

What you see is not what you get

Het effect van onder- of overrapportage van symptomen op diagnostiek en behandeling

Brechje Dandachi-FitzGerald & Harald Merckelbach

SAMENVATTING

In dit artikel bespreken we wat er kan gebeuren als patiënten symptomen onder- of juist overrapporteren, en hoe dat de diagnostiek en behandeling compliceert. We verkennen het onderzoek daarover en gaan in op mogelijke verbanden tussen een vertekende presentatie van klachten, de therapeutische relatie en negatieve behandelervaringen. Ook bespreken we wat clinici kunnen doen wanneer sprake is van onder- of overrapportage. Onderrapporteren komt vaak voort uit schaamte of een overdreven positief zelfbeeld, terwijl overrapporteren verband kan houden met de angst om geen behandeling te krijgen of met een onvermogen om klachten nauwkeurig te verwoorden. Van beide vormen van vertekening is vastgesteld dat ze verstrekken gevolgen hebben. In dit artikel vatten we de empirische literatuur daarover samen. De strekking hiervan is nogal duidelijk: onderrapporteren gaat hand in hand met een onderschatting van ernstige symptomen en een overschatting van de therapie-uitkomst; overrapporteren gaat vaak gepaard met geringe therapietrouw en uiteindelijk uitval. Beide vormen van vertekening kunnen de therapeutische alliantie onder druk zetten, doordat de behandelaar een onjuist beeld heeft van de aard en ernst van de problematiek. Dit kan vervolgens leiden tot negatieve therapie-ervaringen, zoals een verkeerde diagnose of een gebrek aan vertrouwen in de therapeut. Om dit te voorkomen, is het belangrijk oog te hebben voor de informatieve waarde van validiteitstests en hun uitkomsten te gebruiken als vertrekpunt voor een open gesprek met de patiënt en zijn of haar naasten.

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel weet u:

1. wat het onder- en het overrapporteren van symptomen inhouden en hoe dit gedrag met validiteitstests kan worden vastgesteld;
2. dat er twee soorten validiteitstests zijn: *performance* en *symptom validity tests*;
3. dat goed gedocumenteerd is dat afwijkende scores op zulke tests gepaard gaan met aanzienlijke gevolgen voor diagnostiek en behandeling;
4. dat onderrapporteren samenhangt met een onderschatting van suïcidaliteit en kan leiden tot een overschatting van het behandelresultaat; en dat overrapporteren vaak gepaard gaat met no-shows en drop-out;
5. dat onder- en overrapporteren de therapeutische alliantie kunnen verstoren en zo kunnen leiden tot negatieve therapie-ervaringen, wat het des te belangrijker maakt om dit onderwerp gedurende de behandeling bespreekbaar te maken.

Brechje Dandachi-FitzGerald is universitair hoofddocent bij de Universiteit Maastricht en hoofdopleider Psychotherapie bij RINO Zuid te Eindhoven. Ook is ze bijzonder hoogleraar Psychotherapie in de Context van Wetenschap, Werkveld en Onderwijs bij de Open Universiteit en werkt ze als klinisch psycholoog en psychotherapeut in haar eigen praktijk.

✉ b.fitzgerald@maastrichtuniversity.nl

Prof. dr. **Harald Merckelbach** is hoogleraar Toegepaste Functieleer bij de Universiteit Maastricht.

✉ h.merckelbach@maastrichtuniversity.nl

Onder- en overrapporteren van symptomen

Wanneer patiënten een beschrijving geven van hun klachten – tijdens een intake, behandel sessie of het invullen van een vragenlijst – zijn ze daarin lang niet altijd volledig of nauwkeurig. Soms stellen ze de ernst en omvang van bijvoorbeeld hun depressieve klachten minder zwaar voor dan die daadwerkelijk zijn (Ma et al., 2021). Dan is er sprake van onder- rapporteren. In andere gevallen gebeurt juist het tegenovergestelde: klachten, bijvoorbeeld aandachts- en concentratieproblemen, worden zwaarder aangezet dan ze feitelijk zijn (Finley et al., 2024), wat neerkomt op overrapporteren.

Het onder- of overrapporteren van symptomen is iets wat een minderheid van de patiënten doet. De schaal waarop het voorkomt, is ook afhankelijk van de context. Onder- of overrapporteren zal zo vaker voorkomen in een forensische dan in een klinische omgeving (vergelijking tussen Roor et al., 2024 en Svete et al., 2025). Maar zelfs in een klinische omgeving gaat het nog steeds om een niet-triviale minderheid van ongeveer 15%.

Naar het onder- en overrapporteren van symptomen is nogal wat onderzoek gedaan. Dat richtte zich vooral op de volgende twee vragen: ten eerste, hoe kun je deze vertekeningen herkennen? En ten tweede, wat zijn de oorzaken? De eerste kwestie komt uitgebreid aan bod in de literatuur over meetinstrumenten zoals de validiteitsschalen van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form (MMPI-2-RF; Aparcero et al., 2023; Picard et al., 2023). Om de tweede vraag te beantwoorden – over de oorzaken – brengen auteurs onderrapporteren vaak in verband met *fake good*. Overrapporteren wordt nogal eens in de conceptuele omgeving geplaatst van simuleren, veinzen, malingeren en *fake bad* (Merckelbach et al., 2019). Wij willen het in deze bijdrage zoveel mogelijk houden op ‘onderrapporteren’ en ‘overrapporteren’, omdat het neutrale, beschrijvende termen zijn. Ze leggen zich niet vast op een interpretatie en houden er rekening mee dat allerlei factoren kunnen bijdragen aan een vertekende presentatie van klachten.

Deze bijdrage gaat niet zozeer over hoe onder- of overrapporteren kan worden vastgesteld, noch over de oorzaken ervan. We willen hier stilstaan bij de *gevolgen* van deze vertekeningen voor diagnostiek en behandeling. Wat daarover bekend is, vatten we samen en voorzien we van commentaar. Daarna verkennen we mogelijke verbanden tussen de manier waarop patiënten hun klachten presenteren, de therapeutische relatie en negatieve ervaringen tijdens de behandeling. Tot slot kijken we naar wat een behandelaar kan doen wanneer een patiënt klachten onder- of overrapporteert. Daarbij merken we wel op dat er over de gevolgen van onderrapporteren aanzienlijk minder bekend is dan over die van overrapporteren.

Gevolgen van onderrapporteren

Er zijn grofweg twee vormen van onderrapporteren. De eerste variant behoort waarschijnlijk tot ieders repertoire en komt neer op doelbewust minimaliseren. Bij uitstek is de manier om dit te doen door sociaal wenselijke antwoorden te geven. Dat manifesteert zich in het benadrukken van positieve eigenschappen en het wegwuiven van problemen.

De neiging daartoe kan worden gemeten met instrumenten als de Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (Crowne & Marlowe, 1960; He et al., 2015) en de K-r-schaal van de MMPI-2-RF (Anestis et al., 2015).

Als het om psychische problemen gaat, zal minimaliseren vaak worden ingegeven door schaamte en angst voor stigmatisering (Thornicroft et al., 2022). Sriram en Jabbarpour (2005) vroegen klinici of zij het zelf makkelijk met anderen zouden delen als zij te kampen zouden hebben met schizofrene symptomen. Een meerderheid zei van niet en gevraagd naar de reden daarvoor werd het risico van stigmatisering het vaakst genoemd.

Minimaliseren kan ertoe leiden dat de clinicus belangrijke informatie over het hoofd ziet. Een treffend voorbeeld komt uit Amerikaans onderzoek waarin opgenomen psychiatrische patiënten met meerdere diagnoses de instructie kregen om zich beter voor te doen dan ze zich in werkelijkheid voelden. Vervolgens ondergingen ze een psychiatrische anamnese. In ongeveer 70% van de gevallen onderkenden de klinici een eerder wel vastgestelde persoonlijkheidsstoornis niet (Fiduccia, 2011). In een ander onderzoek werden gedetineerden tweemaal beoordeeld met risicotaxatie-instrumenten om zo hun kans op recidive in te schatten: één keer zonder specifieke instructies, en één keer nadat ze waren geïnstrueerd om zich beter voor te doen. In de tweede situatie werden de risico's aanzienlijk onderschat (Gillard & Rogers, 2015).

Overtuigender dan studies waarin mensen de uitdrukkelijke instructie krijgen om zich mooi voor te doen, is onderzoek naar patiënten die een habituele neiging vertonen om hun problemen te bagatelliseren. Die neiging kan, zoals gezegd, in kaart worden gebracht met specifieke schalen van de MMPI-2-RF. Zo vonden Anestis en collega's (2015) dat patiënten die hoog zitten op de K-r-schaal van dit instrument zich zullen presenteren als goed aangepast: ze komen trouw naar de behandelsessies en streven ernaar de behandeling in overleg met de therapeut netjes af te ronden. Toch markeren hoge scores op deze schaal ook het risico dat suïcidale gedachten die wel aanwezig zijn, door de patiënt worden ontkend – een belangrijk aandachtspunt, zoals ook Khazem en collega's (2021) benadrukken. In een ander onderzoek (McGee Ng et al., 2016) werd met dezelfde K-r-schaal bij een groep van 435 psychiatrische patiënten onderzocht of verhoogde scores gepaard gaan met een onderschatting van aanwezige persoonlijkheidsproblematiek, zoals vastgesteld met een zelfrapportage-instrument. Dit bleek in bijzonder sterke mate het geval te zijn, een bevinding die bovendien werd gerepliceerd door Quilty en collega's (2018). Een tweede variant van onderrapporteren is dieper geïnternaliseerd en sterk verbonden met zelfvertrouwen, eigendunk en, in zijn radicale uitlopers, narcisme. In jargon wordt wel gesproken van positieve zelfdeceptie. Daarbij duidt het ontkennen van zelfs alledaagse symptomen op een gebrekkig zelfinzicht, iets wat in kaart wordt gebracht met instrumenten als de Balanced Inventory of Desirable Responding (Paulhus, 1984) en de Supernormality Scale (Cima et al., 2003). Bij patiënten gaan hoge scores op deze schalen doorgaans gepaard met allerlei vertekeningen. Zo kruisen zij bij aanvang van de therapie vaak opvallend weinig depressieve symptomen aan, en aan het einde van de behandeling lijkt het alsof de psychische klachten vrijwel geheel zijn verdwenen (Davis et al., 2014; De Page & Merckelbach, 2021). Toch is hier de nodige scepsis geboden. Veelzeggend is onderzoek dat laat zien dat ex-verslaafden sneller terugvallen naarmate zij meer positieve zelfdeceptie vertonen (Martínez-González et al., 2016). Er zijn sterke aanwijzingen dat mensen die uitblinken in

positieve zelfdeceptie een geringe bereidheid hebben om hun voordeel te doen met constructieve feedback in het kader van een behandeling (Weissman & Gorlin, 2023).

Gevolgen van overrapporteren: vroege studies

In onderzoek naar posttraumatische-stressstoornis (PTSS) bij Vietnam-veteranen kwam voor het eerst de vraag op of het overdrijven van klachten behandelresultaten vervolgens kan vertroebelen. Hyer en collega's (1988) gebruikten de validiteitsschalen van de MMPI en ontdekten dat 171 van de 439 onderzochte veteranen (39%) geneigd waren hun symptomen aan te dikken. De auteurs merkten terloops op dat deze groep vaak ook een slechtere prognose had in therapie, al werd die uitspraak niet stevig onderbouwd. Ook Perconte en Griger (1991) onderzochten Vietnam-veteranen in behandeling en concludeerden dat juist degenen die het minst baat hadden bij therapie én een neiging vertoonden tot het aandikken van symptomen, zich opvallend vaak op hun gemak voelden in de patiëntrol. Deze constatering was echter vooral anekdotisch van aard. Greene (1988) onderzocht de impact van overrapportage binnen een universitaire psychotherapiepraktijk. Afhankelijk van hoe strikt de MMPI-schalen werden gehanteerd, bleek dat 30 tot 50% van de patiënten die symptomen overdreven, al na één sessie afhaakten – een aanzienlijk hoger percentage dan bij patiënten die hun klachten niet overrapporteerden. Wel valt er het nodige af te dingen op de statistische onderbouwing in deze studie.

Gevolgen van overrapporteren: systematisch onderzoek

Sinds de jaren negentig is er beter onderzoek op dit terrein uitgevoerd en voor zover we daarmee bekend zijn, hebben we de resultaten daarvan samengevat in **tabel 1**. We hebben ons beperkt tot studies waarin het overrapporteren van symptomen niet op basis van een klinische indruk werd vastgesteld, maar op geleide van zogenaamde validiteitstests. Dat is van belang, omdat we weten dat klinici vertekeningen in de wijze waarop patiënten hun symptomen presenteren vaak volledig over het hoofd zien (Dandachi-FitzGerald et al., 2017). Pas door de inzet van validiteitstests wordt zichtbaar dat in zulke gevallen inderdaad geldt: *what you see is not what you get*.

Validiteitstests meten of patiënten hun beperkingen en symptomen op een valide – in de zin van plausibele – manier beschrijven. Van deze instrumenten bestaan twee varianten: *performance validity tests* en *symptom validity tests*. Performance validity tests – zoals de Test of Memory Malingering (TOMM) of de Amsterdamse Korte Termijn Geheugentest (AKTG) – lijken in cognitief opzicht belastend, maar zijn in werkelijkheid nogal eenvoudig, zodanig dat neurologische patiënten er redelijk goed op presteren. Iemand die ver onder het eigen niveau scoort, overdrijft klaarblijkelijk cognitieve beperkingen. Symptom validity tests bestaan uit een opsomming van onwaarschijnlijke symptomen. Als iemand zulke symptomen op ruime schaal aankruist, is dat indicatief voor overrapporteren. Voorbeelden van zulke tests zijn schalen van de MMPI-2-RF die overrapporteren meten en de Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS).

Het onderzoek dat in **tabel 1** wordt samengevat is gebaseerd op de meeste uiteenlopende performance en symptom validity tests (zie kolom Instrument). De subgroep van patiënten die op deze tests cognitieve beperkingen overdrijft of symptomen overmatig aankruist, wordt weergegeven in de kolom Niet valide. De kernvraag is of patiënten die overdrijven op in de kliniek courante schalen – bijvoorbeeld vragenlijsten die depressie meten – vaker de behandeling staken (drop-outs), frequenter verstek laten gaan (no-shows), minder baat hebben bij de behandeling en uiteindelijk na de behandeling toch vaker elders hulp gaan zoeken. Dit wordt vergeleken met patiënten die niet overrapporteren. Deze relatie tussen overrapporteren op andere schalen, het niet verschijnen op afspraken en het later raadplegen van andere hulpverleners wordt consistent bevestigd. Daaruit rijst een beeld op van patiënten bij wie de behandeling moeizaam verloopt. Dit blijkt ook uit het verhoogde percentage drop-outs dat regelmatig in deze groep werd gevonden, vooral in onderzoek met grote steekproeven.

Sommige onderzoekers constateerden dat overrapporterende patiënten minder profiteren van de behandeling, maar anderen spreken dat weer tegen. Daarbij past wel een kanttekening: nagenoeg alle bevindingen in deze rubriek berusten op de zelfrapportage van klachten aan het begin en aan het einde van de behandeling. In de groep van overrapporterende patiënten is het klachtenniveau van meet af aan geïnfleteerd, wat blijkt uit de vaak stevige correlaties van overrapporteren met zelfgerapporteerde klachten (zie **tabel 1**). Een afname van klachten tijdens de therapie zal vertroebeld worden door dit geïnfleteerde startpunt en dat geldt al helemaal als er binnen deze groep meer uitvallers zijn. Om die reden zijn studies die beweren dat overrapporteren geen afbreuk doet aan behandelresultaten niet zonder meer overtuigend. Sprekend in dit verband is de studie van Van Hout en collega's (2008), de eerste, maar in methodologisch opzicht ook de sterkste in haar soort. Deze onderzoekers vroegen niet alleen aan de patiënten, maar ook aan hun partners of de behandeling zoden aan de dijk had gezet. Een kleine minderheid van partners van overrapporterende patiënten (7%) vond dat dit het geval was, terwijl dat percentage bij partners van patiënten die niet overrapporteerden beduidend hoger lag (68%).

De algehele conclusie die zich naar aanleiding van **tabel 1** opdringt is dat de behandeling van overrapporterende patiënten vaker tegenslagen, complicaties en mislukkingen kent dan die van patiënten die niet overrapporteren. In dat beeld past ook onderzoek waarin werd gevonden dat forensische patiënten die symptomen overrapporteren vaker betrokken zijn bij agressieve incidenten dan forensische patiënten die niet overrapporteren (Costopoulos et al., 2021; maar zie voor een nuancering ook: Mueller & Evans, 2020).

Therapeutische alliantie

Het kan niet anders of het onder- dan wel overrapporteren van symptomen legt een hypotheek op de therapeutische alliantie – de samenwerkingsrelatie tussen patiënt en behandelaar. Deze alliantie rust op drie pijlers: overeenstemming over de behandeldoelen, overeenstemming over de wijze waarop die doelen bereikt worden (de taken), en het opbouwen van een vertrouwensband (Bordin, 1979; Hafkenscheid, 2021). Wanneer een patiënt symptomen onder- of overrapporteert, maakt dat het moeilijker om doelen en taken

Tabel 1. Systematisch onderzoek naar overrappertoren en behandelparameters

Auteurs (jaartal)	N	Groep	Behandeling	Instrument	n (%)	r of t met symptomatologie (Tt)	Meer drop-outs	Meer no-shows	Dempt behandel-effect	Vaker hulpvraag na behandeling
Van Hout et al. (2008)	84	Chronische solventen-encefalopathie	CBT	TOMM	20 (24%)				+	
Moore et al. (2013)	128	Psychotische symptomen	FAST/STEP	EI	29 (23%)	$r = 0,28^*$ (PANSS GP)		+		
Goedendorp et al. (2013)	151	Chronische vermoeidheid	CBT	AKTG	26 (16%)		+ ¹		-	
Horner et al. (2014)	355	Somatische klachten	Medische behandeling	TOMM WMT	72 (20%)					+
Anestis et al. (2015)	511	Depressie- en angstklachten	Empirisch gevalideerde therapie	Overreporing-schalen MMPI-2-RF			+			
Jurick et al. (2020)	100	PTSS en mild traumatisch hersenletsel	CPT	TOMM	43 (43%)	$t_s \geq 2,36^*$ (PCL-S, NSI, BDI-II)	-		$\pm^2$	
Van Minnen et al. (2020)	205	PTSS	EMDR	SIMS	29 (14%)	$r = ,30^*$ (CAPS)			-	
Williams et al. (2020)	61	PTSS	CPT	WMT M-FAST	14 (22%)	$r_s < ,42^{*3}$ (CAPS, PCL-M, BDI-II, CD-RISC)	-		$\pm$	
Roor et al. (2022)	1081	Chronische vermoeidheid	CBT	AKTG	123 (11%)	$r_s > ,084^*$ (CIS fatigue, SF36, SIP, SCL-90)	+	+	-	

Auteurs (jaartal)	N	Groep	Behandeling	Instrument	n (%) Niet valide	r of t met symptomatologie (Tt)	Meer drop-outs	Meer no-shows	Dempt behandel-effect	Vaker hulpvraag na behandeling
Marquardt et al. (2024)	430	PTSS, depressie en verslaving	Dagbehandeling	Overreporting -schalen MMPI-2-RF	110 (26%)	.41* < rs < .75* (RCd)	-	+	-	+
Van Zwam-van der Wijk et al. (2025)	359	Somatische symptoom-stoornissen	CBT ACT	TOMM	62 (17%)	ts > 1.92 ^{3,4} (PHQ-9, GAD-7, LKV-51)			-	

Noten. CBT = Cognitive Behavioral Therapy; TOMM = Test of Memory Malingering; FAST = Functional Adaptation Skills Training; STEP = Skills Training and Empowerment Program; EI = Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status/Effort Index; PANNS GP = Positive and Negative Syndrome Scale-General Psychopathology; AKTG = Amsterdamse Korte Termijn Geheugentest; WMT = Word Memory Test; MMPI-2-RF = Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2-Restructured Form; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; CPT = Cognitive Processing Therapy; PCL-S = PTSD Checklist; NSI = Neurobehavioral Symptom Inventory; BDI-II = Beck Depression Inventory; EMDR = Eye Movement and Desensitization Reprocessing; SIMS = Structured Inventory of Malingered Symptomatology; CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale; M-FAST = Miller Forensic Assessment of Symptoms Test; PCL-M = PTSD Checklist-military version; CD-RISC = Connor Davidson Resilience Scale; CIS fatigue -- Checklist for Individual Strength-fatigue subscale; SF36 physical functioning = Medical Outcomes Survey Short-Form-36; SIP = Sickness Impact Profile; SCL-90 = Symptom Checklist-90; RCd = Restructured Clinical demoralization scale; ACT = Acceptance and Commitment Therapy; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder questionnaire; LKV-51 = Physical Symptom Checklist.

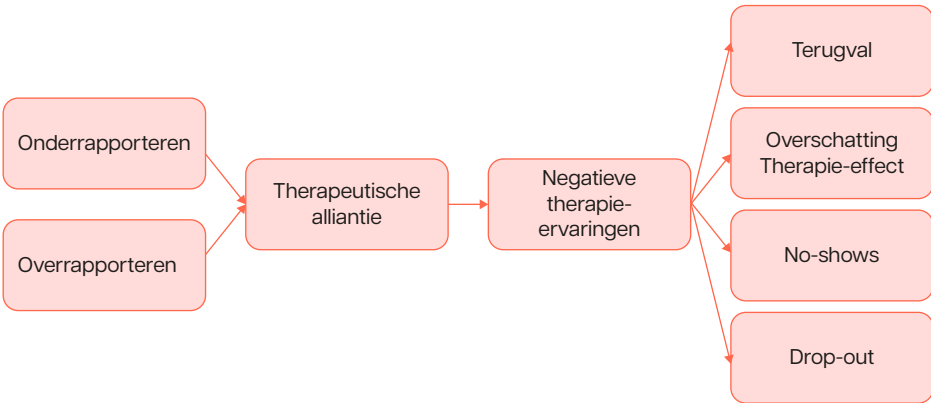
¹ Studie-drop-out, niet therapie-drop-out; ² Wel dempend effect op PCL-S; niet op NSI en BDI-II; ³ Auteurs presenteren F-waardes voor WMT en rs voor M-FAST. Uitzonderingen daargelaten gaat overrapporten hand in hand met significant verhoogde scores op klinische schalen tijdens T1. ⁴ p = .058 voor GAD-7, maar ps < 0.01 voor PHQ-9 en LKV-51.

goed af te stemmen op de daadwerkelijke hulpvraag, en daarmee zal het vertrouwen in de samenwerking onder druk komen te staan. In beide gevallen loopt de behandelaar het aanmerkelijke risico aanvankelijk een onjuiste inschatting te maken van de aard en ernst van de problematiek. Zo kan een onderrapporterende patiënt benadrukken meer zelfvertrouwen te willen ontwikkelen, waarop de behandeling vervolgens wordt geënt, terwijl er in werkelijkheid sprake is van een dwangstoornis waarvoor de patiënt zich schaamt. Omgekeerd kan een overrapporterende patiënt sterk inzetten op een breed scala aan PTSS-symptomen, terwijl later blijkt dat de klachten vooral voortkomen uit woede, verdriet en frustratie na een relatiebreuk. In zulke gevallen wordt het voor de behandelaar lastig om een passende vorm van empathie op te brengen – terwijl juist die empathie een essentiële bouwsteen vormt van de therapeutische alliantie, en daarmee een belangrijke voorspeller is van therapiesucces (Elliott et al., 2018).

Deze soort zwakke therapeutische alliantie kan op haar beurt bijdragen aan meer negatieve therapie-ervaringen. We hebben over dit in de literatuur enigszins verwaarloosde thema eerder in dit tijdschrift geschreven (Dandachi-Fitzgerald et al., 2022). Het is niet dat we willen beweren dat alle negatieve therapie-ervaringen op het conto van onder- of overrapporterende patiënten kunnen worden geschreven: daarvoor zijn die negatieve ervaringen te divers en bij een te brede groep van patiënten aanwezig. Onze stelling is dat een aantal van deze ervaringen het sterke vermoeden doet rijzen dat zij met onder- of overrapportereren verband (kunnen) houden. Het gaat dan om ervaringen als een verkeerde diagnose krijgen, bang zijn dat anderen te weten komen dat men in therapie is en weinig vertrouwen stellen in de therapeut.

Figuur 1 geeft een schematische samenvatting van onze ideeën over dit onderwerp.

Figuur 1. Tentatieve schematische weergave van de samenhang tussen vertekeningen in klachtpresentatie, therapeutische alliantie, negatieve therapie-ervaringen en behandeluitkomst



Bij deze figuur passen twee kanttekeningen. Op de eerste plaats is dit een nogal tentatieve weergave van de literatuur. We hebben wetenschappelijk onderzoek nodig om vast te stellen of onderrapportereren inderdaad via een gebrekkige therapeutische alliantie en negatieve therapie-ervaringen resulteert in terugval – bijvoorbeeld bij verslavingsproblematiek – of in

een te optimistische inschatting van het behandelresultaat – en daarmee bijvoorbeeld een onderschatting van de suïcidaliteit. Evenzeer vergt het precieze verband tussen overrapporteren, therapeutische alliantie, negatieve therapie-ervaringen en geringe therapietrouw en/of het vroegtijdig staken van de behandeling systematische studie. Dat type onderzoek ontbreekt op dit moment geheel. In de somatische geneeskunde is wél op kleine schaal onderzoek gedaan naar zulke verbanden en dat laat overduidelijk zien dat een verstoorde klachtenpresentatie een negatieve weerslag heeft op de samenwerkingsrelatie tussen patiënt en behandelaar (Sarwar et al., 2022). Waar het veld ongetwijfeld zeer mee gediend is, zijn gevalsstudies waarin het thema van onder- en overrapporteren in verband wordt gebracht met therapeutische mislukkingen (zie bij wijze van voorbeeld: Krivzov et al., 2021).

Op de tweede plaats wekt de figuur de indruk dat onder- en overrapporteren elkaar steeds uitsluitende categorieën zijn. Dat is maar zeer ten dele het geval. Neem de *hello-goodbye-bias* (Tracey et al., 2014). Daarbij overrapporteert de patiënt aanvankelijk symptomen om zo in aanmerking te komen voor behandeling. Gaandeweg de therapie maakt overrapporteren dan plaats voor onderrapporteren, waarmee de patiënt een goede indruk hoopt te maken.

Beschouwing

De moraal van het verhaal is dat zowel het onder- als het overrapporteren van symptomen ruis veroorzaakt in de diagnostiek en de behandeling van psychologische problemen. Het is belangrijk om dit aan de orde te stellen, omdat over dit onderwerp soms wat al te gemakkelijke opinies de ronde doen. Zo wordt wel gesteld dat onderrapporteren zou wijzen op een gevoeligheid van de patiënt voor sociale conventies, en dat dit op zichzelf therapeutisch uit te buiten valt. Die redenering bezit slechts beperkte geldigheid, al helemaal wanneer het bijvoorbeeld gaat om het uit schaamte verzwijgen van suïcidale gedachten.

Overrapporteren wordt soms gezien als een ‘schreeuw om aandacht’ (*cry for help*). Elders hebben we uitvoerig uitgelegd waarom deze interpretatie tekortschiet (Dandachi-FitzGerald, Merckelbach et al., 2024). Hier volstaan we met de opmerking dat ze in regelrechte strijd is met de steeds terugkerende bevinding dat overrapporteren een voorspeller is van gebrekkige therapietrouw en uitval, die niet duiden op een *cry for help*.

De namen van allerlei validiteitstests – zoals de Test of Memory Malingering en de Structured Inventory of Malingered Symptomatology – wekken de indruk dat het bij overrapporteren vooral draait om veinzen. Dat is een nogal ongelukkige associatie. Zo weten we dat sommige patiënten zo lang op een wachtlijst staan dat ze het gevoel krijgen hun klachten te moeten aandikken om überhaupt in aanmerking te komen voor hulp. In diepte-interviews zegt een lid van deze groep bijvoorbeeld: ‘I was told “you’re not severe enough”... hearing you’re not bad enough when you’re at your absolute lowest, it really just messes with your mind and you think okay, I’m not bad enough, time to get bad enough. So that’s why I would self-harm, and that’s where the suicidal thoughts come in’ (Punton et al., 2022). Ook sociale media spelen hierin een rol: bepaalde aandoeningen – zoals Gilles de la Tourette – worden daar vaak op een stereotiepe, maar ook spectaculaire manier gepresenteerd. Dat kan mensen beïnvloeden en ertoe leiden dat ze meer of andere symptomen rapporteren dan ze daadwerkelijk ervaren (Olvera et al., 2021). Daarnaast kan een persoonlijkheidskenmerk

als alexithymie – moeite hebben met het herkennen en verwoorden van emoties – ertoe leiden dat een patiënt zijn klachten zwaarder of breder presenteert dan ze feitelijk zijn (Merckelbach et al., 2018).

De door ons besproken literatuur laat zeker niet zien dat onder- of overrapporteren als exclusiecriteria voor een behandeling moet fungeren. Wél betekent het dat het verstandig is om oog te hebben voor onder- en overrapporteren en de volgende stappen in overweging te nemen:

1. Het dient een doel om het psychodiagnostisch verslag, dat vaak aanwezig is, van tevoren te inspecteren op aanwijzingen voor onder- of overrapporteren. In de regel vergt dat een grondige lezing van het rapport, want clinici hebben nogal eens de neiging om deze onderwerpen omfloerst aan de orde te stellen (Dandachi-FitzGerald, Peters et al., 2024). Dan scoort de patiënt bijvoorbeeld afwijkend op allerlei validiteitsschalen van de MMPI-2-RF, maar interpreteert de diagnosticus de klinische schalen alsof er qua onder- en/of overrapporteren niets aan de hand is.
2. Indien er sprake is van onder- of overrapporteren op validiteitstests, kan het van pas komen om – indien mogelijk – familieleden te bevragen over de klachten en beperkingen van de patiënt (Quilty et al., 2018). Het stelselmatig overrapporteren van symptomen kan – zo is wel gevonden – bij familieleden aanleiding zijn om de patiënt met wantrouwen te bejegenen (Thompson et al., 2018) en dat past in het beeld dat zulke patiënten vaak een zwak sociaal netwerk lijken te hebben (Lippa et al., 2014).
3. Onder- of overrapportage op validiteitstests kan een waardevol vertrekpunt zijn voor een open gesprek met de patiënt en zijn of haar naasten, waarin samen wordt verkend wat ten grondslag ligt aan de afwijkende scores. Bij onderrapportage kunnen gevoelens van schaamte of een (onbewust) positief zelfbeeld een rol spelen. In het geval van overrapportage kunnen angst om geen toegang te krijgen tot behandeling of moeite met het onder woorden brengen van klachten meespelen. Er bestaan inspirerende voorbeelden van hoe testresultaten op een motiverende en constructieve manier met de patiënt kunnen worden besproken – een benadering bekend als *therapeutic assessment* (Finn, 2007; De Saeger et al., 2014).

De ijsberg is een geliefde metafoor onder psychotherapeuten: de patiënt die het achterste van de tong niet laat zien en achter wiens verhaal een hoop latente psychopathologie schuilgaat. De metafoor wordt vaak – ten onrechte – toegeschreven aan Freud (Green, 2019), maar past ons hier minder goed. Ijsbergen zijn met het blote oog te zien, terwijl onder- en overrapporteren zich vaak alleen met validiteitstests laten vaststellen. Dat is het hele punt van *what you see is not what you get*. Maar ook: ijsbergen roepen associaties op met rampspoed, terwijl wij denken dat de therapeut die onder- en overrapporteren tijdens de behandeling expliciet aan de orde stelt, bezig is de therapeutische alliantie naar een hoger niveau te tillen. Om die reden pleiten wij voor een duidelijke plaats van dit thema in de opleiding van psychologen. Clinici moeten niet alleen kennis hebben van verschillende vormen van vertekening, maar ook leren hoe zij hier zorgvuldig en empathisch mee omgaan. In dat licht is het waardevol om hen vertrouwd te maken met wat Beach en collega's (2017) *thinking dirty* noemen: niets op *face value* aannemen, maar met betrokkenheid en klinische nieuwsgierigheid openstaan voor het onder- en overrapporteren van symptomen en wat hierachter schuil kan gaan. Dit vraagt ook aandacht voor existentiële

en contextuele factoren die vaak mede de hulpvraag kleuren. Wanneer clinici oog hebben voor mogelijke vertekeningen en deze bespreekbaar durven maken, biedt dat een ingang tot verdieping en betere aansluiting van de behandeling bij wat de patiënt nodig heeft. Dat is helemaal in de traditie van een wijze dokter die ooit zei dat een goede arts symptomen behandelt, maar een betere arts de patiënt met die symptomen behandelt.

REFERENTIES

- Anestis, J. C., Finn, J. A., Gottfried, E., Arbisi, P. A., & Joiner, T. E. (2015). Reading the road signs: The utility of the MMPI-2 Restructured Form Validity Scales in prediction of premature termination. *Assessment*, 22(3), 279-288.
- Aparcero, M., Picard, E. H., Nijdam-Jones, A., & Rosenfeld, B. (2023). Comparing the ability of MMPI-2 and MMPI-2-RF validity scales to detect feigning: A meta-analysis. *Assessment*, 30(3), 744-760.
- Beach, S. R., Taylor, J. B., & Kontos, N. (2017). Teaching psychiatric trainees to 'think dirty': Uncovering hidden motivations and deception. *Psychosomatics*, 58(5), 474-482.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S., Butt, C., Kremer, K., Schellbach-Matties, R., & Muris, P. (2003). The other side of malingering: Supernormality. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(2), 235-243.
- Costopoulos, J. S., Proctor, D., Johnson, A. M., & Roberts, S. G. (2021). The impact of malingering on inpatient assault rates. *Acta Scientific Neurology*, 4(6), 70-81.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349.
- Dandachi-Fitzgerald, B., Houben, S., Otgaar, H., Hout, M. van den, & Merckelbach, H. (2022). De schaduwkant van psychotherapie: Hoe vaak rapporteren patiënten negatieve ervaringen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 48(1), 12-23.
- Dandachi-Fitzgerald, B., Merckelbach, H., & Merten, T. (2024). Cry for help as a root cause of poor symptom validity: A critical note. *Applied Neuropsychology: Adult*, 31(4), 527-532.
- 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.
- Dandachi-Fitzgerald, B., Peters, M. J., Merten, T., Roor, J. J., Ponds, R. W., & Merckelbach, H. (2024). How psychologists communicate about symptom and performance validity testing in their reports: Room for improvement. *Psychological Injury and Law*, 17(4), 424-438.
- Davis, C. G., Doherty, S., & Moser, A. E. (2014). Social desirability and change following substance abuse treatment in male offenders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(3), 872-879.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410.
- Fiduccia, C. E. (2011). *Effects of defensiveness on the reporting of personality disorder symptoms* [Masterscriptie, University of North Texas]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Finley, J. C. A., Robinson, A. D., VanLandingham, H. B., Ulrich, D. M., Phillips, M. S., & Soble, J. R. (2024). Internalizing and somatic symptoms influence the discrepancy between subjective and objective cognitive difficulties in adults with ADHD who have valid and invalid test scores. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 30(8), 728-737.
- Finn, S.E. (2007). *In our clients' shoes, theory and technique of therapeutic assessment*. Routledge.
- Gillard, N. D., & Rogers, R. (2015). Denial of risk: The effects of positive impression management on risk assessments for psychopathic and nonpsychopathic offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 42, 106-113.

- Goedendorp, M. M., Werf, S. P. van der, Bleijenberg, G., Tummers, M., & Knoop, H. (2013). Does neuropsychological test performance predict outcome of cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome and what is the role of underperformance? *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 242-248.
- Green, C. D. (2019). Where did Freud's iceberg metaphor of mind come from? *History of Psychology*, 22(4), 369-372.
- Greene, R. L. (1988). The relative efficacy of F-K and the obvious and subtle scales to detect overreporting of psychopathology on the MMPI. *Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 152-159.
- Hafkenscheid, A. (2021). *De therapeutische relatie*. Boom.
- He, J., Vijver, F. J. R. van de, Dominguez Espinosa, A., Abubakar, A., Dimitrova, R., Adams, B. G., Aydinli, A., Atitsogbe, K., Alonso-Arbiol, I., Bobowik, M., Fischer, R., Jordanov, V., Mastrotheodoros, S., Neto, F., Ponizovsky, Y. J., Reb, J., Sim, S., Sovet, L., Stefenel, D., ... Villieux, A. (2015). Socially desirable responding: Enhancement and denial in 20 countries. *Cross-Cultural Research*, 49(3), 227-249.
- Horner, M. D., VanKirk, K. K., Dismuke, C. E., Turner, T. H., & Muzzy, W. (2014). Inadequate effort on neuropsychological evaluation is associated with increased healthcare utilization. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(5), 703-713.
- Hout, M. S. van, Wekking, E. M., Berg, I. J., & Deelman, B. G. (2008). Psychosocial and cognitive rehabilitation of patients with solvent-induced chronic toxic encephalopathy: A randomised controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 289-297.
- Hyer, L., Boudewyns, P., Harrison, W. R., O'Leary, W. C., Bruno, R. D., Saucer, R. T., & Blount, J. B. (1988). Vietnam veterans: Overreporting versus acceptable reporting of symptoms. *Journal of Personality Assessment*, 52(3), 475-486.
- Jurick, S. M., Crocker, L. D., Merritt, V. C., Hoffman, S. N., Keller, A. V., Eglit, G. M., Thomas, K. R., Norman, S. B., Shiehser, D. M., Rodgers, C. S., Twamley, E. W., & Jak, A. J. (2020). Psychological symptoms and rates of performance validity improve following trauma-focused treatment in veterans with PTSD and history of mild-to-moderate TBI. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 26(1), 108-118.
- Khazem, L. R., Rufino, K. A., Rogers, M. L., Gallyer, A. J., Joiner, T. E., & Anestis, J. C. (2021). Underreporting on the MMPI-2-RF extends to extra-test measures of suicide risk. *Psychological Assessment*, 33(8), 789-794.
- Krivzov, J., Notaerts, L., Nieuwenhove, K. van, Meganck, R., Truijens, F. L., & Goossens, A. (2021). The lack of failure reports in published psychotherapy case studies: Implications for dis-'illusioning' of research and practice. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 23(2), 139-155.
- Lippa, S. M., Pastorek, N. J., Romesser, J., Linck, J., Sim, A. H., Wisdom, N. M., & Miller, B. I. (2014). Ecological validity of performance validity testing. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29(3), 236-244.
- Ma, S., Kang, L., Guo, X., Liu, H., Yao, L., Bai, H., Chen, C., Hu, M., Du, L., Du, H., Ai, C., Wang, F., Wang, G., Li, R., & Liu, Z. (2021). Discrepancies between self-rated depression and observed depression severity: The effects of personality and dysfunctional attitudes. *General Hospital Psychiatry*, 70, 25-30.
- Marquardt, C. A., Ferrier-Auerbach, A. G., Schumacher, M. M., & Arbisi, P. A. (2024). MMPI-2-RF validity scales add utility for predicting treatment engagement during partial psychiatric hospitalizations. *Psychological Assessment*, 36(2), 124-133.
- Martínez-González, J. M., López, R. V., Iglesias, E. B., & Verdejo-García, A. (2016). Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction. *Psicothema*, 28(1), 13-19.
- McGee Ng, S. A., Bagby, R. M., Goodwin, B. E., Burchett, D., Sellbom, M., Ayeart, L. E., Dhillon, S., Yiu, S., Ben-Porath, Y. S., & Baker, S. (2016). The effect of response bias on the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 51-61.
- Merckelbach, H., Dandachi-FitzGerald, B., Helvoort, D. van, Jellic, M., & Otgaar, H. (2019). When patients overreport symptoms: More than just malingering. *Current Directions in Psychological Science*, 28(3), 321-326.

- Merckelbach, H., Prins, C., Boskovic, I., Niesten, I., & Campo, J. à. (2018). Alexithymia as a potential source of symptom over-reporting: An exploratory study in forensic patients and non-forensic participants. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(2), 192-197.
- Minnen, A., Dalen, B. van, Voorendonk, E. M., Wagenmans, A., & Jongh, A. de (2020). The effects of symptom overreporting on PTSD treatment outcome. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1794729.
- Moore, R. C., Davine, T., Harmell, A. L., Cardenas, V., Palmer, B. W., & Mausbach, B. T. (2013). Using the repeatable battery for the assessment of neuropsychological status (RBANS) effort index to predict treatment group attendance in patients with schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19(2), 198-205.
- Mueller, C., & Evans, S. E. (2020). Performance validity testing and aggression in a forensic inpatient setting. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 20(2), 101-113.
- Olvera, C., Stebbins, G. T., Goetz, C. G., & Kompolti, K. (2021). TikTok tics: A pandemic within a pandemic. *Movement Disorders Clinical Practice*, 8(8), 1200-1205.
- Page, L. de, & Merckelbach, H. (2021). Associations between supernormality ('faking good'), narcissism and depression: An exploratory study in a clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 182-188.
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 598-609.
- Perconte, S. T., & Griger, M. L. (1991). Comparison of successful, unsuccessful, and relapsed Vietnam veterans treated for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(9), 558-562.
- Picard, E., Aparcero, M., Nijdam-Jones, A., & Rosenfeld, B. (2023). Identifying positive impression management using the MMPI-2 and the MMPI-2-RF: A meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 37(3), 545-561.
- Punton, G., Dodd, A. L., & McNeill, A. (2022). 'You're on the waiting list': An interpretive phenomenological analysis of young adults' experiences of waiting lists within mental health services in the UK. *PloS One*, 17(3), e0265542.
- Quilty, L. C., Cosentino, N., & Bagby, R. M. (2018). Response bias and the Personality Inventory for DSM-5: Contrasting self- and informant-report. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(4), 346-353.
- Roor, J. J., Dandachi-FitzGerald, B., Peters, M. J., Knoop, H., & Ponds, R. W. (2022). Performance validity and outcome of cognitive behavior therapy in patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 28(5), 473-482.
- Roor, J. J., Peters, M. J., Dandachi-FitzGerald, B., Knoop, H., & Ponds, R. W. H. M. (2024). Performance validity test failure in the clinical population: A systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *Neuropsychology Review*, 34(1), 299-319.
- Saeger, H. de, Kamphuis, J. H., Finn, S. E., Smith, J. D., Verheul, R., Busschbach, J. J. van, Feenstra, D. J., & Horn, E. K. (2014). Therapeutic assessment promotes treatment readiness but does not affect symptom change in patients with personality disorders: Findings from a randomized clinical trial. *Psychological Assessment*, 26(2), 474.
- Sarwar, F., Crijns, T., Ramtin, S., Ring, D., Reichel, L., & Fatehi, A. (2022). Patient symptom exaggeration is associated with communication effectiveness and trust. *PEC Innovation*, 1, 100050.
- Sriram, T. G., & Jabbarpour, Y. M. (2005). Are mental health professionals immune to stigmatizing beliefs? *Psychiatric Services*, 56(5), 610-610.
- Svete, L. J., Tindell, W. W., McLouth, C. J., & Allen, T. S. (2025). A retrospective analysis of rates of malingering in a forensic psychiatry practice. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 53(1), 26-34.

- Thompson, C. M., Lin, H., & Parsloe, S. (2018). Misrepresenting health conditions through fabrication and exaggeration: An adaptation and replication of the false alarm effect. *Health Communication*, 33(5), 562-575.
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438-1480.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218-229.
- Weissman, S., & Gorlin, E. I. (2023). Exploring the (mal)adaptive consequences of self-deceptive enhancement: A narrative review. *Journal of Theoretical Social Psychology*, 2023(1), 2382005.
- Williams, M. W., Graham, D., Sciarrino, N. A., Estey, M., McCurry, K. L., Chiu, P., & King-Casas, B. (2020). Does validity measure response affect CPT group outcomes in veterans with PTSD? *Military Medicine*, 185(3-4), e370-e376.
- Zwam-van der Wijk, M. van, Roor, J. J., Ponds, R., & Vroege, L. de (2025). Performance validity and outcome of treatment in patients with somatic symptom and related disorders (SSRD). *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/23279095.2024.2445715>

ABSTRACT

What you see is not what you get: The effect of under- or overreporting of symptoms on diagnosis and treatment

This article explores the consequences of patients underreporting or overreporting their symptoms and how such distortions can complicate diagnosis and treatment. We explore the research on this topic and examine possible links between symptom presentation, the therapeutic relationship, and negative treatment experiences. We also discuss what clinicians can do in cases of underreporting or overreporting. Underreporting often arises from shame or an overly positive self-image, whereas overreporting may be driven by fear of being denied treatment or by difficulty articulating complaints accurately. Both forms of distortion have been shown to carry significant implications. We summarize the empirical literature and the pattern is quite clear: underreporting goes hand in hand with underestimation of symptom severity and overly optimistic expectations of treatment outcomes; overreporting is frequently associated with poor treatment adherence and eventual dropout. Both types of distortion can strain the therapeutic alliance, as clinicians may form an inaccurate understanding of the patient's condition. This, in turn, can lead to negative therapeutic experiences, such as misdiagnosis or a lack of trust in the therapist. To prevent this, it is important to recognize the informational value of validity tests and to use their results as a starting point for open dialogue with the patient and their support system.