



Bij Münchausen by proxy duurt het vaak maanden of zelfs jaren voordat duidelijk wordt dat het om mishandeling gaat.

Kindermishandeling via de dokter

Dit artikel gaat over het Münchausen by proxy syndroom. By proxy wil zeggen: via een tussenpersoon. Door misleiding zet de plegger iemand anders aan om het kind te mishandelen.

Uit onderzoek blijkt dat in 70 tot 95 procent van de gevallen de moeder de plegger is.

Jaarlijks zijn in ons land meer dan 100.000 kinderen slachtoffer van kindermishandeling. Aan lichamelijke en geestelijke mishandeling, verwaarlozing en het slachtoffer zijn van huiselijk geweld, wordt steeds meer aandacht besteed. Een ernstige vorm van mishandeling is het Münchausen by proxy syndroom (MBPS). De Britse professor in de kindergeneeskunde Roy Meadow, beschreef het Münchausen by proxy syndroom voor het eerst in 1977 in de Lancet. Meestal is de moeder de plegger; in 70 tot 95% van de gevallen.

In de overige gevallen is bijvoorbeeld de vader, een grootouder of een verpleegkundige de plegger. In dit stuk zal meestal over de moeder als plegger worden gesproken.

Verzonnen of veroorzaakt

Bij MBPS biedt de moeder het kind aan bij een arts met door haar verzonnen (gefalsificeerde) klachten of met door haar zelf veroorzaakte (geïnduceerde) ziekteverschijnselen. De arts zal dan

onnodige onderzoeken uitvoeren en niet zelden ook onnodige behandelingen starten. De moeder krijgt op deze indirecte manier via het kind aandacht voor zichzelf. De dokter is 'de honkbal-knuppel' waarmee de moeder het kind slaat.

De dokter is zich zeker in het begin van geen kwaad bewust, omdat hij uitgaat van de oprechtheid van de moeder en de juistheid van de anamnese. Immers waarom zou de moeder onwaarheden vertellen? Helaas blijkt de anamnese niet altijd betrouwbaar te zijn bij kindermishandeling en zeker niet bij deze vorm van mishandeling.

Definitie

Het Münchausen by proxy syndroom is een gefalsificeerde of geïnduceerde aandoening bij het kind, toegebracht door een ouder of verzorger met een ziekelijke behoefte aan aandacht van artsen en hulpverleners die deze aandacht op een manipulatieve wijze probeert te verkrijgen.

(Bron: Je bent een verschrikkelijk kind, Nina Blom, zie ook pagina 12).

Bij MBPS is een kind het slachtoffer en probeert een plegger, meestal dus de moeder, op een ziekelijke wijze aandacht te krijgen. In de literatuur wordt vaak gesproken over Pediatric Condition Falcification (PCF) om de diagnose bij het kind weer te geven. Factious Disease by Proxy (FDP) beschrijft de aandoening bij de plegger. Om van een echte MBPS te kunnen spreken moet er sprake zijn van een PCF en een FDP (MBPS = PCF + FDP).

Factious Disease by Proxy

Bij PCF is er een scala van min of meer ernstige ziekteverschijnselen, waarbij óf een kind gepresenteerd wordt bij de arts als ziek, óf het kind komt bij de dokter met een ernstiger probleem dan het in werkelijkheid heeft. De arts voelt zich min of meer gedwongen

om te handelen, omdat de klachten met veel overtuiging en emotie worden gebracht.

De diagnostiek en behandeling leiden tot directe en indirecte schade bij het kind. Directe schade door (onnodige) ingrepen en onderzoeken (littekens, stoma's, amputaties en immobilisatie) en indirecte schade door onder andere psychische restproblemen en schoolverzuim. Vaak duurt het maanden of zelfs jaren voordat duidelijk wordt dat er sprake is van mishandeling en het besef dat de moeder dit via derden doet.

Vier vormen

PCF vormt door de eerdergenoemde oorzaken een ernstige en vaak lastige te detecteren vorm van kindermishandeling. Kinderen kunnen met de volgende vier vormen van onheuse klachten gepresenteerd worden:

1. Uitvergroting, waarbij de klachten van het kind door de plegger als veel ernstiger worden voorgesteld;
2. Fabriceren, hierbij worden fysieke of psychische klachten verzonnen;
3. Aanpraten, het kind zelf krijgt allerlei aandoeningen aangepreut;
4. Inductie: hierbij worden de symptomen door de ouder veroorzaakt.

Het klachtenpatroon waarmee de kinderen worden gepresenteerd is regelmatig invoelbaar door hulpverleners en maakt het stellen van de diagnose daardoor moeilijker. Alle orgaansystemen kunnen worden betrokken bij PCF. De diagnose bij de plegger is moeilijk te stellen. Vaak is er een grijs gebied waarbij het niet duidelijk is of er sprake is van een echte FDP, of dat er uit de hand gelopen zorgen zijn rondom het kind.

Bij een echte FDP wordt er moedwillig mishandeld door falsificatie of inductie van klachten. Zo kunnen klachten ontstaan door overbezorgde en angstige ouders, zeker als zij niet gerust te stellen zijn. Verder kunnen ouders een (niet te corrigeren) andere ziekteopvatting of een ander inzicht hebben dan de behandelend arts. De ouder kan ook een psychiatrische aandoening hebben, wat maakt dat zij via haar kind aandacht voor zichzelf probeert te vragen. Vooral de FDP-groep geeft doorgaans de meeste problemen en is prognostisch het slechtste af. Andere motieven om het kind te mishandelen kunnen zijn: geldelijk gewin (bijvoorbeeld PGB-inkomsten), zogenaamd seksueel misbruik van het kind bij echtscheidingszaken, of het kind verplegen totdat het sterft (mothering to death) en zo de 'heldenstatus' in de familie en in de buurt verkrijgen.

De moeder (plegger)

De taak van een kinderarts is om de gezondheid van het kind te waarborgen. Het motief of de reden waarom de moeder het schadelijke gedrag vertoont, is voor de diagnose belangrijk, maar deze diagnosesstelling behoort niet tot de taak van de kinderarts. Een (forensisch) psychiater, liefst met kennis van FDP, is daarvoor de aangewezen specialist. Kennis over het motief of motivatie bij de plegger is belangrijk voor de plegger zelf, maar ook voor het kind met het oog op de prognose. Wordt bijvoorbeeld een psychose bij de moeder behandeld, dan is de uitkomst bij het kind gunstiger. Inzicht in het eigen gedrag van de plegger en de gevolgen daarvan zijn belangrijk voor de prognose bij het kind.

Bij tabel 2 zijn enkele voorkomende karakteristieken van de plegger vermeld. Belangrijk is dat niet alleen op basis van het profiel van de plegger een diagnose gesteld kan en mag worden, daarvoor is méér informatie nodig.

De kinderen

De kinderen zijn vaak coöperatief en in het algemeen is er maar één kind uit een gezin slachtoffer gedurende een bepaalde periode. De andere kinderen in het gezin lopen echter ook risico slachtoffer te worden. Het karakter en de leeftijd van het kind, of het kind wel of niet vatbaar is voor deze vorm van mishandeling, spelen hierbij een rol. De slachtoffers kunnen een onderliggend somatisch of geestelijk lijden hebben en soms een ontwikkelingsachterstand. Er kan ook een symbiotische relatie bestaan tussen

pleger en slachtoffer.

Jongens zijn even vaak slachtoffer als meisjes. Jongere kinderen zijn vaker het slachtoffer omdat zij minder voor zichzelf op kunnen komen en vaker in een sociaal beschermde, door derden niet gecontroleerde omgeving verblijven.

De vader

De vader speelt vaak een onopvallende rol en is in intellectueel en sociaal opzicht vaak de mindere van de moeder. Hij kan wel een secundaire pleger zijn door zich afzijdig te houden of meegetrokken te worden in het gedrag van de moeder.

Epidemiologie

Hoe vaak PCF voorkomt is niet precies bekend. Incidentiestudies zijn er bijna niet. Een tweejarige prospectieve studie uit Nieuw-Zeeland laat een incidentie zien van 2-3/100.000 kinderen. Uit Engeland komen iets lagere incidentiecijfers. Er is waarschijnlijk sprake van onderrapportage en signalering. PCF kan dodelijk verlopen. Een mortaliteit van 6 tot 9% wordt in de literatuur genoemd. In PCF gezinnen zijn vaker gezinsleden overleden zonder duidelijke oorzaak. PCF is niet cultuurgebonden. Volwassenen of huisdieren kunnen ook slachtoffer zijn. In Nederland wordt rond de 60 keer per jaar een zaak bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), nu Veilig Thuis gemeld. Of dit allemaal echt PCF zaken zijn valt niet met zekerheid te zeggen. Dit wordt momenteel onderzocht. De indruk bestaat dat ook in ons land door de onbekendheid met deze vorm van mishandeling onderrapportage kan bestaan.

Wanneer PCF?

Vaak is de anamnese onlogisch, met discrepanties tussen verhaal en lichamelijk onderzoek, of het niet reageren op een gebruikelijke behandeling. Het ziektebeeld blijft vaak onverklaard, met een doorgaans langdurig beloop en met nogal eens bijzondere en soms zelfs bizarre symptomen. Vaak zijn de pleger en het kind al bij meerdere artsen en ziekenhuizen geweest (medisch shoppen) en niet zelden wordt hier

negatief op teruggekeken (vereren en diskwalificeren) en wordt er geen toestemming gegeven om medische gegevens op te vragen. Soms is er al eerder een vermoeden van PCF geweest.

De pleger reageert negatief op een goed nieuws gesprek met aansluitend verergering van de klachten. Er kan een discrepantie bestaan in bezorgdheid van de arts en de moeder. De anamnese kan maken dat de arts zeer bezorgd is en allerlei acties onderneemt, terwijl de moeder veel laconieker is. De moeder accepteert vrij gemakkelijk ingrijpende onderzoeken en vraagt er ook om.

Medische kennis

Een 'gezonde moederlijke reactie' is te controleren door te vragen of een bepaald diagnostisch onderzoek of een bepaalde behandeling wel écht moet gebeuren. Op een verpleegafdeling gedraagt de moeder zich voorbeeldig. Zij kan goed overweg met de verpleging, andere ouders en andere hulpverleners, waardoor deze op het verkeerde been worden gezet en niet kunnen begrijpen en accepteren dat deze 'ideale' moeder iedereen voor de gek houdt. De pleger heeft een vaak bovengemiddelde medische kennis door bijvoorbeeld (een al dan niet afgemaakte) verpleegopleiding of opgedane kennis via internet.

Scheiding van moeder en kind doet de klachten verminderen of verdwijnen, dit kan opvallen in het ziekenhuis maar bijvoorbeeld ook op een peuterspeelzaal of op school. Scheiding van pleger en kind is voor de diagnostiek daarom een belangrijk diagnosticum!

Diagnose stellen

De diagnose kan met inclusie worden gesteld. Dit betekent op heterdaad betrappen of met laboratoriumuitslagen die bewijzend zijn. De diagnose kan ook per exclusie worden gesteld, wat wil zeggen buiten heterdaad, door uitsluiten van alle mogelijke andere oorzaken. Er is dan geen bewijs. Met name het uitsluiten van andere oorzaken kan leiden tot veel onnodig onderzoek en onnodige (proef)behandelingen. Belangrijk is om al bij beginnende vermoedens van PCF te overleggen met een vertrouwensarts van Veilig Thuis of collega's die bekend zijn en ervaring hebben met deze vorm van mishandeling. Juist overleg is in een vroeg stadium

nuttig om het kind niet onnodig bloot te stellen aan onnodige handelingen.

PCF is bij uitstek een probleem om multidisciplinair aan te pakken. Gezamenlijk kan worden bekeken welk onderzoek er nog moet worden verricht om tot een diagnose te komen (exclusie).

Videobewaking

Door onbekendheid met het ziektebeeld en maar door blijven zoeken naar een somatische oorzaak van de klachten, duurt het regelmatig maanden tot jaren voor een vermoeden ontstaat en er een juiste diagnose, namelijk mishandeling, wordt gesteld. Een methode om mishandelend gedrag van de pleger vast te leggen is videobewaking (inclusie). Dit heeft wel de nodige juridische consequenties. Videoregistratie kan mét en zonder toestemming van de ouders gebeuren en mét of zonder medeweten van Veilig Thuis of politie. Voordat videoregistratie wordt gestart, moet er multidisciplinair nagedacht worden over de medische en juridische dilemma's. Het gebruik is daarom controversieel. Ook moet er continu iemand achter de monitor zitten om meteen actie te kunnen ondernemen.

Behandeling

Een effectieve manier van behandelen van het kind bestaat niet. Zeker niet zolang de pleger nog bij het kind is. Een scheiding voor langere tijd van kind en pleger is daarom belangrijk. De symptomen zullen bij het kind verdwijnen en herstel krijgt een kans. Er moet ook aandacht zijn voor andere kinderen in het gezin. Vaak kan een scheiding pas plaatsvinden na een officiële uithuisplaatsing via interventie van de Raad voor de Kinderbescherming. Het FDP gedrag van de moeder is moeilijk of niet te genezen en gevreesd moet worden voor een terugval. Ook stopt het gedrag niet na confrontatie. De moeders kunnen vervolgens hun energie nog wel eens steken in allerlei klachtenprocedures of tuchtrechtelijke zaken. Opgelet moet worden bij confrontatie omdat de pleger nog wel eens suïcide probeert te plegen of het kind nog probeert te doden. Intensieve behandeling en begeleiding van de pleger zijn daarom noodzakelijk.

Vermoedens PCF

Bij onverklaarde ziektebeelden is het van belang om MBPS/PCF in de differentiaal diagnose op te nemen. Mensen die werkzaam zijn in het ziekenhuis kunnen een vermoeden van MBPS/PCF inbrengen in de werkgroep kindermishandeling die ieder ziekenhuis heeft. Ook als je het niet zeker weet of alleen een onderbuikgevoel hebt, kun je een casus anoniem voorleggen aan deze werkgroep. Bij deze werkgroep zit een vertrouwensarts van Veilig Thuis. Indien er voldoende feitelijke onderbouwingen zijn van het onderbuikgevoel kan een adviesvraag uiteindelijk tot een melding leiden. Zorgverleners kunnen altijd telefonisch contact opnemen met Veilig Thuis (0800-2000) voor een (anonieme) advies-vraag of het doen van een melding. Vraag bij een vermoeden van MBPS/PCF bij voorkeur naar de vertrouwensarts.

Omdat ouders nogal eens in klachtenprocedures vervallen nadat de diagnose PCF is gesteld, is het van belang een goed dossier te voeren. Zorg altijd voor een dossieropbouw waarbij je feitelijkeheden en objectieve bevindingen beschrijft en wegblijft van interpretaties.

Symptomen PCF

Symptoom	Methode van mishandeling door simulatie of inductie
Apnoe	Smoren, vergiftiging of medicamenteus
Convulsies	Liegen, verstikking of vergiftiging
Braken	Liegen, lucht via sonde of emetica
Diarree	Laxantia
Bloedingen	Liegen, gif, medicatie, exogeen bloed, aderlating bij kind
Sufheid	Medicatie, verstikking
Koorts	Falsificeren temperatuur of temperatuurlijst, centrale lijn infecteren
Huiduitslag	Vergif, krabben en krassen, bijtende stoffen

Tabel 1: Enkele voorbeelden van veel voorkomende symptomen van PCF met de methode van vervalsing.

Psychopathologie bij de moeder

- Negatieve jeugdervaringen, onder meer kindermishandeling, bijvoorbeeld PCF;
- Positieve aandacht bij ziekte in de jeugd;
- (Gemaskeerde) psychiatrische aandoeningen, zoals psychoses en borderline;
- Drugsmisbruik;
- Suïcidaliteit.

Tabel 2: Enkele voorkomende karakteristieken van de pleger.

Diagnostiek

Harde criteria voor de diagnostiek zijn:

- Bij scheiding van pleger en kind zijn er minder klachten of het kind is klachtenvrij. Ook op school of kinderdagverblijf kan dit geobserveerd worden;
- Het kind wordt regelmatig aan artsen gepresenteerd;
- Groot verschil in ernst van, soms bizarre, klachten en symptomen en de uitkomsten van diagnostiek of niet passend bij een bepaalde diagnose;
- Pleger is niet blij met 'goed nieuws gesprek' met terugkeer van klachten in aansluiting op het gesprek;
- Positieve testresultaten die de verschijnselen bij het kind verklaren, en die uitsluitend het gevolg kunnen zijn van 'kwade opzet' en niet door foute bepalingsmethodes, zoals het wisselen van monsters. Voorbeelden zijn het vinden van laxantia in ontlasting van een kind dat is opgenomen vanwege chronische diarree of een alcoholpromillage in bloed van een peuter met als herhaalde klacht sufheid en afwijkend loopgedrag.

Literatuur

Medisch Handboek Kindermishandeling redactie dr. E.M. van de Putte et al. 2013 Bohn Stafleu van Loghem ISBN978-90-313-9184-4

Auteur

Ad N. Bosschaart, kinderarts psychosociale pediatrie en Patries Worm, kinderarts/vertrouwensarts Veilig Thuis Gelderland

10



Bij onverklaarde ziektebeelden is het van belang om MBPS/PCF in de differentiaal diagnose op te nemen.