervaringen tot de ontwikkeling van dissociatieve symptomen leiden (Classen, Koopman & Spiegel, 1993; Putnam, Carlsen, Ross, Anderson, Clark, Torem et al., 1996). Dat dit verband niet zo direct en robuust is, als in de literatuur vaak wordt aangenomen, werd aan de hand van een aantal punten in hoofdstuk 6 duidelijk gemaakt.

Vanuit de hypothese dat delinquenten met een psychopathische persoonlijkheidsstoornis ter vermindering van een gevangenisstraf, zich niet enkel slechter voordoen dan ze zijn ("fake bad"), maar misschien ten behoeve van eerdere vrijlating uit een forensisch psychiatrische instelling, zich eerder beter voordoen dan ze zijn, werd een *nieuwe vragenlijst ontwikkeld*. Deze wordt in hoofdstuk 7 behandeld. Deze pilot-vragenlijst, die supernormaliteit beoogt te meten, werd bij een grote steekproef van 233 deelnemers uit verschillende groepen (gezonde deelnemers, niet psychiatrische daders, niet criminele psychiatrische patiënten, en forensische patiënten) afgenomen. Het aantal deelnemers in elke groep verschilde van 29 tot 96. De nauwkeurigheidsparemeters van deze vragenlijst in termen van sensitiviteit en specificiteit, waren niet in alle opzichten bemoedigend. Dit impliceert dat de vragenlijst gereviseerd moet worden om haar positieve en negatieve voorspellingskracht te verbeteren. Bovendien, vanwege de hypothese dat persoonlijkheidsstoornissen en psychopatie in het bijzonder, gerelateerd zouden zijn

aan supernormaliteit, is het van belang de antwoorden op een gereviseerde versie van deze vragenlijst voor verschillende diagnose-groepen te onderzoeken.

De manier waarop delinquenten hun delict attribueren (externe factoren, interne factoren) is van belang voor de risicotaxatie. In hoofdstuk 8 wordt de relatie tussen bepaalde schuld-attributies en verschillende delict-groepen onderzocht. In overeenstemming met eerder onderzoek (Gudjonsson & Singh, 1989) attribueren meer gewelddadige delinquenten de schuld van hun delict eerder aan een psychisch element (b.v. bevelende stemmen horen; geen controle gehad hebben). Deze tendens is echter niet gerelateerd aan malingering van psychiatrische of psychologische symptomen. Dit leidt tot de suggestie dat psychisch zieke mensen mogelijk meer vatbaar zijn voor de ontwikkeling van gewelddadig gedrag. Dit is in overeenstemming met onderzoek van Hodgkin, Mednick, Brennan, Schulsinger en Engberg (1996) die een associatie rapporteerden tussen psychiatrische opnames en veroordelingen. Het resultaat is in overeenstemming met bevindingen dat patiënten die van de psychiatrische afdeling ontslagen worden, vaker een misdrijf plegen dan andere personen uit dezelfde samenlevingsgroep (Link, Andrews & Cullen, 1992; Steadman, Monahan, Robbins, Applebaum, Grisso, Klassen, Mulvey & Roth, 1993). De resultaten gaan verder samen met bevindingen van US gevangenen (Collins & Schlenger, 1983; Daniel, Robins, Reid & Wilfley, 1988; Hyde & Seiter, 1987; Neighbors, Williams, Gunnings, Lipscomb, Broman & Lepkowski, 1987) en Canadese gevangenen (Hodgkin & Côté, 1990) die een verhoogde prevalentie van een psychische stoornis laten zien. Men moet echter altijd screenen voor malingering van psychiatrische symptomen, met name in het geval van seksuele delinquenten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, die eveneens vanwege zeer gewelddadige delicten zoals sadistische verkrachting kunnen vastzitten (hoofdstuk 2). Of psychisch zieke mensen inderdaad vatbaarder zijn voor het plegen van een gewelddadig misdrijf ofwel dat deze groep delinquenten zeer succesvolle malingerers zijn, zal in meer gedetailleerd onderzoek verder onderzocht moeten worden. We

kunnen op dit moment concluderen dat op het gebied van de forensische psychiatrie men altijd met alle scenario's rekening moet houden. Met behulp van gestandaardiseerde tests is het mogelijk dat men dichterbij de waarheid kan komen.

In hoofdstuk 1, bespraken we kort een aantal modellen betreffende de relatie tussen een psychische stoornis en gewelddadig gedrag. Het model waarin gesteld wordt dat deze relatie mogelijk tot stand komt vanwege het simuleren van psychiatrische symptomen, is op een aantal uitgangspunten gebaseerd (Hare, 1995). Op basis van onze bevindingen kunnen we een aantal uitspraken doen over de merites van deze uitgangspunten. Ten eerste, vonden we geen aanwijzingen dat de meest gewelddadige delicten (b.v., moord, doodslag) vaker door delinquenten met psychopatische en/of antisociale persoonlijkheidskenmerken gepleegd worden. In een studie van Nijman, Cima en Merckelbach (ter publicatie aangeboden) werd dienovereenstemmend gerapporteerd dat de delicten met een dodelijke afloop het meest door psychotische patiënten werd gepleegd. Desalniettemin, waren gewelddadige delicten zoals seksueel sadistische misdrijven geassocieerd met verhoogde mate van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ten tweede, het idee dat bepaalde persoonlijkheids-kenmerken (b.v. psychopatische en/of antisociale persoonlijkheid) aanzetten tot het simuleren van psychiatrische symptomen, kunnen wij ten dele ondersteunen. Specifieker gezegd laten de resultaten zien dat een antisociale persoonlijkheid veel voorkomt in aanwezigheid van malingering van psychiatrische symptomen als ook binnen de groep personen die delict-gerelateerde amnesie claimt. Er werd echter geen samenhang tussen amnesie claims en psychopatie gevonden. Tot slot, de veronderstelling dat zulke persoonlijkheids-kenmerken mogelijk samenhangen met slechte executieve functies zal in toekomstig onderzoek verder onderzocht moeten worden.

Betreffende de relatie tussen crimineel gedrag en psychiatrische stoornis zou een grote correlatieve analyse van de samenhang tussen malingering, amnesie, dissociatie, psychopatie, impulsiviteit, supernormaliteit en attributie van schuld

meer duidelijkheid kunnen verschaffen. De psychometrische kwaliteit van de instrumenten gebruikt in beschreven studies, laten veelbelovende resultaten zien. Er is echter nog veel onderzoek nodig waarbij onze bijdrage van vertaalde en nieuw ontwikkelde tests slechts een startpunt is op dit gebied van de forensische psychiatrie. We concluderen dat neuropsychologisch onderzoek van de 'criminal mind' het volgend gebied van interesse zal zijn, waarin gedetailleerde en systematische studies noodzakelijk zijn.



## ZUSAMMENFASSUNG

In dem ersten Kapitel haben wir verschiedene Konzepte (wie z.B., Simulation, Psychopathie, Supernormalität), die in den anderen Kapiteln verwendet werden, kurz besprochen. Wir haben darauf hingewiesen, dass, obwohl es valide Tests gibt, diese selten durch Professionelle benutzt werden. Stattdessen, stützen Psychologen und Psychiater ihr Urteil häufig nur auf klinische Erfahrung (Borum & Grisso, 1995). Die wissenschaftliche Literatur zeigt jedoch deutlich, dass Voraussagen, welche nur auf klinische Erfahrung gestützt sind, zu schlechteren Ergebnissen führen als Voraussagen, die sich auf Messungen von Faktoren stützen, welche einen empirisch nachgewiesenen Zusammenhang mit kriminellem Verhalten zeigen (Lidz, Mulvey & Gardner, 1993).

Die Wichtigkeit valider Tests in der forensischen Psychiatrie wurde anhand verschiedener Fallbeispiele in Kapitel 9 detailliert dargestellt. Weil innerhalb der forensischen Umgebung Täuschung üblich ist, soll man darauf vorbereitet sein, dass Selbsteinschätzung unzuverlässig ist, es sei denn, dass für dieses manipulative Verhalten kontrolliert wird. In Übereinstimmung mit Rogers et al. (1994) haben wir gefunden, dass Simulation bei forensischen Patienten nicht ungewöhnlich ist. Genauer gesagt, deut die Studie aus Kapitel 2 an, dass von den 62 Patienten bei 17 ein erhöhter Simulationswert mittels der deutschen Version des SIMS gemessen wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass die Darstellung bizarrer, atypischer und merkwürdiger Symptome überwiegend bei sexualdelinquenten Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung vorzufinden war. Weiterhin zeigt diese Studie, dass die deutsche Version des SIMS eine praktische und wertvolle Screening-Methode zur Entdeckung vorgetäuschter psychiatrischer Symptome ist.

Um eine Unterscheidung zwischen den verschiedenen Amnesiearten machen zu können, sind in der Literatur verschiedene Taxonomien vorgestellt worden (z.B., Schacter, 1986; Loewenstein, 1991; Kopelman, 1995; Kihlstrom & Schacter, 1995).



Die meisten Taxonomien stimmen darin überein, dass mindestens drei verschiedene Amnesiearten zu unterscheiden sind: dissoziative Amnesie (früher bezeichnet als psychogene oder funktioneller Amnesie), organische Amnesie, und simulierte Amnesie ("malingered amnesia"). Organische Amnesie wird immer durch einen neurologischen Defekt verursacht. Dieser Defekt kann strukturell sein (z.B., Epilepsie, Gehirntrauma), kann aber auch von kurzer Dauer sein wie bei Alkohol oder Drogenintoxikation. Kopelman (1995) nimmt an, dass die Gedächtnisprobleme bei organische Amnesie mit Problemen der Einspeicherung zu tun haben, statt mit Zugriffsproblemen: wegen eines epileptischen Anfalls, eines Gehirntraumas oder ein Intoxikation sind Täter erstens nicht in der Lage ihre Erinnerungen zu speichern, was zu einem gesamtter „Black-out“ hinsichtlich ihrer Delikte führt. Bei dissoziative Amnesie wird angenommen dass der Ursprung in den extremen Emotionen, die solches Verhalten begleiten, liegt. Die Idee dahinter ist, dass das 'arousal system' während des Delikt ein extremes Niveau hat und so der Zugriff auf das Gedächtnis später behindert ist. Also, ein Fehler bei den Zugriffsmöglichkeiten bedeutet die Ursache für eine dissoziative Amnesie. Als letztes, kann eine Amnesie simuliert sein als Versuch, z.B. eine Polizeiuntersuchung zu behindern und/oder kriminelle Verantwortung zu vermeiden. Simulation ist nach DeClue (2002) eine erste Bedingung für Täuschung, aber nicht dass Gleiche. Genauer gesagt, eine Person die simuliert verdreht oder stellt psychologische Symptomen falsch dar ohne auf das Ziel zu achten. Täuschung tritt nur in den Fällen auf bei denen es eindeutig Beweise dafür gibt, dass psychologische Symptomen, motiviert durch ein externes Ziel, übetrieben oder fabriziert werden. Wegen ihres Wunsches die Patientenrolle einzunehmen, wäre es möglich dass forensische Patienten psychologische und psychiatrische Symptome simulieren, aber kann man nicht ausschließen, dass Täuschungen von deliktbezogener Amnesie auftreten. Um in der Lage zu sein, den Status solcher Amnesieansprüchen evaluieren zu können, sind verschiedene Tests entwickelt worden. In dem letzten Kapitel werden wir demonstrieren, wie bestimmte

Tests (z.B., Symptom Validity Testing) einen Beitrag zur Aufklärung deliktbezogener Amnesie liefern können.

In Übereinstimmung mit früherer Forschung (z.B., Kopelman, 1995) zeigt die Studie beschrieben in Kapitel 4 dass Amnesie in 27% der Fälle auftritt. Die Täter, die eine Amnesie für ihre Delikte angeben zeigen eine niedrige Intelligenz, häufiger eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung, häufiger gestörte frontale Gehirnfunktionen und erhöhte Werte auf einer Simulationsskala. Trotz der erhöhte Häufigkeit einer Antisoziale Persönlichkeitsstörung in diese Tätergruppe, zeigt sich keine Zusammenhang zwischen Psychopathie und Täuschung von deliktbezogene Amnesie. Wir vermuten, dass simulierte Amnesie typischer für diejenigen mit ein relativ niedriger Intelligenz ist, während andere und subtilere Formen von Täuschung vielleicht typischer für psychopathische Persönlichkeiten mit eine relativ normalen oder erhöhten Intelligenz sind. Die Ergebnisse diese Studie, dass Patienten mit deliktbezogene Amnesie mehr Hinweisen für gestörte frontale Gehirnfunktionen zeigen und häufiger erhöhte Werte auf einer Simulationsskala (SIMS) erhalten, zeigte auch eine frühere Studie (Cima, Merckelbach, Klein, Schellbach-Matties & Kremer, 2001). In dieser Studie zeigt sich, dass schlechte Exekutive Funktionen in Zusammenhang mit erhöhten Angaben von dissoziativen Symptomen stehen.

Dissoziation wird häufig konzeptualisiert als ein Abwehrmechanismus für stressvolle Erfahrungen sowie z.B. sexuellen und körperlichen Mißbrauch, emotionale und elterliche Vernachlässigung. In Übereinstimmung damit, wird Amnesie häufig als ein dissoziatives Symptom beurteilt. In Kapitel 5 wird eine große Stichprobe von forensischen Patienten unterteilt in diejenigen, die Amnesie für ihr Delikt angeben (ungefähr  $\frac{1}{4}$ ) und diejenige die dass nicht angeben. Drei Hypothesen, welche Amnesie für ein Delikt erklären können, werden angeführt. Erstens, die Stress-Dissoziations-Hypothese, die beinhaltet, dass Streßsituationen zur Entwicklung dissoziativer Amnesien führen können. Zweitens, die "State-Dependent Theory", die besagt dass sich nur dann an ein Ereignis erinnert werden kann, wenn man sich in

dem gleichen Zustand befindet wie zum Zeitpunkt des Ereignisses. Drittens, die Simulationshypothese, die behauptet dass Amnesie für ein Delikt vorgetäuscht ist. Um entscheiden zu können, welche dieser drei Hypothesen eher zutrifft, sind die zwei Gruppen in einer bestimmten Anzahl von Variablen mit einander verglichen. Das wichtigste Ergebnis dieser Studie ist, in Übereinstimmung mit der letzte Hypothese, dass ein Lernprozess die wahrscheinlichste Erklärung der deliktbezogenen Amnesie ist.

In Kapitel 6 wird das Trauma-Dissoziations-Modell besprochen. Kurz gesagt, nimmt dieses Modell an, dass traumatische Erfahrungen während der Jugend eine direkte Verbindung zur dissoziativen Symptomen darstellen (Classen, Koopman & Spiegel, 1993; Putnam, Carlsen, Ross, Anderson, Clark, Torem et al., 1996). In diesem Kapitel wird die These vertreten, dass eine direkte kausale Verbindung zwischen Trauma und Dissoziation nicht nachgewiesen ist. Die Interpretation der Korrelation zwischen Trauma und Dissoziation wird weiter diskutiert.

Von der Hypothese aus, dass Täter mit einer psychopathische Persönlichkeitsstörung wegen Vermeidung einer Gefängnisstrafe nicht nur negative Merkmalen übertreiben ("faking bad"), sondern auch zugunsten einer vorzeitigen Entlassung aus einer forensischen Klinik, eher Positive Markmalen übertreiben („faking-good“), ist ein neue Fragenbogen entwickelt worden. Diese wird in Kapitel 7 eingeführt. Diese Fragebogen, welche Supernormalität misst, wurde an einer großen Stichprobe von 233 Teilnehmern verschiedener Gruppen durchgeführt (gesunder Teilnehmer, gesunde Täter, psychiatrische Patienten, und psychiatrische Straftäter). Das Anzahl der Gruppenteilnehmer war Unterschiedlich (29 bis 96). Die Genauigkeit der Parameter für die diagnostische Qualität (Sensitivität und Spezifität) war relativ klein. Dieses impliziert, dass der Fragebogen revidiert werden muss, damit die Positive Predictive Power und Negative Predictive Power verbessert werden kann. Wegen die Hypothese, dass Persönlichkeitsstörungen, ins besondere Psychopathie, mit Supernormalität in Zusammenhang stehen, ist es weiterhin wichtig die Werte der

revidierten Version dieses Fragebogens für unterschiedliche Diagnosegruppen zu untersuchen.

Das Erforschen der Beziehung zwischen Schuldzuweisung und Tätergruppen ist wichtig für die Risikoeinschätzung. In Kapitel 8 wird der Zusammenhang zwischen Schuldzuschreibung und unterschiedlichen Deliktgruppen untersucht. In Übereinstimmung mit früheren Forschungen (Gudjonsson & Singh, 1989) schreiben Gewalttäter die Schuld häufiger psychischen Zuständen zu (z.B., imperative Stimmen hören; Kontrollverlust). Diese Tendenz ist jedoch nicht in Verbindung mit Simulation psychischer oder psychiatrischer Symptome zu setzen. Dieses führt zu der Vermutung, dass psychisch Kranke möglicherweise eher bereit sind für die Entwicklung von gewalttätigem Verhalten. Dieses ist in Übereinstimmung mit Forschung von Hodgkin, Mednick, Brennan, Schulsinger und Engberg (1996) die über eine Verbindung zwischen psychiatrischen Aufnahmen und Verurteilungen berichten. Dieses Ergebnis stimmt mit Befunden überein, die zeigen, dass Patienten, die aus psychiatrischen Abteilungen entlassen werden, häufiger Verbrechen begehen als andere Personen aus der gleichen Gesellschaftsgruppe (Link, Andrews & Cullen, 1992; Steadman, Monahan, Robbins, Applebaum, Grisso, Klassen, Mulvey & Roth, 1993). Es stimmt weiter mit den Befunden überein, dass US -Häftlinge (Collins & Schlenger, 1983; Daniel, Robins, Reid & Wilfley, 1988; Hyde & Seiter, 1987; Neighbors, Williams, Gunnings, Lipscomb, Broman & Lepkowski, 1987) und kanadische Häftlinge (Hodgin & Côté, 1990) eine erhöhte Häufigkeit einer psychischer Störung zeigen. Man soll aber immer wieder die Simulation psychiatrischer Symptome überprüfen, insbesondere bei Sexualstraftätern mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung (Kapitel 2). Ob psychisch kranke Personen tatsächlich bereiter sind gewalttätige Verbrechen zu begehen oder halt sehr erfolgreiche Simulanten sind, muss in zukünftigen Studien weiter untersucht werden. Im Moment können wir daraus schlussfolgern, dass man innerhalb der

forensischen Psychiatrie immer mit allem Szenarien rechnen soll. Mithilfe valider Tests ist es möglich, etwas näher an die Wahrheit zu kommen.

In dem ersten Kapitel haben wir kurz verschiedene Modelle zur Erklärung des Zusammenhangs von psychischer Krankheit und gewalttätigem Verhalten behandelt. Eines dieser Modelle nimmt an, dass dieser Zusammenhang eine Nebenprodukt von Simulierung psychiatrischer Symptome ist. Die Beobachtungen, auf denen diese Behauptung basiert (Hare, 1995), können teilweise besprochen werden: Erstens, haben wir nicht gefunden, dass die gewalttätigsten Delikte (d.h., Mord oder Totschlag) häufiger durch Täter mit einer Psychopathischen und/ oder Antisozialen Persönlichkeitsstörung begangen werden. In einer Studie von Nijman, Cima und Merckelbach (eingereicht) wird berichtet, dass Delikte mit tödlichem Verlauf meistens durch psychotische Patienten verübt werden. An gewalttätigen Delikten sowie sexual-sadistischen Taten waren jedoch anteilmäßig vermehrt Personen mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung beteiligt. Zweitens können wir die Idee, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (z.B., psychopathische und/oder antisoziale Persönlichkeit) zur Simulation psychiatrischer Symptome antreiben, zum Teil unterstützen. Genauer gesagt zeigen die Ergebnisse, dass bei Personen mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung sowohl das Vorhandensein von Simulation als auch von deliktbezogener Amnesie auftritt. Es ist jedoch kein Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme von Amnesie und Psychopathie gefunden worden. Zum Schluss sei gesagt, dass die Vermutung, dass solche Persönlichkeitsmerkmale möglicherweise mit schlechten exekutiven Funktionen zusammenhängen, in zukünftiger Forschung weiter untersucht werden muss.

Eine grosse Korrelationsanalyse zwischen Simulation, Amnesie, Dissoziation, Psychopathie, Impulsivität, Supernormalität und Schuld attribution würde für mehr Deutlichkeit hinsichtlich der Verbindung von gewalttätigem Verhalten und psychischer Krankheit sorgen. Die psychometrische Qualität der Messinstrumente, die in diesen Studien benutzt worden sind, haben vielversprechende Ergebnisse

gezeigt. Es ist aber noch viel Forschungsarbeit erforderlich und unsere Beiträge sind nur ein Anfang im Bereich der forensischen Psychiatrie. Wir erschließen den Bereich neuropsychologischer Untersuchungen des "criminal mind", dem unser Interesse gelten soll und in dem detaillierte und systematische Studien notwendig sind.

