

Het syndroom van Münchausen, de nagebootste stoornis en het verband met persoonlijkheidsstoornissen

door D. Moons

Gepubliceerd in 1994, no. 3

Samenvatting

Uitgaande van een gevalsbespreking wordt getracht overeenkomsten en verschillen duidelijk te maken tussen het syndroom van Münchausen, zoals klassiek beschreven door Asher, en de nagebootste stoornis, zoals we die terugvinden in de DSM-III-R. Parallel hiermee worden de voorhanden zijnde gegevens weergegeven die betrekking hebben op een eventuele onderliggende persoonlijkheidsstoornis. Ten slotte wordt het belang van het onderscheid tussen beide ziektebeelden aangegeven in verband met de slaagkansen van een behandeling.

Inleiding

In de medische literatuur vinden we al meer dan een eeuw verslagen van personen die op de één of andere wijze ziekenhuisverzorging misbruiken. Zo maakte onder meer Gavin al in 1843 het onderscheid tussen 'those who simulate illness for immediate gain' (huidige simulanten) en 'those who simulate illness for no apparent reason other than to deceive and frustrate their physicians' (huidige patiënten met nagebootste stoornis).

In 1951 verschijnt in de Lancet het beroemde artikel van Richard Asher: 'The Münchausen syndrome'. Asher beschrijft hierin een syndroom waarbij patiënten zelf ziektes nabootsen om een ziekenhuisopname te bewerkstelligen. Volgens hem komen bij deze patiënten nog twee andere kenmerken steeds weer terug: 'Like the famous Baron they have always traveled widely and their stories are both dramatic and untruthful'. Zwerfzucht en pseudologia fantastica zijn zijns inziens dus eveneens essentiële kenmerken van het syndroom.

Spiro legde in zijn artikel in 1968 voor het eerst de nadruk op de psychiatrische aspecten van deze pathologie en introduceerde de naam 'chronic factitious illness' (chronische nagebootste stoornis), een term die in 1980 werd overgenomen door de DSM-III als 'factitious disorder' en sindsdien als officiële benaming voor het syndroom geldt. Opvallend hierbij is dat de twee bijkomende criteria van Asher door de DSM-III niet meer worden vermeld zodat de begrippen syndroom van Münchausen en nagebootste stoornis wel verwant zijn maar niet volledig identiek. Helaas wordt dit onderscheid niet steeds gemaakt wat tot enige verwarring en ongelijke onderzoeksresultaten kan leiden. Een voorbeeld hiervan zijn de uiteenlopende bevindingen betreffende de sex-ratio: in enkele klassieke overzichtsartikelen, waarbij getracht werd een aantal gevalsstudies te bundelen om zodoende een studiepopulatie bij elkaar te krijgen, wordt een meerderheid aan mannen gevonden. In een studie van Ireland (1967) was deze verhouding 3 tegen 1 en bij de studie van Pancratz (1978) was eveneens sprake van dubbel zoveel mannen als vrouwen. In recente studies spreekt men echter meestal van een evenwicht (King en Ford 1988, Bhugra 1988). Een mogelijke verklaring voor deze verschillende bevindingen wordt geboden door King en Ford die stellen dat het mannelijke overwicht vooral duidelijk wordt als men de zwerfzucht als één van de inclusiecriteria gebruikt, hetgeen in navolging van Asher vroeger frequenter gebeurde dan nu. Sociale factoren zouden immers maken dat mannen

gemakkelijker kunnen rondlopen dan vrouwen. Deze verklaring komt ook overeen met de studie van Carney (1980), die een indeling maakt tussen zwervers en niet-zwervers en bij deze laatste groep een duidelijk overwicht vindt aan vrouwen.

Uitgaande van een gevalbespreking, waarbij een patiënt zich presenteert met een nagebootst psychiatrisch syndroom, trachten wij in dit artikel enige duidelijkheid te brengen in de verwantschap tussen de begrippen syndroom van Münchhausen, zoals dit door Asher werd beschreven, en nagebootste stoornis zoals we die kennen uit de DSM-III-R. We hebben eveneens de gegevens uit de literatuur in verband met een geassocieerde persoonlijkheidsstoornis onderzocht, waarbij een opvallende parallel wordt teruggevonden met het al dan niet gebruiken van Ashers extra-inclusiecriteria.

Gevalsbespreking

Ik zag patiënt A een eerste maal toen hij zich op een woensdagavond omstreeks 11 uur op de spoedgevallendienst aanbood omwille van een depressieve decompensatie met suïcidale neigingen. Volgens z'n verhaal waren z'n vrouw en zoontje enkele maanden eerder omgekomen bij een verkeersongeval. Patiënt was sindsdien z'n baan blijven uitoefenen als lijnpiloot bij een luchtvaartmaatschappij maar decompenseerde nu volledig naar aanleiding van een verlofperiode. Hij beweerde geen psychiatrische antecedenten te hebben en nooit eerder op onze spoedgevallendienst te zijn geweest. Hij gaf een zeer verzorgde indruk. Z'n stemming was gedrukt en psychotische kenmerken waren afwezig. Opvallend was dat patiënt geen enkel identiteitsbewijs op zak had. Bij nader onderzoek bleek bovendien dat hij zich wel degelijk twee maal eerder op de spoedgevallendienst had aangeboden met soortgelijke symptomen: de eerste maal (acht jaar eerder) had hij verteld dat z'n zoontje de week voordien was overleden en z'n vrouw van hem was weggegaan, hetgeen tot suïcidedgedachten had geleid. Hij gaf zich toen uit voor psycholoog en vroeg een korte opname. Deze opname blijkt er echter nooit gekomen te zijn. Vier jaar later bood hij zich opnieuw aan omwille van suïcidedgedachten sinds de breuk met z'n vriendin enkele dagen voordien. Hij beweerde dit keer computerprogrammeur te zijn in Frankrijk. Ook dit keer verdween patiënt blijkbaar snel zonder verdere follow-up.

Ik besloot patiënt op te nemen op de transit-afdeling om hem de volgende dag met deze gegevens te confronteren. Dit bleek echter niet meer mogelijk omdat hij al in de vroege morgen weer verdwenen was.

Een maand later had ik nog een tweede contact met hem. Hij bood zich opnieuw aan op de spoedgevallendienst, dit keer op een zaterdag om zes uur 's morgens. Patiënt vertelde de verpleegkundigen dat hij depressief was geworden als gevolg van het recente overlijden van vrouw en kind. Hij was desondanks tot nu blijven doorwerken als orthopedisch chirurg in Frankrijk! Patiënt gebruikte een andere achternaam en geboortedatum (dag op dag 4 jaar ouder). Hij herkende mij echter meteen en gaf al snel de onjuistheid van z'n verhaal toe. Hij sprak zelf van mythomanie en omschreef het als een onweerstaanbare drang om zich telkens weer op spoedgevallenafdelingen aan te bieden met een dramatisch verhaal. Hij had geen vaste baan, goede vrienden, naaste familie of vaste huisarts. Hij werd niet kwaad bij de onthulling, wel voelde hij zich heel triest. Patiënt vertoonde een zekere intelligentie en ziekte-inzicht. Er was een duidelijk besef van het autodestructieve van deze levenswijze en de vrees bestond ooit suïcide te plegen. Er waren geen aanwijzingen voor een externe motivatie van het gedrag.

Ik stelde patiënt voor de volgende dag op consultatie te komen voor een verdere therapieplanning maar hij is niet komen opdagen. Op het door hem vermelde adres bleek patiënt bovendien niet bekend te zijn. Ook het CGGZ waarvan hij meldde dat hij er een therapie had gevolgd, bleek niet op de hoogte

van zijn bestaan.

Syndroom van Münchausen versus nagebootste stoornis

Zoals gezegd vinden we in de DSM-III-R de term 'syndroom van Münchausen' niet meer terug. Hij is vervangen door de term 'nagebootste stoornis' met als criteria:

- opzettelijk tonen of simuleren van lichamelijke en/of psychische verschijnselen;
- psychische behoefte de rol van zieke op zich te nemen, met afwezigheid van externe motieven voor dit gedrag;
- niet uitsluitend voorkomend in het verloop van een andere as I- stoornis.

Meestal gaat het om acute symptomen waarbij een uitgebreide routine aan diagnostische onderzoeken en therapeutische strategieën wordt verricht zonder dat dit enig resultaat oplevert. Om de diagnose syndroom van Münchausen te stellen zijn deze criteria dus onvoldoende maar moet ook aan volgende voorwaarden worden voldaan:

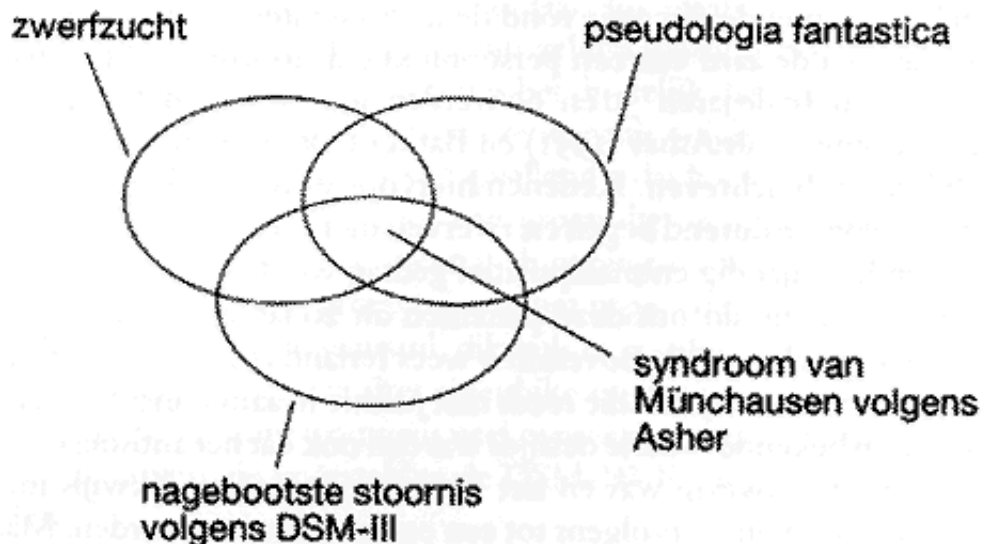
-zwerfgedrag - Opvallend is dikwijls de chaotische levensstijl van deze mensen, gepaard gaande met een zwerfzucht die niet enkel verklaard kan worden door de intentie om niet te snel herkend en ontmaskerd te worden. Sommige auteurs spreken van compulsief reizen (Ford 1983), een dwang waaraan niet weerstaan kan worden. In sommige casussen neemt deze zwerfzucht extreme vormen aan, met reizen door verscheidene landen (Labram 1983);

-pseudologia fantastica - Dit is een in 1891 door de Duitser Delbruck geïntroduceerde term die grotendeels synoniem is met pathologisch liegen en mythomanie (King en Ford 1988). Het betreft het vertellen van kleurrijke leugens in fantastische verhalen waarin meestal verhaald wordt over heroïsche daden of ongewone gebeurtenissen in het leven van de patiënt. Het is als zelfstandig syndroom beschreven en als onderdeel van het syndroom van Münchausen.

Bij het syndroom van Münchausen beperkt dit pathologische liegen zich niet tot het trachten te overtuigen van het medisch personeel omtrent de waarachtigheid van de ziekte. Het is eerder een vast onderdeel van het levenspatroon. Soms kunnen deze patiënten een volledig andere identiteit aannemen. Hierbij wordt dan gebruik gemaakt van pseudoniemen. Zo beschrijft Justus (1980) een patiënt die zich achtereenvolgens uitgaf als schrijver, vliegtuigmechanicien, veiligheidsingenieur, Amerikaans indiaan, commandant van de Perzische zeemacht en enige overlevende van een vliegtuigongeluk in de Korea-oorlog.

Omdat in vele recentere gevalsbesprekingen beide criteria van Asher niet meer terug te vinden zijn, worden *pseudologia fantastica* en zwerfzucht niet meer als diagnostische criteria gebruikt in de DSM-III (Ford 1983). Hier wil men immers alle gevallen onder één noemer brengen waarbij ziekte nagebootst of zelf geïnduceerd wordt, met als enige doel het verkrijgen van de ziekerol. De patiënten die voldoen aan de criteria van *pseudologia fantastica* en zwerfzucht (het klassieke syndroom van Münchausen) representeren dan een subtype. We zagen al het onderscheid dat Carney (1980) maakte tussen zwervers en niet-zwervers. Zwervers bleken meer sociaal geïsoleerde mannen met een antisociale persoonlijkheid terwijl de niet-zwervers vooral vrouwen waren die wel sociaal aangepast leken en over het algemeen minder dramatische klachten hadden. Vijftien van de negentien patiënten in deze groep waren verpleegkundigen.

King en Ford (1988) presenteerden een aantal patiënten met pseudologia fantastica. De helft hiervan had tevens een zucht tot zwerven (vooral mannen). Een kwart voldeed aan de criteria van nagebootste stoornis zoals door DSM-III omschreven en een vijfde deel aan de klassieke criteria van Asher. Zij concludeerden daarbij nogal voorbarig dat pseudologia fantastica de eigenlijke primaire stoornis is en het nabootsen van ziektes een secundaire gedragsmanifestatie bij die patiënten die over een zekere medische kennis beschikken. Wat zij echter uit het oog verloren is dat ook een groot aantal patiënten met een nagebootste stoornis niet voldoen aan de criteria van pseudologia fantastica, zoals we eerder zagen. We kunnen de situatie dan ook best zo voorstellen:



Figuur 2

Bij bovenvermelde casus besloten we tot de diagnose ‘nagebootste stoornis met psychische verschijnselen’ (nabootsen van een pathologisch rouwproces). Patiënt voldoet echter eveneens aan de criteria van het syndroom van Münchausen.

Hoewel patiënten met nagebootste stoornissen zich even vaak zouden presenteren met psychische symptomen als met lichamelijke (Popli e.a. 1992), wordt hieraan in de literatuur veel minder aandacht besteed. Cheng en Hummel (1978) waren de eersten die nagebootste psychiatrische symptomen beschreven bij Münchausen-patiënten. Er is echter geen evidentie dat het hier om een aparte populatie zou gaan. Er zijn bovendien enkele gevallen beschreven waarbij een overgang van fysieke naar psychische symptomen en omgekeerd werd aangetoond (Caradoc-Davies 1988). De volgende nagebootste psychiatrische symptomen werden onder meer beschreven: alcoholisme (Caradoc-Davies 1988), posttraumatische stress-stoornis (Popli e.a. 1992), suïcidepogingen (Shaner en Eth 1988), seksueel misbruik (Mayo en Haggerty 1984) en psychose (Pope 1982). Door Snowdon (1978) werd een artikel gepubliceerd over het nabootsen van vitale depressies na een verzonnen overlijden van een familielid. Hij verzamelde hiervan twaalf gevallen. Het betrof telkens pathologische rouwreacties na een verhaal van een dramatisch sterfgeval, meestal met een gewelddadig karakter of jonge mensen betreffend. Opvallend was dat elf van de twaalf patiënten al een voorgeschiedenis hadden van Münchausen-gedrag.

Gegevens rond het bestaan van een onderliggende persoonlijkheidsdiagnose

Vergelijkbaar met de discussie rond de inclusiecriteria is de studie naar het bestaan en de aard van een persoonlijkheidsstoornis bij Münchhausen-patiënten. In de jaren '50 en '60 werden deze patiënten door gezaghebbende auteurs als Asher (1951) en Barker (1962) als antisociale persoonlijkheden beschreven. Redenen hiervoor waren voldoende voorhanden: het voortdurend liegen en zwerven met een gebrek aan stabiele relaties en het vijandig en manipulatief gedrag werden standaard als argumenten aangehaald om deze patiënten als zodanig te bestempelen (Sussman en Hyler 1985). Bovendien wees Ierland (1967) erop dat 31% van de patiënten uit zijn studie reeds met justitie in aanraking waren gekomen. Een bekende theorie destijds was dan ook dat het antisociaal gedrag inherent aanwezig was en het Münchausengedrag dikwijls incidenteel ontstond om vervolgens tot een compulsie te verworden. Maar reeds in 1956 beschreven Hawkings e.a. een groep patiënten die een ziekte simuleerden maar met verder een stabiel sociaal leven. Deze personen hadden geen antisociale trekken en kwamen meestal uit de medische of paramedische sector. Ze werden omschreven als emotioneel en seksueel immatuur. Wellicht werd hier reeds een eerste connectie gemaakt tussen nagebootste stoornis en wat later de borderlinepersoonlijkheid zou worden genoemd. Dit verband werd voor het eerst met zoveel woorden uitgesproken door Nadelson (1979) en wordt tegenwoordig door de meeste auteurs naar voren gebracht (Justus 1980; Schoenfeld e.a. 1987; Sussman e.a. 1987; Mayo en Haggerty 1984). Hierbij wordt dan gewezen op de identiteitsstoornis, de labiele objectrelaties, lage ego-sterkte, geringe impulscontrole en het autodestructief gedrag. Tevens blijken sommige van deze patiënten korte psychotische episodes door te maken (Justus 1980). Cramer (1971) zag als eerste het nabootsen van ziektes als een ultieme poging om desintegratie en afglijden in een psychose tegen te gaan. Vooral bij borderlinepatiënten zou dit een belangrijke rol spelen (Ford 1983). Een tijdelijke ontkenning van de eigen identiteit en het adopteren van een valse identiteit zou de patiënt in staat moeten stellen z'n ego te reorganiseren (Mayo en Haggerty 1984).

We zouden derhalve kunnen stellen dat het al dan niet includeren en benadrukken van de pseudologia fantastica en de zwerfzucht in de diagnose ook gerelateerd is aan de onderliggende persoonlijkheidsstoornis waarbij de klassieke Münchhausen-patiënt van Asher vooral als antisociale persoonlijkheid wordt beschreven in tegenstelling tot de meer sociaal aangepaste, veelal vrouwelijke patiënten met een nagebootste stoornis zonder pseudologia fantastica en zwerfzucht die vaak de diagnose borderlinepersoonlijkheid krijgen toegewezen.

Besluit

Het trekken van conclusies bij ziektebeelden zoals het syndroom van Münchhausen en de nagebootste stoornis vraagt om enige voorzichtigheid. Onderzoek vindt immers hoofdzakelijk plaats via individuele gevalstudies daar het syndroom slechts zelden wordt herkend en follow-up meestal niet mogelijk is. Toch is het duidelijk dat patiënten die voldoen aan de criteria van nagebootste stoornis volgens DSM-III-R een vrij heterogene groep vormen. Opvallend is dat hierin twee subgroepen zijn terug te vinden: enerzijds een groep die de nagebootste stoornis slechts periodiek gebruikt, meestal als coping-strategie bij stress-periodes, en anderzijds een groep bij wie het nagebootste ziektegedrag een onderdeel is van een levensstijl, dikwijls in combinatie met zwerfzucht en pseudologia fantastica (het eigenlijke syndroom van Münchhausen). Deze opvatting toont trouwens veel overeenkomsten met die van Sussman e.a. (1987) die voorstelden de DSM-III-R diagnose als volgt in te delen:

- Chronisch nagebootste stoornis met als kenmerken een chronisch verloop en vooral duistere motieven.

- Episodisch nagebootste stoornis gerelateerd aan psychosociale stress.

Verscheidene gevalsstudies bevestigen dergelijk episodisch nagebootst ziektegedrag als reactie op stresserende omstandigheden (Barnett e.a. 1990; Linford en James 1986; Humphries 1988). Volgens Humphries is in deze gevallen een duidelijke parallel met automutilatie te trekken.

Er lijken enige aanwijzingen te zijn dat in de tweede groep vooral patiënten met een borderlinepersoonlijkheid zijn terug te vinden terwijl de eerste groep eerder patiënten met een antisociale persoonlijkheid zou bevatten. De meeste gevalsbesprekingen geven echter te weinig informatie om een duidelijk oordeel te kunnen vormen over de persoonlijkheid. In onze casus waren onvoldoende argumenten aanwezig voor een van beide persoonlijkheidsdiagnoses.

Bovenstaand onderscheid lijkt ten slotte niet onbelangrijk in verband met de therapeutische slaagkansen. In het algemeen wordt gesteld dat deze patiënten moeilijk te motiveren zijn voor therapie en meestal snel afhaken. Sussman en Hyler (1985) maken echter melding van enkele indicatoren die de prognose wat zouden verbeteren: aanwezigheid van depressie en afwezigheid van antisociale kenmerken en zwerfzucht. Justus (1980) stelt dat patiënten met pseudologia fantastica en zwerfzucht duidelijk resistenter zijn tegen therapie terwijl ook Carney (1980) opmerkte dat zijn patiënten zonder zwerfzucht meer gemotiveerd bleken voor therapie. Toch stelt hij dat de uiteindelijke prognose bij deze patiënten even slecht was. Slechts bij één van het geringe aantal beschreven patiënten die gedurende lange tijd therapie volgden, namelijk die van Schoenfeld (1987), was zwerfzucht afwezig en kon patiënte nog terugvallen op een steungevende echtgenoot.

Literatuur

Asher, R. (1951), The Münchausen syndrome. *Lancet* 260

, 339-341.

Barker, J.C. (1962), The syndrome of hospital addiction. *Journal of Mental Science* 108, 167-182.

Barnett, W., P. Vieregge en G. Jantschek (1990), Further notes on Münchausen 's syndrome: a case report of a change from acute abdominal to neurological type. *Journal of Neurology* 287, 486-488.

Bhugra, D. (1988), Psychiatric Münchausen's syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 77, 497-503.

Caradoc-Davies, G. (1988), Feigned alcohol abuse. *British Journal of Psychiatry* 152, 418-420.

Carney, M.W.P. (1980), Artefactual illness to attract medical attention. *British Journal of Psychiatry* 136, 542-547.

Cheng, L. en L. Hummel (1978), The Münchausen syndrome as a psychiatric condition. *British Journal of Psychiatry* 133, 20-21.

Cramer, B., M.R. Gershberg en M. Stern (1971), Münchausen syndrome: its relationship to malingering, hysteria and the physician-patient relationship. *Archives of General Psychiatry* 24, 573-578.

Ford, C.V. (1983), *The somatizing disorders*. Elsevier Science publishing Co, New York, p. 155-171.

- Gavin, H. (1843), *Feigned and factitious diseases*. J&A Churchill Ltd, Londen.
- Hawkings, J.R., K.S. Jones, M. Sim en R.W. Tibbetts (1956), Deliberate disability. *British Medical Journal* 1, 361-367.
- Humphries, S.R. (1988), Münchausen syndrome: motives and the relation to deliberate self-harm. *British Journal of Psychiatry* 152, 416-417.
- Ireland, P., J.D. Sapira en B. Templeton (1967), Münchausen syndrome, review and report of an additional case. *American Journal of Medicine* 43, 579-592.
- Justus, P.G., S.S. Kreutziger en C.S. Kitchens (1980), Probing the dynamics of Münchausen's syndrome. *Annals of Internal Medicine* 93, 120-127.
- King, B.H. en C.V. Ford (1988), Pseudologia fantastica. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 77, 1-6.
- Labram, C. (1983), Les maladies factices et le syndrome de Münchausen. *La Revue de Médecine interne* 4, 343-351.
- Linford, S.M.J. en H.D. James (1986), Sodium bicarbonate abuse: a case report. *British Journal of Psychiatry* 149, 502-503.
- Mayo, J.P. en J.J. Haggerty (1984), Long-term psychotherapy of Münchausen syndrome. *American Journal of Psychotherapy* 38, 571-578.
- Nadelson, T. (1979), The Münchausen spectrum: borderline character features. *General Hospital Psychiatry* 1, 11-17.
- Pancratz, L. (1981), A review of the Münchausen syndrome. *Clinical Psychology Review* 1, 165-178.
- Pope, H.G., J.M. Jonas en B. Jones (1982), Factitious psychosis: phenomenology, family history and long-term outcome of nine patients. *American Journal of Psychiatry* 139, 1480-1483.
- Popli, A.P., P.S. Masand en M.J. Dewan (1992), Factitious disorders with psychological symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry* 53, 315-318.
- Schoenfeld, H., J. Margolin en S. Baum (1987), Münchausen syndrome as a suicide equivalent: abolition of syndrome by psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* XLI, 604-612.
- Shaner, A. en S. Eth (1988), Pseudoadolescent Münchausen syndrome. *Comprehensive Psychiatry* 29, 561-565.
- Snowdon, J., R. Solomons en H. Druce (1978), Feigned bereavement: twelve cases. *British Journal of Psychiatry* 133, 15-19.
- Spiro, H.R. (1968), Chronic factitious illness. *Archives of General Psychiatry* 18, 569- 579.
- Sussman, N. en S.E. Hyler (1985), Factitious disorders. In: H.I. Kaplan en B.J. Saddock (red.), *Comprehensive textbook of psychiatry, fourth edition*. Williams & Wilkins, Baltimore/Londen, p. 1242-1247.

Sussman, N., J.C. Borod, J.A. Cancelmo en D. Braun (1987), Münchausen's syndrome: a reconceptualization of the disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 175, 692-695.

Summary: Münchausen syndrome, factitious disorder and their correlation with personality disorders

Using an illustrative case, resemblances and differences are discussed between the Münchausen syndrome as described by Asher and the factitious disorder as we know it from the DSM-III-R. Parallel, data concerning an underlying personality disorder are reported. Finally, the importance of a differentiation between these two entities is stated with regard to management and therapy.

Dankbetuiging

Oprechte dank aan dr. G. Pieters (St. Jozef Kortenberg) en dr. B. Fischler (UZ VUB Jette) voor de opbouwende kritiek en aangebrachte correcties.

De auteur is psychiater en was ten tijde van de studie geneesheer-assistent in het UZ VUB Jette.
Correspondentieadres: Halfmaartstraat 14, 3000 Leuven, België.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 26-11-1993.