

Een vermoeden van nagebootste stoornis

V. Dionys, K. Demyttenaere

Samenvatting Bij een nagebootste stoornis vertoont iemand lichamelijke of psychische symptomen die hij of zij voorwendt of opzettelijk verwekt en als een echte ziekte presenteert, om de rol van patiënt te verkrijgen. Wij zagen een 46-jarige vrouw met een ontregelde INR e causa ignota en hematomen. Na extensieve evaluatie, onderzoek van de voorgeschiedenis en multidisciplinair overleg werd een vermoeden van nagebootste stoornis geopperd. Deze ziektegeschiedenis illustreert het belang van aandacht voor deze onderbelichte diagnose en de noodzaak van meer onderzoek.

Nagebootste stoornis opgelegd aan zichzelf is een psychische aandoening waarbij iemand opzettelijk lichamelijke (of psychische) symptomen voorwendt of doelbewust verwondingen aanbrengt of ziekte opwekt. Er is aantoonbaar sprake van misleiding, waarbij de betrokkene zich presenteert als ziek en om medische zorg vraagt zonder externe beloning. Door de vertrouwensrelatie met de patiënt, de verscheidenheid aan symptomen en het enigmatische karakter is deze aandoening ondergediagnosticeerd en onderbehandeld. Er zijn noch gerandomiseerde noch langdurige follow-up studies. Elke casusbeschrijving kan dus relevant zijn. In dit artikel beschrijven wij een casus - met aandacht voor het narratief van de patiënt - waaruit het belang van begrijpen en tijdig herkennen van de diagnose blijkt.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 46-jarige vrouw, werd door de huisarts verwezen naar de spoedgevallenafdeling wegens een ontregelde INR (International Normalized Ratio) met diffuse hematomen en een febriele episode van 38,2°C e causa ignota. Overige parameters waren normaal. Klinisch onderzoek en controle-echografie van de lever toonden geen bijzonderheden. Biochemisch werden er geen afwijkingen gevonden. Toxicologisch onderzoek toonde hoge doses fenprocoumon en warfarine aan, alsook sporen van paracetamol en kinine. Inname van deze producten werd echter ontkend door patiënte. Thuismedicatie bestond uit bisoprolol 2,5 mg en de anti-conceptiepil.

Voorgeschiedenis

In de somatische voorgeschiedenis zagen we een eerdere ziekenhuisopname wegens hypokaliëmie van 2,2

mmol/l zonder duidelijke oorzaak. De waarde normaliseerde na toediening van kalium. Kort na ontslag volgde opnieuw een ontregeling van de kaliumwaarde. Een maand later volgde een nieuwe ziekenhuisopname wegens erysipelas met necrose ter hoogte van de buikwand. Deze was ontstaan na het plaatsen van een subcutaan vochtinfuus wegens een periode van excessief braken en diarree. Tijdens deze ziekenhuisopname verdwenen de klachten en was intake per os mogelijk. Behandeling bestond uit i.v. antibiotica, gevolgd door wonddébridement en vacuümtherapie. Een week later volgde een nieuwe spoedaanmelding wegens recidief van nausea en braken, vermoedelijk door clindamycine-inname.

Patiënte had obesitas (BMI 32,5 kg/m²) waarvoor zij tijdelijk liraglutide innam. Na de laatste ziekenhuisopname consulteerde zij de psychologe verbonden aan de obesitaskliniek. Er werd ondersteunende psychotherapie geadviseerd bij het opbouwen van een nieuwe eet- en levensstijl. De verdere psychiatrische voorgeschiedenis was blanco. Er was geen middelengebruik. Wat betreft familiale voorgeschiedenis was er sprake van klinische depressies bij haar oudere zus. De vader van patiënte was een aantal jaren geleden overleden aan de ziekte van Parkinson. Patiënte was gehuwd en had twee kinderen. Zij werkte als apotheker en had een uitgebreide sociale kring. Zij was afkomstig uit een intact gezin met 2 oudere zussen.

Huidige opname

Tijdens opname op de afdeling Bloedings- en vaatziekten normaliseerde de INR na vitamine K₁-suppletie. Liaisonpsychiatrie werd betrokken wegens de vermoedelijk intentionele anticoagulantia-inname na uitsluiten van een somatische aandoening.

AUTEURS

Valérie Dionys, arts in opleiding tot psychiater, UPC - KU Leuven.

Koen Demyttenaere, psychiater- psychotherapeut, coördinerend stagemeester, academisch coördinator en docent UPC - KU Leuven, campus Gasthuisberg.

Correspondentieadres

Valérie Dionys, UPC - KU Leuven, Campus Gasthuisberg, Herestraat 49, 3000 Leuven, België.
E-mail: valeriedionys@gmail.com.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-11-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(5):379-383

Status mentalis

Patiënte presenteerde zich verzorgd, uiterlijk conform aan de kalenderleeftijd. Ze was vriendelijk, sympathiek en vertoonde geen achterdocht jegens hulpverleners. Zij presenteerde zich sociaal wenselijk met opvallend beperkte emotiemodulatie. De onwetende opstelling stond op de voorgrond. Er was minder bezorgdheid dan verwacht zou worden in een dergelijke situatie. Patiënte schreef dit toe aan een gevoel van ontsteltenis. Er waren noch formele, noch inhoudelijke denkstoornissen. Patiënte zei geen stemmingsklachten en suïcidale ideeën te hebben; zij rapporteerde geen klachten en stelde geen hulpvraag.

Differentiële diagnose

Na multidisciplinair overleg overwogen we differentiaal-diagnostisch de volgende mogelijkheden:

- Nagebootste stoornis. Deze diagnose leek het meest waarschijnlijk gezien het inconsistente verhaal, het gebrek aan een verklarende diagnose en de suggestieve medische voorgeschiedenis.
- Toediening middelen door een derde. Dit was een mogelijke verklaring, maar er heerste weinig ongerustheid bij patiënte en partner, waardoor zij geen aangifte bij de politie deden.
- Inname in het kader van zelfdestructief gedrag. Dit was mogelijk, maar hierbij wordt medicatie-inname veelal niet ontkend.
- Somatisch-symptoomstoornis. Deze diagnose was mogelijk, maar excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen samenhangend met de lichamelijke klachten staan op de voorgrond hierbij.
- Simulatie. Dit leek minder waarschijnlijk, gezien het ontbreken van een duidelijk extern motief.
- Dissociatieve episode. Deze optie leek minder waarschijnlijk gezien afwezige karakteristieke symptomen en antecedenten.
- Suïcidepoging. Deze verklaring was minder waarschijnlijk gezien afwezige suïcidale ideeën en intenties.

- Accidentele inname. Dit leek weinig waarschijnlijk gezien de hoge dosering van de medicatie.

BESPREKING

De nagebootste stoornis kenmerkt zich door het fingen of heimelijk bij zichzelf veroorzaken van ziekteverschijnselen met als doel de identiteit van patiënt krijgen zonder externe bekrachtiging. In de DSM-5 is de nagebootste stoornis toegevoegd aan het hoofdstuk 'Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen' omdat de fysieke klachten op de voorgrond staan (American Psychiatric Association 2013). De diagnose wordt gesteld indien de patiënt voldoet aan criteria (zie **tabel 1**) en na exclusie van andere potentiële verklaringen.

Voorheen werd de term syndroom van Münchhausen gebruikt, die momenteel louter toegepast wordt bij theatrale presentatie met pseudologia phantastica en zwerfgedrag tussen ziekenhuizen (Asher 1951). Men spreekt over syndroom van Münchhausen *by proxy* wanneer dit wordt opgedrongen aan iemand anders (Meadow 1989). Het verschil met simulatie is de afwezigheid van een bewust extern motief, zoals vermijden van werk, verkrijgen van financiële tegemoetkomingen, ontlopen van gerechtelijke vervolging of verkrijgen van drugs of medicatie. Bij een nagebootste stoornis is het motief voor de ziekenrol onbewust (Huffman & Stern 2003; American Psychiatric Association 2013). Het onderscheid is in de praktijk een uitdaging (Galli e.a. 2018). Navraag in een zelfhulpgroep toonde aan dat 72% van patiënten spontaan reflecteerde over de motivatie achter hun gedrag (Lawlor & Kirakowski 2014).

Patiënten melden zich achtereenvolgens of tegelijkertijd bij verschillende medische specialisten, eenmalig, episodisch of chronisch (Bass & Wade 2019). Vaak wisselen symptomen, zowel qua aard als ontstaanswijze. De objectieve ziekteverschijnselen kunnen geïnduceerd worden door zelfbesmetting, zelfverwonding, zelfmedi-

Tabel 1. DSM-5-criteria voor nagebootste stoornis

a. Het voorwenden van lichamelijke of psychische klachten of verschijnselen of het doelbewust opwekken van verwonding of ziekte, waarbij aantoonbaar sprake is van misleiding.
b. De betrokkene presenteert zich tegenover anderen als ziek, gehandicapt of gewond.
c. Het misleidende gedrag is evident, ook als duidelijke externe beloningen ontbreken.
d. Het gedrag kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis, zoals een waanstoornis of een psychotische stoornis. Er kan gespecificeerd worden of er sprake is van: - Eenmalige episode - Recidiverende episodes (twee keer of meer)

catie, zelfvergiftiging of door het vervalsen van diagnostische tests (Bass & Halligan 2014). Patiënten brengen dikwijls klachten die leiden tot snelle opname. Het gebruik van ziekte-inducerende middelen zoals insuline, anticoagulantia en levothyroxine is hierdoor vaak aanwezig (Yates & Feldman 2016). Fysieke klachten worden het frequentst gerapporteerd. Deze gaan veelvuldig gepaard met psychische klachten.

Pure psychiatrische nagebootste stoornis wordt ondergerapporteerd door de subjectieve aard van symptomen (Catalina e.a. 2008). De meest genoemde symptomen zijn depressie en suïcidaliteit (Ford e.a. 2005).

Etiologie

Er bestaan diverse hypothesen, maar vooralsnog is de pathofysiologie onbekend. Nagebootste stoornis wordt hoofdzakelijk als ontwikkelingsproblematiek omschreven (Bass & Halligan 2014). De sterke associatie met persoonlijkheidsstoornissen (vooral borderline- en theatrale persoonlijkheidsproblematiek), de jonge leeftijd bij aanvang en het chronische verloop bekrachtigen dit (Gorder & Sansone 2013; Bass & Halligan 2014; Yates e.a. 2016). Ook komen verlaten, verwaarlozing, mishandeling, trauma's en ziektes voor, waarvoor ziekenhuisopnames tijdens de jeugd nodig waren (Ford e.a. 2005; Bass & Halligan 2014).

Daarnaast worden er neurocognitieve afwijkingen gezien in conceptuele organisatie, verwerken van complexe informatie en oordeelsvermogen (Pankratz & Lezak 1987). Maladaptieve coping bij stress (vaak door observationeel leren ontwikkeld tijdens de jeugd), bekrachtigd worden in de ziekterol en de interpersoonlijke connectie dragen bij tot de ontwikkeling en het onderhouden van de aandoening (Bass & Halligan 2014; Mousailidis e.a. 2019). Navraag bij een zelfhulpgroep toont affectie, aandacht en verzorging door omgeving als belangrijkste motiverende factoren. Geleidelijk wordt de ziekterol een deel van de identiteit en staat centraal in interacties en plaats in de maatschappij (Lawlor & Kirakowski 2014).

Epidemiologie

De variatie in onderzoeksmethoden en symptomen leidt tot uiteenlopende cijfers. De nagebootste stoornis is hierdoor vermoedelijk ondergediagnosticeerd met gerapporteerde prevalenties van 0,5-2% (Gieler &

Eckhardt-Henn 2004; Fliege e.a. 2007; Bass & Halligan 2014; Schrader e.a. 2019). De frequentst gerapporteerde ziektebeelden doen zich voor binnen dermatologie, endocrinologie en cardiologie (Yates & Feldman 2016). 6-8% van de totale psychiatrische opnames en 1-2% van de algemene opnames zouden vormen van nagebootste stoornis betreffen (Catalina e.a. 2008). In de psychiatrie lijkt dit vooral voor te komen bij posttraumatische stressstoornis, cognitieve stoornis en pijnstoornis (Bass & Halligan 2014). Het syndroom van Münchhausen - de theatrale, extreme chronische variant - komt voor bij minder dan 10% van alle patiënten met nagebootste stoornis.

Münchhausensyndroom zou vaker voorkomen bij mannen en nagebootste stoornis vaker bij vrouwen (Turner & Reid 2002). Het gaat vooral om vrouwen rond 30 jaar met stabiele sociale netwerken, vaak werkzaam in de gezondheidssector (Catalina e.a. 2008; Bass & Halligan 2014; Bass & Wade 2019; Jimenez e.a. 2020).

Behandeling

De vermoedelijke diagnose wordt veelal geopperd door betrokken somatici of huisartsen, waarna frequent psychiatrisch advies volgt. Het aankaarten van een mogelijke onderliggende psychische oorzaak dient gepaard te gaan met het voorstel van psychiatrische begeleiding. Patiënten vertonen vaak weerstand tegenover psychiatrische hulpverlening, openlijk of gekenmerkt door passiviteit en negativiteit (David e.a. 1993; Catalina e.a. 2008). Herhaaldelijk informeren over de ernstige gevolgen is aangewezen, eventueel door meerdere artsen. De psychiater kan behandelaars inlichten over de diagnose om veelvoorkomende negatieve tegenoverdracht te verminderen. Men adviseert om het systeem te betrekken en te letten op beschermende elementen (David e.a. 1993). Dialoog en betrokkenheid zijn essentieel. Na acute zorg volgt het lange proces waarin motivatie, ondersteuning en psychotherapie aan bod komen om schadelijk gedrag te minimaliseren. Bij voorkeur houdt één arts de regie, maar herhaaldelijk intercollegiaal overleg is van belang gezien het recidiverende karakter (Eastwood & Bisson 2008; Bass & Halligan 2014). De overweging confronteren versus niet-confronterende wordt herhaaldelijk beschreven. Geen enkele aanpak - qua type psychotherapie of medicatie - blijkt superieur. Zorgvuldige voorbereiding, empathie en tolerantie staan

centraal. Confrontatie gebeurt door minimaal twee hulpverleners. Vermijden van schaamtegevoelens bij patiënt met nadruk op mogelijke behandelingen staat voorop (Bass & Halligan 2014). Men moet zich bewust blijven van mogelijke tegenoverdracht (Huffman & Stern 2003).

Veel patiënten ervaren de confrontatie als vernederend en verlaten het ziekenhuis op zoek naar een ander centrum, wat het belang van zorgvuldige verslaggeving beklemtoont. Anderen laten hun zelfdestructief gedrag escaleren (Eastwood & Bisson 2008; Bass & Halligan 2014). Confrontatie kan tot afname van het problematisch gedrag leiden ondanks ontkenning van de diagnose en vermindering van psychiatrische hulpverlening (Turner & Reid 2002).

De niet-confronterende aanpak is voorzichtiger en bestaat uit drie fases, waardoor de patiënt de symptomen kan laten verdwijnen zonder openlijk de oorzaak te moeten uiten. Eerst ligt de focus op mogelijke defensiemechanismen en stressoren die het gedrag hebben uitgelokt zonder een directe link te maken met de diagnose. Vervolgens wordt samen met patiënt mogelijke differentiële diagnoses aangehaald inclusief nagebootste stoornis. Nadien worden therapeutische strategieën besproken waarbij patiënt zich niet vernederd voelt (Eisendrath 1989; McCullumsmith & Ford 2011). Indien patiënt instemt met psychiatrische behandeling kan therapie gericht worden op verbeteren van communiceren, verbaliseren en copingmechanismen. Men adviseert factoren te identificeren die het schadelijk gedrag triggeren. Comorbiditeit dient behandeld te worden volgens de richtlijnen. Farmacotherapie blijkt niet effectief bij nagebootste stoornis (Eastwood & Bisson 2008).

VERDERE AANPAK EN BELOOP

In de casus was de voorgeschiedenis van opeenvolgende ziekenhuisopname en de aard van de klachten suggestief. Beschreven risicofactoren waren aanwezig: patiënte was een jonge, sociale vrouw, werkzaam als apotheker met toegang tot medicatie. Opvallend was de steeds afwezige defensieve houding bij doorvraag over de lichamelijke klachten, wat volgens de literatuur typisch zou zijn. Ook waren er geen directe aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis. Er leek wel sprake van controledrang.

Haar perfectionistische aard maakte een evenwichtige werk-privébalans uitdagend. In het gezin van oorsprong werd weinig gesproken over emoties en mentale moeilijkheden, wat mee kon spelen in een aangeleerde vermijdende coping en communiceren via haar lichaam. Haar eetpatroon typeerde zich door periodes van restrictie met controleverlies, getriggerd door stress. Zelfbeeld en stemming fluctueerden mee met gewichtschommelingen.

We voerden meermalen interdisciplinair overleg. Na unanimité opteerden we voor het bespreken van differentiële diagnoses om een tussenweg te vinden tussen eerlijke confrontatie en het niet openlijk vernederen. We trachtten met open dialoog eventuele stressoren te exploreren. Op empathische wijze werd de bezorgdheid geuit. We lichtten de diagnose toe op een patiëntvriendelijke manier waarbij we aangaven dat dit kon optreden bij het ervaren van een impasse. Mogelijke opties werden meermaals besproken en uitgevraagd, maar zonder resultaat. Aanvankelijk noemde patiënte een mogelijke kruisreactie met bromelaine uit ananas of vergiftiging door een jaloezische apothekassistente als verklaringen. Deze werden later opnieuw ontkend.

Zij stemde in met psychiatrische follow-up, zonder concrete hulpvraag. Desondanks kwam zij steeds naar de gesprekken. De huisarts hield regie van het dossier. Er volgde meermaals overleg met toestemming van patiënte.

We zetten in eerste instantie in op het ontwikkelen van een therapeutische alliantie. Patiënte bleef steeds oppervlakkig in het gesprek, gebruikte hierbij veel woorden, maar hield diepgaande exploratie af. De eerder beschreven presentatie zette zich voort. Zij was vriendelijk, verzorgd en sprak een consult vol, maar leek in een *false selfmodus* te zitten. Er was geen connectie met haar innerlijke wereld, noch was het contact invoelbaar. Kenmerken van alexithymie werden waargenomen. Inhoudelijk kwamen thema's zoals overgewicht, werk-privébalans en gezin van oorsprong aan bod. Sport zorgde voor stressregulatie. De laatste levensjaren van haar vader waren zwaar, aangezien patiënte mantelzorger was. Patiënte omschreef haar band met moeder goed, maar met haar zussen afstandelijk.

Op basis van het beperkt aantal gesprekken heerste er onderliggend vermoedelijk een tekort aan emotioneel bewustzijn en zelfontwikkeling. Er kon moeizaam een mentale representatie gevormd worden van emotionele moeilijkheden in combinatie met een ontkennend defensiemechanisme. Vanuit haar perfectionisme, aangeleerde copingmechanismen en beeld van haar 'ik-ideaal' leken de somatische symptomen en het aannemen van de ziekterol een communicatiemiddel of symbolisatie van emotionele problemen. Het ontnam haar mogelijk de vele verantwoordelijkheden die ze droeg. Patiënte stemde in met laagfrequente contacten en systeemgesprek op termijn. Echter, zij overleed onverwachts voor dit gepland kon worden.

CONCLUSIE

Nagebootste stoornis is een diagnostisch vraagstuk dat om meer onderzoek en rapportage vraagt met oog op bewustwording en begrip in de medische wereld. De casus illustreert de ernst en het risico van de aan-doening. Vroegtijdige correcte diagnose, behandeling en interdisciplinaire samenwerking zijn van belang.

Daarnaast wordt de vaak subtiële klinische presentatie aangetoond in tegenstelling tot frequenter gepubliceerde extreme casussen. Niet alleen patiënt, maar ook systeem en betrokken hulpverleners lijden onder de aandoening. De economische impact door medische overconsumptie moeten we niet onderschatten. Meer onderzoek aandacht voor het narratief van patiënten is nodig om de etiologie te begrijpen en behandeladviezen te formuleren.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951; 257: 339-41.
- Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet* 2014; 383: 1422-32.
- Bass C, Wade DT. Malingering and factitious disorder. *Pract Neurol* 2019; 19: 96-105.
- Catalina ML, Gomez Macias V, de Cos A. Prevalence of factitious disorder with psychological symptoms in hospitalized patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36: 345-9.
- David D, Marc D, Feldman MD. Somatoform disorders, factitious disorders and malingering. In: Fogel BS, Greenberg DB, red. *Psychiatric care of the medical patient*. 2nd ed. Oxford University Press; 1993. p. 470-2.
- Eastwood S, Bisson JI. Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychother Psychosom* 2008; 77: 209-18.
- Eisendrath SJ. Factitious physical disorders: treatment without confrontation. *Psychosomatics* 1989; 30: 383-7.
- Fliege H, Grimm A, Eckhardt-Henn A, Gieler U, Martin K, Klapp BF. Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics* 2007; 48: 60-4.
- Galli S, Tatu L, Bogousslavsky J, Aybek S. Conversion, factitious disorder and malingering: a distinct pattern or a continuum? *Front Neurol Neurosci* 2018; 42: 72-80.
- Gieler U, Eckhardt-Henn A. Factitious disorders. *Dermatology Psychosomatics* 2004; 5: 93-8.
- Gordon DK, Sansone RA. A relationship between factitious disorder and borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci* 2013; 10(11-12): 11-3.
- Huffman JC, Stern TA. The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 358-63.
- Jimenez XF, Nkanginieme N, Dhand N, Karafa M, Salerno K. Clinical, demographic, psychological, and behavioral features of factitious disorder: A retrospective analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2020; 62: 93-5.
- Lawlor A, Kirakowski J. When the lie is the truth: grounded theory analysis of an online support group for factitious disorder. *Psychiatry Res* 2014; 218: 209-18.
- McCullumsmith CB, Ford CV. Simulated illness: the factitious disorders and malingering. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34: 621-41.
- Meadow R. ABC of child abuse. Munchausen syndrome by proxy. *BMJ* 1989; 299: 248-50.
- Mousailidis G, Lazzari C, Bhan-Kotwal S, Papanna B, Shoka A, Bass C, e.a. Factitious disorder: a case report and literature review of treatment. *Prog Neurol Psychiatry* 2019; 23(2): 14-8.
- Pankratz L, Lezak MD. Cerebral dysfunction in the Munchausen syndrome. *Hillside J Clin Psychiatry* 1987; 9: 195-206.
- Schrader H, Bohmer T, Aasly J. The incidence of diagnosis of Munchausen syndrome, other factitious disorders, and malingering. *Behav Neurol* 2019; 2019: 3891809.
- Turner J, Reid S. Munchausen's syndrome. *Lancet*. 2002; 359: 346-9.
- Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 41: 20-8.

SUMMARY

A suspected case of factitious disorder

V. Dionys, K. Demyttenaere

Factitious disorder (FD) is defined as the intentional production or feigning of disease in oneself to relieve emotional distress by assuming the role of a sick person. We describe a case of a 46-year-old woman with unexplained prolongation of the prothrombin time and hematomas. A careful evaluation, history taking and multidisciplinary discussion led to a suspected diagnosis of factitious disorder. With this case report we want to emphasize the importance of being attentive to this complex diagnosis and the need for more research.