
" WAS IK MAAR PINOKKIO...! "

Pseudologia Fantastica en de verpleegkundige diagnoses en interventies

L.M. Peeters, GGZ Verpleegkundig Specialist i.o.

Casus

Marleen komt binnen op de gesloten Crisisopname Afdeling Jeugd van jongeren tussen de 12-18 jaar van de GGZ Regio Breda .Ze is pas vijftien jaar maar ze heeft een duidelijke hulpvraag. Opvallend is dat zij kaal is en zich kleedt als een jongen. In het opnamegesprek vertelt ze dat ze sinds begin dit jaar bij pleegouders woont. Eind vorig jaar zijn er in de thuissituatie problemen ontstaan. Ze voelt zichzelf een jongen in de huid van een meisje, haar hele leven probeert ze te voldoen aan de verwachtingen van anderen maar vooral die van haar moeder. Het liefst is ze op zichzelf, ze sport graag en ze focust zich op haar school. Ze heeft hoge verwachtingen en houdt van orde en rust. Tijdens het opnamegesprek zijn haar pleegmoeder en haar biologische vader aanwezig. Reden van opname is dat de werkelijkheid vertroebeld is door een eigen ingevulde fantasie, of de vraag die ik mezelf stel: is het de waarheid?

Marleens pleegmoeder vertelt dat het afgelopen week mis is gegaan. Haar pleegdochter zou met de trein alleen van het Noorden naar het Zuiden zijn afgereisd. Onderweg is zij aangesproken door een man die haar vervolgens onder dwang heeft meegenomen. Hij heeft haar naar zijn woning gebracht waar hij haar haren zou hebben afgeschoren. Ze werd gedwongen zich te ontkleden. Op dat moment wist Marleen te ontsnappen en heeft zij in de nabije omgeving hulp weten in te schakelen. De politie heeft een groot onderzoek ingesteld maar een aantal details ontbraken en gaven de nodige twijfels of dit verhaal op waarheid gebaseerd is.

Haar pleegmoeder vertelt dat dit niet het eerste verhaal is waarover twijfels bestaan. Er zijn meerdere verhalen die shockerend zijn. Een daarvan is dat ze seksueel misbruikt zou zijn door haar vader en haar broer. Daarnaast bestaat het verhaal dat ze ooit met een oom zou hebben gekampeerd, wat nooit gebeurd is. Als laatste is er een verhaal dat zij op jonge leeftijd in de kofferbak zou zijn gestopt door ouders, wat onmogelijk waar kan zijn omdat zij in die tijd een auto hadden zonder kofferbak.

Met de verkregen informatie en de uitgesproken zorgen werd besloten Marleen op te nemen voor een observatieperiode van negen weken. Was het maar zo simpel als het verhaal van 'Pinokkio': je neus groeit als je een leugen vertelt en we weten dat de waarheid ver te zoeken is. Marleen vertelt dat ze voortaan moet vertrouwen op anderen omdat ze zelf niet meer weet wat de waarheid is. Ze vertelt geen baat te hebben bij het vertellen van leugens en dat anderen er ook geen voordeel bij hebben, maar eerder gekwetst raken zoals ook zij in dit geval. Voor haar blijft het de waarheid maar is het dat wel? Een vraag die zijzelf niet meer weet te beantwoorden, het maakt haar onzeker om zo door te moeten gaan en te weten dat het verlies in contact enorm is. Zij stemt vrijwillig toe met een opname omdat zij wil weten wat er met haar aan de hand is.

Deze casus riep bij mij als Verpleegkundige Specialist in opleiding de vraag op hoe ik dit meisje en haar systeem hulpverlening kon bieden. Zoals het voor Marleen een zoektocht is naar de waarheid, ben ik gaan zoeken in de literatuur en stuitte ik op het ziektebeeld *Pseudologia Fantastica*.

Ik ben me in dit ziektebeeld gaan verdiepen en merkte dat ik de opgedane kennis graag wilde delen. In dit artikel wil ik stilstaan bij het ziektebeeld Pseudologia Fantastica. Wat houdt het in, wat is eraan te doen? Is het een leugen om bestwil? Wat gaat eraan vooraf? Wat beschrijft de literatuur tot op heden? Wat zijn de verpleegkundige diagnosen en interventies?

Ik zal ingaan op de verschillen tussen het ziektebeeld Pseudologia Fantastica, pathologisch liegen en liegen. Daarna worden de verpleegkundige diagnosen en interventies bij Pseudologia Fantastica in relatie tot de casuïstiek besproken. Ik sluit dit artikel af met een samenvatting en een literatuurlijst.

Pseudologia Fantastica

Pseudologia Fantastica is in 1891 door de Duitser Delbruck geïntroduceerd, een begrip dat grotendeels synoniem is aan pathologisch liegen en mythomanie (King en Ford 1988).

Pseudo komt uit het Grieks en heeft de vertaling vals, logos vertaalt zich naar spreken/ woorden als geheel kan je dan spreken over valse woorden. Het is een psychische ziekte waarbij eigen herinneringen een eigen leven leiden die niet meer overeenkomen met de waarheid. Voor de persoon zelf is het echter wel waarheid, deze persoon gelooft erin en zal eigen onwaarheden zodanig bevestigen en verdedigen. Degene die lijdt aan Pseudologia Fantastica kan in zijn verhaal geloofwaardig overkomen omdat het op een overtuigende wijze wordt verteld. Resultaat is dat het verhaal als waarheid wordt aangenomen, maar er zijn ook mensen die inzien dat het gelogen is of het verhaal in twijfel trekken. De verhalen zijn vaak eenvoudig te controleren soms ook niet.

Mensen die achter de waarheid komen zullen de patiënt die lijdt aan het ziektebeeld Pseudologia Fantastica dit bestempelen als iemand die glashard liegt. Dit geeft een negatief effect op de relatie of omgang met elkaar.

De patiënt is niet iemand die simpelweg de feiten verdraait. De patiënt probeert zichzelf ten opzichte van anderen een volledig nieuwe identiteit te scheppen. De patiënt heeft geen waan, maar omdat hij zo gelooft in zijn eigen verzinsels kunnen deze zo uitgebreid en complex worden dat hij er na verloop van tijd, zelf in gaat geloven. De patiënt raakt dan verstrikt in eigen verzinsels zodat ook voor hemzelf de grens tussen waarheid en leugens vervaagt. De pseudologische leugenaar zegt slechts dat wat voor hem de waarheid is en is van de waarheid van zijn mededelingen overtuigd.

Pathologisch liegen en liegen

De ziekte pathologisch liegen en pseudologia fantastica worden wel eens met elkaar verward. Pathologisch liegen is een psychische ziekte waarbij de drang gevoeld wordt om te liegen. De pathologische leugenaar weet dat hij liegt. Met dit gegeven kan worden verondersteld dat een pathologische leugenaar bewust leugens vertelt met voorbedachten rade. Vaak is het een vorm van aandacht trekken of om er bijvoorbeeld financieel beter van te worden. Op de volgende bladzijde treft u een checklist voor pathologische leugenaars. Let daarbij op dat dit kenmerken zijn waarmee men in het algemeen kan controleren of iemand een pathologische leugenaar is. Afwijkingen kunnen voorkomen.

Checklist ziektebeeld pathologisch liegen:

- Een ziekelijke neiging om te liegen
- Oppervlakkige charme
- Snel intredende verveling
- Sterke overtuigingskracht
- Uiterlijke schijn van oprechtheid
- Gedragsproblemen in de kinderjaren en jeugd
- Tegenstrijdige uitspraken
- Manipulatief gedrag
- Gebrek aan realistische langetermijnplanning
- Impulsief gedrag
- Geen medeleven / geen invoelingsvermogen
- Onverantwoordelijk gedrag

Bron: <http://www.gidsdwo.nl/ziektebeelden/zb-pseudologica.htm>

Liegen (jongeren versus volwassenen)

Bij kinderen wordt een onderscheid gemaakt tussen liegen en jokken. Jonge kinderen zijn nog niet in staat de waarheid bewust te verdraaien, omdat deze nog niet objectief naar de waarheid kunnen kijken. Tot zeven jaar hebben kinderen moeite met onderscheid te maken tussen fantasie en waarheid. Zij zijn zich vaak nog onvoldoende bewust van hun eigen aandeel in een gebeurtenis en hebben moeite om verbanden tussen gebeurtenissen te zien. Het interne geweten is nog niet voldoende ontwikkeld; zij voelen zich niet schuldig wanneer zij iets fout doen. Vanaf de leeftijd van zes tot zeven jaar beginnen kinderen een intern geweten te ontwikkelen. Liegen is hiermee in strijd. Het kind gaat 'liegen' om aan straf te ontkomen, om aan verwachtingen te voldoen, om aandacht te vragen en soms ook vanuit schaamte.

Het verschil tussen het liegen van kinderen en volwassenen is dat kinderen menen dat wat ze zeggen, terwijl volwassenen zichzelf vaak verloochend en gelogen hebben waardoor ze niet meer in staat zijn tot waarachtig voelen en denken, en alleen nog maar vervalste uitspraken doen om daarmee zichzelf staande te houden in de maatschappij.

Bij liegen is opzet in het spel. Opzet kan zijn dat iemand liegt om daar kwaad mee te doen; de leugenaar wil de ander benadelen. Liegen kan tot strafbare feiten leiden, bijvoorbeeld bij valsheid in geschrifte, smaad of meened. Door te liegen kan de leugenaar soms status of financieel voordeel krijgen. Het gezegde 'een leugentje om bestwil' kent iedereen wel, maar als je regelmatig over veel zaken liegt, kan dat leiden tot psychische problemen. Liegen kan ontstaan uit angst; voor afwijzing, voor het maken van fouten, het gevoel niet goed genoeg te zijn. Vaak staat men er zelf niet bij stil waarom men liegt. Liegen kan ook een overlevingsstrategie zijn doordat de volwassene bijvoorbeeld vroeger veel gestraft werd. Liegen kan veroorzaakt worden door een hersendisfunctie waarbij er een verzwakking is van de impulscontrole.

Verpleegkundige diagnoses en interventies bij Pseudologia Fantastica in relatie tot de casuïstiek

Als verpleegkundig specialist in opleiding werk ik in de praktijk op de afdeling. Op de gesloten crisisafdeling is het bieden van een veilige en rustige omgeving een belangrijk aspect. Als de basis stabiel is kan de hulpverlener samen met de patiënt en zijn systeem verder werken aan de problemen die er zijn. Deze casuïstiek is complex te noemen omdat de begeleiding niet alleen uitgaat naar Marleen maar ook naar haar ouders en het pleeggezin. De gegevens die het multidisciplinaire team heeft gekregen is niet gering te noemen en vraagt ons als hulpverlening extra zorgvuldigheid in de begeleiding en benadering.

De taak van het multidisciplinaire team is gericht op het stabiliseren en het kijken naar hoe je Marleen het beste helpt zodat zij en haar systeem weer 'in goede harmonie' verder kunnen. Dit betekent dat je, je als team richt op wat de oorzaken zijn maar vooral op hoe je Marleen en haar systeem bagage meegeeft zodat zij weerbaarder worden om met de problemen die zij ervaren om te gaan. De Verpleegkundig Specialist in opleiding bestudeert de casuïstiek, literatuur en raadpleegt collega's om tot een zo goed en volledig mogelijk zorgaanbod te komen. De verpleegkundig specialist coördineert en continueert de hulpverlening en draagt op overstijgend niveau informatie aan in het belang van kwalitatief goed hulpverlenerschap. De hulpverlener is kritisch en bewaakt het totale zorgproces.

Tijdens het multidisciplinair overleg is onderzocht of er voldoende informatie was voor het stellen van een 'voorlopige' diagnose waarop een beleid kon worden vastgesteld. Dit was lastig omdat we overspoeld werden door de hoeveelheid aan informatie. Als Verpleegkundig Specialist bracht ik het ziektebeeld Pseudologia Fantastica in omdat ik van mening was dat dit veel raakvlakken had met de situatie waarin Marleen zich bevond.

Pseudologia Fantastica wordt niet meer als diagnostisch criterium gebruikt in de DSM IV classificaties (Ford 1983).

De verpleegkundige diagnoses die we 'voorlopig' kunnen vaststellen zijn:

- Dissociatieve amnesie
- Dissociatieve fugue
- Depersonalisatiestoornis
- Genderidentiteitsstoornis
- Ouder - kind relatieprobleem
- Posttraumatische stresstoornis
- Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS)

Deze verpleegkundige diagnoses hebben veel raakvlakken met het ziektebeeld Pseudologia Fantastica. Bij sommigen roept de laatst genoemde diagnose: Dissociatieve identiteitsstoornis nu afgekort als DIS als nagebootste stoornis de associatie op met 'Pseudologia Fantastica' (zie Snyder, 1986). Het belangrijkste verschil tussen beide is dat de diagnose DIS als nagebootste stoornis het kopiëren van symptomen betreft. Verwarring tussen beide ontstaat wellicht als een patiënt verhalen over extreem misbruik verzint en een behandelaar daardoor aan de diagnose DIS gaat denken. De verhalen over extreem misbruik maken geen deel uit van de diagnose; deze wordt immers op grond van de symptoomconstellatie gesteld en niet op grond van een bepaalde voorgeschiedenis. Natuurlijk kunnen de diagnoses DIS als nagebootste stoornis en het ziektebeeld Pseudologia Fantastica gelijktijdig voorkomen. Systematische diagnostiek aan de hand van een gestructureerd klinisch diagnostisch interview, zoals de SCID-D, biedt in dat geval uitkomst (Boon en Draijer 1996).

Toe te passen interventies zijn:

- Het bieden van veiligheid - bescherming
- Counseling
- Samen doelen stellen
- Ondersteuning bij de besluitvorming
- Angstreductie
- Aanleren van coping- en sociale vaardigheden (grenzen stellen)
- Muziek- en ontspanningstherapie
- Psychotherapie (gericht op schuld, faalangst, rouw, verlies en omgaan met een traumatische gebeurtenis)
- Bevordering van de socialisatie
- Bezoekbeleid met ouders - gezinstherapie (observatie kind - ouder)
- Geestelijke ondersteuning
- Bevorderen van een normale leefsituatie

- Realiteitstoetsing
- Sociotherapie
- Anticiperende begeleiding
- Bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid en het zelfbesef

Verloop

In de eerste weken was het belangrijk om met Marleen aan de basis van rust en veiligheid te werken. De groepsleiding van de afdeling was voorzichtig in het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Afspraken werden in het team gemaakt over de benadering vooral als Marleen veel op haar eigen kamer verbleef, bezocht het team haar met twee personen. De reden om haar zo te benaderen was gericht op het bewaken van de zorgvuldigheid vanwege de uitspraken die Marleen deed over seksueel misbruik in het verleden. Het contact met het systeem (ouders en pleegouders) werd in de beginperiode vooral onder toezicht gedaan op de afdeling. In deze periode hebben we vooral rekening gehouden met de wensen van Marleen en zijn we in overleg met een voor haar rustige wijze en tempo het contact verder uit gaan bouwen. In de gesprekken die we met Marleen hadden, kregen we meer inzicht op de belevingswereld van Marleen. Hierin was opvallend dat zij iemand is die veel op zichzelf is en weinig tot geen behoefte aan sociale contacten heeft. Ze heeft behoefte aan structuur en veiligheid en geeft duidelijk aan wat haar draagvermogen is. Met deze structuur en veiligheid lukte het haar prima om de dagen op een voor haar accepterende wijze door te komen. Er deden zich in deze periode geen situaties voor waarbij de realiteit 'vertroebeld' werd. Het was goed mogelijk om met Marleen afspraken te maken omdat zij hier zorgvuldig mee omging. Marleen kreeg de mogelijkheid om met afspraken alleen van de afdeling te gaan. Marleen ging goed om met deze afspraken. Er was geen reden meer om Marleen op een gesloten opnameafdeling te laten verblijven.

Inmiddels zijn de negen weken van observatie voorbij. Marleen is overgeplaatst naar een open afdeling van de GGZ Regio Breda waar zij zelfstandigheidstraining krijgt. Wekelijks heeft zij psychotherapie waarin de verschillende onderwerpen met betrekking tot de gebeurtenissen uit het verleden besproken worden. De relatie met ouders is herstellende. Haar moeder heeft nog veel onbegrip en verdriet over de beschuldigingen die Marleen heeft gedaan. Ouders hebben contact met de gezinstherapeut over de stappen die gezet worden conform beleid daarnaast krijgen zij hulpverlening in de vorm van advisering bij de problemen die zij ervaren bij Marleen.

De literatuurstudie leverde veel informatie op over het ziektebeeld Pseudologia Fantastica die in de diagnose gerelateerd is aan een onderliggende persoonlijkheidsstoornis of voor kan komen na een traumatische gebeurtenis. 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). Hierdoor kan gesteld worden dat het al dan niet concluderen en benadrukken van de Pseudologia Fantastica en de zwerfzucht in de diagnose ook gerelateerd is aan de onderliggende persoonlijkheidsstoornis.

Vergelijkbaar is de discussie rond de inclusiecriteria van de studie naar het bestaan en de aard van een persoonlijkheidsstoornis bij Münchausen-patiënten. In 1951 verschijnt in de Lancet het beroemde artikel van Richard Asher: 'The Münchausensyndrome'. 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 terug: 'Like the famous Baron they have always traveled widely and their stories are both dramatic and un- truthful'.

Zwerfzucht en Pseudologia Fantastica zijn zijns inziens dus eveneens essentiële kenmerken van het syndroom. 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).

Het Münchhausen-syndroom

Het syndroom is genoemd naar de Baron von Münchhausen (1720-1797), een man die vele reizen maakte en bekend is geworden door zijn theatrale, fantastische en verzonnen verhalen.

Met het Münchhausen syndroom worden patiënten aangeduid, die zich (vaak terugkerend) in ziekenhuizen laten opnemen met voorgewende klachten of door heimelijke zelfverwonding verkregen symptomen .

Zolang hun bedrog in het ziekenhuis onopgemerkt blijft, lopen deze patiënten het risico zich aan pijnlijke en soms zelfs gevaarlijke diagnostische en therapeutische handelingen bloot te stellen. Zodra zij door artsen of verpleegkundigen als bedriegers zijn ontmaskerd, nemen deze patiënten (vaak verontwaardigd) de benen.

Spiro merkt op dat de term Münchhausen syndroom weliswaar kleurrijk is, maar allerminst het beschreven gedrag verduidelijkt. Hij pleitte voor de term factitious illness (nagebootste ziekte).

Als belangrijkste kenmerken van het Münchhausen syndroom :

1. De dramatische presentatie van een of meer lichamelijke klachten;
2. Pseudologia fantastica;
3. Zwerfgedrag: de trek van ziekenhuis naar ziekenhuis (vandaar dat deze patiënten ook wel bekend staan als "hospital hoboës");
4. Geen gewin of voordeel van het ziektegedrag.

Gewoonlijk is er in een geschiedenis van: emotionele, geestelijke verwaarlozing en/of seksueel misbruik in de vroege jeugd is vaak sprake van: identiteitsproblemen, heftige gevoelens, gebrekkige impulscontrole, korte psychotische episodes en instabiele relaties. Autoriteiten worden gewantrouwd, gemanipuleerd, geprovoceerd en uitgetest. Duidelijk aanwezig zijn dan schuldgevoelens, strafbehoefte en boetedoening.

Bron: de hulpjids voor de GGZ.

Samenvatting

Het ziektebeeld Pseudologia Fantastica heeft veel raakvlakken met het pathologisch liegen en het Münchhausen-syndroom. Opvallend was dat ik bij het bestuderen van de literatuur nauwelijks iets kon vinden over de verpleegkundige diagnoses en interventies.

De casuïstiek is aangepast maar komt redelijk overeen met de werkelijkheid. De aanpassing is gedaan omdat het een privacygevoelig onderwerp is en zorgvuldigheid naar de patiënt en systeem noodzakelijk is. De zoektocht naar dit ziektebeeld Pseudologia Fantastica heeft mij opgeleverd dat ik de in dit artikel beschreven kapstokken kreeg die ik multidisciplinair kon delen. Hierdoor werd het mogelijk Marleen beter te behandelen, begeleiden en te ondersteunen in haar hulpvragen. Stel dat het ziektebeeld pseudologica fantastica vaker voorkomt dat we vermoeden? Dan is erkenning van het ziektebeeld de eerste stap en het begeleiden en behandelen de volgende stappen. Dit artikel geeft een aanzet om het ziektebeeld te herkennen, erkennen en er naar te handelen.

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., Viergegge, P. en Jantschek, G. (1990), Further notes on Münchausen 's syndrome: a casereport 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.
- Boon, S. en Draaijer, N. (1995), *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Bureaueditie, Nederlandse vereniging voor Psychiatrie (2001), *Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Harcourt Book Publisher.
- Draaijer, N. en Boon, S. (1996), Knelpunten in de differentiële diagnostiek van de dissociatieve identiteitsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, no. 2..
- Ford, C.V. (1983), The somatizing disorders. *Elsevier Science publishing Co*, New York, 155-171.
- King, B.H., en Ford C.V. (1988), Pseudologia fantastica. *Acta Psyciatrica Scandinavia* 77, 1-6.
- Mayo, J.P. en Haggerty, J.J. (1984), Long-term psychotherapy of Münchausen syndrome. *American Journal of Psychotherapy* 38, 571-578.
- Moons, D. (1994), Het syndroom van Münchausen, de nagebootste stoornis en het verband met persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 36.
- ploeg, J. van der., (1998), Had me dat eerder verteld. *SWP*, Utrecht Hoofdstuk 9 103-106.
- Sussman, N. en Hyler, S.E. (1985), Factitious disorders. In Kaplan, H.I. en Saddock, B.J.. *Comprehensive textbook of psychiatry*, fourth edition. Williams en Wilkins, Baltimore/ Londen, 1242-1247.
- Vuchelen, S., Vanderlinden, J., Vandereycken, W. en Pieters G. (1996), Trauma en dissociatie bij borderline-persoonlijkheidsstoornissen, *Tijdschrift voor psychiatrie*, no. 2..

Internet bronnen

- oktober 2007 geraadpleegd: http://nl.wikipedia.org/wiki/Pseudologia_fantastica
- 8 oktober 2007 geraadpleegd: <http://skepticusnederland.fol.nl>
- 6 oktober 2007 geraadpleegd: <http://www.hulpgids.nl>
- 6 oktober 2007 geraadpleegd: <http://forum.trosradar.nl>
- 8 oktober 2007 geraadpleegd: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl>
- 8 oktober 2007 geraadpleegd: A.L. Querido, psychiater bij Hulpgids
- <http://www.gidsdwo.nl/ziektebeelden/zb-pseudologica.htm>. Checklist ziektebeeld pathologisch liegen, 9 december 2007.
- <http://www.opvoedadvies.nl/liegen> Vos, T. de, 10 oktober 2007. Jokken en Liegen.