

University of Groningen

## Preventie psychologische stoornissen bij kinderen

Maciejewski, Dominique F.; Havinga, Petra J.; Hillegers, Manon H.J.

*Published in:*  
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*  
 Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*  
 2022

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Maciejewski, D. F., Havinga, P. J., & Hillegers, M. H. J. (2022). Preventie psychologische stoornissen bij kinderen: Interventies voor intergenerationele transmissie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 166, [D6144]. <https://www.ntvg.nl/artikelen/preventie-psychologische-stoornissen-bij-kinderen>

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

## DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

## Preventie psychologische stoornissen bij kinderen

### Interventies voor intergenerationale transmissie

Dominique F. Maciejewski, Petra J. Havinga en Manon H.J. Hillegers

#### Samenvatting

Kinderen van ouders met een angst- of stemmingsstoornis hebben een verhoogd risico om zelf een angst- of stemmingsstoornis te ontwikkelen. Uit een kwalitatief onderzoek naar de verschillende componenten van goed onderzochte preventieprogramma's blijkt dat deze programma's allemaal gebruikmaken van psycho-educatie. Programma's die in de eerste plaats gericht zijn op kinderen, gebruiken vaak elementen uit de cognitieve gedragstherapie. Programma's die gericht zijn op het hele gezin bevatten componenten die gericht zijn op de communicatie tussen familieleden en op opvoedvaardigheden. In het algemeen zijn deze preventieprogramma's effectief om angst- of stemmingsstoornissen op korte en lange termijn te voorkomen en bestaande symptomen bij kinderen te verminderen. Toekomstig onderzoek moet meer aandacht besteden aan hoe, en voor wie, de preventieprogramma's effectief zijn. De eerstelijnsgezondheidszorg speelt een belangrijke rol bij het identificeren van kinderen met een verhoogd risico. Nascholing van professionals op dit gebied is dus belangrijk. Hierdoor kunnen kinderen met lichte klachten eerder in beeld komen waardoor ernstige problematiek en een intensief behandeltraject mogelijk voorkomen kunnen worden.

#### **Kinderen van ouders met een angst- of stemmingsstoornis hebben een verhoogd risico op eenzelfde stoornis. Hoe kunnen de huisarts, jeugdarts en praktijkondersteuner psychische problemen bij deze kinderen vroegtijdig opsporen?**

In Nederland wonen bijna 580.000 kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis.<sup>1</sup> Het risico dat deze kinderen zelf een psychiatrische stoornis ontwikkelen is aanzienlijk hoger dan dat van kinderen van ouders zonder deze stoornissen. Ze zijn dubbel belast wat betreft risicofactoren. Niet alleen hebben ze de genetische kwetsbaarheid van hun ouders meegekregen, ook groeien zij vaker op in een minder gunstig thuisomgeving waarin bijvoorbeeld opvoedproblemen of sociaal isolement voorkomen. Met name onderzoek onder kinderen van ouders met een angst- of stemmingsstoornis laat zien dat deze kinderen een 2-3 keer hoger risico hebben om zelf een dergelijke stoornis te ontwikkelen. De gemiddelde prevalentie hiervan bedraagt: 40%.<sup>2,3</sup> Uit ons eigen onderzoek onder 129 ouders met een stemmingsstoornis en hun 41 kinderen blijkt dat veel ouders en kinderen zich bewust zijn van de kwetsbare positie van de kinderen die onder deze omstandigheden opgroeien.<sup>4</sup>

Desondanks is bij zorgverleners binnen de volwassenen- en jeugd-ggz weinig structurele aandacht voor het inzetten van vroegpreventieve zorg voor deze kinderen. Daarnaast komen kinderen van ouders met psychiatrische problemen niet altijd in beeld bij de ggz voor volwassenen of bij jeugdzorg. In een onlinestudie onder 175 kinderen van ouders met psychiatrische stoornissen geeft 94% van hen aan dat ze ondersteuning willen van bijvoorbeeld een professional, of op school.<sup>5</sup> Een andere studie – in de eerste lijn – laat zien dat slechts 37% van deze kinderen ondersteuning krijgt. Deze ondersteuning bestaat met name uit contact met verschillende instanties zoals de huisarts, de school of jeugdzorg.<sup>6</sup>

Met de overdracht van de financiering van de jeugd-ggz naar de lokale gemeenten in 2015, is de afstand tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie verder vergroot. Dit heeft bijgedragen aan de verdere versnippering van de preventieve ondersteuning voor deze kinderen. Ook in ons onderzoek gaf meer dan de helft van de ouders met een stemmingsstoornis aan dat hun kinderen tijdens het behandeltraject onvoldoende aandacht krijgen, terwijl 72% van deze kinderen daar wel behoefte aan heeft.<sup>4</sup>

#### Effectieve preventieprogramma's voor kinderen

Met het oog op de hoge prevalentie van psychiatrische problemen en het verhoogde risico daarop bij kinderen van ouders met een angst- of stemmingsstoornis, is er in de laatste decennia een aantal preventieprogramma's ontwikkeld. Gezien de toename van de zorgvraag in het mentale-gezondheidsdomein en de huidige belasting van het zorgsysteem, is succesvolle implementatie van deze preventieprogramma's uitermate belangrijk.<sup>7</sup>

Begin 2021 hebben wij een systematische review en meta-analyse gepubliceerd in het *British Journal of Clinical Psychology*, waarin we een overzicht gaven van goed onderzochte preventieprogramma's voor kinderen van 6 tot 24 jaar van ouders met een angst- of

stemmingsstoornis.<sup>8</sup> We includeerden uitsluitend RCT's. De kinderen in deze RCT's hadden een gemiddelde leeftijd van 12,3 jaar; 57% was een meisje. Omdat we ons richtten op psychologische interventies van preventieve aard hebben we farmacologische studies en studies onder kinderen die al een stoornis hadden niet meegenomen in ons onderzoek. Uit ons literatuuronderzoek kwamen 8 preventieprogramma's naar voren waarvan we hieronder de kenmerken en effectiviteit beschrijven. Meer informatie over studiekekenmerken is terug te vinden in het supplement.

### Kenmerken van preventieprogramma's

Globaal zijn er 2 groepen preventieprogramma's te onderscheiden: (a) preventieprogramma's die in de eerste plaats gericht zijn op het kind; en (b) programma's die gericht zijn op ouders én kinderen (zie supplement).

Alle programma's boden psycho-educatie aan. Zo leerden kinderen wat verstaan wordt onder een angst- of stemmingsstoornis, wat de risicofactoren hiervan zijn en hoe vaak deze voorkomen. Deze informatie werd verbonden met de situatie binnen de familie. Er werd bijvoorbeeld besproken hoe kinderen symptomen van ouders ervaren en hoe deze symptomen de sfeer in het gezin beïnvloeden. Ook werd de relatie tussen problematiek van de ouders en risico hierop voor de kinderen uitgelegd. Hierbij werd benadrukt dat niet iedereen met een verhoogd risico ook daadwerkelijk zelf een stoornis ontwikkelt en dat het vergroten van je veerkracht kan helpen het risico te verminderen.

De programma's die gericht waren op de kinderen bevatten vooral elementen uit de cognitieve gedragstherapie. Hierin werden met cognitieve herstructurering belemmerende gedachten opgespoord en uitgedaagd. Een ander element dat werd gebruikt was gedragsactivatie. Hiervoor maakten kinderen een lijst van plezierige activiteiten, bijvoorbeeld sporten, en stelden ze doelen om de frequentie of duur van deze activiteiten te verhogen en vergroten. Ten slotte leerden kinderen in een aantal programma's om hun sociale netwerk te vergroten en oefenden ze ontspannings- en probleemoplossingsstrategieën.

Bij programma's gericht op het gezin was er aandacht voor communicatie tussen de gezinsleden, opvoedingsvaardigheden of een combinatie van beiden. Ouders werden getraind in het verbeteren van hun algemene communicatie, bijvoorbeeld door actief te luisteren, en in de communicatie rondom hun ziekte. Daarnaast leerden ouders om hun kinderen te stimuleren bij het oefenen van adaptieve copingstrategieën.

### Effectiviteit van preventieprogramma's

Naast de beschrijving van de elementen van de preventieprogramma's hebben we ook een meta-analyse uitgevoerd om zicht te krijgen op de effectiviteit van de preventieprogramma's (zie supplement). Uit de meta-analyse bleek dat preventieprogramma's het risico op een angst- of stemmingsstoornis op de korte en lange termijn statistisch significant verminderden (tabel). Verder lieten de studies zien dat preventieprogramma's resulteerden in een statistisch significante afname van angst- en depressiesymptomen, zowel na afloop van de interventie (Hedges' g: -0,19; 95%-BI: -0,36,0 tot -0,02) als 12 maanden later (Hedges' g: -0,31; 95%-BI: -0,57 tot -0,06). Het effect hiervan was echter relatief klein. Bovendien hebben de meeste studies niet gerapporteerd of de afname klinisch relevant was. Individuele resultaten van de studies zijn te vinden in het supplement.

experimentele groep	controlegroep						
	events*	totaal†	%	events*	totaal†	%	RR (95%-BI)
9-18 maanden; n = 6	48	378	12,7	105	369	28,5	0,37 (0,21-0,66)
24-54 maanden; n = 4	93	403	23,1	133	387	34,4	0,71 (0,57-0,87)

n = aantal studies; RR = relatieve risico.

\* Som van het aantal events in alle studies. Een event is een angst- of stemmingsstoornis die werd vastgesteld met een gestructureerd psychiatrisch interview.

† Som van alle deelnemers in alle studies.

**Tabel**  
**Effecten van preventieprogramma's op de incidentie van angst of stemmingsstoornissen**

### Resultaten en kennishiaten

Hoewel het onderzoek aantoont dat preventieprogramma's effectief zijn, bestaan er nog enkele hiaten. Zo zijn de langetermijneffecten van preventieprogramma's nog onbekend, aangezien de meeste studies een korte follow-upduur hebben. De langstduurende studie had een follow-upperiode van 4,5 jaar.<sup>9</sup> Daarnaast bestaat het risico op een selectiebias. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de gezinnen die deelnemen aan de preventieprogramma's ook de gezinnen zijn waarvan de ouders zich bewust waren

van het risico voor hun kinderen. Het is ook mogelijk dat de andere ouders zo ernstig ziek waren dat deelname niet haalbaar was. Of dat ouders niet mee wilden doen nadat hun symptomen na behandeling waren afgenomen, omdat ze geen nieuwe confrontatie met hun ziekte wilden aangaan.<sup>10,11</sup> Bovendien rapporteerde een van de studies dat kinderen die geen klachten ervoeren vaak het nut van een preventieprogramma niet inzagen en daarom niet wilden deelnemen.<sup>12</sup> Deze selectiebias speelt waarschijnlijk niet alleen een rol in onderzoek, maar ook bij de uitvoering van preventieprogramma's in de praktijk. Wie er precies baat hebben bij deze programma's is dan ook onbekend, onder meer omdat niet is onderzocht of de deelnemende kinderen en gezinnen een representatieve groep vormden.

Een ander punt is dat het onbekend is wat de afzonderlijke bijdrage is van elk van de elementen van deze programma's aan het preventieve effect. Ten slotte is het onduidelijk voor wie interventies het beste werken en hoe ze werken. Bestaande studies laten tegenstrijdige resultaten zien. Zo blijkt uit sommige studies dat bij kinderen die meer klachten hadden aan het begin van het preventieprogramma grotere verbeteringen te behalen waren, terwijl andere studies het tegenovergestelde lieten zien.<sup>13,14</sup> Wat mechanismen betreft blijkt dat zowel kind-gerelateerde factoren, zoals coping, als ouder-gerelateerde factoren, zoals ouderlijk toezicht, positieve effecten hebben op de uitkomst van preventieprogramma's.<sup>13,15</sup> Deze mediators zijn echter niet systematisch in alle de studies gemeten. Het vaststellen van moderators en mediators is een belangrijk onderwerp voor toekomstig onderzoek.

### Identificatie van en steun aan kinderen met een verhoogd risico

Zoals hierboven beschreven heeft eerder onderzoek laten zien dat kinderen van ouders met een angst- of stemmingsstoornis een verhoogd risico op psychiatrische stoornissen hebben, maar dat er voor deze groep ook effectieve preventieprogramma's beschikbaar zijn. Vroegtijdige identificatie van deze kinderen en gezinnen en de inzet van gepaste interventie is daarom erg belangrijk. In Nederland zijn hierin de afgelopen jaren belangrijke stappen gezet door kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen die professionals hierbij kunnen ondersteunen. Zo is er de richtlijn voor jeugdhulp en jeugdbescherming over 'Kinderen van ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen' en is in 2019 de ggz-standaard 'Zorg voor ouders met psychische of verslavingsproblemen en hun kinderen' gepubliceerd.<sup>16,17</sup> Opgemerkt moet worden dat de implementatie van deze standaarden blijvende aandacht verdient, omdat ze niet door alle zorgprofessionals worden toegepast.<sup>1</sup>

De eerste lijn kan hierbij een grote rol spelen. De huisarts heeft vaak het beste zicht op het gehele gezin. Ook de jeugdgezondheidszorg willen we hier noemen. De jeugdarts ziet alle kinderen regelmatig, vanaf de geboorte tot jonge volwassenheid en kan zo een rol spelen bij een vroege identificatie. Idealiter begint de identificatie en steun al voor de geboorte, bijvoorbeeld door verloskundigen of tijdens psychiatrie-, obstetrie- en pediatriepoli's (POP-poli's), omdat een stemming- of angststoornis van de moeder, tijdens en na de zwangerschap, een langdurig effect kan hebben op het kind. Hiervoor is het noodzakelijk dat er bij de professionals uit de eerste lijn voldoende kennis is over dit familiale risico en over signalen van deze problematiek bij het kind. Uit een internationale studie onder 45 professionals, van wie het merendeel werkzaam was in de ggz, bleek dat zelfs binnen de ggz kennis over psychiatrische aandoeningen van de ouder en de samenhang met opvoedproblematiek beperkt is. Dit bemoeilijkt het bespreekbaar maken en wordt dus vaak nagelaten.<sup>18</sup> Nascholing op dit gebied binnen de eerste lijn is dan ook essentieel aangezien de huisarts, jeugdarts en praktijkondersteuner-ggz psycho-educatie aan kunnen bieden, een belangrijk en weinig intensief onderdeel van preventieprogramma's.<sup>19</sup> Door het aanbieden van preventieprogramma's kunnen kinderen met lichte klachten eerder geïdentificeerd en behandeld worden en kan ernstige problematiek voorkomen worden.

### Tot slot

Op basis van hiaten in eerder onderzoek rondom de intergenerationale overdracht, vroege herkenning en preventie, hebben wij in 2017 een samenwerkingsproject opgezet met onderzoekers van universiteiten en umc's, patiëntenverenigingen en instellingen in heel Nederland, het 'mood and resilience in offspring'(MARIO)-project (zie supplement).<sup>20</sup> Het MARIO-project richt zich op gezinnen met kinderen van 10-25 jaar en ouderlijke psychiatrische problematiek. Dit project bestaat uit 3 deelstudies: (a) een longitudinale cohortstudie om de intergenerationale transmissie van psychopathologie beter te begrijpen; (b) een screeningsstudie om stemmingsproblemen vroeg te herkennen in de praktijk; en (c) een interventiestudie gericht op psycho-educatie en versterken van veerkracht om problemen bij deze kinderen te voorkomen.

Gezinnen met ouderlijke psychiatrische problematiek en kinderen van 10-25 jaar kunnen verwezen worden naar de studiewebsite <https://mario-project.nl/>. Met de resultaten van het MARIO-project hopen wij kinderen van ouders met een psychiatrische ziekte te steunen door eerder problemen te signaleren en hulp te bieden.

– Online artikel en reageren op [ntvg.nl/D6144](https://ntvg.nl/D6144)

– Radboud Universiteit, Behavioural Science Institute, afd. Developmental Psychopathology, Nijmegen: dr. D.F. Maciejewski, universitairdocent. UMC Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie, Interdisciplinair Centrum Psychopathologie en

Emotieregulatie, Groningen: dr. P.J. Havinga, docent-onderzoeker. Erasmus MC Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kinder- en jeugdpsychiatrie/psychologie, Rotterdam: prof.dr. M.H.J. Hillegers, psychiater.

- Contact: D.F. Maciejewski ([d.maciejewski@pwo.ru.nl](mailto:d.maciejewski@pwo.ru.nl))
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: er zijn mogelijke belangen gemeld bij dit artikel. ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.
- Aanvaard op 27 oktober 2021
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165: D6144

## Literatuur

1. Van der Zanden R, Haverman M, van der Poel A. [Resultaten van een rondgang in de uitvoeringspraktijk van preventie, zorg en ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen \(KOPP\) en kinderen van verslaafde ouders \(KVO\)](#). Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
2. Micco JA, Henin A, Mick E, et al. Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: a meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2009;23:1158-64. [doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.021](#). [Medline](#)
3. Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophr Bull.* 2014;40:28-38. [doi:10.1093/schbul/sbt114](#). [Medline](#)
4. Maciejewski DF, Penninx BWJH, Hillegers. [Behoeften van ouders met stemmingsstoornissen en hun kinderen](#). Amsterdam: Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA); 2017.
5. Grové C, Reupert A, Maybery D. The perspectives of young people of parents with a mental illness regarding preferred interventions and supports. *J Child Fam Stud.* 2016;25:3056-65. [doi:10.1007/s10826-016-0468-8](#).
6. Potter R, Mars B, Eyre O, et al. Missed opportunities: mental disorder in children of parents with depression. *Br J Gen Pract.* 2012; e487-e493. [doi:10.3399/bjgp12X652355](#). [Medline](#)
7. Merry SN. Prevention and early intervention for depression in young people – a practical possibility? *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20:325-9. [doi:10.1097/YCO.0b013e3281bc0d19](#). [Medline](#)
8. Havinga PJ, Maciejewski DF, Hartman CA, Hillegers MHJ, Schoevers RA, Penninx BWJH. Prevention programmes for children of parents with a mood/anxiety disorder: systematic review of existing programmes and meta-analysis of their efficacy. *Br J Clin Psychol.* 2021;60:212-251. [doi:10.1111/bjc.12277](#). [Medline](#)
9. Bearslee WR, Wright EJ, Gladstone TRG, Forbes P. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *J Fam Psychol.* 2007;21:703-13. [doi:10.1037/0893-3200.21.4.703](#). [Medline](#)
10. Festen H, Schipper K, de Vries SO, Reichart CG, Abma TA, Nauta MH. Parents' perceptions on offspring risk and prevention of anxiety and depression: a qualitative study. *BMC Psychol.* 2014;2:17. [doi:10.1186/2050-7283-2-17](#). [Medline](#)
11. Solantaus T, Paavonen EJ, Toikka S, Punamäki RL. Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19:883-92. [doi:10.1007/s00787-010-0135-3](#). [Medline](#)
12. Goldstein TR, Fersch-Podrat R, Axelson DA, et al. Early intervention for adolescents at high risk for the development of bipolar disorder: pilot study of Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT). *Psychotherapy (Chic).* 2014;51:180-9. [doi:10.1037/a0034396](#). [Medline](#)
13. Ginsburg GS, Drake KL, Tein J-Y, Teetsel R, Riddle MA. Preventing onset of anxiety disorders in offspring of anxious parents: a randomized controlled trial of a family-based intervention. *Am J Psychiatry.* 2015;172:1207-14. [doi:10.1176/appi.ajp.2015.14091178](#). [Medline](#)
14. Weersing VR, Shamseddeen W, Garber J, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: predictors and moderators of acute effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55:219-26. [doi:10.1016/j.jaac.2015.12.015](#). [Medline](#)
15. Compas BE, Champion JE, Forehand R, et al. Coping and parenting: mediators of 12-month outcomes of a family group cognitive-behavioral preventive intervention with families of depressed parents. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78:23-634. [doi:10.1037/a0020459](#). [Medline](#)
16. [Richtlijn Kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen \(KOPP/KOV\)](#). Utrecht: Nederlands Instituut van Psychologen; 2020.
17. [GGZ-Standaard Zorg voor ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek en hun \(volwassen\) kinderen \(KOPP/KOV\)](#). Utrecht: AkwaGGZ; 2019.
18. Van Doesum KTM, Riebschleger J, Carroll J, et al. Successful recruitment strategies for prevention programs targeting children of parents with mental health challenges: an international study. *Child Youth Serv.* 2016;37:156-74.

[doi:10.1080/0145935X.2016.1104075](https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104075).

19. Van Gijssel E. Let op kinderen van ouders met psychische problemen. Huisarts Wet. 2018;61:71-3. [doi:10.1007/s12445-018-0324-8](https://doi.org/10.1007/s12445-018-0324-8).
20. Maciejewski D, Hillegers M, Penninx B. Offspring of parents with mood disorders: time for more transgenerational research, screening and preventive intervention for this high-risk population. Curr Opin Psychiatry. 2018;31:349-57. [doi:10.1097/YCO.0000000000000423](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000423). [Medline](#)