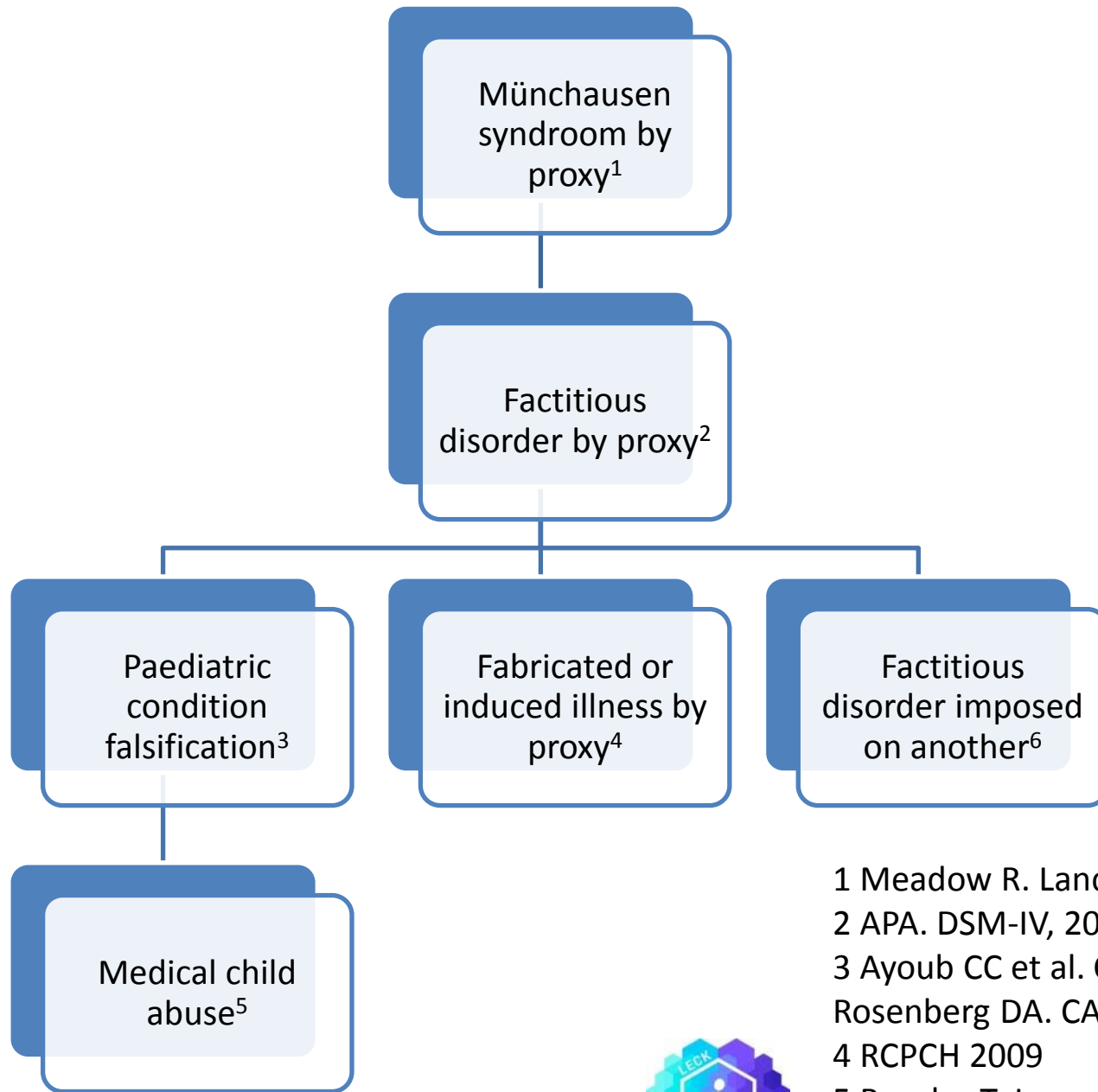


Nagebootste stoornis bij kinderen: belang van objectieve feiten en samenwerking

Rian Teeuw
Kinderarts sociale pediatrie
Voorzitter TASK-Amsterdam
Emma Kinderziekenhuis-AMC



1 Meadow R. Lancet 1977;2:343-5

2 APA. DSM-IV, 2000

3 Ayoub CC et al. Child Maltr 2002;7:105-11;
Rosenberg DA. CAN 2003;27:421-430

4 RCPCH 2009

5 Roesler T, Jenny C. AAP, 2009

6 APA, DSM-V, 2013

MSBP = PCF + FDIA

- Diagnose bij kind: PCF
- Diagnose bij pleger: FDIA (FDP)

Schreier HA. Pediatrics 2002;110(5):985-988
Schreier HA. Current problems in Pediatric and Adolescent Health Care 2004;34:126-143
VVAK Richtlijnen PCF/MBPS maart 2007

Casus PCF

Conclusie

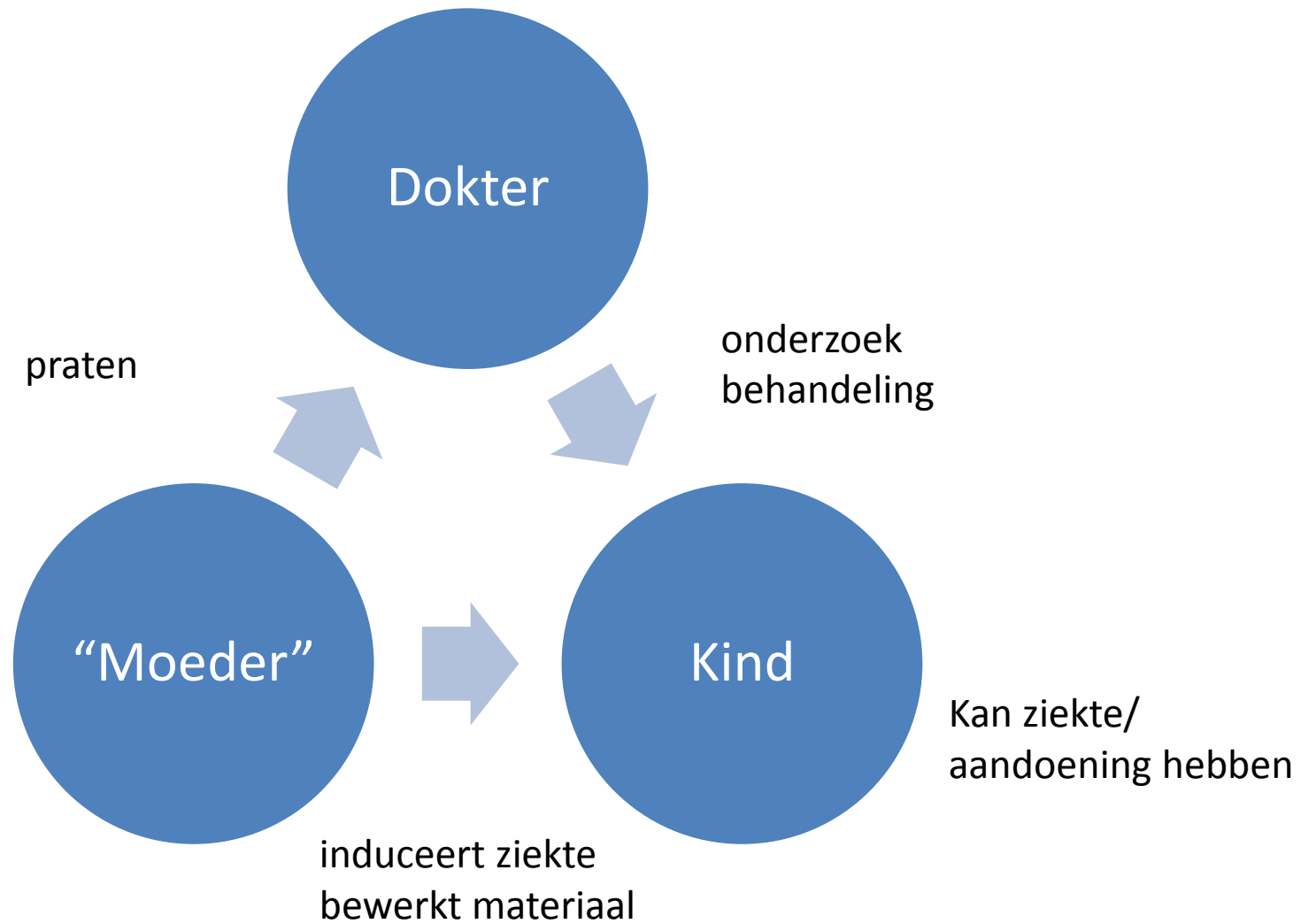
- Diagnose kind: PCF
- Co-morbiditeit: getuige IPV, FM, PG, PV
- Hulpzoekend gedrag moeder: zeer frequent doktersbezoek, verbale verzinsels, mogelijk materiaal vervalsen
- Diagnose M: psychose? (waan)/ hypochondrie

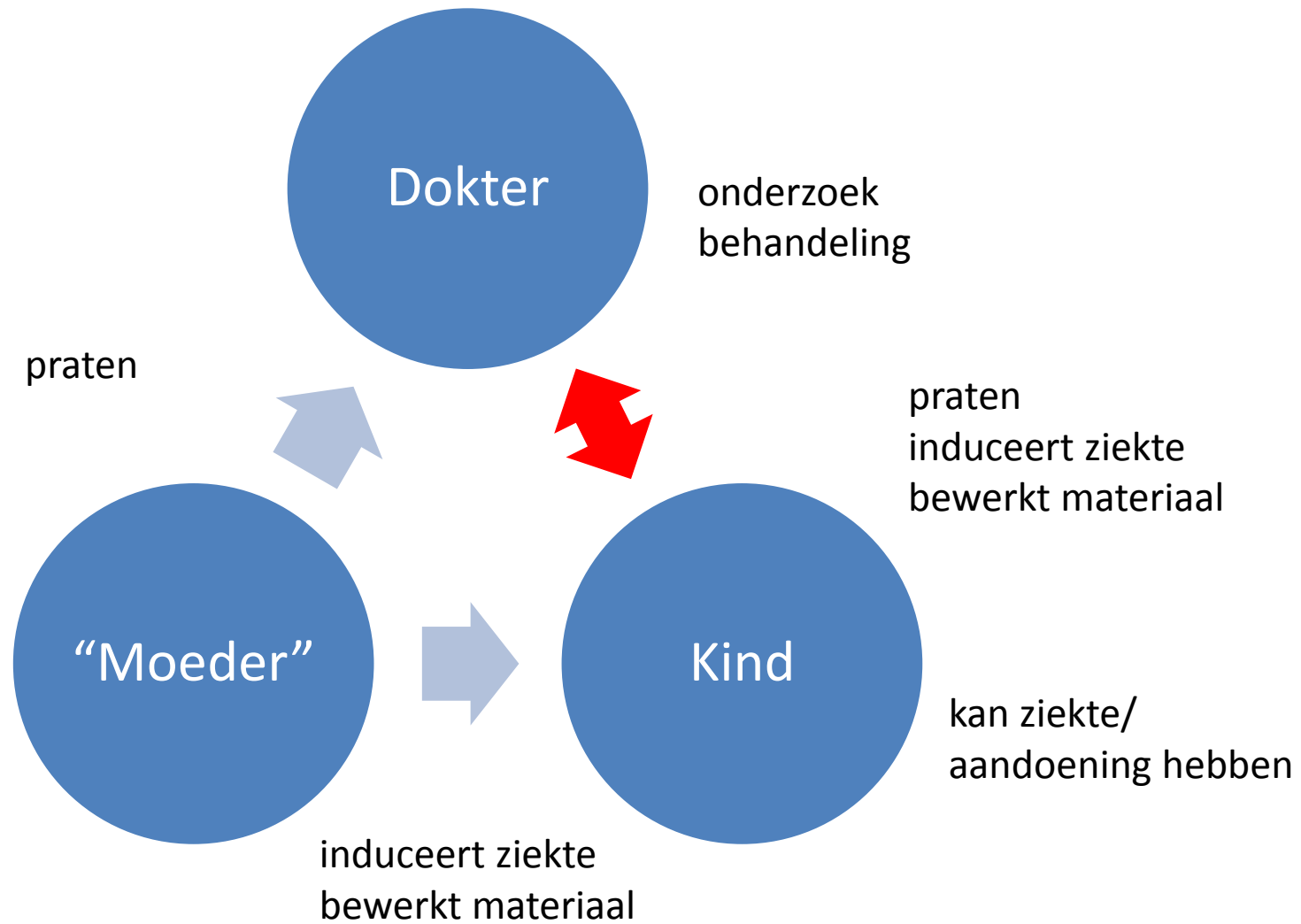
Beleid:

In afstemming AMK/ GM mogelijke doorgeleiding naar de Raad, behandeling M afdwingen, behandeling kk, stoppen ziekteverzuim, stoppen ziektegedrag M, stoppen IPV, FM, PG

Verklaringen gedrag pleger

- Noodzaak dat het kind wordt herkend als zijnde ziek, of zieker dan het is
 - Extreme angst / overbezorgdheid Hulpzoekend gedrag
 - Om misvattingen/valse overtuiging te bevestigen (ontwikkelingsstoornis, allergie, ouder met Asperger/wanen/OCD/hypochondrie)
 - Verleggen van de schuld van de moeilijkheden bij het kind (vaak gedragsproblemen)
 - Separatieangst → “Mothering to death”
 - Materieel gewin/ voogdij
 - Aandacht medische autoriteiten





Epidemiologie

- Niet alleen geïndustrialiseerde landen
- Strikte criteria:
 - $0,5/100.000/\text{jaar} < 16 \text{ jaar}$; $2,8/100.00/\text{jaar} < 1 \text{ jaar}$ ¹
 - $2/100.000/\text{jaar}$ ²
- Minder strikt:
 - $89/100.000/2 \text{ jaar}$ ³
- Prospectief: minder strikt: 2%; strikt: 0,53%⁴

1 Mc Clure RJ et al. Arch Dis Child 1991;75:57-61

2 Denny SJ et al. J Paed Child Health 2001;37:740-3

3 Watson S et al. 2000

4 Ferrara P et al. J Child Health Care 2013;17:366-74

Schade kind

- Review N=451 (154 artikelen)¹
- Gem. tijd tot diagnose: 21,8 mnd
- 30% daadwerkelijke ziekte
- 6-9% mortaliteit
- 7% lange termijn gevolgen/ handicap
- 25% broertjes/zusjes overleden
- 61% broertjes/ zusjes vergelijkbare “ziekten”

1 Sheridan MS. Child Abuse Neglect
2003;27:431-51

Signaleren



- Discrepantie A - L.O en resultaten AO
- Inconsistente, selectieve of misleidende A
- Verschil aanwezigheid/ afwezigheid ouder(s)
- Abnormaal beloop/ slecht effect behandeling
- Onwaarschijnlijke pathofysiologie
- Kind is overall gevoelig/ allergisch voor
- Shoppen/ veel AO
- Te fors schoolverzuim, onnodig gebruik hulpmiddelen
- Familie of professionals denken aan PCF
- Publiekscampagnes

Signaleren



- Voorgeschiedenis gezin:
 - Factitious disorder of somatoforme stoornis ouder
 - Broertjes/ zusjes overleden aan onduidelijk ziektebeeld
 - Nagebootste leerstoornis
 - Nagebootste problemen in de zwangerschap
 - Fingeren zwangerschap

Signaleren



- Gedrag ouder
 - Discrepantie bezorgdheid- klinisch beeld
 - Opvallend gedrag wachtkamer/ afdeling
 - Dringt aan kind zelf te verzorgen
 - Accepteert gemakkelijk ingrijpende diagnostiek
 - Ogenschijnlijk voorbeeldige
 - Aandacht nodig
 - Geen opluchting bij goed nieuws/ wil niet met ontslag
 - Deskundig op medisch gebied
 - “Afwezige vader”
 - Pathologisch liegen, bedriegen, manipuleren

Arts-patiënt relatie

vertrouwen

vertrouwelijkheid

Arts-patiënt relatie

~~vertrouwen~~

~~vertrouwelijkheid~~



LANDELIJK EXPERTISE
CENTRUM
KINDERMISHANDELING



Nederlands Forensisch Instituut
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Redenen niet adequate rol dokter

- Angst diagnose te missen
- Gewend aan samenwerking met ouders
- Druk ouders niet kunnen weerstaan
- Ingezogen in gezinssysteem
- Angst voor onterechte beschuldiging
- Communicatieproblemen (“pil vergulden”)
- Redders fantasie
- Subspecialisatie, met slecht overleg en overzicht (“kokerdenken”)
- Angst dat de ouder de ziekte-inductie gaat uitbreiden om te bewijzen dat het kind ziek is
- Angst voor klachten
- Onzeker over dossiervorming
- Tijdgebrek
- Geen vertrouwen in jeugdzorg/ AMK

Diagnostiek

- Nauwkeurige bestudering medische VG (dossiers)
- Aparte anamnese/ aparte hetero-anamnese
- Spreek bredere familiekring
- Betrek huisarts, jeugdarts, enz. en vroeg de vertrouwensarts
- Vraag alle professionals of zij dachten aan PCF
- Sluit aandoeningen uit maar vermijdt overdiagnostiek
- Materialen op slaan
- Inspectie persoonlijke bezittingen
- Separatietest
- CVS

Prognose

- Vroege herkenning
- Erkenning (15-45%)^{1,2}
- 40% recidief KM bij terugplaatsing³

- 1 Rosenberg DA. CAN 1987;11(4):547-63
2 Hall DE et al. Pediatrics 2000;105(6):1305-12
3 Bools CN et al. Arch Dis Child 1193;69(6):625-30



Samenvattend

- PCF is een zeldzame maar ernstige vorm van KM
- Focus op de (potentiële) schade voor het kind door de acties van de pleger en de dokter!
- Probeer voeg te signaleren
- Verzamel alle medische gegevens
- Werk vroeg samen in een multidisciplinair team met de VA