

# Gedwongen opname na Medea-dreigement bij gesimuleerde psychose

S. DOGAN, E.J. REGEER, E.M.M. MOL, A.W. BRAAM

**SAMENVATTING** Een 30-jarige patiënte die een psychose simuleerde en dreigde met infanticide en suïcide werd gedwongen opgenomen. Een uur later werd zij met ontslag gestuurd nadat zij vertelde de klachten gesimuleerd te hebben. We gaan in op simulatie en de klinische aspecten daarvan in de spoedeisende psychiatrie. Vroegtijdige herkenning van simulatie kan onnodige opnames en iatrogene schade voorkomen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)3, 209-213]

**TREFWOORDEN** casus, crisisdienst, simulatie

In de klassieke tragedie *Medea* (Euripides 431 v. Chr.) wordt de hartstochtelijke en trotse Medea jaloers als Jason met een andere vrouw trouwt. In woede doodt zij het dierbaarste wat ze samen hebben: hun twee kinderen. Aan de hand van een casus waarin een gesimuleerde psychose met dreiging van infanticide en suïcide, na beoordeling in de crisisdienst, leidde tot een gedwongen opname, beschrijven wij hoe de diagnostiek van simulatie in deze setting kan plaatsvinden.

## GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 30-jarige vrouw van Noordafrikaanse afkomst, moeder van twee kinderen van 3 en 6 jaar oud, werd door haar familie naar de crisisdienst gebracht omdat zij een psychotisch toestand beeld vermoedden. Tien dagen eerder hadden crisisdienstmedewerkers patiënte beoordeeld vanwege suïcidaliteit, nadat zij de huisarts had verzocht om medicatie waarmee zij en haar kinderen pijnloos konden inslapen. De beoordelaars stelden toen een aanpassingsstoornis met depressieve stemming vast, waarbij de suïcidale uitingen

werden geplaatst in de context van wanhoop bij relatieproblematiek.

De psychiatrische voorgeschiedenis vermeldde een suïcidepoging door auto-intoxicatie op 19-jarige leeftijd, verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling en identiteitsproblematiek. De somatische voorgeschiedenis vermeldde bekkeninstabiliteit en whiplashklachten. In de familie kwamen suikerziekte en angstklachten voor.

Uit de heteroanamnese bleek dat haar echtgenoot vond dat patiënte sinds enkele maanden veranderd was. Ze was vaak geprikkeld, kwam snel in conflict en klaagde vaak over vermoeidheidsklachten. Een maand eerder was hij uit huis vertrokken om zich te bezinnen. Hierop had patiënte aangegeven zonder hem niet verder te willen leven.

Een zus van patiënte vertelde dat patiënte na de beoordeling door de crisisdienst tien dagen eerder met haar kinderen was vertrokken. Patiënte vreesde dat haar kinderen afgepakt zouden worden, omdat de huisarts een melding had gedaan bij Bureau Jeugdzorg (BJZ). Na een week had patiënte contact opgenomen. Haar zus vond haar afwisselend verward, kinderlijk en boos overko-

men. Patiënte schreeuwde dat God niet bestond en dat ze haar en haar kinderen zouden komen halen. De zus beschreef patiënte in normale doen als een slimme, ontwikkelde vrouw, die juist zeer gelovig was en zich altijd traditioneel kleepte en een hoofddoek droeg. Echtgenoot en zus maakten zich grote zorgen om de veiligheid van patiënte en de kinderen. Zij vonden de situatie dermate ongevoelbaar, onvoorspelbaar en ernstig dat zij medisch-psychiatrische hulp zochten.

Bij psychiatrische beoordeling zagen wij een goed verzorgde jonge vrouw zonder hoofddoek die vlot gekleed was. Zij maakte giechelend en op een kinderlijke wijze contact. De klachtenpresentatie was open en onverschillig. Het bewustzijn was helder en de aandacht was goed te trekken en te behouden. Wij schatten de intelligentie van patiënte als benedengemiddeld. Ze meldde spontaan visuele hallucinaties van haar overleden oma en auditieve imperatieve hallucinaties in de vorm van de stem van haar overleden oma, die haar beval om een plek te vinden om haar kinderen te doden en zelfmoord te plegen. Het denken was normaal van tempo en bij vlagen incoherent van structuur. Inhoudelijk waren er preoccupaties met religieuze opvattingen en de angst om alleen te raken. De stemming was bedrukt en het affect was bijpassend en labiel. Het risico op infanticide en suïcide schatten we in als hoog.

We diagnosticeerden een kortdurende psychotische stoornis met duidelijke stressveroorzakende factoren. Differentiaaldiagnostisch overwogen we een nagebootste stoornis of simulatie in het kader van acting-outgedrag bij cluster B-persoonlijkhedenproblematiek.

We besloten tot een opname om het gevaar af te wenden en patiënte te kunnen observeren. Eenmaal aangekomen op de opnameafdeling wilde zij

niet meer opgenomen worden. Daarop besloten we tot een inbewaringstelling (IBS). Een uur later vertelde patiënte dat zij de klachten had voorgewend. Ze gaf aan geen hallucinaties of een doods-wens te hebben en ook niet te hebben gehad. Ze was op dat moment helder, adequaat en de kinderlijke presentatie was verdwenen.

Bij confrontatie met de discrepantie tussen de eerdere presentatie bij de crisisdienst en de huidige vertelde ze dat het niet haar bedoeling was geweest opgenomen te worden op een onrustige opnameafdeling. Ze vertelde gehoopt te hebben dat haar echtgenoot zich zou bedenken als hij zag dat ze gek dreigde te worden door de relatiebreuk. Echtgenoot en zus gaven aan dat haar presentatie overeenkwam met haar gedrag in normale doen. In overleg met de familie werd de IBS opgeheven nadat we afspraken dat de kinderen bij hun oma terecht konden.

Omdat na deze ontknoping nog steeds zorgen bestonden over patiënte hadden we meerdere vervolggesprekken met patiënte, haar echtgenoot en verdere familie. Psychotische symptomen werden niet meer waargenomen. Heteroanamnestisch bevestigden echtgenoot en familie dit. Haar echtgenoot maakte definitief een eind aan de relatie en vertrok uit huis. Gaandeweg namen de stemmingsklachten verder toe en kreeg patiënte een depressie. We startten een medicamenteuze behandeling en meldden haar aan voor verdere poliklinische behandeling.

## BESPREKING

### Simulatie

Simulatie (*malingering*) is 'het opzettelijk veroorzaken of voorwenden van onware of sterk overdreven

TABEL 1	Situaties waarin simulatie kan voorkomen met onderliggende motieven (Kaplan e.a. 2009)
Situatie	Motief
Militaire dienst, leerplicht	ontlopen van verantwoordelijkheid
Forensische setting	ontlopen van detentie, mate van toerekeningsvatbaarheid, overplaatsing, verlof
Medisch juridisch	schadeclaims, arbeidsongeschiktheid
Spoeisende (somatische en/of psychiatrische) hulp	verkrijging van toegang tot ziekenhuis bij dakloosheid
Poliklinisch	verkrijging van medicatie

lichamelijke of psychische verschijnselen of klachten, waarbij externe motieven de aanleiding vormen' (DSM-IV-TR, APA 2000). Simulatie is geen psychiatrische stoornis, maar wordt geclassificeerd als V-code V65.2 'bijkomende problemen die reden voor zorg kunnen zijn'. In tabel 1 staan verschillende situaties beschreven waarin simulatie voorkomt.

Exacte prevalentie- en incidentiecijfers ontbreken in de literatuur. De prevalentie hangt af van de context en de setting waarbinnen onderzoek plaatsvindt. Schattingen variëren van 15 tot 20% in een forensische setting en rond de 7% in een niet-forensische setting. Bij rapportages in het kader van het vaststellen van letselschade wordt het voorkomen van simulatie geschat op 8 tot 33% (Rogers e.a. 1986). Een duidelijk beloop en prognose zijn niet goed bekend. Eigen aan de stoornis is dat patiënten zich veelal aan verdere zorg onttrekken na ontdekking (Feldman 2004).

Simulatie wordt zelden herkend. Dit kan komen door gebrek aan ervaring of door oppervlakkige diagnostiek zonder kennis van de voorgeschiedenis of heteroanamnese. Een andere oorzaak van de slechte herkenning kan zijn het bij simulatie passende vluchtige gedrag van de patiënt. Verder is diagnostiek van psychiatrische stoornissen grotendeels gebaseerd op zelfrapportage van de patiënt en de tradionele arts-patiëntrelatie is gebaseerd op vertrouwen en accurate rapportage

door de patiënt. Er wordt in het algemeen niet aan het waarheidsgehalte van door patiënt verstrekte informatie getwijfeld.

Indicatoren die simulatie doen vermoeden tijdens anamnese en observatie staan beschreven in tabel 2. Psychometrische instrumenten en meetschalen kunnen een nuttige bijdrage leveren aan de diagnostiek. Inconsistente antwoordpatronen kunnen suggestief zijn. Daarnaast kan de neiging tot of het risico op simulatie middels een aantal subschalen van de 'Minnesota Multiphasic Personality Index 2' (MMPI2) ingeschat worden (Sellbom e.a. 2010). Met de 'Structured Inventory of Malingered Symptomatology' (SIMS) kan de gradatie van simulatie op een betrouwbare manier in kaart worden gebracht (Merkelbach e.a. 2003).

### Bespreking casus

De situatie en de onderliggende motieven in deze casus zijn niet de gebruikelijke zoals beschreven in tabel 1. Retrospectief waren er meerdere aanwijzingen voor simulatie zoals genoemd in tabel 2. Uit de voorgeschiedenis bleek dat er aanwijzingen waren voor een persoonlijkheidsstoornis.

De klachtenpresentatie was atypisch. Patiënte beschreef spontaan auditieve en visuele hallucinaties als een goede en een kwade stem die

TABEL 2 Indicatoren voor simulatie tijdens anamnese en observatie (Mol 2008)

- Atypische presentatie met ernstige, ongebruikelijke en fantastische klachten met een veelheid aan symptomen, die vaak van aard wisselen, niet controleerbaar zijn en niet synchroon lopen met de lijdensdruk
- Een met flinkheid gedragen klachtenpatroon, dat niet past onder de noemer van een stoornis
- Nieuwe symptomen die in de loop van het onderzoek of behandeling ontstaan
- Een voorgeschiedenis met seksueel misbruik of fysieke mishandeling, zonder dat deze informatie toetsbaar is
- Een voorgeschiedenis met verschillende behandelaren, zeer uitgebreide diagnostiek en diverse niet-succesvolle behandelingen
- Een overdreven bereidheid tot vervolgonderzoek of juist een opmerkelijke onverschilligheid ten opzichte van het onderzoek
- Het door de patiënt voorspellen van een negatieve testuitslag of het overmatig bediscussiëren van testonderzoeken met negatieve uitslagen
- Een door de patiënt voorspelde verslechtering van het ziektebeloop
- Het leveren van tegenstrijdige informatie en het afhouden van informatie opvragen of heteroanamnese
- Een voorgaand onderzoek of behandeling waarbij simulatie is overwogen
- Het slecht opvolgen van instructies en onverwacht eenzijdig afbreken van het onderzoek of de behandeling
- Het zichzelf schetsen als slachtoffer van eerdere behandelaren
- Het verklaren van klachten door een - niet-verifieerbare - dramatische of gruwelijke dood van een geliefde
- Het ontstaan van sterke positieve tegenoverdracht bij behandelaren ('dit is de patiënt voor wie we het doen')

haar opdrachten gaven. Dit leek op een te zeer stereotiepe presentatie van stemmen horen, conform de opvatting die heerst bij het grote publiek. Patiënte was keurig verzorgd en gekleed in trendy kleding. Patiënten met een psychotisch toestandbeeld zijn daarentegen vaak onverzorgd, afwerend in het contact en praten hoogstzelden spontaan en zonder reserves over hallucinaties en wanen. Patiënte had een overdreven bereidheid tot opname, wat in contrast stond met het onverwacht eenzijdig afbreken van de behandeling na het eerste contact.

Daarentegen pleitten de zwerfzucht en de verandering in kledingstijl en geloofsopvatting naast de auditieve imperatieve hallucinaties en de formele denkstoornissen voor het bestaan van een psychotische stoornis.

Bij de risicotaxatie schatten wij het risico op suïcide en infanticide hoog in vanwege de uitingen, haar toegenomen impulsiviteit, haar onverantwoordelijk gedrag tegenover de kinderen, de dreigende verlating door haar partner en de angst om het voogdijschap over haar kinderen te verliezen.

Op het moment van beoordeling moesten wij voor de diagnostiek afgaan op de informatie van patiënte, op heteroanamnestische gegevens en op observatie. Afname van een psychometrisch instrument zoals de SIMS was niet mogelijk, omdat de situatie daarvoor te acuut was. De confrontatie met de gesloten opnameafdeling lijkt geleid te hebben tot het staken van de simulatie en het benoemen van de onderliggende motivatie.

## CONCLUSIE EN ADVIEZEN

Een clinicus dient bedacht te zijn op de mogelijkheid van simulatie en moet bekend zijn met indicatoren die tijdens anamnese en observatie hierop kunnen duiden. Vroegtijdige herkenning kan onnodig lange opnames en iatrogene schade voorkomen. Het is belangrijk om simulatie differentiaaldiagnostisch te overwegen in geval van een atypische klachtenpresentatie en wanneer er onderliggende motieven aanwezig zijn. In de

acute psychiatrische setting is er weinig plaats voor testpsychologisch onderzoek en vindt diagnostiek plaats op basis van beoordeling van de authenticiteit van de klinische presentatie bij het psychiatrisch onderzoek. Bij een ernstig vermoeden kan klinische observatie een belangrijke bijdrage leveren, waarna men in het vervolg psychometrische en gespecialiseerde instrumenten kan gebruiken.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4e herzdruk). Washington: APA 2000.
- Euripides. Medea. (Vert.: Gerard Koolschijn). Amsterdam: Athenaeum Polak Van Gennep; 2005.
- Feldman MD. Playing sick? Untangling the web of Munchausen syndrome, Munchausen by proxy, malingering, and factitious disorder. New York: Brunner-Routledge; 2004.
- Merckelbach H, Smith GP. Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. Arch Clin Neuropsychol 2003; 18: 145-52.
- Mol EMM. Simulatie. In: Blansjaar BA, Beukers MM, van Kordelaar WF, red. Stoornis en delict, handboek psychiatrische en psychologische rapportage in strafzaken. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Rogers R. Conducting insanity evaluations. New York: Van Nostrand Reinhold; 1986.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruis P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (9de druk). New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Sellbom M, Toomey JA, Wygant DB, Kucharski LT, Duncan S. Utility of the MMPI-2-RF (Restructured Form) validity scales in detecting malingering in a criminal forensic setting: a known-groups design. Psychol Assess 2010; 22: 22-31.

AUTEURS

SONER DOGAN, ten tijde van het schrijven van het artikel arts in opleiding tot psychiater, Altrecht GGZ, Utrecht; thans: psychiater en epidemioloog B, Gelre Ziekenhuizen, PAAZ, Apeldoorn.

ELINE REGEER, psychiater, Altrecht GGZ, Behandelcentrum Bipolaire Stoornissen, Utrecht.

ERIK MOL, psychiater, Nederlands Instituut Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), Maastricht.

ARJAN BRAAM, A-opleider, Altrecht GGZ, psychiater, Crisisdienst, Utrecht, en bijzonder hoogleraar Levensbeschouwing en Psychiatrie bij de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht.

Correspondentieadres: prof. dr. Arjan Braam, Altrecht, Lange Nieuwstraat 119, 3512 PG Utrecht.

E-mail: a.braam@altrecht.nl

Strijdige belangen: dr. S.Dogan ontving vergoedingen voor het geven van lezingen (Pfizer, AstraZeneca); dr. E.J. Regeer ontving vergoedingen voor het geven van lezingen (AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Lundbeck bv).

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-9-2012.

SUMMARY

Compulsory admission after threatened infanticide and suicide by a patient with a feigned psychosis – S. Dogan, E.J. Regeer, E.M.M. Mol, A.W. Braam –

*A 30-year-old woman who simulated a psychosis and threatened to commit infanticide and suicide was forcibly admitted to an acute psychiatric unit under the Mental Health Act. She was discharged an hour later after confessing that she had feigned illness. In this article we discuss the subject of feigned illness (malingering) and its clinical aspects in the acute psychiatric setting. Early recognition of malingering can prevent unnecessary admissions and iatrogenic damage.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)3, 209-213]

KEY WORDS case-report, malingering, crisis team