

De Münchhausen-moeder

Het Münchhausen-syndroom 'by proxy' en de relatie met de nagebootste stoornissen

door M.E. Metz

Samenvatting

Het Münchhausen-syndroom 'by proxy' is een verzamelnaam voor die situaties waarin één of beide ouders, maar meestal de moeder alleen, uitgebreide medische zorg zoeken voor hun kind met door henzelf bedachte of zelfs nagebootste symptomen, waarbij hun gedrag wordt ingegeven vanuit onbewuste motieven. De verschijningsvorm ervan is zeer divers en vertoont overlap met verschillende andere vormen van kindermishandeling en afwijkende vormen van medische consumptie.

Er lijkt een grote overlap te bestaan tussen het syndroom en de chronisch artificiële ziekte op volwassen leeftijd. Ook de onderliggende psychodynamiek vertoont grote overeenkomsten, waarbij het kind in dit geval als verlengstuk van moeder dient.

Inleiding

De term Münchhausen-syndroom 'by proxy' is afgeleid van het Münchhausen-syndroom, zoals dat door Asher als eerste beschreven werd (1951). Hij beschreef patiënten, die zich bij steeds andere ziekenhuizen aanbieden met verzonnen en eventueel zelf geproduceerde symptomen. In hun presentatie zijn zij zo geloofwaardig, dat zij zichzelf ziekenhuisopnamen, uitgebreid en invasief medisch onderzoek, operaties en andere behandelingen bezorgen. Aan dit syndroom werd de naam van de 18e-eeuwse Baron von Münchhausen verbonden, beroemd om zijn vele verre reizen en sterke verhalen.

Het syndroom werd in de DSM-III ondergebracht bij de groep der Nagebootste Stoornissen ('Factitious Disorders', ook wel artificiële of fictieve stoornissen), waarvan het de chronische vorm is. In de DSM-III-R werd het hoofdstuk Nagebootste Stoornissen ingrijpend gewijzigd, waarmee aan eerdere conceptuele en klinische bezwaren van de DSM-III deels tegemoet werd gekomen. De discussie over de classificatie gaat echter voort (Sussman e.a. 1987).

Bovendien zijn de nagebootste stoornissen niet altijd scherp af te grenzen van de somatisatiestoornis, de conversie of de doelbewuste si-

mulatie (Cramer e.a. 1971; Nadelson 1979; Ries 1980), noch van bepaalde persoonlijkheidsstoornissen, met name de borderline-persoonlijkheidsstoornis (Ford 1983; Sussman e.a. 1987). Relatief onbekend is echter nog het Münchhausen-syndroom 'by proxy'. In 1977 beschreef de Britse kinderarts Meadow moeders die hun kind met geloofwaardige, maar fictieve klachten en eventueel nagebootste symptomen presenteren met langdurige ziekenhuisopnamen, ontelbare schadelijke medische ingrepen en onnodige behandelingen als gevolg. Hij gaf hier de naam 'Münchhausen-syndrome by proxy' aan, omdat het syndroom via een plaatsvervanger – het kind – tot uiting komt (Meadow 1977). 'By proxy' betekent overigens letterlijk 'bij volmacht'.

De daaropvolgende indrukwekkende gevalsbeschrijvingen kwamen merendeels van pediatrische zijde, met weinig aandacht voor de psychopathologie van de moeders. Kinderpsychiatrische observatiegegevens van de betrokken kinderen zijn uitermate schaars (Chan e.a. 1984; Palmer en Yoshimura 1984; Waller 1983).

Men kan zich afvragen hoe de relatie ligt tussen het Münchhausen-syndroom in engere zin c.q. de nagebootste stoornissen en de variant 'by proxy'. Vormt de variant 'by proxy' een uitbreiding van het syndroom in engere zin? Zijn sommige nagebootste ziekten op de volwassen leeftijd geworteld in een vroege stoornis in de moeder-kindrelatie die in belangrijke mate gekleurd wordt door moeders 'ziek makende' manipulaties?

In dit artikel wordt de relatie tussen beide syndromen nader in kaart gebracht aan de hand van enige casuïstiek, een klinische beschrijving en psychodynamische beschouwingen.

Casuïstiek

Casus A en B betreffen kinderen, bij wie de zekerheidsdiagnose Münchhausen-syndroom 'by proxy' vaststaat, respectievelijk discutabel is. Casus C betreft een volwassen patiënte met een chronisch nagebootste stoornis, bij wie met betrekking tot haar kinderen retrospectief een Münchhausen-syndroom 'by proxy' mogelijk geacht wordt.

Casus A:

Het 4-jarige meisje A wordt na een lange voorgeschiedenis opgenomen ter observatie teneinde de mogelijkheid tot selectieve bindingen te beoordelen.

Ze legt gemakkelijk een oppervlakkig contact, maar laat haar verzorgers niet toe in haar beleavingswereld. Momenten van sterke afhankelijkheid wisselen af met episoden van verzet en koppig gedrag. Ze is voortdurend alert en er zijn inslaapstoornissen. Ze blijkt nog onzindelijk te zijn voor urine en ontlasting tijdens de vele momenten van angst, verzet of grote opwindning.

Uit haar fantasiespel komen vele angstige en agressieve themata naar voren, onder andere: babies overkomt iets ernstigs omdat de ouders niet

goed opletten, moeders gaan dood. Ze tekent poppetjes met rode hechtwonden op het lijf. De doktersspulletjes worden niet alleen vaak en agressief gehanteerd, maar ook op een voor haar leeftijd hooggegrepen wijze.

Moeder overlaadt A tijdens haar maandelijkse bezoeken met geschenken, waaronder opvallend vaak te kleine kleding. Ze biedt A weinig ruimte haar belevenissen in de observatiegroep te vertellen, maar relateert deze onmiddellijk aan haar eigen ervaringen. Zij is zeer gericht op A's lichamelijke conditie.

A's ernstige emotionele stoornissen – gemaskeerd door een façade van intelligent en aangepaste gedrag – maken plaatsing in een pleeggezin vooralsnog onmogelijk. Men besluit tot een langdurige en intensieve behandeling alvorens tot plaatsing in een pleeggezin over te gaan.

A heeft een zeer lange voorgeschiedenis. Ze werd in totaal $\pm$ 30 maal opgenomen, meestal in verband met onverklaarbaar rectaal en vaginaal bloedverlies en talloze blaasontstekingen, welke klachten verdwenen toen zij uit huis werd geplaatst. Men ontdekte eenmaal een snee, respectievelijk een steekwond, in vagina en anus en achtte moeder hiervoor verantwoordelijk, ondanks haar hardnekkig ontkennen.

Moeder heeft een voorgeschiedenis met ernstige affectieve verwaarlozing, mishandeling en incest. A's vader liet moeder tijdens de zwangerschap van A in de steek. Zij werd talloze malen in het ziekenhuis opgenomen, vooral in verband met onbegrepen buikpijn en menometrorrhagieën; operatielittekens gezamenlijk slecht. Zij is verpleegkundige van beroep.

De diagnose Münchhausen-syndroom 'by proxy' staat hier vast.

Casus B:

Het 9-jarige meisje B is de jongste uit een gezin met 2 kinderen. Vader is kort tevoren aan longkanker overleden. Ze wordt door de behandelend psychiater van moeder op een kinderpsychiatrische polikliniek aangemeld in verband met spijbelen, stelen en weglopen. Tevens heeft ze van jongsaf aan last van diarree, buikpijn, misselijkheid, huiduitslag en hoofdpijn, waarvoor al vijfmaal een kinderarts werd geconsulteerd en uitgebreid invasief onderzoek werd verricht zonder dat men ooit een diagnose kon stellen.

Bij het kinderpsychiatrisch onderzoek van B werd een nerveus, wat timide, intelligent 9-jarig meisje gezien. Zij zelf vindt de misselijkheid het grootste probleem. Zij wil later dokter worden. De grondstemming is uitgesproken depressief. Zij heeft een laag zelfgevoel en een sterk wantrouwen ten opzichte van volwassenen. In haar emotionele en relationele ontwikkeling is zij lang nog niet zo ver als men van een latentiekind verwacht. De relatie met moeder is sterk ambivalent gekleurd, met veel directe agressie of koppig verzet. De sporen van een vroege ontwikkelingsstoornis zijn duidelijk.

Ook hier is er sprake van een langdurige voorgeschiedenis. Alle gezinsleden, behalve B's 13-jarig broertje, leden al 9 jaar aan onverklaarbare klachten van diarree, buikpijn, huiduitslag en koorts. Moeder bezocht zelf 6 verschillende specialisten zonder dat een diagnose gesteld

kon worden. Uiteindelijk bezocht ze uit eigen beweging ook een psychiater in verband met stemmingsschommelingen. Deze constateerde aanvankelijk slechts een chronische overbelasting ten gevolge van de vele ziekten in het gezin. Op haar suggestie onderzocht men de mogelijkheid van een chronische intoxicatie. Men vond een verhoogde loodconcentratie in de urine van vader, moeder en B, terwijl men in de tuin van hun huis een twijfelachtige bron voor deze vergiftiging vond. Eerst na overlijden van vader werd de ernst van moeders psychopathologie duidelijk. Er was sprake van psychotische overschrijdingen met pseudohallucinaties en paranoïde momenten, aanvallen van sterke depersonalisatie en heftige agressie in de vorm van talrijke suïcidale gestes, impulsieve mishandeling van B, agressief autorijden, huisraad vernielen enz. Als afweermechanismen gebruikte moeder met name loochening en splitting. De diagnose werd uiteindelijk gesteld op 'borderline-personality disorder'.

Ondertoezichtsstelling van B en opname van moeder bleken uiteindelijk noodzakelijk, toen ze B en zichzelf dreigde te doden en B de haar voorgeschreven lorazepam bleek te geven. B had ernstige buikklachten en een fors verhoogd loodgehalte in de urine. Later betwijfelde men echter de juistheid van deze laboratoriumbepalingen. Na het aflopen van de ondertoezichtsstelling ging B weer terug naar moeder, die alle hulpverlenerscontacten inmiddels verbroken had.

De diagnose Münchhausen-syndroom 'by proxy' werd vermoed, maar nooit bewezen, terwijl er tevens sprake is van kindermishandeling in engere zin.

Casus C:

Patiënte C, 47 jaar oud, bezoekt de psychiatrische polikliniek op advies van de uroloog. Sinds 10 jaar heeft zij ernstige, recidiverende blaasontstekingen met veel pus en bloed in de urine. Recent werd een verblijfscatheter geplaatst in verband met een vrijwel volledige incontinentie. Uitgebreid en invasief onderzoek bracht geen oorzaak aan het licht. Medicamenteuze en operatieve behandeling bij diverse artsen bracht geen verbetering. Op aandringen van patiënte en haar echtgenoot overweegt de uroloog de aanleg van een ureterostoma, maar hij wil eerst psychiatrisch advies.

Patiënte vertelt haar ziektegeschiedenis opvallend zakelijk en ontdaan van elke emotie. Het affect blijkt echter wel verbonden te zijn met de vele artsen uit heden en verleden. Zij neigt daarbij tot splitting: over de meesten van hen is zij extreem verontwaardigd, een enkeling prijst en bewondert ze. De uroloog, die haar verwees, is nu ook van zijn voetstuk gevallen, daar hij aarzelt haar het stoma te geven, waar zij recht op meent te hebben. Het mutilerend effect van de ingreep aanvaardt ze met een zekere trots. Patiënte is er één van een tweeling, de vijfde uit een gezin met 12 kinderen. Haar moeder sukkelde vaak met buikklachten. Zij is volgens patiënte onbetrouwbaar, een echte roddeltante. Tot haar 8e jaar leed patiënte aan enuresis nocturna en diurna. Haar voorgeschiedenis vermeldt ook nog 5 KNO-operaties (neustussenschot) vanaf haar 17e jaar en 4 gynaecologische operaties.

Voor haar huwelijk werkte zij bij een huisarts. Haar echtgenoot lijkt zijn hele leven geheel afgestemd te hebben op de vele lichamelijke klachten van zijn vrouw. Zelf is hij nooit ziek, hun twee kinderen echter wel.

De oudste, een zoon van 20 jaar, leed als kind aan recidiverende urineweginfecties, waarvoor hij diverse operaties onderging. In verband hiermee zou men destijds patiënte al naar de psychiater hebben willen verwijzen; zij volgde dit advies echter niet op. Nu is de zoon gezond en gaat binnenkort het huis uit.

De jongste, een dochter van 18 jaar, werd als kind frequent opgenomen met uitdrogingsverschijnselen en eetproblemen. Nu heeft ze rugklachten en ze is een aantal keren aan de voeten geopereerd wegens exostosen. Ze gaf recent het solliciteren op, om moeder te kunnen verzorgen.

Dat er bij patiënte sprake is van een chronisch nagebootste stoornis lijkt zeer waarschijnlijk. Dat er destijds ten opzichte van haar kinderen sprake is geweest van een Münchhausen-syndroom 'by proxy' is slechts een vermoeden. De geschiedenis lijkt zich echter te gaan herhalen bij haar dochter.

Klinische beschrijving en karakteristieken

Zoals uit de beschreven casuïstiek blijkt, is de verschijningsvorm van het Münchhausen-syndroom 'by proxy' zeer divers, zowel wat betreft de nagebootste symptomatologie als wat betreft de onderliggende psychopathologie. Dit blijkt uit een overzicht van Meadow (1985b) van 76 gevallen en uit 54 andere casuïstische mededelingen.

Beperken we ons nu eerst tot de presentatie. Qua symptomatologie lijkt elk ziektebeeld wel te kunnen worden nagebootst: met name neurologische beelden (vooral epileptische insulten (Meadow 1984; 1984a en b) en bloedingen (Outwater e.a. 1981; Lee 1979; Lesnik Oberstein 1986, 1987), maar ook dermatologische beelden, braken, diarree, recidiverende infecties, sepsis (Halsey e.a. 1983), nierstenen, 'biochemische chaos' (Meadow 1982 en 1984c) en zelfs onverklaarbare kortdurende hart/ademstilstanden (Rosen e.a. 1983), diabetes mellitus (Burman en Stevens 1977; Nading en Duval-Arnould 1984; Verity e.a. 1979) en pancreasfilosofie (Orenstein en Wasserman 1986). Bovendien heeft ongeveer de helft van de kinderen meer dan één symptoom. Vaak schijnen zoveel organen aangedaan te zijn dat de betrokken medici denken aan een zeldzame multi-systeem ziekte, waarvoor heel wat invasief medisch onderzoek wordt ingezet, met alle iatrogene complicaties van dien. De wijze van produktie van deze ziekteverschijnselen varieert van het eenvoudigweg verstrekken van fictieve informatie tot het systematisch vervalsen van laboratoriumbepalingen, het toedienen van medicijnen of op een andere manier intoxiceren van het kind. Zelfs wordt het kind direct letsel toegebracht om ziekteverschijnselen na te bootsen. Uit de vindingrijkheid en gecompliceerdheid ervan kan men aflezen dat deze moeders doelbewust handelen, in zoverre dat het

nabootsen van verontrustende symptomen wordt nagestreefd. Van de motieven hiertoe zijn de moeders zich echter niet bewust.

De betrokken kinderen zijn meestal jonger dan 5 jaar en de nagebootste symptomen bestaan gemiddeld 2 jaar, voordat men de ware oorzaak ontdekt (Meadow 1985b).

In alle tot dusver beschreven gevallen zijn het de moeders – biologische, adoptieve of pleegmoeders – die de ziekte produceren, nooit de vaders. Slechts een gering aantal van hen is op de hoogte of heeft een vermoeden (Meadow 1984c), maar meestal zijn de vaders er op geen enkele wijze bij betrokken. Door echtscheiding, hun beroep of hun opvallende persoonlijkheid zijn ze vaak letterlijk of figuurlijk afwezig.

De moeders echter zijn in een aantal opzichten des te opvallender.

In de eerste plaats is daar hun vaak extreme zorgzaamheid voor en betrokkenheid op het kind, dit in schrille tegenstelling tot hun levensbedreigende manipulaties. De typische 'Münchhausen-moeder' wijkt niet van de zijde van haar kind. Verzorging, verpleging en zelfs medische handelingen neemt zij over van het personeel, ook voor andere patiëntjes. Ze floreert op de afdeling, verwent het personeel met thee en koffie, complimenteert de artsen of bemoedigt hen als het onderzoek niets oplevert of nieuwe symptomen zich voordoen. Ze is actief in een patiëntenvereniging of steunt het ziekenhuis financieel. Men bewondert haar, omdat ze nooit de moed lijkt te verliezen en altijd coöperatief is (Meadow 1984c; Guandola 1985). Bij confrontatie ontkent ze haar aandeel in de symptomen met kennelijke verbazing of heftige verontwaardiging. Is de bewijslast echter onontkoombaar dan decompenseert ze volledig: ze wordt depressief, suïcidaal of psychotisch (Meadow 1985a). Deze neiging tot ontkenning of volledige decompensatie bij confrontatie zien we ook bij volwassen patiënten met nagebootste stoornissen.

In de tweede plaats blijken opvallend veel moeders (para)medisch werkzaam te zijn of te zijn geweest, terwijl velen om onbekende redenen de (para)medische opleiding niet voltooiden (Chan e.a. 1986; Fleisher en Ament 1977; Guandola 1985; Hvizdala en Gellady 1978; Jones e.a. 1986; Kohl e.a. 1978; Kurlandsky e.a. 1979; Lesnik Oberstein 1986; Lorber e.a. 1980; Orenstein en Wasserman 1986; Rogers 1976). Meadow (1984) zag in een groep van 47 moeders twintig met een (para)medisch beroep. Een groot (niet nader gespecificeerd) aantal anderen bleek zich ten onrechte uit te geven voor verpleegkundige of voor familielid van een beroemd medicus. Deze – al dan niet reële – oververteenwoordiging van (para)medische beroepen treffen we ook aan bij de nagebootste stoornissen (Carney en Brown 1983).

In de derde plaats hebben de moeders zelf een uitgebreide medische voorgeschiedenis. Inclusief Meadow (1977) betreft de casuïstiek in de literatuur tot dusver 54 kinderen van 45 moeders. Bij 19 moeders stond het vast of was het zeer waarschijnlijk dat ze minstens éénmaal in hun leven bij zichzelf een ziekte hadden nagebootst. Tenminste 6

anderen hadden waarschijnlijk (?) zelf een ernstige genuïne ziekte of waren opgegroeid met een ernstig ziek familielid. Omdat gegevens over moeders bij veel pediatrische auteurs ontbreken, liggen de getallen mogelijk nog hoger.

In een overzicht van Meadow (1984c) was $\pm 15\%$ van de moeders bekend met een chronisch nagebootste stoornis, $\pm 30\%$ met somatisch onbegrepen of als hysterisch aangemerkte symptomen en 20% met een reële somatische ziekte, waarvan de symptomen gelijkenis vertoonden met de bij het kind nagebootste symptomen.

Ten slotte krijgen deze moeders – als er al een [kinder]psychiater gconsulteerd wordt – psychiatrische diagnoses uit alle categorieën: *chronische psychose* (Fleisher en Ament 1977), *post partum psychose* (Dine 1965), diverse *persoonlijkheidsstoornissen* – met name hysterische, borderline en sociopathische – *neurosen en depressies*. Deze diagnostische verwarring overtreft mogelijk die van de groep der nagebootste stoornissen.

Voorts komen in de voorgeschiedenis veelvuldig aspecifieke zaken voor als incest, mishandeling, vroeg verlies van sleutelfiguren, echtscheiding en suïdepogingen. Overigens blijken bepaalde vormen van kindermishandeling soms moeilijk af te grenzen van het Münchhausen-syndroom 'by proxy', evenals bepaalde vormen van overmatige of afwijkende medische consumptie van de ouders met betrekking tot het kind.

Bij 'gewone' kindermishandeling ('battered child syndrome', Kempe 1962) gaat het meestal om impulsief gedrag en bestaat niet de intentie ingewikkelde symptomen na te bootsen. Met name bij vergiftiging van het kind door moeder is het echter niet altijd duidelijk of er sprake is van impulsief gedrag dan wel de intentie symptomen na te bootsen. Men ziet dit in casus B geïllustreerd, waar bovendien 'gewone' fysieke mishandeling nog eens een rol speelt.

Rogers e.a. (1976), Osborne (1976) en Watson e.a. (1979) beschreven allerlei vormen van opzettelijke vergiftiging onder de term *non-accidental poisoning*. Schnaps e.a. (1981) hanteerden de term *chemical abuse*. Van Epen (1978) beschreef het *toedieningssyndroom* bij verlaafden.

Overmatige of afwijkende vormen van medische consumptie van ouders met hun kinderen werden door diverse auteurs beschreven.

Libow en Schreier (1986) veronderstellen een continuum van sterk somatiserende moeders – schijnbaar slechts overbezorgd – die onschuldige symptomen bij hun kinderen aggraveren, via moeders die niet objectiveerbare symptomen naar voren brengen, tot moeders die symptomen fingeren of zelfs actief induceren.

Warner en Hathaway (1984) beschrijven kinderen die vele artsen bezoeken en inperkende dieet- en leefmaatregelen door moeder opgelegd krijgen in verband met een vermeende allergie.

Woollcott e.a. (1982) beschrijven psychotische moeders met para-

noïde en hypochondrische wanen, waar ook het kind in betrokken wordt met als gevolg frequent doktersbezoek (*doctor shopping*).

Psychodynamiek: het Münchhausen-syndroom 'by proxy' in vergelijking met en in relatie tot de nagebootste stoornissen.

In de pediatrische literatuur zijn beschrijvingen van de motieven van Münchhausen-moeders schaars. Onder andere de kinderarts Meadow, eerste auteur van het syndroom, vormt hierop een uitzondering. Hij veronderstelde een aantal mogelijke motieven waaronder: het zieke kind zou de relatieproblemen tussen de ouders oplossen; het kind komt tegemoet aan moeders eigen afhankelijkheidsbehoefte en voorziet haar tegelijkertijd van medische aandacht en zorg; het syndroom representeert een wraakactie van moeder op dokters; de angstige moeder voorziet zichzelf zo van permanente medische controle op haar kind; en ten slotte: de moeder beschouwt het kind slechts als verlengstuk van zichzelf en het produceren van symptomen bij haar kind wordt door dezelfde motieven ingegeven als het produceren van symptomen bij haarzelf.

Met name in deze laatste veronderstelling suggereert Meadow een grote overeenkomst in de dynamismen van het gedrag van Münchhausen-moeders en dat van Münchhausen-patiënten in engere zin. Deze veronderstelling is aantrekkelijk, enerzijds door de grote overlap in voorkomen van beide syndromen – ook in de alhier beschreven casuïstiek – anderzijds door de grote overeenkomsten van uiterlijk gedrag en beschreven karakteristieken.

Over de psychodynamiek van de chronische nagebootste stoornissen c.q. het Münchhausen-syndroom, werd door diverse auteurs gepubliceerd (o.a. Carney en Brown 1983; Cramer 1971; Ford 1973; Justus e.a. 1980; Klonoff e.a. 1983; Mayo en Haggerty 1984; en Spiro 1968), soms ondersteund door klinisch materiaal van Münchhausen-patiënten, die enige tijd in behandeling waren.

Spiro (1968) constateert dat de Münchhausen-patiënt zichzelf zijn symptomen weliswaar doelbewust aandoet (dit in tegenstelling tot de conversieve symptomen bij de hysterie), maar de drijfveren hiertoe worden door onbewuste conflicten bepaald.

Bij het Münchhausen-syndroom in engere zin wordt door de diverse auteurs de sterke behoefte aan liefde, koestering en bewondering genoemd, onder andere tot uiting komend in de neiging tot pseudologie. Daarnaast representeert het ziekenhuis, als decor van dit alles, een mengeling van zorg én pijn, aandacht én angst. Deze sadomasochistische aspecten komen mogelijk bij de Münchhausen-moeders veel minder nadrukkelijk naar voren.

Uitvoerig klinisch materiaal over het Münchhausen-syndroom 'by proxy' ontbreekt vrijwel geheel, of beperkt zich tot een enkele gevalsbeschrijving, vaak met een onzekere diagnose, zonder dat het ooit tot

een behandeling kwam (Lesnik Oberstein 1986a; Palmer en Yoshimura 1984; en Waller 1983). Over de onderliggende psychodynamiek kan men daarom slechts in grote lijnen iets zeggen.

Lesnik Oberstein (1986b) veronderstelt op basis van de door hem beschreven casus dat de jeugd van de Münchhausen-moeder gekenmerkt wordt door emotionele deprivatie. Aan de behoefte aan zorg, genegenheid en aandacht werd door de ouders niet tegemoet gekomen, maar mogelijk wel tijdens een ziekenhuisopname in haar jeugd.

Wanneer zijzelf moeder is geworden, projecteert zij deze sterke behoefte aan zorg en genegenheid in haar kind. Het kind wordt als plaatsvervanger ('by proxy') naar het ziekenhuis gestuurd, zodat moeder via projectieve identificatie meedeelt in de medische aandacht. De gevaarlijke en agressieve aspecten van haar gedrag, in casu haar eigen aandeel, worden volledig geloofchend.

Ten slotte nog een opmerking over de keuze van de symptomen. Net als bij conversies kan het nagebootste symptoom bij de volwassen patiënt een symbolisch karakter hebben (Mayo 1984), een aspect dat mogelijk te weinig belicht wordt. Waarschijnlijk treft men dit symbolisch karakter ook aan bij de symptomen die moeders bij hun kinderen produceren. Zo zal de mutilatie in het urethro-genitale gebied van het kind door een moeder met incest in haar voorgeschiedenis (1e casus) geen toeval zijn.

Beschouwing

De alhier en elders in de literatuur beschreven moeders zijn met hun kinderen in een pathologisch symbiotische relatie verwickeld, gepaard gaande met extreme ambivalentie: enerzijds een verstikkende liefde van een niet van de zijde van het kind wijkende moeder, anderzijds de agressie van levensbedreigende en mutilerende manipulaties. De egogrenzen van de moeder zijn fors gestoord: het kind wordt beleefd als een verlengstuk van haarzelf. Zoals door moeder het eigen lichaam beleefd wordt als kapot, kwetsbaar en medische zorg behoevend – mogelijk op basis van vroege traumatische ervaringen met separaties, ziekte, pijn en ziekenhuisopnamen – zo wordt ook het kind als ziek beleefd. Juist zeer jonge kinderen 'lenen' zich goed voor een dergelijke pathologische symbiose. Het kind zal zich schikken in de rol van zieke, in ruil voor moeders onuitputtelijke liefde. Egogrenzen van het kind en daarmee de opbouw van een eigen identiteit, een stabiel zelfgevoel en gezonde objectrelaties komen in gevaar. Het ouder wordende kind neigt tot collusie met moeder. Net als moeder zal het kind haar aandeel in de symptomen ontkennen. Zoals deze moeders een gedeeltelijk gestoorde reality testing hebben met overmatig gebruik van afweermechanismen als loochening, splijting en projectie, zo zal ook het kind hierin meegaan met alle gevolgen van dien voor de cognitieve, relationele en emotionele ontwikkeling.

Deze collusie van het ouder wordende kind kan leiden tot het blijvend zelf induceren van symptomen op volwassen leeftijd. Meadow (1984c) signaleerde al actief meewerken met moeder bij pubers.

Anderzijds vindt men in de anamnese van volwassen patiënten met nagebootste stoornissen veelal een uitgebreide medische voorgeschiedenis in de vroege jeugd, zowel van de patiënten zelf als van hun moeder. Ook hier doet zich retrospectief de vraag voor in hoeverre deze volwassen patiënten van jongs af aan al als patiëntje naar voren geschoven werden door een sterk somatiserende, zo niet actief symptomen producerende moeder (Wimberley 1981; Libow en Schreier 1986; Livingston 1987). Nadere bestudering van de relatie tussen beide syndromen is hier nog voor nodig en leidt tot beter begrip van elk syndroom op zich.

De grootste valkuil bij het te volgen beleid wordt gevormd door de emotionele reacties van het behandelend medisch personeel. Loocheining dat de aanvankelijk zo gewaardeerde en bewonderde moeder haar kind mishandelt, maakt dat men het syndroom pas laat onderkent; de dan optredende heftige woede dat men zolang bedrogen werd, kan aanleiding geven tot een onjuist beleid, inspelend op moeders masochistische tendensen. Daarom meen ik dat vroegtijdige inschakeling van een kinderpsychiater als onafhankelijk deskundige – ook als de diagnose niet helemaal rond is – een voorwaarde is om tot een juist beleid te komen en begrijpelijke, maar schadelijke tegenoverdrachtsreacties van iedereen zoveel als mogelijk is te voorkomen.

Terwijl men bij de nagebootste stoornissen confrontatie soms uit de weg kan gaan – als men dit antitherapeutisch vindt – moet men bij het Münchhausen-syndroom 'by proxy' meestal juist de moeders met hun aandeel confronteren teneinde het kind te beschermen. Confrontatie leidt bij deze moeders meestal slechts tot heftige ontkenning, woede of decompensatie op psychotische of ernstig depressieve wijze.

Het aanvankelijke optimisme dat confrontatie afdoende is om moeders ziekmakende activiteiten een halt toe te roepen (Meadow 1977) wijkt steeds meer voor een mijns inziens terechte blijvende ongerustheid. Naast bovenbeschreven gestoord verlopende ontwikkeling is het risico van overlijden van het kind minstens 20% (Waller 1983). In het algemeen lijkt scheiding van moeder en kind op psychiatrische gronden aangewezen, in juridisch opzicht echter vaak moeilijk te verwezenlijken.

Literatuur

- Asher, R. (1951), Münchhausen's syndrome. *The Lancet*, 339-341.
 Burman, D., en D. Stevens (1977), Münchhausen family. *The Lancet*, 456.
 Carney, M.W.P., en J.P. Brown (1983), Clinical features and motives among 42 artifactual illness patients. *British Journal of Medical Psychology* 56, 57-66.

- Chan, D.A., J.R. Salcedo, D.M. Atkins en E.J. Ruley (1986), Münchhausen syndrome by proxy: a review and case study. *Journal of Pediatric Psychology* 11, 71-80.
- Cramer, B., M. Gershberg en M. Stern (1971), Münchhausen Syndrome – its relationship to malingering, hysteria and physician-patient relationship. *Archives of General Psychiatry* 24, 573-578.
- Dine, M.S. (1965), Tranquillizer poisoning: an example of child abuse. *Pediatrics* 36, 782-785.
- Van Epen, J.H. (1978), *Compendium drugsverslaving en alcoholisme*. Elsevier, Amsterdam.
- Fleisher, D., en M.E. Ament (1977), Diarrhea, red diapers and child abuse. *Clinical pediatrics* 17, 820-824.
- Ford, C.V. (1973), The Münchhausen syndrome: a report of four new cases and a review of psychodynamic considerations. *Psychiatry in Medicine* 4, 31-45.
- Guandolo, V.L. (1985), Münchhausen syndrome by proxy: an outpatient challenge. *Pediatrics* 75, 526-530.
- Halsey, N.A., T.W. Tucker, J. Redding, J.M. Frentz, T. Sproles en R.S. Daum (1983), Recurrent nosocomial polymicrobial sepsis secondary to child abuse. *The Lancet*, 558-560.
- Hulstijn-Dirkmaat, G.M., B.C.M. Raes en L.A.H. Monners (1987), Het beleid na het stellen van de diagnose 'Münchhausen syndrome by proxy'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2372-2375.
- Hvizdala, E.V., en A.M. Gellady (1978) Intentional poisoning of two siblings by prescription drugs. *Clinical Pediatrics* 17, 480-482.
- Jones, J.G., H.L. Butler, B. Hamilton, J.D. Perdue, H.P. Stern en R.C. Woody (1986), Münchhausen syndrome by proxy. *Child abuse & neglect* 10, 33-40.
- Justus, P.G., S.S. Kreutziger en C.S. Kitchens (1980), Probing the dynamics of Münchhausen's syndrome. *Annals of Internal Medicine* 93, 120-127.
- Kempe, C.H., F.N. Silverman, B.F. Steek, W. Droegemueller en H.K. Silver (1962), The Battered-Child Syndrome. *Journal of the American Medical Association* 181, 105-112.
- Klonoff, E.A., S.J. Younger, D.J. Moore en L.A. Hershey (1983), Chronic factitious illness: a behavioral approach. *Int. Journal Psychiatry in Medicine* 13, 173-183.
- Kohl, S., L.K. Pickering en E. Dupree (1978), Child abuse presenting as immunodeficiency disease. *The Journal of Pediatrics* 93, 466-468.
- Kurlandsky, L., J.Y. Lukoff, W.H. Zinkham, J.P. Brody en R.W. Kessler (1979), Münchhausen syndrome by proxy: definition of factitious bleeding in an infant by 51-Cr labeling of erythrocytes. *Pediatrics* 63, 228-231.
- Lee, D.A. (1979), Münchhausen syndrome by proxy in twins. *Archives of Diseases of the Child* 54, 646-647.
- Lesnik Oberstein, M. (1986a), 'Münchhausen syndrome by proxy' in de kindergeneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 130, 221-222.
- Lesnik Oberstein, M. (1986b), Letter to the Editor. *Child Abuse & Neglect* 10, 133.
- Libow, J.A., en H.A. Schreier (1986), Three forms of factitious illness in children: when is it Münchhausen syndrome by proxy? *American Journal of Orthopsychiatry* 56, 602-611.
- Livingston, R. (1987), Maternal somatization disorder and Münchhausen syndrome by proxy. *Psychosomatics* 28, 213-215.

- Lorber, J., J.P.D. Reckless en J.B.G. Watson (1980), Nonaccidental poisoning: the elusive diagnosis. *Archives of Disease in Childhood* 55, 643-647.
- Mayo, J.P., en J.J. Haggerty (1984), Long-term Psychotherapy of Münchhausen syndrome. *American Journal of Psychotherapy* 38, 571-578.
- Meadow, R. (1977), Münchhausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *The Lancet*, 343-345.
- Meadow, R. (1982), Münchhausen syndrome by proxy. *Archives of Disease of Childhood* 57, 92-98.
- Meadow, R. (1984a), Münchhausen by proxy and brain damage. *Developmental Medicine and Child Neurology* 26, 672-674.
- Meadow, R. (1984b), Fictitious epilepsy. *The Lancet*, 25-28.
- Meadow, R. (1984c), *Recent advances in pediatrics* no. 7. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Meadow, R. (1985a), Management of Münchhausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood* 60, 385-393.
- Meadow, R. (1985b), Münchhausen syndrome by proxy. In: *Advanced Medicine* no. 20.
- Nadelson, T. (1979), The Münchhausen spectrum. *General Hospital Psychiatry* 1, 11-17.
- Nading, J.H., en B. Duval-Arnould (1984), Factitious diabetes mellitus confirmed by ascorbic acid. *Archives of Disease in Childhood* 59, 166-179.
- Orenstein, P.M., en A.L. Wasserman (1986), Münchhausen syndrome by proxy simulating cystic fibrosis. *Pediatrics* 78, 621-624.
- Osborne, J.D. (1976), Non-accidental poisoning and child abuse. *British Medical Journal* 1, 1211.
- Outwater, K.M., R.N. Lipnick, N.L.C. Luban, K. Ravenscroft en E.J. Ruley (1981), Factitious hematuria: diagnosis by minor blood group typing. *The Journal of Pediatrics* 98, 95-97.
- Palmer, A.J., en G.J. Yoshimura (1984), Münchhausen syndrome by proxy. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23, 4: 403-508.
- Ries, R.K. (1980), DSM-III Differential diagnosis of Münchhausen's syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 168, 629-632.
- Rogers, D., J. Tripp, A. Bentovim, A. Robinson, D. Berry en R. Goulding (1976), Non-accidental poisoning: an extended syndrome of child abuse. *British Medical Journal* 1, 793-796.
- Rosen, C.L., J.D. Frost, T. Bricker, J.D. Tarnow, P.C. Gillette en S. Durlav (1983), Two siblings with recurrent cardiorespiratory arrest: Münchhausen syndrome by proxy or child abuse? *Pediatrics* 71, 715-720.
- Schnaps, Y., M. Frand, Y. Rotem en M. Tirosh (1981), The chemically abused child. *Pediatrics* 68, 119-121.
- Spiro, H.R. (1968), Chronic Factitious Illness. *Archives of General Psychiatry* 18, 569-579.
- Sussman, N., J.C. Bordo, J.A. Cancelmo en D. Braun (1987), Münchhausen's syndrome: a reconceptualization of the disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 175, 692-695.
- Verity, C.M., C. Winckworth, D. Burman, D. Stevens en R.J. White (1979), Polle syndrome: children of Münchhausen. *British Medical Journal*, 422-423.
- Waller, D.A. (1983), Obstacles to the treatment of Münchhausen by proxy syndrome. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 22, 80-85.
- Warner, J.O., en M.J. Hathaway (1984), Allergic form of Meadow's syndrome (Münchhausen by proxy). *Archives of Disease in Childhood* 59, 151-156.

- Watson, J.B.G., J.M. Davies en J.L.P. Hunter (1979), Non-accidental poisoning in childhood. *Archives of Disease in Childhood* 54, 143-144.
- Wimberley, T. (1981), The making of a Münchhausen. *British Journal of Medical Psychology* 54, 121-129.
- Woollcott, P., T. Aceto, C. Rutt, M. Bloom en R. Glick (1982), Doctor shopping with the child as proxy patient: a variant of child abuse. *The Journal of Pediatrics* 101, 297-301.

Meer uitgebreide literatuurlijst verkrijgbaar op aanvraag.

Schrijfster is als psychiater verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt (hoofd: prof. dr. W.J. Schudel).

Het artikel is geaccepteerd voor publicatie op 16-6-'89.