

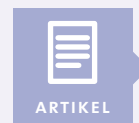
# Psychodynamische gevolgen van een psychiatrisch belaste familiegeschiedenis

C.G. BOUWKAMP, M.P. LAMBREGTSE-VAN DEN BERG, A.J.A. KIEVIT, S.A. KUSHNER

- ACHTERGROND** Een psychiatrisch belaste familiegeschiedenis is de belangrijkste voorspeller voor het ontstaan van psychiatrische stoornissen. Vaak wordt het psychologisch effect van een positieve familiegeschiedenis niet voldoende onderkend.
- DOEL** De psychodynamiek inzichtelijk maken van kinderen uit gezinnen met een sterk psychiatrisch belaste voorgeschiedenis zoals psychose door te onderzoeken hoe deze familiale belasting interfereert met de vroege ontwikkeling en het latere leven. We onderzoeken verder hoe de effecten van deze interferentie mogelijk voorkomen kunnen worden.
- METHODE** Literatuuronderzoek, bespreken van theoretische concepten en doen van aanbevelingen.
- RESULTATEN** Psychiatrische stoornissen bij de ouder, waaronder psychose, kunnen een sterke en blijvende invloed hebben op de vorming van de identiteit en het zelfgevoel van het kind.
- CONCLUSIE** Een positieve familiegeschiedenis kan de normale ontwikkeling van de identiteit en het zelfgevoel ernstig verstoren. Verschillende psychosociale interventies kunnen deze effecten verminderen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)8, 474-481

**TREFWOORDEN** familiegeschiedenis, identiteit, psychiatrische stoornissen, zelfgevoel



Een positieve familiegeschiedenis voor psychiatrische stoornissen is de belangrijkste voorspeller voor het optreden van psychiatrische klachten bij familieleden. Hoe nauwer iemand genetisch verwant is met het aangedane familielid, hoe groter de kans op dezelfde of een gerelateerde aandoening (Austin & Peay 2006). Recent epidemiologisch onderzoek toonde aan dat bij de etiologie van deze stoornissen een sterke erfelijke component betrokken is (Polderman e.a. 2015; Sullivan e.a. 2012), maar in de meeste gevallen is de precieze moleculair-genetische oorzaak onbekend.

Psychiatrische stoornissen zijn ingrijpend voor de patiënt en de familie en ze hebben grote impact op vele aspecten van het leven. Wanneer iemand uit een familie komt waarin meerdere familieleden ernstige psychiatrische klachten hebben, gaat dit vaak gepaard met een zware emotionele belasting, angsten en verlieservaringen. Gezien de erfelijkheid van psychiatrische aandoeningen zullen veel zorgverleners met patiënten te maken hebben

die afkomstig zijn uit een belaste familie. De familiegeschiedenis speelt echter vaak geen expliciete rol in diagnostiek en behandeling terwijl de patiënt wel degelijk sterk gevormd kan zijn door het opgroeien bij een aangedane ouder.

Het doel van dit essay is de psychodynamiek te beschrijven die voortkomt uit het afkomstig zijn uit een gezin waarin psychiatrische stoornissen voorkomen, met een focus op psychotische stoornissen bij een van de ouders. We beschrijven aan de hand van de zelfpsychologie ontwikkeld door psychoanalyticus Heinz Kohut hoe dit bijdraagt aan de eigen identiteit en het zelfgevoel. Hiervoor gebruiken we een selectie uit de bestaande literatuur.

## VIGNET STERK BELASTE FAMILIE

Wij zagen een familie waarin vier van de negen broers en zussen schizofrenie hadden. Maria, de oudste niet-aangedane dochter, had vanaf de lagere school de taak op zich genomen te helpen in het gezin waarin de vader psychia-

trische klachten kreeg die opnamen vereisten in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit viel in de tijd samen met de luxatie van psychosen bij vier broers en zussen van Maria. Zij was het aanspreekpunt geworden voor alle administratieve en medische zaken van het gehele gezin.

Maria was inmiddels een vrouw van middelbare leeftijd. Het familieverhaal was als volgt: naast de vader kregen vier van de negen broers en zussen psychosen, met later de diagnose schizofrenie. Ook eerdere generaties van de familie werden getekend door ernstige psychiatrische problematiek en opnamen in psychiatrische ziekenhuizen. Als kind hielp Maria haar moeder al waar nodig, werd zij belast met de zorgtaken, en ging niet naar de middelbare school. In plaats daarvan wijdde zij zich geheel aan de zorg voor haar broers, zussen, vader en later ook moeder. Er volgde een lange geschiedenis van contacten met de ggz en vele opnames van haar broers en zussen in verschillende psychiatrische klinieken. Maria reguleerde het gebruik van alcohol en verbood het gebruik van drugs. De aangedane familieleden hadden volgens ons een opmerkelijk goede kwaliteit van leven in vergelijking met bijvoorbeeld opgenomen patiënten met een vergelijkbare ernst van psychiatrische klachten.

De langdurige mantelzorg van Maria voor haar broers, zussen en ouders had een diepe en blijvende impact op haar identiteit. Zij was in de vijftig en beide ouders waren inmiddels overleden. Maria noch haar broers en zussen hadden zelf kinderen gekregen. Dit was het resultaat van de genetische analyse van de familie zelf: zij waren van mening dat zoveel familieleden ernstige psychiatrische klachten hadden gekregen dat het hun geen goed idee leek zelf aan nageslacht te beginnen.

Nu, als vrouw van middelbare leeftijd, zonder schoolopleiding en zonder formele werkervaring, drong zich een leegte op bij Maria. Na jarenlang intensief gezorgd te hebben waren er ineens tijd en ruimte gekomen om eigen interesses en bezigheden te ontplooiën. Voorzichtig onderzocht zij hiervoor de mogelijkheden.

## Gevolgen van psychiatrische klachten bij ouder(s)

### DE ONTWIKKELING VAN HET ZELF VOLGENS KOHUT

Psychoanalyticus Heinz Kohut (1971) ontwikkelde de theorie van de zelfpsychologie. In tegenstelling tot Freud focuste hij niet zozeer op de interne psychische conflicten, maar stelde hij dat het belangrijk is in de vroege ontwikkeling goede zelfobjecten (personen) uit de omgeving te internaliseren om tot een betekenisvol bestaan te komen. De ouders (zelfobjecten) moeten tegemoetkomen aan de ontwikkelingsbehoeften van het kind. Kohut zag bij zijn patiënten de scheefgegroeide vroege ontwikkeling waarin juist onvoldoende werd tegemoetgekomen aan de ontwik-

### AUTEURS

**CHRISTIAN G. BOUWKAMP**, GZ-psycholoog i.o. en postdoctoraal onderzoeker, afd. Psychiatrie en afd. Klinische Genetica, Erasmus MC, Rotterdam.

**MIJKE P. LAMBREGTSE-VAN DEN BERG**, (kinder- en jeugd) psychiater en psychoanalytisch psychotherapeut, afd. Psychiatrie en Kinder- en Jeugdpsychiatrie/Psychologie, Erasmus MC, Rotterdam.

**ANNEKE J.A. KIEVIT**, klinisch geneticus en opleider klinische genetica, afd. Klinische Genetica, Erasmus MC, Rotterdam.

**STEVEN A. KUSHNER**, psychiater en hoogleraar Neurobiologische psychiatrie, afd. Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Christian G. Bouwkamp, afd. Psychiatrie, Erasmus MC, 's-Gravendijkwal 230, 3015 CE Rotterdam.

E-mail: c.bouwkamp@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-3-2017.

kelingsbehoeften van het kind en meende dat dit leidde tot psychiatrische stoornissen (Mitchel & Black 1995). Kohut betrok in dit model geen intrinsieke en/of biologische aspecten van het kind bij het ontstaan van psychiatrische stoornissen en zocht de oorzaak voornamelijk in de falende spiegeling van de ouder (moeder) van de kinderlijke behoeften passend bij de ontwikkelingsfase.

Voor een gezonde ontwikkeling zijn volgens de theorie van Kohut ervaringen met drie typen zelfobjecten nodig:

1. zelfobjecten die het kind zien in zijn of haar intrinsieke grootsheid en perfectie;
2. zelfobjecten tegen wie het kind op kan kijken en met wie het kan samenvallen en die onnipotent zijn;
3. een zelfobject dat daadwerkelijk lijkt op het kind (Kohut & Wolf 1978).

Hierbij is het ook van belang dat het kind op een leeftijds-gepaste manier kennismaat met empathie en frustratie. Dingen kunnen immers niet altijd gaan zoals het kind het wil, maar de ouder dient zich wel in de emotionele binnenwereld van het kind te kunnen inleven. Op deze manier zal een gezond volwassen narcisme worden ontwikkeld waarbij het kind leert spanning en emoties te reguleren. Wanneer deze ontwikkeling onvoldoende plaats kan vinden, is de kans groot dat er structurele psychiatrische stoornissen optreden. De scheefgelopen ontwikkeling kan leiden tot een neiging tot het willen samenvallen met de zelfobjecten waarbij de patiënt zodanig samenvalt met het

zelfobject dat het moeilijk is zelf en ander nog te onderscheiden. Ook kan het leiden tot het vermijden van sociaal contact in het algemeen. Verder is het mogelijk dat het leidt tot de neiging in sterke mate spiegeling te zoeken in anderen. Deze mensen bestaan slechts bij de gratie van bevestiging van henzelf door anderen (Baker & Baker 1987).

De aanwezigheid van psychiatrische stoornissen bij de primaire zelfobjecten in het gezin (de ouders) kan de mate waarin wordt voldaan aan het idee van een voldoende goed zelfobject sterk verminderen (Schechter & Willheim 2009). Bij schizofrenie wijst onderzoek erop dat het weinig uitmaakt of het nu de vader of de moeder is die is aangedaan, maar verder onderzoek hiernaar is zeker nodig (Duncan & Browning 2009). In bepaalde gevallen, zoals bij post-partumpsychose bij de moeder, kan het ziektebeeld een reëel gevaar opleveren voor het kind aangezien het onderdeel kan worden van de psychotische belevingen. In dit geval dient de moeder onmiddellijk te worden behandeld volgens de richtlijn (Bergink e.a. 2015).

In het geval van Maria uit het beschreven vignet kunnen we stellen dat er onvoldoende ruimte was om zelf een goed geïntegreerde identiteit te ontwikkelen. Zij bestond bij de gratie van haar rol als verzorger van haar vader en broers en zussen met ernstige psychiatrische stoornissen. In deze taak was zij een verlengstuk van haar moeder en viel met haar samen.

#### KINDEREN VAN OUDERS MET PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK

Chronische psychiatrische aandoeningen hebben een sterke invloed op de dynamiek van het gezin. Kinderen van ouders met psychiatrische problematiek (KOPP-kinderen), waaronder psychose, zijn in het algemeen erg afgestemd op de aangedane ouder, houden deze ouder in de gaten, nemen taken over waar dat nodig is en willen niet tot last zijn. Ook schamen zij zich voor de situatie en nemen waar mogelijk enige afstand tot de aangedane ouder (Dam & Hall 2016).

In onderzoek gaven KOPP-kinderen aan dat ze het als positief ervoeren wanneer een aangedane ouder was opgenomen omdat dit even lucht bracht in de thuissituatie. Als negatief ervoeren ze het gebrek aan informatie van het behandelteam aan hen als kinderen van aangedane ouders. De onderzoekers geven als advies om kinderen van ouders met psychiatrische problematiek adequaat te informeren over de klachten van hun ouders om zo de veerkracht te stimuleren en de psychiatrische stoornissen van de ouder in een beter perspectief te zien (Knutsson-Medin e.a. 2007). KOPP-kinderen ervoeren dat ze relatief geïsoleerd waren met hun gedachten over de aangedane ouder en dat ze het belangrijk vonden de situatie te kunnen bespreken met de ouder zonder psychiatrische klachten of met anderen. Kinderen benoemden ook hun angst, voornamelijk voor

het proces van ziek worden, en een mogelijke suïcide bij de ouder. Daarnaast kwam naar voren dat de kinderen zich pijnlijk bewust waren van het feit dat de aangedane ouder zich onvoldoende in kon zetten voor een goede opvoeding. Kinderen hielden van hun aangedane ouder, maar het bleek van belang dat ze niet verstrikt raakten in de denkwereld van de aangedane ouder (Ostman 2008). In dit kader is het aan te raden, wanneer er een kinderwens speelt bij een patiënt met ernstige psychiatrische klachten, al vroeg aan te vangen met interventies om het ouderschap in goede banen te leiden en transgenerationale overdracht van psychiatrische stoornissen te vermijden (Lambregtse-van den Berg 2015; Nijssens e.a. 2015). Wanneer het kind er eenmaal is, is het belangrijk te monitoren dat de ontwikkeling van het kind in goede banen geleid wordt middels een multidisciplinaire aanpak waarbij de naaste zorgverleners van het kind en ouder betrokken zijn.

Daarnaast is het van belang het mentaliseren bij de ouder te bevorderen zodat deze zich bewust wordt van het idee dat het kind een eigen binnenwereld heeft die niet samenvalt met die van de ouder. Wanneer dit onvoldoende is, is verwijzing naar de ggz geïndiceerd (Vliegen & Ruijten 2015). Bij kinderen van ouders met psychotische stoornissen kan men screenen op de aanwezigheid van een *at risk mental state* (ARMS, ook wel *ultra-high risk*). Hiervan spreekt men wanneer zij naast een eerstegraads familielid ook subklinische psychotische belevingen hebben die voldoende sterk zijn in intensiteit en frequentie. Hierop kan effectieve behandeling plaatsvinden in de vorm van gedachten uitpluizen (zie ook de website [www.gedachten-uitpluizen.nl](http://www.gedachten-uitpluizen.nl)) (van der Gaag e.a. 2012; Fusar-Poli e.a. 2014). In het geval van Maria uit het vignet is er onvoldoende aandacht geweest voor haar eigen gezonde ontwikkeling. Alle aandacht was gericht op het bezweren van crises bij gezinsleden en het draaiende houden van een groot gezin met veel psychiatrische stoornissen. De eerder genoemde aspecten waren sterk aanwezig: schaamte, isolatie en het bewustzijn van het feit dat de vader psychisch niet beschikbaar was. Er was echter voor zowel Maria als de overige niet-aangedane gezinsleden geen tot weinig begeleiding tijdens het opgroeien en van adequate voorlichting was nauwelijks sprake. Idealiter zou dit anders zijn geweest.

#### PARENTIFICATIE

Wanneer de ouders niet voldoende beschikbaar zijn voor het kind vanwege een psychiatrische aandoening, kan er een rolomkering (parentificatie) plaatsvinden waarin het kind zich verantwoordelijk gaat voelen voor de ouder in plaats van omgekeerd. Dit treedt op wanneer er onredelijke verwachtingen zijn ten opzichte van het kind in een gedesorganiseerde thuissituatie. Het kind moet dan een

*holding environment* scheppen voor de ouder in plaats van andersom (Chase 1999). Deze overvraging interfereert met de individuatie en autonomie van het kind. Er is aangetoond dat de effecten hiervan zich in de adolescentie en volwassenheid doorzetten (Earley & Cushway 2002).

Sterke voorspellers van parentificatie zijn het afkomstig zijn uit een eenoudergezin, enig kind zijn, en de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis bij de ouder. Er is vooral sprake van overvraging wanneer het aankomt op het aannemen van emotionele zorgtaken (McMahon & Luthar 2007). Parentificatie is transgeneratieel overdraagbaar: uit onderzoek blijkt dat moeders die een rolomkering hadden meegemaakt met hun eigen moeder hier ook vaker mee te maken hadden in de relatie met hun dochters. Wanneer vaders rolomkering hadden meegemaakt met hun moeder, bleek het vaker zo te zijn dat er ook rolomkering was in de relatie tussen zijn vrouw en zijn zoon (Macfie e.a. 2005).

Bij Maria uit het vignet is er duidelijk sprake van parentificatie. Zij was vanaf jonge leeftijd een moeder voor haar vader, broers en zussen. Dit is altijd haar rol geweest. Nu op middelbare leeftijd deze rol aan het wegvallen is, blijft er een leegte over. Het zal haar waarschijnlijk flink wat energie kosten om zich te richten op eigen interesses en bezigheden nu hier ruimte en tijd voor gekomen is.

#### **ANGST VOOR DE EIGEN TOEKOMST BIJ FAMILIAIRE BELASTING**

Wanneer er familiale aanleg is voor psychiatrische of somatische aandoeningen is het vaak zo dat familieleden zonder symptomen de angst hebben om ook ziek te worden, die ook deels reëel is (Sullivan e.a. 2012). Gezien het verhoogde risico voor naaste verwanten van patiënten met bijvoorbeeld schizofrenie of bipolaire stoornis, is er een kans dat ook zij deze klachten krijgen.

Onderzoek bij mensen bij wie de ziekte van Huntington in de familie speelt, wees uit dat op het moment dat iemand van de ene levensfase naar de andere overgaat, er sprake is van een ervaring van de onzekerheden over de (erfelijke) aandoening in de familie (Brouwer-Dudok de Wit e.a. 2002). Deze levensfasen betreffen: 1. jongvolwassene, 2. jong stel, 3. jong gezin, 4. gezin met kinderen in de adolescentie, 5. kinderen het huis uit en 6. gezin op latere leeftijd. De ontwikkeling van depressieve gevoelens kan sterker zijn in het geval van psychiatrische stoornissen bij de ouders die samenhangen met sterke verlieservaringen in het verleden (Vliegen & Ruijten 2015). Het in acht nemen van eerdere verlieservaringen met objectrelaties kan waardevol zijn bij het onderzoeken hoe iemand omgaat met de verhoogde kans om ziek te worden en hoe het zal zijn op het moment dat de eerste symptomen zich voordoen.

Adequate psycho-educatie over erfelijkheid en omgevingsrisicofactoren kan uitkomst bieden. In de familie beschre-

ven in het vignet is dit niet gebeurd. De angst om de schizofrenie door te geven is in de laatste generatie zo sterk geweest dat er geen kinderen gekomen zijn. Twijfel hierover is nog steeds sterk aanwezig bij de niet-aangedane vrouwelijke gezinsleden die nog in de leeftijd zijn dat ze kinderen zouden kunnen krijgen.

#### **WANNEER HET KIND ZELF PATIËNT WORDT**

Kinderen van ouders met psychiatrische problematiek zoals psychose hebben een verhoogde kans zelf psychiatrische klachten te krijgen en vroege symptomen worden vaak gemist (Maziade 2017). Dergelijke klachten gaan vaak gepaard met gevoelens van verlies en vervreemding. Door de psychiatrische problematiek gebeurt het vaak dat naasten afstand nemen van de patiënt. De patiënt ervaart dit op zijn of haar beurt weer als een afwijzing van de ander. Bij bijvoorbeeld schizofrenie of bipolaire stoornis moet men vaak accepteren dat het functioneren niet meer op hetzelfde niveau ligt en dat er een realistische nieuwe verwachting van het (dagelijks) leven dient te komen. Het kan zijn dat de eisen die een baan stelt te hoog zijn geworden of dat een werkgever het niet tolereert dat iemand langere tijd uit de roulatie is en het contract niet verlengt. Daarnaast dient vaak dagelijks medicatie te worden genomen, die de nodige bijwerkingen kan hebben. Dit zijn verschillende verlieservaringen die iemand naast zijn of haar psychiatrische klachten moet incasseren en dit hangt samen met het gevoel van het *'verlies van het gezonde zelf'* (Frank 2005). Tot het moment dat de patiënt een nieuw evenwicht heeft gevonden waarbij de psychiatrische klachten geassimileerd zijn, zullen er perioden zijn dat hij of zij in strijd is met de diagnose.

Er kan twijfel bestaan aan deze diagnose en aan de noodzaak van farmacotherapie: de patiënt zal zich afvragen of hij of zij niet zonder medicatie kan. Dit laatste kan soms een redelijke vraag zijn, maar zal vaak samenhangen met een sterke verslechtering van de situatie wanneer er daadwerkelijk sprake is van een ernstige psychiatrische stoornis. Ondersteunende gesprekken, psycho-educatie en psychotherapie kunnen worden aangewend wanneer de acceptatie van het hebben van psychiatrische klachten en consequent medicatiegebruik moeilijk blijft (Oud e.a. 2016; Turner e.a. 2014).

In het gezin van Maria was het zo dat in een tijdsbestek van enkele jaren de vader en aangedane broers en zussen na elkaar ziek werden. Naast de angst van wie de volgende zou zijn, blijft in het gezin tot op de dag van vandaag sterk het gevoel aanwezig niet mee te kunnen doen in de maatschappij. Eigenlijk is het zo dat de aangedane broers en zussen, net als overigens veel patiënten met chronische psychotische stoornissen, onvoldoende zinvolle invulling ervaren van hun leven.

## Veerkracht bij psychiatrie in de familie

Ieder mens is in meer of mindere mate in staat om negatieve omstandigheden te verdragen en hier veerkrachtig (*resilient*) op te reageren. Dit is relevant in de context van het opgroeien bij een ouder met psychiatrische klachten. Bleuler beschreef al dat kinderen van ouders met schizofrenie leren differentiëren tussen het zieke en het gezonde deel bij hen (Bleuler 1978; Ostman 2008). Onderzoek wees uit dat bij veerkrachtige kinderen de competenties van de normale ontwikkeling ondanks aversieve omstandigheden gewaarborgd blijven en dat de ontwikkeling zodoende niet bedreigd wordt. De belangrijkste aspecten hierbij zijn een goed intellect en een goede relatie met gezonde volwassenen (Masten & Coatsworth 1998).

In een studie in Zuid-Afrika keken Bishop en Greeff (2015) naar de aspecten van veerkracht in families met schizofrenie en zij vonden dat er drie domeinen waren die samenhangen met veerkracht in deze situatie: 1. sociale ondersteuning, 2. eigenschappen van de familie en 3. eigenschappen van het aangedane familielid. Verder bleek dat openheid naar andere familieleden, vrienden en de gemeenschap beter was en dat de situatie een mogelijkheid biedt nieuwe kennis op te doen over psychiatrische problematiek. Daarnaast kwam naar voren dat een gezonde hechte familieband de situatie kon verlichten.

Het bleek belangrijk om de aangedane familieleden zich volwaardig en waardevol te laten voelen waarbij ook hoorde dat ze hun voorgeschreven medicatie innamen en zich op de hoogte stelden van de eigenschappen van hun aandoening zodat ze daar steeds beter mee leerden omgaan. Tot slot bleek dat psychiatrische stoornissen bij de ouders in de weg stonden van een gezonde coping van het kind met de eventuele psychische klachten van de broers en zussen (Bishop & Greeff 2015). Verder bleek uit interviews met kinderen die een ouder hadden met schizofrenie dat een goede relatie met de gezonde ouder en overige (*extended*) familie hielp de situatie meer dragelijk te maken (Herbert e.a. 2013).

In het gezin van Maria, beschreven in het vignet, is sprake van enorme veerkracht. Met een ouder met schizofrenie en meerdere broers en zussen met dezelfde stoornis was Maria sterk genoeg deze last grotendeels zelf te dragen en hier niet onder te bezwijken. Wel kunnen we stellen dat veel van haar eigen identiteit hiervoor moest wijken. Veel van de eerder genoemde positieve indicatoren waren in het gezin afwezig.

Het strekt tot aanbeveling de kinderen van de patiënt op een adequate manier te betrekken bij de behandeling en te proberen mythevorming over waarom de ouder ziek is bij kinderen weg te nemen door transparant te zijn over de stoornis van de ouder. Verder is het belangrijk dat er ruimte is voor de normale ontwikkeling van aanwezige kinderen

waarbij er aanspraak gedaan kan worden op de gezonde kanten van de aangedane ouder. Er is een belangrijke rol weggelegd voor gezonde anderen in de omgeving om te dienen als rolmodel.

## Genetische counseling bij familiale psychiatrische stoornissen

Bij een positieve familiegeschiedenis, of een kindwens wanneer er psychiatrische stoornissen aanwezig zijn in de familie, bestaat de mogelijkheid voor genetische counseling in een van de academische ziekenhuizen. Op het moment is het zo dat in de meerderheid van de gevallen er geen specifieke genmutaties bekend zijn waarop laboratoriumonderzoek kan worden gedaan. In een klein aantal gevallen in de algemene psychiatrie ontstaan psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie ten gevolge van de aanwezigheid van grotere genomische afwijkingen, meestal duplicaties of deleties genoemd. De bekendste hiervan in de psychiatrie is het 22q11.2-deletiesyndroom, dat een ongeveer 30x verhoogde kans geeft op het ontstaan van schizofrenie (Sullivan e.a. 2012) en een kans van 41% op het ontstaan van psychotische stoornissen bij mannelijke dragers boven de 25 (Schneider e.a. 2014). Dit is vaak in de context van een syndromaal beeld waarbij er ook sprake is van cardiale, endocriene en andere afwijkingen (Fung e.a. 2015).

In Canada zijn twee specialistische poliklinieken opgezet waarin genetische counseling wordt gegeven specifiek aan mensen die zelf niet-syndromale psychiatrische stoornissen hebben of waar dit in de familie voorkomt. Er wordt geen gebruik gemaakt van moleculair-genetisch onderzoek, maar van een hybride model van genetische educatie en counseling op basis van de bekende empirische risico's. Uit onderzoek blijkt dat *empowerment* en *self-efficacy* significant toenemen na dergelijke counseling (Inglis e.a. 2015, 2017). Genetische counseling en genetische educatie op deze wijze zijn niet eerder aangeboden aan de familie beschreven in het vignet. In de familie is geredeneerd dat het beter zou zijn als generatie geen kinderen te krijgen gezien de sterke belasting met schizofrenie. Dit is een fenomeen dat we vaker zien in dergelijke belaste families. Mogelijk had eerdere counseling een genuanceerder beeld gegeven over de verklaringsmodellen en de kansen om ziek te worden. Belangrijk hierbij is wel te vermelden dat er natuurlijk een bepaalde mate van onzekerheid blijft bestaan omdat de daadwerkelijke oorzaken en kansen anders kunnen zijn dan eerder gedacht. Verwijzing naar een klinisch geneticus kan een uitkomst zijn om een zo goed mogelijke inschatting te kunnen geven van risico's en eventueel syndromale vormen uit te sluiten middels bestaande moleculair-genetische technieken.


Bij de in het vignet beschreven familie werden geen genomische afwijkingen gevonden en hun DNA wordt nu in het kader van wetenschappelijk onderzoek onderzocht.

## CONCLUSIE

Psychiatrische stoornissen, in het bijzonder psychotische stoornissen, zijn sterk erfelijk bepaald. De erfelijke belasting heeft tot gevolg dat er bij een individuele patiënt vaak meer familieleden zijn met soortgelijke psychiatrische klachten. Dit heeft grote effecten op het systeem, die niet altijd duidelijk worden door de focus op een individuele patiënt in de behandeling. Ernstige psychiatrische klachten bij de ouder bemoeilijken de gezonde zelfontwikkeling van hun kind(eren). Hier dient men in de behandeling aandacht aan te besteden. Wanneer het kind eventueel psychiatrische stoornissen krijgt, kan de acceptatie hiervan gecompliceerd zijn. Aanvullende psychologische interventies kunnen daarbij, naast farmacotherapie, uitkomst bieden.

Kinderen van patiënten met psychiatrische problematiek voelen zich onvoldoende gehoord gedurende de behandeling van hun ouder. Zij dienen op een adequate wijze te worden voorgelicht over wat er bij hun ouder aan de hand is. Ter preventie van psychiatrische stoornissen bij de kinderen is het goed hen hierover voldoende te informeren en hen waar nodig te steunen. Ook zou men hun ontwikkeling in de gaten moeten houden en is verwijzing naar de ggz te overwegen bij het ontstaan van psychische klachten. Zo kan de veerkracht worden bevorderd en wordt de kans op transgeneratiele overdracht beperkt.

Erfelijkheidsonderzoek bij patiënten en families waar veel psychiatrische klachten voorkomen, is het overwegen waard en wordt door de patiënt en zijn of haar familie gewaardeerd. Moleculair-genetische diagnostiek is echter op dit moment in veel gevallen nog niet informatief, maar dit veld is sterk in beweging.

 Jaap Ubbels las eerdere versies van dit manuscript.

## LITERATUUR

- Austin JC, Peay HL. Applications and limitations of empiric data in provision of recurrence risks for schizophrenia: A practical review for healthcare professionals providing clinical psychiatric genetics consultations. *Clin Genet* 2006; 70: 177-87.
- Baker HS, Baker MN. Heinz Kohut's self psychology: an overview. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1-9.
- Bergink V, Burgerhout KM, Koorengel KM, Kamperman AM, Hoogendijk WJ, Lambertse-van den Berg MP, e.a. Treatment of psychosis and mania in the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 115-23.
- Bishop M, Greeff AP. Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015; 22: 463-71.
- Bleuler M. The schizophrenic disorders: Long term patients and families studies. New Haven: Yale University Press; 1978.
- Brouwer-Dudok de Wit AC, Savenije A, Zoetewij MW, Maat-Kievit A, Tibben A. A hereditary disorder in the family and the family life cycle: Huntington disease as a paradigm. *Fam Process* 2002; 41: 677-92.
- Chase ND. Burdened children. Londen: Sage; 1999.
- Dam K, Hall EOC. Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scand J Caring Sci* 2016; 30: 442-57.
- Duncan G, Browning J. Adult attachment in children raised by parents with schizophrenia. *J Adult Dev* 2009; 16: 76-86.
- Earley L, Cushway DJ. The parentified child. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2002; 7: 163-78.
- Frank E. Treating bipolar disorder: a clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy. New York: Guilford Press; 2005.
- Fung WLA, Butcher NJ, Costain G, Andrade DM, Boot E, Chow EWC, e.a. Practical guidelines for managing adults with 22q11.2 deletion syndrome. *Genet Med* 2015; 17: 599-609.
- Fusar-Poli P, Yung AR, McGorry P, van Os J. Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention. *Psychol Med* 2014; 44: 17-24.
- Gaag M van der, Nieman DH, Rietdijk J, Dragt S, Ising HK, Klaassen RM, e.a. Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. *Schizophr Bull* 2012; 38: 1180-8.
- Herbert HS, Manjula M, Philip M. Growing up with a parent having schizophrenia: experiences and resilience in the offsprings. *Indian J Psychol Med* 2013; 35: 148-53.
- Inglis A, Koehn D, McGillivray B, Stewart SE, Austin J. Evaluating a unique, specialist psychiatric genetic counseling clinic: Uptake and impact. *Clin Genet* 2015; 87: 218-24.
- Inglis A, Morris E, Austin J. Prenatal genetic counselling for psychiatric disorders. *Prenat Diagn* 2017; 37: 6-13.
- Knutsson-Medin L, Edlund B, Ramklint M. Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14: 744-52.

- Kohut H. The analysis of the self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. New York: International Universities Press; 1971.
- Kohut H, Wolf ES. The disorders of the self and their treatment: an outline. *Int J Psychoanal* 1978; 59: 413-25.
- Lambregtse-van den Berg MP. Intergenerationele overdracht van psychopathologie. In: *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Amsterdam: De Tijdstroom; 2015. p. 296-302.
- Macfie J, McElwain NL, Houts RM, Cox MJ. Intergenerational transmission of role reversal between parent and child: dyadic and family systems internal working models. *Attach Hum Dev* 2005; 7: 51-65.
- Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. *Am Psychol* 1998; 53: 205-20.
- Maziade M. At risk for serious mental illness - screening children of patients with mood disorders or schizophrenia. *N Engl J Med* 2017; 376: 910-2.
- McMahon TJ, Luthar SS. Defining characteristics and potential consequences of caretaking burden among children living in urban poverty. *Am J Orthopsychiatry* 2007; 77: 267-81.
- Mitchel S, Black M. Freud and beyond. New York: Basic Books; 1995.
- Nijssens L, Vliegen N, Bales D. Persoonlijkheidstoornissen, in het bijzonder de borderline-persoonlijkheidsstoornis. In: *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 95-103.
- Ostman M. Interviews with children of persons with a severe mental illness: investigating their everyday situation. *Nord J Psychiatry* 2008; 62: 354-9.
- Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, Morriss R, e.a. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2016; 208: 213-22.
- Polderman TJC, Benyamin B, de Leeuw CA, Sullivan PF, van Bochoven A, Visscher PM, e.a. Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nat Genet* 2015; 47: 702-9.
- Schechter DS, Willheim E. Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18: 665-86.
- Schneider M, Debbané M, Bassett AS, Chow EWC, Fung WLA, van den Bree MBM, e.a. Psychiatric disorders from childhood to adulthood in 22q11.2 deletion syndrome: results from the International Consortium on Brain and Behavior in 22q11.2 Deletion Syndrome. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 627-39.
- Sullivan PF, Daly MJ, O'Donovan M. Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nat Rev Genet* 2012; 13: 537-51.
- Turner D, van der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P. Psychological interventions for psychosis. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 523-38.
- Vliegen N, Ruijten T. Moeder-kindinteractie en hechting. In: *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 261-8.

## SUMMARY

# Psychodynamic consequences of a family history with psychiatric disorders

C.G. BOUWKAMP, M.P. LAMBREGTSE-VAN DEN BERG, A.J.A. KIEVIT, S.A. KUSHNER

- BACKGROUND** A positive family history for psychiatric disorders is the most important risk indicator for developing psychopathology. Often, the psychological consequences of a positive family history are insufficiently acknowledged.
- AIM** To provide insight into the psychodynamics of children who grow up in a family with psychopathology, such as psychosis, to demonstrate how these effects can last a lifetime, and to suggest ways in which such effects might be prevented.
- METHOD** We review the relevant literature, discuss theoretical concepts, and make clinical recommendations.
- RESULTS** Parental psychopathology, including psychosis, can have a strong and lasting influence on the child's identity and sense of self.
- CONCLUSION** A positive family history for psychiatric disorders has the potential to seriously disrupt the normal development of identity and sense of self. Various types of psychosocial interventions might be able to reduce these harmful effects.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)8, 474-481

**KEY WORDS** family history, identity, psychiatric disorders, sense of self