

# Folie à famille: een Surinaams-Hindoestaans gezin met een gedeelde paranoïde waan en ernstige ondervoeding

A.S. VAN AMERONGEN, E.E.J.H. VERHEIJDEN, N.M. VAN GENT,  
N. MOADDINE, R.F.P. DE WINTER, J.D. BLOM

**SAMENVATTING** De folie à famille is een zeldzame psychiatrische aandoening waarbij meerdere familieleden dezelfde psychotische symptomen krijgen. Wij beschrijven een casus van vier gezinsleden met een gedeelde paranoïde waan die allen in remissie kwamen nadat zij op verschillende psychiatrische afdelingen waren behandeld met antipsychotica.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)2, 123-127]

**TREFWOORDEN** folie à deux, folie à famille, waanstoornis

De folie à famille is een zeldzame psychiatrische stoornis die wordt beschouwd als een variant van de folie à deux, die in 1877 voor het eerst werd beschreven in de medische literatuur door Charles Lasègue (1816-1883) en Jean-Pierre Falret (1794-1870) (Lasègue & Falret 1877). De folie à famille wordt gedefinieerd als een gedeelde psychotische stoornis, gedeelde waanstoornis of inductiepsychose bij drie of meer familieleden. In de praktijk zijn dit er meestal niet meer dan vijf, hoewel ook een casus bekend is met achttien familieleden. In de DSM IV-TR spreekt men van een 'gedeelde psychotische stoornis' (APA 2000).

Wij beschrijven een gezin met twee volwassen kinderen met een folie à famille gecompliceerd door ernstige ondervoeding.

## GEVALSBESCHRIJVING

Een 49-jarige Surinaams-Hindoestaanse vrouw en haar 20- en 23-jarige dochters werden beoordeeld door de crisisdienst wegens extreem ondergewicht. De moeder, de oudste en de jongste

dochter hadden een body mass index (BMI) van respectievelijk 10,6, 13,8 en 11,2 kg/m<sup>2</sup> (normaal: 18,5-25 kg/m<sup>2</sup>; < 16 kg/m<sup>2</sup> geldt als ernstig ondergewicht).

De crisisdienst trof een minutieus gestript huis aan. Het sanitair was verwijderd, evenals de meubels, de vloerbedekking, de leidingen en het behang. Het gezin sliep op kale planken. Hun uitwerpselen bewaarden zij in plastic zakjes die in een cirkel rond de etenswaren stonden. De vrouwen meenden dat de grootouders van moeders kant het gezin en de woning hadden vervloekt. Zij verzetten zich hiertegen door te vasten, hetgeen zij gedurende 6 maanden hadden gedaan (en de moeder al 30 jaar in wisselende periodes). Zij leefden geïsoleerd en hadden 3 jaar geen contact gehad met andere familieleden. De ouders waren werkloos en de dochters waren 6 maanden eerder gestopt met hun hbo-opleiding. Het gezin was bij de hulpverlening onbekend. Na beoordeling werden de drie vrouwen opgenomen op de gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis, de moeder en de oudste dochter met een inbewaringstelling, de jongste vrijwillig.

Het psychiatrisch onderzoek bij de dochters was bij opname vrijwel identiek. Zij kwamen omstreeks aan op de afdeling, waren cachectisch en oogden jonger dan de kalenderleeftijd. In het contact waren zij afwerend, hoewel de aandacht redelijk te trekken en te behouden was. De hogere cerebrale functies, het formele denken en de waarneming waren ongestoord. Wel was sprake van achterdocht, een vergiftigingswaan en een vervloekingswaan, alsmede ernstige oordeels- en kritiekstoornissen. Enig ziektebesef was aanwezig, maar ziekte-inzicht ontbrak. De stemming was angstig met een labiel affect. Suïcidaliteit werd ontkend.

Ook de moeder was cachectisch en afwerend. Na opname zat zij in biddende houding op de grond en maakte plukkerige bewegingen. Haar bewustzijn was helder en haar aandacht was te trekken, maar onvoldoende te behouden. De hogere cerebrale functies konden niet goed worden beoordeeld. Zij ervoer somatische hallucinaties die zij interpreteerde als een slang in de buik. Het denken was formeel intact; inhoudelijk toonde zij dezelfde wanen en oordeels- en kritiekstoornissen als haar dochters. Het ziektebesef en -inzicht ontbraken. De stemming was angstig met een labiel affect en bij herhaling zei zij: 'Was ik maar dood'.

Alleen de vader was niet ondervoed. Na drie maanden vasten was hij bij zijn ouders ingetrokken. Ook hij geloofde in de vervloeking, maar weigerde onderzoek en verdere hulp. Nimmer werd toegestaan andere familieleden te onderzoeken.

Lichamelijk, neurologisch en laboratoriumonderzoek lieten bij de drie vrouwen behoudens de cachexie geen afwijkingen zien. Aanwijzingen voor middelenmisbruik ontbraken. De diagnose folie à famille werd gesteld en zij werden op verschillende gesloten afdelingen behandeld.

Direct na opname wilden zij eten. Uit angst voor een refeedingsyndroom werd een voedingschema opgesteld en werden vitamines gesuppleerd. De oudste dochter werd behandeld met haloperidol 2 mg per dag, de jongste met aripiprazol 10 mg per dag. Tijdens de opname steeg de BMI van de oudste dochter naar 17,1 kg/m<sup>2</sup>, die van

de jongste naar 16,0 kg/m<sup>2</sup>. De psychose verdween en bleef weg, ook toen de antipsychotica na drie weken werden afgebouwd en de dochters werden herenigd met hun moeder. Tijdens de opname spraken zij nauwelijks over het gebeurde en reageerden zij met relativerende opmerkingen als: 'Wat gebeurd is, is gebeurd,' en: 'We moeten niet naar het verleden kijken, maar bouwen aan de toekomst.'

Na twee maanden werden zij ontslagen naar het ouderlijk huis, dat door de vader inmiddels was hersteld. In de maanden daarna hervatten zij hun hbo-opleiding. Een jaar na opname bestonden bij poliklinische controle geen aanwijzingen meer voor een actuele psychiatrische stoornis.

De behandeling van de moeder verliep gecompliceerder. Omdat bij haar een delier niet kon worden uitgesloten, kreeg zij haloperidol 2,5 mg per dag voorgeschreven. Vanwege de suïcidaliteit werd zij verpleegd onder toezicht. Ondanks de voedingsmaatregelen ontwikkelde zich bij haar na drie dagen een refeedingsyndroom met enkeloedeem, tachycardie en hypofosfatemie. Een opname in een somatisch ziekenhuis volgde om fosfaat intraveneus te suppleren. Na een maand was de suïcidaliteit verdwenen. Na drie maanden verdwenen ook de paranoïdie en de hallucinaties. De BMI steeg intussen naar 18,3 kg/m<sup>2</sup>. Ook bij haar bestonden na ontslag aanvankelijk geen aanwijzingen meer voor een actuele psychiatrische stoornis. Zij toonde ziekte-inzicht en voelde zich schuldig dat zij haar man en dochters had beïnvloed. Van de drie jaar voor opname leek zij zich echter alleen haar achterdocht te herinneren. Acht maanden na ontslag bleek patiënte therapieontrouw te zijn en keerde de vergiftigingswaan terug. Hierop werd bij haar de diagnose schizofrenie van het paranoïde type gesteld.

## DISCUSSIE

Van de folie à famille bestaan niet meer dan 50 gevalsbeschrijvingen (Bender & Yarell 1938; Cuhadaroglu Cetin 2001; Daniel & Srinivasan 2004; Dewhurst e.a. 1961; Dippel e.a. 1991; Erol e.a. 2008;

TABEL 1 Familiekenmerken die een folie à famille kunnen bevorderen (naar Glassman e.a. 1987)

- |    |   |
|----|---|
| 1. | Sociaal isolement van de familie  |
| 2. | Onderlinge familierelaties die worden gekenmerkt door afhankelijkheid en ambivalentie |
| 3. | Herhaaldelijke crises binnen de familie   |
| 4. | Agressie binnen de familie  |
| 5. | De familiesamenstelling is gedurende langere tijd stabiel                             |
| 6. | Er is een dominant familielid dat de wanen induceert                                  |

Feibel & Schulman 1979; Fernando & Frieze 1985; Floru 1974; Friedmann e.a. 2006; Gieler & Knoll 1990; Glassman e.a. 1987; Goduco-Agular & Wintrob 1964; Goh & Wong 2007; Goldney 1972; Joshi e.a. 2006; Kamal 1965; Mela e.a. 1997; Mentjox e.a. 1993; Moss & Pearce 1989; Oshodi e.a. 2005; Pollner & McDonald-Wikler 1985; Ranjbar-Kouchaksaraei e.a. 2006; Srivastava & Borkar 2010; Tseng 1969; Waltzer 1963; Wehmeier e.a. 2003; Wikler 1980; Wolff 1957). Incidentiecijfers ontbreken, maar desondanks staat de folie à famille bekend als zeldzaam, maar ondergerapporteerd (Dantendorfer e.a. 1997; Howard 1994).

In de literatuur worden voor de aandoening meerdere termen gebruikt, waaronder inductiepsychose, gedeelde waanstoornis, gedeelde psychotische stoornis, *folie imposée*, *folie simultanée*, *folie communiquée*, *folie indruite* en *folie à trois*, *à quatre*, *à cinq*, et cetera, conform het aantal aangedane personen. De persoon die primair psychotische verschijnselen krijgt, wordt aangeduid als 'de inductor', personen op wie deze worden overgedragen als 'de geïnduceerden'. De inductor is vaak een vrouw en deze wordt frequent beschreven als dominant (Sacks 1988).

Dit lijkt ook bij het beschreven gezin het geval te zijn geweest. De vader en dochters maakten een afhankelijke en subassertieve indruk, de moeder een dominante. De leeftijd van de vrouwelijke inductor pleegt tussen de 25 en 45 jaar te liggen. In 60% van de gevallen wordt bij de inductor de diagnose schizofrenie van het paranoïde type gesteld (Wehmeier e.a. 2003). Ook wordt vaak de diagnose paranoïde waanstoornis gesteld. De geïnduceerden zijn meestal kinderen (68%) die nog in het ouderlijk gezin wonen (Mentjox e.a. 1993) en

die worden omschreven als onzeker, angstig en suggestibel (Sacks 1988).

Verklaringsmodellen voor de folie à famille zijn voornamelijk psychodynamisch van aard. Psychoanalytische en systeemtheorieën suggereren dat een inductiepsychose met name kan ontstaan wanneer de kinderen in het gezin – en soms ook de volwassenen – de separatie-individuatiefase nog onvoldoende hebben doorlopen (Wikler 1980). Glassman e.a. (1987) noemen zes familiekenmerken die een folie à famille kunnen bevorderen (zie tabel 1), waarvan er vier aanwezig waren bij het door ons beschreven gezin. Floru (1974) en Wikler (1980) wijzen er echter enigszins relativerend op dat het ontstaan van gedeelde idiosyncratische overtuigingen kenmerkend is voor iedere familie en dat dit bij externe bedreigingen een beschermende functie kan hebben.

De behandeling van de folie à famille werd nooit systematisch onderzocht. Over het algemeen wordt aanbevolen om de gezinsleden gescheiden te behandelen met antipsychotica, systeemtherapie en sociale steun (Wehmeier e.a. 2003).

## CONCLUSIE

De folie à famille is een zeldzame, maar mogelijk ondergerapporteerde aandoening. Van belang is een vroegtijdige signalering van het ziektebeeld teneinde ernstige complicaties op psychisch, somatisch en sociaal gebied te voorkomen. Aanbevolen wordt om de aangedane familieleden gescheiden van elkaar te behandelen. Onder deze conditie wordt volledige remissie op korte termijn in de literatuur bij herhaling beschreven.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4de, herz. dr. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- Bender L, Yarrell Z. Psychoses among followers of Father Divine. *J Nerv Ment Dis* 1938; 87: 418-49.
- Cuhadaroglu Cetin F. Folie à famille and separation-individuation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10: 194-9.
- Daniel E, Srinivasan TN. Folie à famille. Delusional parasitosis affecting all the members of a family. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004; 70: 296-7.
- Dantendorfer K, Maierhofer D, Mulasek M. Induced hallucinatory psychosis (folie à deux hallucinatoire): pathogenesis and nosological position. *Psychopathology* 1997; 30: 309-15.
- Dewhurst WG, Eilenberg MD. Folie a trois. Case report. *J Ment Sci* 1961; 107: 486-90.
- Dippel B, Kemper J, Berger M. Folie à six: a case report on induced psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 137-41.
- Erol A, Ersoy B, Gulpek D, Mete L. Folie à famille: case report. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9: 261-4.
- Feibel R, Schulman D. Clinical perspective in the treatment of a family with folie a trois. *Mt Sinai J Med* 1979; 46: 524-9.
- Fernando FP, Frieze M. A relapsing folie à trois. *Br J Psychiatry* 1985; 146: 315-6.
- Floru L. Der induzierte Wahn. Theoretischer Überblick und Bemerkungen am Rande von 12 Fällen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1974; 42: 76-96.
- Friedmann AC, Ekeowa-Anderson A, Taylor R, Bewley A. Delusional parasitosis presenting as folie à trois: successful treatment with risperidone. *Br J Dermatol* 2006; 155: 841-2.
- Gieler U, Knoll M. Delusional parasitosis as 'folie à trios'. *Dermatologica* 1990; 181: 122-5.
- Glassman JNS, Magulac M, Darko DF. Folie à famille: Shared paranoid disorder in a Vietnam veteran and his family. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 658-60.
- Goduco-Agular C, Wintrob R.: Folie a famille in the Philippines. *Psychiatr Q* 1964; 38: 278-91.
- Goh YL, Wong HK. Folie à famille: A case report of three sisters. *Hong Kong J Psychiatry* 2007; 17: 64-6.
- Goldney RD.: Folie à famille: a case report. *Aust N Z J Psychiatry* 1972; 6: 247-50.
- Howard R. Induced psychosis. *Br J Hosp Med* 1994; 51: 304-7.
- Joshi KG, Frierson RL, Gunter TD. Shared psychotic disorder and criminal responsibility: a review and case report of folie à trois. *J Am Acad Psychiatry Law* 2006; 34: 511-7.
- Kamal A. Folie à cinq: a clinical study. *Br J Psychiatry* 1965; 111: 583-6.
- Lasègue C, Falret J. La folie à deux. *Ann Med Psychol* 1877; 18: 321-55.
- Mela M, Obenbe A, Farmer AE. Folie à quatre in a large Nigerian sub-ship. *Schizophr Res* 1997; 23: 91-3.
- Mentjox R, van Houten CA, Kooiman CG. Induced psychotic disorder: Clinical aspects, theoretical considerations, and some guidelines for treatment. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 120-6.
- Moss PA, Pearce PA. The French connection: folie à quatre. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 55-7.
- Oshodi A, Bangura R, Benbow J. A paranoid migrant family - folie à famille. *Ir J Psych Med* 2005; 22: 26-9.
- Pollner M, McDonald-Wikler L. The social construction of unreality: a case study of a family's attribution of competence to a severely retarded child. *Fam Process* 1985; 144: 241-57.
- Ranjbar-Kouchaksaraei F, Norazar G-R, Mohaghghegi A. Shared psychotic disorder between a girl with her mother and younger sister (folie a trois). *Arch Iranian Med* 2006; 9: 417-8.
- Sacks MH. Folie à deux. *Compr Psychiatry* 1988; 29: 270-7.
- Srivastava A, Borkar HA. Folie à famille. *Indian J Psychiatry* 2010; 52: 69-70.
- Tseng W-S. A paranoid family in Taiwan: a dynamic study of folie à famille. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 21: 55-63.
- Waltzer H. A psychotic family-folie a douze. *J. Nerv Ment Dis* 1963; 137: 67-75.
- Wehmeier PM, Barth N, Remschmidt H. Induced delusional disorder. A review of the concept and an unusual case of folie à famille. *Psychopathology* 2003; 36: 37-45.
- Wikler L. Folie à famille: A family therapist's perspective. *Fam Process* 1980; 19: 257-68.
- Wolff S. Folie à trois: a clinical study. *J Ment Sci* 1957; 103: 355-63.

AUTEURS

ARLETTE S. VAN AMERONGEN, psychiater en manager zorg, Parnassia Groep, Den Haag.

EVELYN E.J.H. VERHEIJDEN, arts in opleiding tot huisarts, Leiden.

MAAIKE VAN GENT, arts, Parnassia Groep, Den Haag; thans arts in opleiding tot psychiater, LUMC, Leiden.

NAJAT MOADDINE, arts in opleiding tot psychiater, Parnassia Groep, Den Haag.

REMCO. F.P. DE WINTER, psychiater en manager zorg, Parnassia Groep, Den Haag.

JAN DIRK BLOM, plaatsvervangend opleider psychiatrie en opleider klinische geriatrie, Parnassia Groep, Den Haag, en universitair docent, vakgroep Psychiatrie, Universiteit Groningen.

Correspondentieadres: Arlette S. van Amerongen, Parnassia Groep, Nectarinestraat 10, 2552 LZ Den Haag.

E-mail: a.vanamerongen@parnassia.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-5-2012.

SUMMARY

Folie à famille: a Surinamese-Hindustani family with a shared paranoid delusion and severe undernourishment – A.S. van Amerongen, E. Verheijden, N.M. van Gent, N. Moaddine, R.F.P. de Winter, J.D. Blom –

*Folie à famille is a rare psychiatric condition in which several family members develop similar psychotic symptoms. We describe the case of a family of four with a shared paranoid delusion, who all obtained complete remission after being treated with antipsychotics on different psychiatric wards.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)2, 123-127]

KEY WORDS delusional disorder, folie à deux, folie à famille