

Voor wie ben je ziek?

Münchhausen by proxy bij leerlingen

Trudi Rijks

Onterechte thuiszitters

In mijn werk hebben wij regelmatig te maken met schooluitvallers die langdurig verzuimen. Soms komen ze, onder druk van leerplicht, af en toe even naar school, één of twee dagen, waarna ze weer voor weken wegblijven, vaak gelegitimeerd, want door ouders afgemeld: ze zijn ziek. En ziek is ziek, nietwaar? Dit is, administratief gezien, geoorloofd verzuim. Maar als dit verzuim weken duurt, vragen we ons toch af of ze werkelijk te ziek zijn om naar school te gaan.

Heel vaak is voor alle betrokkenen duidelijk dat ze lichamelijk niet ziek genoeg zijn om dit langdurige verzuim te rechtvaardigen. Ze hebben vage klachten: buikpijn, misselijk, hoofdpijn. Naarmate de school en leerplicht de druk opvoeren, komen ouders met meer bewijzen voor de ziekte van hun kind, ze lopen de huisartsenpraktijk plat, maar die kan vaak ook niets vinden, zodat er steeds uitgebreider en belastendere onderzoeken gedaan moeten worden naar de klacht. De huisarts is immers geschoold om een medisch verwoorde klacht medisch te onderzoeken?

Al deze kinderen staan in principe ingeschreven op een school, maar je hebt weinig last van ze: ze zijn er zelden. Je hebt je handen toch al vol aan de ernstige gedragsproblemen van een paar enkelingen die het onderwijsleerproces voor de meerderheid verstoren. Dus je doet ze af met een administratieve handeling en een melding aan Leerplicht. Dat deze kinderen lijden onder een vorm van verwaarlozing of mishandeling, is een idee dat je liever niet tot je door laat dringen, want je kunt er las leraar en mentor immers niets mee?

Voor wie ben je ziek?

Somatiseren

Over het somatiseren van psychische klachten is in de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw veel sociologisch onderzoek gedaan, en een van de resultaten was, dat hoe lager de sociaaleconomische klasse, des te meer de stress zich vertaalde in lichamelijke klachten. Een mogelijke verklaring hiervoor was, dat hooggeschoolden verbaal beter toegerust zijn om psychische pijn te verwoorden. Arbeiders gaan naar de dokter, hooggeschoolden gaan naar een psycholoog of therapeut, of beschikken over een taalapparaat waarmee men emoties genuanceerd kan verwoorden. Bovendien lijden hooggeschoolden geen statusverlies wanneer verdriet of rouw getoond worden, terwijl in een

cultuur van laaggeschoolden dit meestal ervaren wordt als niet sterk, halfzacht gedoe.¹

Maar hoe zit dat, dwars door deze culturele gelaagdheid heen, bij schoolgaande kinderen in de leeftijdsgroep van 12 tot 16 jaar?

Ook voor veel kinderen is het een snelle en lonende weg om bij angst en stress zijn toevlucht te zoeken in ziekte. 'Een beetje schoolziek,' een 'baaldag,' iedereen kent het wel. Soms is het een onschuldige manier om je te verzekeren van ouderlijke zorg en koestering, een verholde vorm van regressie: nog even de veiligheid en koestering ervaren die je ondervond in een eerdere ontwikkelingsfase. Het invoeren van het woord *baaldag* laat zien, dat onder opvoeders erkend wordt, dat de boog niet altijd gespannen kan zijn.

Moeilijker voor leraren en begeleiders wordt het, wanneer het kind steeds vaker en langduriger gaat verzuimen. Er worden van huis uit klachten gemeld als: slapeloosheid, angsten, persisterende darmklachten, hoofdpijn, plotseling bleek zien, en braken. Je gaat twijfelen, zo lang kan een kind toch niet ziek zijn? De richtlijn die de schoolarts ons gaf was: twee weken griep per jaar is normaal. Aan de andere kant: wij zijn geen artsen, en als je als leerkracht onverbloemd de klacht tegenover ouders in twijfel trekt, zet je de vertrouwensrelatie met hen op het spel. Het gezin zal zich vervolgd weten, en in een poging hun onmacht te verbergen kunnen zij hun toevlucht nemen tot verhard isolement, vlucht of aanval! Maar zover zal een professionele begeleider het niet laten komen. Wat dan wel?

Soms kun je in een enkel gesprek met een kind de bron van de spanning boven tafel krijgen. Soms ook niet. Ziek-zijn kan in de gezinscultuur de gewone habitus zijn die van generatie op generatie doorgegeven is. Als ouders en kind volharden in hun ziekteverklaring, kan de ziekte winst van deze kinderen liggen in de verborgen wens om er voor ouders te zijn: zij zijn loyaal door net zo te reageren als hun ouders, zij spiegelen hun gedrag, of zij zijn loyaal door zich beschikbaar te houden voor de niet passende zorgbehoefte van ouders, meestal de moeder. Door ziek te zijn geeft het kind aan zijn ouders.

¹ Interessant is in dit verband de relatie die René Kahn aanhaalt tussen dopamineproductie en sociale rangorde. In het onderzoek op Java-aapjes dat hij presenteert, blijkt dat de machtig geworden apen een actief dopaminesysteem ontwikkelen als gevolg van sociaal succes. De aapjes onderaan in de hiërarchie (de eenzamen en nederigen) hadden dat niet. Deze laaggeplaatste aapjes werden dus minder geprikkeld tot gemotiveerd gedrag, (via dopamine wordt de accumbens geprikkeld waardoor we gemotiveerd worden om iets te bereiken) en... de hoge dopamineproductie beschermde de hooggeplaatste apen tegen verslaving!

Contextueel kun je dit misschien vertalen naar het geven van erkenning van onrecht. Erkenning kan werken als opheffer van sociale verschillen, immers, in de dialoog treedt men elkaar als gelijkwaardigen tegemoet. Een spannende hypothese zou zijn, dat het dopaminegehalte in de hersenen bij beide personen in een dialoog stijgt, dus dat je via hersenscans zou kunnen aantonen dat de contextuele benadering werkt. (Als je dat al zou willen). Los daarvan: je wéét uit ervaring dat een dialoog een gevoelsstroom op gang brengt die verlossend werkt.

Vanwege hun ontwikkelingsfase (en soms pathologische gezinsgeschiedenis) zijn kinderen niet in staat om hun belasting onder woorden te brengen. Zij moeten zich verlaten op de definitie van hun situatie door hun ouders, en het zijn ook de ouders die deze definitie naar buiten als waarheid presenteren.

Een jong kind heeft onvoldoende zelfafbakening om weerstand te bieden aan de niet passende ouderlijke behoeften. Maar een kind van twaalf heeft vaak al een hele geschiedenis van destructieve parentificatie achter de rug. Zelfafbakening is dan in het geheel niet tot stand gekomen, en het kind reageert nog steeds als baby, peuter of kleuter: in symbiose met moeder. Deze kinderen hebben een diep beschadigde persoonlijkheid. Waar eindigt psychisch leed en waar begint lichamelijk lijden? Mijn hypothese is, dat de grens tussen lichamelijk en geestelijk lijden bij kinderen diffuser wordt naarmate de (verborgen) druk door oningevulde ouderlijke behoeften groter en langduriger is, en vooral: hoe eerder deze begon.

Stabiel isolement

Laten we eens kijken naar Frank, 13 jaar, sinds de eerste weken in de brugklas niet meer naar school geweest. Bij het huisbezoek valt op, dat ouders ook ziekelijk zijn.

De ouders zijn ziek, en uit loyaliteit aan zijn ouders is Frank ook ziek. Samen ziek zijn levert veiligheid op, binding, en versterkt het gevoel dat de boze buitenwereld een plek is die je moet mijden. Van buiten komen kortaangebonden brieven van de schooladministratie, van buiten komen lastige leerplichtambtenaren met dreigende boetes, van buiten komen mentoren die argwanend vragen wanneer Frank nu weer eens op school komt. Buiten is de plek waar het onrecht vandaan komt! En wat dit gezin geleerd heeft is één toverspreuk, een zinnetje dat zijn effect over de generaties heen heeft bewezen, en waarmee je die hele dreiging in een klap neutraliseert: "Frank is ziek, hij kan echt niet naar school komen."

Wanneer je als mentor openlijk uiting geeft aan je twijfel, dan heb je strijd met het gezinssysteem, een strijd die jij als leraar of hulpverlener niet zult winnen. De regel die leraren en hulpverleners met ballpoint 's ochtends op hun hand zouden moeten schrijven: *in een conflict met ouders is het grootste slachtoffer altijd het kind.*

Wat betekent dit onterecht thuiszitten contextueel? Deze kinderen zijn slachtoffer van een of andere vorm van destructieve parentificatie. Dat wil zeggen: de behoeften van de ouders worden door het kind vervuld, op een niet passende manier.

Een speciaal fenomeen in deze groep ontorechte thuiszitters zien we, wanneer het kind voldoet aan de onuitgesproken behoefte van ouder(s) om het kind te kunnen blijven verzorgen. Dit noemen we *destructieve passieve parentificatie* (Tussen thuis en school, blz 57) Het kind blijft klein, hulpbehoevend, gedraagt zich te jong voor zijn of haar leeftijd, of... is chronisch ziek. De ouder, vaak de moeder, die de zingeving van haar leven

(zelfvalidering) heeft gekoppeld aan het verzorgen van afhankelijke anderen, en die daar status en een grote paniekerige macht aan ontleent, zal deze positie moeilijk afstaan ten gunste van een zich ontwikkelend en volwassen wordend kind. Bovendien is er meestal sprake van een *intergenerationeel verschijnsel* (Tussen thuis en school 54): misschien is deze moeder in haar kindertijd zelf ook zo behandeld, en weet zij eenvoudig niet beter, en is zij in haar handelen bovendien loyaal aan haar eigen ouders. Zij heeft zelf nooit volwassen mogen worden, niet geleerd te vertrouwen op haar eigen kracht. Deze moeder heeft hoe dan ook een openstaande rekening, tengevolge van een onrecht haar aangedaan. En deze openstaande rekening zal zij presenteren aan de meest afhankelijke: haar kind

De zorgzame moeder en de perfecte moeder (MBP)

Een speciale groep van ouders van lichamelijk of psychisch zieke kinderen onderhoudt wél contact met school. En hoe! Dit zijn de ouders die veel aandacht van leerkrachten vragen, je regelmatig bellen om je op de hoogte houden van de ziektegeschiedenis en het ziekteverloop van het kind. Ze hebben dossiers van het kind die soms dateren vanaf de geboorte. Ongevraagd brengen ze rapportage uit. Soms overladen ze je met dikke pakken uitdraaien van websites over deze ziekte of deze psychische afwijking of deze persoonlijkheidsstoornis van hun kind. Ze staan aan jouw kant, ook zij zitten met de handen in het haar, ze willen, naar het schijnt, niets liever dan hun zorg om het kind met jou, als deskundige, delen. Ideale ouders, vergeleken met de noncommunicatieve, vluchtende ouders uit de hierboven beschreven groep. Alleen...

Tja, alleen wat? Soms bekruipt je een gevoel van: er klopt iets niet, maar je weet niet wat. Het kan zijn dat het kind, eenmaal met veel moeite (b.v. door de andere ouder op school afgeleverd), helemaal niet zo ziek blijkt als je verwacht had. Het kind knapt op tijdens het tweede of derde uur. En soms, als je jezelf een kritische blik gunt, blijkt de ziekte of gedragsstoornis waarmee dit kind gediagnosticeerd is, binnen de sociale context van de school nogal mee te vallen.

Maar ze zijn overtuigend, deze moeders. Goed gebekt. Goed op de hoogte. En jij, als mentor, wilt, heel professioneel, met ze meedenken. Je erkent, heel contextueel, hun zorg om het kind. Je knikt mee, je frons met, 'Ik merk hoe moeilijk u het heeft, als ouder met zo'n ziek of moeilijk kind...' Achtelooos strooi je, onnadrukkelijk, met het predikaat: goede moeder. Je zet je eigen ouderschap in, je deelt hun zorg. Maar wat je ook doet: er komt maar geen dialoog tot stand. In plaats van een voorzichtig, tastend vertrouwen, komt er elegant verpakte argwaan van de overkant:

'Ik vertrouw hélemaal op jullie deskundigheid...' Of: 'Ik heb veel bewondering voor wat jullie hier doen! Het is toch zo fijn dat mijn dochter hier bij jullie op school mag zijn! Ik ben benieuwd wat verder onderzoek door het UMC zal opleveren.'

Je knikt en gooit een visje uit. 'Het zal wel een hele opluchting voor u zijn om te horen dat het steeds beter met uw dochter gaat.' 'Nou, het is

fantastisch wat jullie hier bereikt hebben.' Ze glimlacht stralend, ze knikt, ze heeft genoten van het gesprek, zoveel is duidelijk. Maar het onbehaaglijke gevoel dat er iets niet klopt, blijft doorsudderen. Er was geen ontspanning zichtbaar op haar gezicht. Haar ogen bleven opengesperd staan, de blik alert en hongerig. Er was geen dialoog, denk je achteraf.

MBP

Sinds 1976 is er in de literatuur een speciale vorm van kindermishandeling omschreven, Münchhausen by proxy (MBP). Het is een gefingeerde of opgewekte ziekte, die bij volmacht door een ander wordt gedragen, meestal het kind. Heeft een patient met een gefingeerde ziekte zelf de ziekte winst van aandacht en afgedwongen verzorging, bij een volmachtszieke gaat die aandacht uit naar de ouder of verzorger van dat kind. De dader, meestal de moeder, brengt het kind schade toe door het b.v. medicijnen toe te dienen, te beschadigen, botbreuken en kneuzingen toe te brengen, groeihormonen in te spuiten, het kind veelvuldig te laten opereren om niets, stoffen in ogen te druppelen, te verstikken met kussens, etc. Uit deze opsomming wordt de gruwelijkheid van het syndroom duidelijk, en daarmee de meteen de onvoorstelbaarheid voor anderen in de omgeving van het kind, wat de mishandeling onnodig lang in stand houdt. Met andere woorden: de waarheid is zo gruwelijk dat je hem als leerlingbegeleider liever niet tot je door wilt laten dringen. Toch is het belangrijk dat juist leerlingbegeleiders en leerplichtambtenaren zich hiermee bezighouden: veelvuldig schoolverzuim kan een indicatie zijn. In mijn praktijk op TOV heb ik in de loop der jaren een paar gevallen meegemaakt die, soms achteraf, gediagnosticeerd zouden kunnen worden als MBP slachtoffers. Veel van deze gevallen zullen we op de middelbare school niet aantreffen, de meeste kinderen zijn tussen de 0 en 8 jaar, zodra de kinderen gaan praten, lopen ze minder risico, en zoekt de dader meestal een ander, jonger slachtoffer. Toch is het voor leerlingbegeleiders in het voortgezet onderwijs en leerplichtambtenaren de moeite waard om alert te zijn op de symptomen die zich in het onderwijs openbaren, zeker als er in het gezin geen jongere kinderen meer voorhanden zijn. Als de moeder maar één kind heeft, dan kan zij immers geen jonger slachtoffer zoeken in de kinderrij.

Hoe herken je, behalve aan het nadrukkelijk aandachtvragende gedrag van de moeder, Münchhausen by proxy?

- Sommige kinderen lijken altijd wat te mankeren. Lichamelijke, maar ook geestelijke ziektes.
- Een kind heeft (medische) problemen die niet overgaan door een reguliere behandeling.
- De (medische) problemen volgen een ongewoon patroon dat telkens terugkomt. Dit patroon kan niet uitgelegd worden.
- Vaak gaat het in eerste instantie om verschijnselen die niet wetenschappelijk kunnen worden bewezen. De waarden van lichamelijke of laboratorium uitslagen zijn meestal erg ongebruikelijk. Ze kloppen niet met de voorgeschiedenis. Vaak zijn ze lichamelijk of klinisch onmogelijk.

- Een ziektehistorie die zelf ook ongebruikelijk is en vragen oproept.

Hoe herken je een kind dat mogelijk een MBP ouder heeft?

- Apathie, teruggetrokken gedrag, in een fantasiewereld levend
- Erg zenuwachtig, gespannen/angstig gedrag
- Kinderlijk gedrag
- Snel straf verwachten
- Opvallend veel aandacht vragen
- Gering gevoel van eigenwaarde
- Slechte verzorging wat betreft kleding, hygiëne en eten
- Ontwikkelingsachterstand
- Buikpijnklachten, vermoeidheid, lusteloosheid
- Niet leeftijdsadequate kennis van of omgang met seksualiteit
- Houterige manier van bewegen (benen, bekken 'op slot')
- Agressief gedrag
- Onverklaarbare blauwe plekken en kneuzingen
- Vaak verhuizen

Bij de gevallen die ik heb meegemaakt gedroegen de moeders zich te jong voor hun leeftijd en stelden zij zich nadrukkelijk en op een aanstelligere wijze op als 'vriendin' van hun dochter. Je kon ze soms door het hele gebouw heen horen. Zij leefden met z'n tweetjes. Deze moeders hebben er belang bij hun kind te isoleren van normale sociale contacten die de waarheid aan het licht zouden kunnen brengen.

Naarmate het (enige) kind ouder wordt, zal de aard van het probleem complexer worden, omdat hier soms de impliciete medewerking van het kind nodig is om de schijnziekte op te houden. Mijn contextuele hypothese is, dat hier sprake is van een destructieve passieve parentificatie, waarbij het kind aan de moeder geeft door zichzelf ziek te maken of ziek te blijven. Dit kan zich door de jaren heen ontwikkeld hebben in een intense symbiotische relatie. Omdat het kind zelf nu ook klachten kan uiten dan wel produceert, wordt de diagnose MBP diffuser. Maar ook hier gaat het, met medewerking van het kind, om een pathologische aandachtsbehoefte bij de moeder.

Niet te verwarren: wat we op middelbare schoolleeftijd de laatste tijd veel meer zien dan MBP-gevallen, is kinderen die door hun ouders ten onrechte als psychisch ziek worden aangemeld, om de ouderlijke onmacht over een falende opvoeding te maskeren.

Dit komt in de richting van MBP, maar is een nuance anders, omdat ouders hiermee niet luidruchtig en nadrukkelijk om erkenning zoeken voor hun vermeende perfecte ouderschap, maar veel meer onbewust hun onmacht willen verdoezelen over het mislukken van dat ouderschap en daarom het kind in de zondebokrol hebben gemanoevreerd. Deze ouders triomferen niet, maar presenteren zich als pechvogels, soms als slachtoffers van hun kind en koesteren hun narcisme. Deze kinderen zijn de '*identified patients*'

van een pathologisch systeem, waarbij iedereen in het systeem het eens is over de diagnose, omdat men er belang bij heeft de homeostase in stand te houden.²

Wat betekent MBP contextueel?

Er is een belangrijke nieuwe website gestart door Roos Boum, zelf slachtoffer en schrijfster van een in maart 2006 te verschijnen autobiografische roman. Ze levert een rijke bron aan getuigenissen. Ik heb hier citaten van slachtoffers uit opgenomen, en delen gecursiveerd die direct verwijzen naar de vierde dimensie.

'Net als de andere MBP-moeders weet mijn moeder volgens mij ook donders goed dat ze liegt, maar ze ontkent dat omdat het voor haar van levensbelang is om te kunnen vasthouden aan haar toneelstuk, waarmee ze aandacht van de medische wereld weet te krijgen. Mijn moeder is daar verslaafd aan. Waarom? Ik weet het niet. Veel MBP-moeders hebben een jeugd achter zich, waarin ze zich achtergesteld hebben gevoeld bij broertjes en zusjes. Waarin ze misbruik en verwaarlozing hebben gekend. Vaak was een hulpverlener de eerste door wie ze zich gerespecteerd voelden. Een autoriteit, iemand met status, als die op voet van gelijkheid met je omgaat, naar je luistert en je serieus neemt, dan streeft dat het verlangen naar erkenning, naar aandacht. Na die eerste positieve ervaring, valt het kwartje dat ze bij medici positieve aandacht krijgen, en doen ze alles om die te blijven krijgen. Nu kun je allerlei ziektes bedenken en daarmee naar de dokter te gaan. Maar dan ben je zelf patiënte. Dat heeft niet zoveel status als de rol van bezorgde moeder...'

Merk op dat het verlangen naar erkenning letterlijk genoemd wordt. Alleen is de erkenning hier niet tot stand gekomen in de gelijkwaardigheid van de dialoog, maar, heel kenmerkend, door iemand met status. Daarmee is geen erkenning in contextuele zin gegeven, maar is juist het onrecht, na het verslavende van de aandacht, weer benadrukt. Niet dat artsen of mensen met status geen erkenning in de 4^e dimensie kunnen geven, integendeel. Maar de projectieve identificatie bij deze moeders tegenover de artsen zal sterk zijn: zij zullen dominante aandacht verwachten en ertoe neigen de mogelijkheden tot dialoog te misvormen. Een arts die zijn patiënt rechtstreeks weet aan te spreken kan hier mogelijk aan ontkomen.

'Een andere overeenkomst tussen mijn verhaal en dat van anderen is dat onze moeders ons niet alleen ziek maakten of ziektes aanpraatten, maar ons zoveel mogelijk probeerden te domineren, te controleren en afhankelijk te houden. Ik bleek niet de enige te zijn die bijvoorbeeld kinderachtige rokjes moest dragen. Ik had er een hekel aan om met mijn moeder te gaan winkelen, want we kwamen altijd met dingen uit de winkel die ik afschuwelijk vond. Pas op mijn veertiende kreeg ik een bh van haar, terwijl ik daar al lang aan toe was. Ze wilde niet dat ik volwassen werd. Ze

² Soms met uitzondering van het kind zelf. Als de begeleider meerzijdig partijdig werkt, kan het kind genoeg vertrouwen hebben opgebouwd om deloyaal te zijn aan het systeem en daar, met zeer veel pijn, zijn eigen definitie van de situatie tegenover te stellen.

wilde niet dat ik me van haar losmaakte. Ze wilde macht over mij blijven houden. Het lijkt daarbij of die moeders hun kind niets gunden. Terwijl mijn moeder zich goed kleedde, moest ik niet alleen kleine meisjesjurken dragen, maar ook afzichtelijke schoenen en stomme jassen. Ze wist dat ik er niet uitzag, en dat wilde ze ook. Was dat sadisme? Jaloezie? Ook van andere slachtoffers hoor ik dat hun moeders hun zoveel mogelijk pleziertjes probeerden af te pakken. Genieten mocht niet. Ik kan me niet herinneren dat ik ooit leuke dingen heb gedaan met mijn moeder. Ik weet wel dat ik nooit Mens-erger-je-niet met haar wilde spelen omdat ik bang was om van haar te winnen. Ik voelde aan dat verliezen iets heel ergs voor haar was. Soms mocht ik haar helpen in de keuken. Dan gingen we 'gezellig' koekjes bakken. Het enige dat ik mocht doen, was een paar keer de deegroller heen en weer bewegen. Als mijn moeder dan de koekjes die wij zogenaamd samen gebakken hadden trots aan

In dit citaat wordt duidelijk dat er sprake is van destructieve kindparentificatie: de noden van de moeder worden door het kind ingevuld. En merk op hoe het kind aan de moeder heeft gegeven door geen Mens-erger-je-niet met haar te spelen, uit angst dat de moeder zou verliezen. Het kind heeft actief de moeder beschermd, ze zegt het letterlijk: 'Ik voelde aan dat verliezen iets heel ergs voor haar was.' Voor een begeleider een mooi aanknopingspunt voor interventie door hier het geven van het kind te erkennen.

Mijn moeder heeft me verteld dat ze me haatte vanaf het moment dat de verpleegster mij in haar armen legde. Ze had een moeilijke bevalling gehad en wilde me niet zien. Ik had haar zoveel pijn gedaan. Als ik nu de bevallingsverhalen van andere vrouwen hoor, dan denk ik dat het heus wel meegevallen is.'

De moeder zegt tegen het kind dat ze het haat, het kind dat haar zoveel pijn had gedaan. En het kind, later, beseft heel goed, dat het niet de fysieke pijn geweest kan zijn die de de gerapporteerde haat heeft veroorzaakt. Onmiddellijk na de bevalling moet de moeder geweten hebben dat zij niet in staat was om zich zorgend over het kind te ontfermen, en haar gevoel van tekortschieten, van schuld-bij-voorbaat, zal zich vertaald hebben in haat jegens haar kind. En wat ontnemt het kind deze moeder? Zij, die in haar jeugd zelf zoveel tekort is gekomen, haar relationele rekening staat volop open. Misschien heeft haar zwangerschap haar wel de hoop gegeven op losmaking van de pijnlijke band met haar ouders, misschien heeft even de hoop gegloord van eigen grond, een nieuw begin. Nu zou zij zelf eindelijk aan de beurt zijn om vertrouwen te innen, maar de pijn van de bevalling heeft haar ingepeperd dat de volgende generatie geen troost biedt maar opnieuw van haar zal eisen. En dat, terwijl verbindingen haar tot nog toe alleen maar beschadigd hebben. De geboorte van dit kind heeft het haar aangedane onrecht vermenigvuldigd. Zij weet zich nu ingeklemd tussen twee generaties die haar leeg zuigen. Uit zelfbescherming keert zij zich van het kind af.

'Een andere lotgenote kreeg van haar moeder te horen dat ze als baby herhaaldelijk 's nachts tegen een uur of drie begon te huilen. Laat maar

huilen, had de huisarts gezegd. Dan leert ze dat wel af. Haar moeder deed dat en dat hielp. Maar wat haar kippenvel bezorgde was het gezicht van haar moeder als ze dat verhaal vertelde. Daar lag een uitdrukking op die duidelijk maakte dat ze ervan genoten had om haar baby te laten huilen.'

De moeder, in haar destructief gerechtigde aanspraak, vindt troost en verbinding in het leed van haar kind. Deze verbinding: samen lijden, is het enige dat deze moeder haar dochter kan geven.

'Het geen medelijden hebben met je kind, er plezier in hebben als het lijdt, dat moet wel een gemeenschappelijk kenmerk van MBP-moeders zijn. Hoe kun je je kind anders pijn bezorgen, hoe kun je het anders talloze vervelende medische tests laten ondergaan? Normaal bloedt je hart toch als je kind huilt en pijn heeft. Dan wil je niks anders dan het op schoot nemen, troosten en beschermen. Maar dat gevoel kennen deze moeders niet. Ik kan me niet herinneren ooit bij mijn moeder op schoot gezeten te hebben. Mijn tante vertelde me dat als ik bij haar logeerde, ik altijd 'hondje' speelde. Dan liep ik door het huis en kroop bij haar op schoot, kwispelend met mijn staart. Ze moest me dan achter mijn oortjes kroelen en over mijn rug aaien. Bij haar zocht ik de warmte die ik thuis tekort kwam. Een lotgenote vertelde me dat zij die zocht bij buurvrouwen. Maar naar de buitenwereld toe speelden onze moeders de warme, bezorgde vrouw. De moeder die met de thee klaarstond.'

Wat een wonder dat dit kind ondanks alles weet hoe een normale moeder-kind verhouding moet voelen. Uit dit citaat komt zo mooi naar voren hoe groot en helend de rol van hulpbronnen buiten het gezin kunnen zijn.

Aanbevelingen voor de schoolpraktijk

De leerlingbegeleider als hulpbron voor het kind als je MBP vermoedt.

Uit de zeer schrijnende verhalen van MBP-slachtoffers komt regelmatig naar voren hoe betekenisvolle anderen zich om deze kinderen bekommerd hebben, en vaak als hulpbron hebben gefungeerd. Dit is wat je als leraar, mentor, leerlingbegeleider, schooladministratrice of conciërge kunt betekenen. Hoe vaak zal het kind in het citaat hierboven bij haar tante hondje hebben gespeeld? Drie keer, misschien vier keer? Maar het is van blijvende betekenis gebleken.

Daarnaast denk ik dat je bij een vermoeden altijd het AMK moet inschakelen. Dit is geen eenvoudige stap, want daarmee moet je eerst aan jezelf en je collega's toegeven dat je zo iets gruwelijks vermoedt. Reken erop dat er in het team veel ontkend en gebagatelliseerd zal worden. Zeker in teamverband kunnen daar vreemde, door angst ingegeven groepsgewijze vermijdingsmechanismen optreden.

De moeilijkste opgave in je contact met kind en moeder is meerzijdig partijdig te blijven. Dus zonder je te laten vangen in het neurotische visnet dat over je heen gegooid wordt.

Zo snel mogelijk samen met het kind een genogram maken is een wondermiddel. Het vertellen over, en het tekenen van de

intergenerationele dimensie, is een *onmiddellijke* daad van zelfafbakening voor het kind. Doe het voor, leg het uit en laat het kind zelf tekenen. Bedenk dat dit tekenen op zich: pen, papier, bewegen in de ruimte, ervaren van spierkracht en weerstand, in essentie een scheppende, constructieve daad is. Het tekenen van een genogram is de transformatie van een troebel noodlot naar hanteerbare materie. Daarnaast is het een prachtig middel om in een volgend gesprek met moeder, en misschien nu ook met vader of andere hulpbronnen in de familie, op door te gaan.

De leerlingbegeleider als hulpbron voor ouders

Maak het onrecht niet groter

Vergeet nooit, dat veel ouders zich *terecht* zorgen maken om de gezondheid van het kind. Veel ouders hebben al een slopend traject van beschuldiging en vernedering moeten ondergaan bij niet meerzijdig partijdig werkende hulpverleners van Bureau Jeugdzorg, Raadsonderzoekers, leraren, psychiaters, en hun vertrouwen in professionals is soms tot onder nulpunt gedaald. Helaas zie je bij veel van deze professionals dat ze zich van helper tot vervolger hebben ontwikkeld.

Het leed van deze ouders met een in aanleg afwijkend, maar niet goed gediagnosticeerd kind (b.v. autisme, NLD, AD(H)D, ziekmakende allergieën en stofwisselingsziekten) is vaak tenhemelschreiend, en de schuld die de samenleving bij monde van falende professionele hulpverlening aan deze ouders impliciet oplegt, is die waar ouders het meest kwetsbaar in zijn: de schuld van falend ouderschap.

Ook voor deze gezinnen ligt de valkuil open om het contact met de wereld af te snijden enerzijds, en te pogen anderzijds om toch een band met die wereld aan te gaan door middel van een onechte, neurotische contactname. Dit maakt het zo ingewikkeld. Wij zijn allemaal gewend te denken in termen van diagnostiek: "is er iets echt aan de hand of is het psychisch," maar dit is een verkeerde vraagstelling. Ongeacht de bron van het probleem moet de eerste instap van professionals zijn: erkennen van het onrecht dat dit gezin is aangedaan, hetzij toevallend onrecht door ziekte of afwijking, hetzij toedelend onrecht door intergenerationele schuld.

Als je MBP vermoedt

Wat moet je doen als leerlingbegeleider als je vermoedt dat er sprake is van MBP?

De meeste literatuur komt vanuit de medische hoek, en daarin valt vaak het woord: onbehandelbaar. Er wordt gewag gemaakt van moeders met problemen zelf in de jeugd. Het standaardprotocol bij grote gezinsproblemen is dat je ouders verwijst naar Bureau Jeugdzorg. Maar deze ouders zullen niet snel naar Jeugdzorg gaan, want zij klampen zich vast aan de gefingeerde lichamelijke ziekte van het kind! Dat is hun definitie van het probleem immers.³ Dan moet je melden bij schoolarts en/of AMK. Bij

³ Als zij een beroep doen op jeugdzorg, dan is het vanwege een gefingeerde psychische of psychiatrische aandoening. Dit is mogelijk een nog complexer traject, omdat hier een

aangetoonde mishandeling zal na een langdurig traject een OTS uitgesproken kunnen worden, gevolgd door eventueel uithuisplaatsing. Ook bij een OTS zal dit gezin moeilijk te begeleiden zijn: iedereen zal immers stuiten op de onechte, neurotische hulpvraag. Voor je het weet laat de hulpverlener zich verleiden tot de strijd van leugens versus ontmaskering, en wordt de dunne scheidslijn tussen hulp en vervolging overschreden. Als het heel makkelijk zou zijn om deze kinderen aan de ouderlijke macht te onttrekken, dan zou dat wel vaker gebeuren, maar deze moeders zijn over het algemeen zeer goed geïnformeerd - kenmerkend, vanuit hun obsessie - en kennen alle mazen van de wet.

De unieke mogelijkheden van het onderwijsveld

Het onderwijsveld zelf, de school als institutie, biedt kansen die andere hulpverleners niet krijgen. Hier worden leraren namelijk niet direct door de moeder in dezelfde neurotiserende rol gedrukt zoals ze dat bij artsen doet; op zijn best is hier voor haar een bij-effect te halen. School valt immers buiten het medische circuit! De grote kans voor leraren is, om deze ouders aan te spreken als opvoeders-onder-elkaar, een wij-positie waarmee deze moeders meteen in hun ouderrol gezet worden, iets wat een medicus of hulpverlener niet snel zal lukken, omdat daar de relatiedefinitie anders is!⁴ Dus hoewel je bij vermoedens van MBP zonder meer het AMK moet bellen, besef wel dat jij als leraar misschien wel meer kunt bereiken dan welke officiële hulpverlener ook. Wees niet bang om 'buiten je boekje' te gaan. Je hebt van ouders het mandaat van gedelegeerde opvoeder gekregen, daaraan kun je refereren in je gesprekken. Jij hoeft je niet te laten verleiden tot haar spel om de aandacht via ziekte, jij kunt, met het genogram voor je op tafel, vragen stellen naar de verborgen bronnen van vertrouwen in het ouderschap, en samen met haar zoeken naar haar verborgen kracht als mens en als opvoeder. Valkuil voor typische 'redders' in het onderwijs is projectieve identificatie. Als je zelf afwijzende ouders hebt gehad en jouw geven niet gezien is, bedenk dan: je kunt het ook voor deze ouders nooit goed genoeg doen, wat je ook doet. Ze verlangen namelijk naar iets anders dan waarnaar ze vragen, en van iets dat je niet echt nodig hebt, kun je nooit genoeg krijgen.

Verkenning van mogelijke contextuele interventies door leerlingbegeleiders

1. Maak contact met de *persoon* van de moeder en houd het contact open! Geef moeder onmiddellijk bij binnenkomst erkenning voor haar komst naar school, en benoem daarbij het ouderschap.

diagnose minder 'hard' is dan bij b.v. laboratoriumonderzoek, en men veel gebruik maakt van zelfrapportagelijsten. Kenmerkend is ook hier: de dwingende manier waarop de moeder de aandacht naar zichzelf toeleidt.

⁴ Binnen het managementdenken op scholen wordt helaas steeds meer deze rol van leraar als medeopvoeder als ongewenst (Niet meetbaar te maken in geld of uren? Te oncontroleerbaar, dus eng?) afgekapt en uitbesteed aan 'in te huren deskundigen van buiten.' Een gemiste kans en kapitaalvernietiging.

2. Erken de zwaarte van het probleem. Het maakt niet uit of dat probleem in jouw ogen denkbeeldig is: de moeder lijdt. Probeer in de dialoog te luisteren naar de verborgen bron van het onrecht. Bij voorbeeld: 'Ik hoor dat u zich als moeder ernstig zorgen maakt om uw kind. Hoe was dat vroeger bij u, toen u kind was?' Waarschijnlijk zul je schrikken van het antwoord. Wees er alert op dat je dan als hulpverlener niet om de hete brij gaat heendraaien, omdat waarschijnlijk ook deze moeder ernstig verwaarloosd en/of misbruikt is. Zodra moeder hierover kan praten zonder deloyaal te hoeven zijn naar haar eigen ouders, kan de dialoog ontstaan.
3. Benoem de verdienste. Bedenk dat, hoe geperverteerd ook, het quasi-zorgen van deze moeder ergens een authentieke bron moet hebben. Verken met de moeder het thema 'zorg,' want dat is waar zij, voor de goede verstaander, in principe ook om vraagt.
4. Zoek naar hulpbronnen. Resten van vertrouwen. Dat zal niet meevallen, want het onrecht dat deze vrouwen is aangedaan moet zeer groot zijn. 'Waarin vindt u uw ouders goede ouders? Wat wilt u van uw ouders doorgeven aan uw kind? Door deze vragen alleen al te stellen bied je jezelf aan als hulpbron.
5. Rechtstreeks aanspreken. Zou het mogelijk zijn de onwaarachtigheid in de communicatie tussen moeder en hulpverlener op enig moment te doorbreken door rechtstreeks aanspreken? Ik vermoed dat het kan, mits er eerst zorgvuldig gewerkt is aan een funderend wederzijds vertrouwen. Je zou op enig moment kunnen opmerken dat je ziet, hoort of merkt hoe gespannen moeder is. Dat je onder de lach en het stralende uiterlijk iets gekwetsts voelt.

4. Discussie

Ik heb, als meerzijdig partijdig werkend leerlingbegeleider, bezwaren tegen de terminologie die ik in de literatuur tegenkom. Deskundigen als kinderpsychiaters en kinderpsychologen bezigen woorden als: leugens, ontmaskeren, verslaving, criminele daad, oninvoelbaar, afwijkend, bedrog. (Van Berckelaar-Onnes, 2002) De titels van de literatuur spreken ook vaak boekdelen: 'From Lying to Homicide: The Spectrum of Münchhausen syndrome by proxy.'

Natuurlijk roept de mishandelende moeder weerstand op, het zou pas erg zijn als het dat niet deed! Natuurlijk is het frustrerend dat je met een onbetrouwbare, manipulerende en verslaafde partner te maken krijgt. Jouw vertrouwen wordt daarmee namelijk a priori beschaamd. Maar er ligt een grote winstkans in het beantwoorden van de 'schreeuw om hulp' die achter die valsheid ligt. Hoe erg moet het leed van deze moeders wel niet zijn, dat zij er deze uitdrukking voor hebben gekozen! Het paradoxale is, dat door in te gaan op het inhoudelijke aspect van de leugens, door ze te bevestigen of te ontkennen (of juist te negeren, wat minstens zo erg is,) je daarmee de moeder bevestigt/bestendigt in haar pathologie, waarmee je je misschien wel medeplichtig maakt aan de mishandeling.

Dat er met de contextuele benadering een eind kan komen aan de handelingsonmacht bij traditionele hulpverlening en in de medische wereld lijkt mij duidelijk. Hoe meer contextueel toegerust men wordt, hoe minder boos en wraakzuchtig de beschrijvingen van MBP zullen kunnen worden.

Trudi Rijks, april 2006

Trudi Rijks is gecertificeerd contextueel leerlingbegeleider en werkzaam als ambulante begeleider op de Donnerschool in De Glind.

Literatuur:

Berckelaer-Onnes, I.A. van: De perfecte moeder ontmaskerd, in: Tijdschrift voor orthopedagogiek, 41 (2002) 501-514

Een heel nieuwe, allesomvattende link voor Nederlandse slachtoffers en hulpverleners van Roos Boum, zelf slachtoffer en schrijfster van een in maart 2006 te verschijnen autobiografische roman:

<http://lamoer.chez-alice.fr/MBP/start.html>

Mulligen, W.van, Gieles, P., Nieuwenbroek, A.: Tussen thuis en School: Over contextuele leerlingbegeleiding. Acco 2001

Boszormenyi-Nagy, I en Krasner, B: Geven en Nemen: Over contextuele therapie. De Toorts, 1998

Michielsen, M., Mulligen W. van, Hermkens, L. (red.): Leren over leven in Loyaliteit: Over contextuele hulpverlening. Acco 1998

Kahn, R.: Onze Hersenen: Over de smalle grens tussen normaal en abnormaal. Balans 2006