

# Een eigentijds klinisch behandelmodel voor adolescenten

Jan van Gerwen, psycholoog-psychotherapeut, en  
Pierre Sebregts, klinisch psycholoog-psychotherapeut.

*'De groep, de groep ... altijd de groep! Kun je hier dan helemaal niets alleen doen?' Aldus een typische verzuchting van een zeventienjarig meisje, dat op de Jeugdafdeling is opgenomen. En een bezoeker tijdens een excursie merkt op: 'Jullie doen wel alles in groepen, hè?' Met de bezorgde ondertoon van: wat moet er op die manier terechtkomen van de individuele ontwikkeling van de aan jullie zorgen toevertrouwde patiënt? Want gaat het daar uiteindelijk toch niet om?*

Zo begon Hans Eykman in 1982 zijn artikel 'De groep als behandelinstrument' opgetekend ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van De Viersprong.

De groep en groepspsychotherapie zijn nog steeds belangrijke en onmisbare bouwstenen van de behandeling in onze kliniek voor psychotherapie aan adolescenten (KPA). Het gaat ook nog steeds om klinische psychotherapie met milieutherapie als leidend principe. Er geldt nog een aantal basisprincipes uit de tijd van de therapeutische gemeenschapsbeweging in Nederland (Lansen, 1977). Het gaat nog steeds over 'holding, containment en veiligheid' binnen de muren van de kliniek; een georganiseerde leef- en werkgemeenschap met binnen- en buitengrenzen. Nog steeds is er aandacht voor normale groei en ontwikkeling van de adolescent én dus voor pedagogiek, identificatiemogelijkheden, ik-steun

en dus voor goed genoeg ouderschap. Het gaat nog steeds om een dynamisch geheel van staf en patiënten waarin naar een evenwicht wordt gestreefd en met milieutherapie als voortdurende vinger aan de pols.

Voor de motivatie en het enthousiasme van de stafmedewerkers die bereid zijn om zich elke dag weer, in een vaak heftig emotioneel interpersoonlijk klimaat, professioneel op te stellen, is het ook belangrijk om op te merken dat het nog steeds werkt. De behandeling volgens ons behandelmodel van adolescenten biedt aan vastgelopen jongeren met een dreigende persoonlijkheidsproblematiek de kans persoonlijk, relationeel en maatschappelijk duurzaam beter te functioneren. Resultaten van het follow-up onderzoek geven aan dat het behandelresultaat ook is dat jongeren na behandeling beter functioneren én dat deze verbetering ook van langere duur is (Timman & Trijsburg, 2004).

Er is dus nog veel hetzelfde. Echter, er zijn de laatste tien jaar ook veel veranderingen. De ontwikkeling van een eigentijds klinisch behandelmodel voor adolescenten met dreigende persoonlijkheidsproblematiek is in volle gang. We noemen de belangrijkste verschuivingen:

1. De populatie patiënten is veranderd. Het gaat om jongeren met meer ernstige stoornissen. Meestal gaat het om een combinatie van hardnekkige As I-symptomen en ernstige stoornissen in de ontwikkeling van de persoonlijkheid (As II: B en C cluster). Behalve dat het gaat om het in goede banen leiden van een dreigende stoornis in de ontwikkeling van de persoonlijkheid gaat het dus ook om het doelgericht behandelen van symptomen. Bij menig jongere wordt bijvoorbeeld concreet gewerkt aan impulscontrole en spanningsregulatie.

2. Het aantal referentiekaders, waarvan elementen geïntegreerd worden ingezet in het klinisch psychotherapeutisch model, is uitgebreid. Het gaat om elementen uit de psychoanalyse, de groepsdynamica, de leertheorie (m.n. cognitieve gedragstherapie) en het systeemdenken.

In plaats van een alleen op ontdekking en reconstructie gerichte behandeling zijn de ingrediënten nu ook supportief en sterk ontwikkelingsgericht. De jongeren worden voortdurend gestimuleerd om het ontwikkelingsniveau van hun leeftijdgenoten bij te houden. Hierdoor is de actiegerichtheid in de vorm van oefenen en ervaren, altijd al een onderdeel van adolescentenpsychothe-

rapie, toegenomen én is er veel aandacht voor de beïnvloeding van niet-adaptieve cognitieve structuren.

3. Het individuele behandelplan is naast de milieutherapie en de groepstherapie centraler gesteld als leidend principe. In het breder wordende spectrum van behandel mogelijkheden fungeert het individuele behandelplan als bindend element waardoor meer zorg op maat mogelijk is. Dit is bijvoorbeeld nadrukkelijk van belang bij de onderdelen van het behandelprogramma die niet gevolgd worden in de eigen behandelgroep.

4. Er is een toegenomen aandacht voor het verbeteren van de resocialisatie én het betrekken van de gezinscontext bij de behandeling (Cathoor & Boonstra, 2005, en Boonstra & Hillewaere, zie elders in dit nummer).

5. De vijfde belangrijke verschuiving is de verandering in de behandelorganisatie van de KPA. Door de wijziging in behandelorganisatie, is ook de staforganisatie aangepast, zoals dadelijk duidelijk zal worden. We bedoelen hiermee dat de disciplinegebonden behandeling (eilandjes psychotherapie, vaktherapie, sociotherapie onder het waakzame oog van de milieutherapie) vervangen werd door een formele multidisciplinaire behandeling en organisatie. Er was natuurlijk allerlei inhoudelijk multidisciplinair teamoverleg, maar we ervoeren te weinig overeenstemming in het behandelbeleid en te weinig integratie van de verschillende invalshoeken, door de te strikte indeling in disciplines. Momenteel wordt het behan-

delplan door de psychotherapeut geschreven, op geleide van de observaties die door het multidisciplinaire team gedaan zijn en in het overleg besproken. Zo kan hetzelfde behandeldoel op verschillende manieren benaderd worden, maar steeds bewaakt door het multidisciplinaire team.

Deze verandering van de formele behandel- en stafstructuur heeft grote invloed op de dagelijkse praktijk. Een voorbeeld is dat nu elke werkdag in het woongebouw begonnen en afgesloten wordt met een multidisciplinair rapport met alle aanwezige teamleden. Door deze ontwikkeling is het multidisciplinaire karakter versterkt en is er meer dagelijkse afstemming mogelijk voor het bereiken van de noodzakelijke synergie.

Het moge duidelijk zijn dat er een voortdurende spanning is tussen uniformiteit en uniciteit en dat er aan de uniciteit bepaalde grenzen zitten. In de dagelijkse praktijk is dit een steeds terugkerend spanningsveld. Aan hoeveel patiënten met een (*low level*) borderline structuur kunnen we *containment* bieden in één groep; hoe lang kun je een uitzondering maken voor iemand met eetproblemen die blijft braken; hoe ver kan individuele ondersteuning gaan in een setting waarin met groepen en de grote leefgroep wordt gewerkt; wat is de mate van externaliserend en agerend gedrag die je kunt hanteren in een psychotherapeutisch milieu met vaste spelregels gericht op 'heel maken' etc. Dit zijn de belangrijke verschuivingen die hebben plaatsgevonden. Was het in eerdere jaren vooral het spanningsveld tussen de permissieve houding

van de psychotherapie en de pedagogische en ontwikkelingsgerichte opstelling van de sociotherapie, de dichotomie tussen letterlijk het woongebouw en het therapiegebouw, heden ten dage is het vooral het met de verschillende disciplines zoeken naar wat voor het individu, de groep en de grote groep van belang is om de gestelde behandeldoelen te realiseren. Het gaat om de grens tussen samen en apart: het adolescenten thema bij uitstek<sup>1</sup>.

### De adolescentenkliniek

De KPA biedt klinische psychotherapeutische behandeling aan jongeren in de leeftijd van 14 t/m 19 jaar met ernstige stoornissen die de ontwikkeling op meer terreinen (gezin, school, peergroep, vrije tijd) belemmeren. Meestal gaat het om een combinatie van ernstige symptomen op As I en een (dreigende) stoornis in de persoonlijkheidsontwikkeling op As II van de DSM-IV. Een heterogene groep voor wat betreft symptomatologie, persoonlijkheidsproblematiek en niveau van ik-sterkte binnen bepaalde grenzen.

De KPA is een dynamisch geheel van staf en jongeren met de milieutherapie, de groepstherapie én het individuele behandelplan als de leidende principes. De 40 à 45 jongeren die zijn opgenomen zijn verdeeld over vier behandelgroepen en een eindfasegroep met verschillende varianten. Het basisprogramma omvat verbale en non-verbale groepspsychotherapie, sociotherapie, systeemtherapie, individuele psychotherapie op indicatie, individuele vaktherapie op

<sup>1</sup> Met het adolescententhema bij uitstek bedoelen wij dat de mogelijkheid om een identiteit te vormen enerzijds tot stand komt in gemeenschap met en een gevoel van behoren tot significante figuren en dat anderzijds het handhaven van een gevoel van identiteit voor een belangrijk deel gelegen is in het vermogen separatie te verdragen van deze zelfde significante anderen. Het kenmerkende conflict van de adolescent is tussen een sterke behoefte aan contact enerzijds en een intense angst voor afhankelijkheid (ik-verlies) anderzijds.

indicatie, keuzemodules en deeltijdschool. De jongeren wonen en leven gezamenlijk in één grote therapeutische leefgemeenschap. Behalve de manager en de milieu-therapeut, tevens psychiater, behoren alle stafleden tot een van de twee multidisciplinaire behandelteams.

De ouders / verzorgers en andere significante anderen worden bij de behandeling betrokken door niet alleen met de jongere maar ook met zijn gezin een overeenkomst aan te gaan bij opname, door gezintherapiegesprekken, oudergroepen, bezoek en informatieavonden en contactmiddagen. In de eindfase kunnen de jongeren deelnemen aan verschillende programma's gericht op toenemende resocialisatie. Nazorg is mogelijk in de vorm van beperkte ambulante psychotherapie.

### **Geschiedenis en modelkeuze**

Sinds het midden van de jaren negentig worden de eerste stappen gezet om het, weliswaar specifiek op adolescenten gerichte, maar toch hoofdzakelijk reconstructieve model (Janzing & Lansens, 1996) met ontdekkende, inzichtgevende psychotherapie vanuit de psychodynamische traditie als leidend principe te verlaten en om te bouwen naar een model met meer ontwikkelingsgerichte en supportieve elementen. De nodige stimulering, steun en structuur sluiten aan bij de ontwikkelingsstaken van de adolescent én bij de verschuiving van de doelgroep naar vooral jongeren met een ernstig bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling, waarbij het aangewezen is expli-

ciete doelstellingen na te streven ten aanzien van het reduceren van symptomen.

Voorbeelden hiervan zijn de limitering van de behandelduur tot maximaal één jaar, de invoering van het schoolprogramma en een groter accent op de eindfase ter verbetering van de resocialisatie. De ontwikkeling die hierop volgde is eigenlijk een ontwikkeling van nog meer differentiatie in het behandelmilieu: een uitbreiding van de keuzemogelijkheden op grond van individuele behandelplannen. Vormen van differentiatie, die inmiddels hun intrede hebben gedaan, zijn onder andere de toevoeging van het cognitief-gedragstherapeutische referentiekader, het tot stand komen van een modulair behandel aanbod naast het aanbod in de vaste therapiegroepen en de komst van de persoonlijk begeleider.

Het centrale thema in de huidige ontwikkeling van de KPA blijft het onderbrengen van deze behandel differentiaties in een geïntegreerd model. We verwijzen voor het pionierswerk naar Nijs & Catshoek (2000). Als bij de invoering van een nieuw element de integratie niet lukt blijft het, zoals bij elke spanningsbron in de staforganisatie en communicatie, een magneet voor allerlei afgesplitste en geprojecteerde delen van patiënten. Integratie betekent dat methoden, technieken, middelen, attitudes onderling samenhangend zijn afgestemd op het behandelingsdoel. Een integratief kader, een basisfilosofie die de structuur draagt, is een voorwaarde voor elke vorm van klinische psychotherapie. De integratieve mogelijkheden van het model bepalen vervolgens wat hanteerbaar is. Door o.a.

Janzing en Lansen (1996) en Janzing en Kerstens (1997) worden drie ideaal-typische modellen beschreven: het reconstructieve, het supportieve en het sociaal-therapeutische model. Alhoewel gesteld wordt dat deze modellen in de praktijk samen voor kunnen komen, wordt betoogd een keuze te maken voor een model of een combinatie van twee modellen waarvan er één duidelijk op de voorgrond staat. Ons huidige KPA-model heeft echter elementen uit alle drie de onderscheiden modellen. Zeker bij adolescenten kunnen reconstructieve behandelmethoden niet bestaan zonder voldoende supportieve elementen. Een duidelijke pedagogische structuur is bijvoorbeeld onontbeerlijk. Ook zal de 'normale' regressie die ontstaat in adolescentengroepen vaak beperkt en gekanaliseerd moeten worden om tot een werkbaar niveau te kunnen komen. Omdat er meer ik-zwakke jongeren deelnemen, zijn er meer mogelijkheden in het behandelmilieu gericht op het versterken van uitvoerende ik-functies. In dit kader noemen we de cognitieve groepspsychotherapiezitting, de vaktherapiegroepen op indicatie en de keuzemodules (bijvoorbeeld 'sociale angst' en 'omgaan met hoge eisen' in cursusvorm). Dit zijn alle procesgerichte of thematische, supportieve groepstherapiegroepen. Naast dus de reconstructieve en supportieve elementen zijn er ook aspecten geïntegreerd van het sociaal therapeutische model in de zin dat er een rijke variatie aan mogelijkheden is tot sociaal leren en het verbeteren van de sociale adaptatie. De jongeren worden aangesproken op hun junior- of seniorschap, ze oefenen in de rol van groeps-

vertegenwoordiger, voorzitter huistherapie, voorzitter huisoverleg, voorzitter sport en cultuur etc.

Onze keuze is om de samenhang van het behandelmilieu in zijn totaliteit te zoeken in een metamodel ingegeven door de specifieke kenmerken van psychotherapie bij adolescenten (zie o.a. Eykman, 1993 en Tjihuis, 1993). Bij onze adolescenten is het centrale doel het faciliteren van de ik-functies, zowel in synthetiserende, uitvoerende als adaptieve zin, en het vergroten van het probleemoplossend vermogen bij de ontwikkelingsspecifieke conflicten. Dit centrale doel en de specifieke kenmerken van de adolescentie zijn bepalend voor de behandelphilosofie, die transparant en op consistente wijze, tot uiting komt in ons klinisch psychotherapeutisch arrangement.

### **Behandelplan**

Door Hutsebaut (2004) zijn de volgende vijf uitgangspunten geformuleerd:

1. Het behandelplan dient de rode draad van de behandeling te vormen. Dat kan alleen als het voldoende duidelijk en overzichtelijk is zodat het bruikbaar is voor alle disciplines.
2. Het behandelplan dient gebaseerd te zijn op een grondige diagnostische evaluatie van de problematiek waarin leertheoretische, systemische en psychodynamische invalshoeken gecombineerd worden.
3. Het behandelplan dient in te spelen op de leeftijdseigen ontwikkelingsstaken die horen bij de adolescentie. Behalve dat er probleemgerichte doelstellingen worden

gekozen, betekent dit ook dat ontwikkelingsstaken worden gestimuleerd en dat er oog is voor protectieve factoren en kwaliteiten, die verder uitgebouwd kunnen worden.

4. Het behandelplan dient ruimte te laten voor een fasering van de behandeling: welke doelen worden op korte en welke op lange termijn gesteld?
5. Het behandelplan dient voor een volgende periode duidelijk aan te geven welke doelen gesteld worden en hoe het behalen van die doelen geëvalueerd kan worden. Dat houdt ook in dat deze doelen vertaald moeten kunnen worden in concrete interventies vanuit elke discipline en toepasbaar zijn in de verschillende settings.

Om deze uitgangspunten concreet vorm te geven, is gekozen voor een behandelplan dat bestaat uit drie luiken. Het eerste luik is een uitgebreid diagnostisch luik. Verder bouwend op de systeemniveaus van Oudshoorn (1985) worden vijf niveaus onderscheiden waarop een diagnostische evaluatie plaatsvindt: klacht- (descriptief), structureel-dynamisch, systemisch, ontwikkelings- en somatisch niveau. Op klachtniveau wordt een beschrijving gegeven van de aanmeldingsklachten, eventueel geordend en verbonden in een holistische theorie. Op structureel-dynamisch niveau wordt een inschatting gemaakt van het niveau van de persoonlijkheidsstructuur en de dynamisch relevante thema's. Het ontwikkelingsniveau geeft de mogelijkheid om niet alleen een evaluatie te maken van de situatie

van de jongere ten aanzien van de ontwikkelingsstaken, maar ook om de protectieve factoren en de (kern)kwaliteiten van de jongere in de behandeling te integreren. Het systemische niveau geeft een kader om de individuele klacht te kaderen in een systeemcontext en het somatische niveau biedt de mogelijkheid om somatische aspecten zoals medicatie, drugsgebruik of specifieke ziekten en ingrepen te evalueren. In het tweede luik worden de behandeldoelen geformuleerd voor de vijf niveaus op basis van de grondige diagnostische evaluatie. De diagnostische inschatting geeft ook de mogelijkheid om een fasering in de behandeling te verantwoorden. Sommige doelen situeren zich eerder op korte termijn, andere op lange termijn.

Het derde luik vormt dan de concrete leidraad voor de komende behandelperiode: wat zijn de doelen voor deze periode en welke interventies vanuit de verschillende disciplines sluiten daar op aan? Voor de implementatie van deze interventies wordt uitgegaan van de verschillende settings: individu, groep (slaapkamer-groep, vaste en modulaire groep), gemeenschap, gezin, school en multidisciplinair team. Dit derde luik wordt op verschillende momenten in de behandeling geëvalueerd en aangepast. Met de jongeren worden de doelen per periode concreet gemaakt in een behandelovereenkomst.

### **Casus Anton**

Hieronder volgt een casusbeschrijving van Anton (17 jaar). Ter illustratie van het behandelplan dat hierboven beschreven is

zullen eerst relevante delen hieruit betreffende Anton gepresenteerd worden.

### ***Luik 1: Diagnostiek***

Klachten: contactproblemen, stemmingsklachten en aanpassingsproblemen.

Structureel-dynamisch: Anton is geboren vlak na een huwelijks crisis van zijn ouders.

Het huwelijk ging snel achteruit en kende een jarenlang slepende neergang met conflicten, spanning, vader die uit huis werd gezet en uiteindelijk de echtscheiding. Anton was hierin een speelbal, deed mee aan de conflicten, probeerde ook te redden wat er te redden viel, maar kwam veel tekort op het vlak van zorg, aandacht en begrenzing.

Als reactie hierop heeft hij een gedragspatroon ontwikkeld waarin hij anderen domineert met voorwaardelijke zorg en kennis, erg gericht is op eigen belangen, disproportioneel aandacht opeist voor zichzelf en weinig respect toont voor de omgeving. Hij neigt tot rivaliseren. Er zijn narcistische en theatrale trekken in de persoonlijkheid, de identiteit is weinig uitgerijpt. Onderliggend is er faalangst en een zwak zelfgevoel.

Ontwikkelingspsychologisch: in sociaal-emotioneel opzicht is er een achterstand, Anton kan zich moeilijk hechten aan en inleven in anderen, er is weinig wederzijdsheid. Psychosexueel is de identiteit niet leeftijdsadequaat uitgerijpt. Hij heeft een bovengemiddeld IQ, maar VWO 4 heeft hij gedoubleerd. De aspiratie om cardioloog te worden is onrealistisch.

Systemisch: tussen Anton en moeder is vaak een conflictueuze sfeer, vader noch moeder bekommeren zich echt om Anton.

Vader en moeder kunnen niet met elkaar in eenzelfde ruimte zijn. De communicatie binnen het gezin wordt gekenmerkt door verbale gevechten die een uiting zijn van onderliggende achterdocht, vooringenomenheid en machtsstrijd.

Somatiek/intoxicaties: geen bijzonderheden.

### ***Luik 2: Behandeldoelen en fasering***

Als doelen werden aanvankelijk gesteld de stemmingsklachten en contactproblemen te verminderen en zijn maatschappelijke aanpassing te verbeteren doordat hij leert verantwoordelijkheid te dragen.

Fasering:

1. Inzicht krijgen in het mechanisme waardoor hij depressieve klachten krijgt. Dit hangt sterk samen met aanpassingsproblemen die hij heeft en negatieve basisovertuigingen over wat de omgeving denkt over hem. Veranderen van basisovertuigingen en contactname (psychotherapie, dramatherapie en psychomotore therapie).
2. Deelname aan de module Sociale Vaardigheden.
3. Inzicht krijgen in de wijze waarop hij aan bevestiging wil komen, hoe hij vertrouwd is geraakt met negatieve feedback en onbewust alles doet om dat weer te krijgen (psychotherapie, dramatherapie en psychomotore therapie).
4. Experimenteren met nieuw gedrag, wat vooral gaat over verantwoordelijkheid dragen en aanpassing aan de omgeving (sociotherapie).
5. De relaties met vader en moeder ontdoen van oude negatieve patronen en leren

openheid en respect op te brengen voor elkaar (systeemtherapie).

6. Verwerking van verdriet en boosheid over wat hij heeft meegemaakt tot nu toe. Deelname aan verwerkingsmodule Van Verlies naar Winst.

### **Luik 3: Voortgang**

Hier wordt wat betreft de behandeling van Anton volstaan met een globale beschrijving van hoe het verloop is geweest. Bij alle voortgangsbesprekingen stond centraal hoe weinig Anton profiteerde van de behandeling doordat het aanpassingsproces aan de kliniek zo moeizaam verliep. Hij werkte weinig samen, overschreed grenzen, vergat afspraken en was veel met uiterlijkheid bezig. De feedback van de staf was dan ook steeds gericht op verandering hiervan (aanschaf agenda, *prompting*, begrenzing) zodat hij ook zijn binnenwereld zou kunnen gaan verkennen. Dit gebeurde mondjesmaat in de sloffase van de behandeling.

### **Behandelverloop**

Anton komt op de afdeling intelligent over en neemt vaak de bovenpositie in door anderen iets uit te leggen en belerend te doen. Allengs wordt duidelijk dat echt contact maken moeilijk is voor hem. Hij is wel steeds te vinden bij het groepje patiënten dat het meest in het oog springt en doet ook veel om op te vallen door bepaalde kleding te dragen, veelal slecht afgestemde grapjes te maken en discussie op te zoeken met stafleden. In de groep gebeurt hetzelfde. Anton probeert te 'scoren', daarbij gebruik makend van imitaties van de groepsthera-

peut. In de groep heeft hij wel steeds een soort vertrouweling maar deze relaties zijn vluchtig. Ze duren enkele weken en dan kijkt hij weer verder.

Gaandeweg wordt ook helder waarom Anton verdwaalde in zijn eigen leven. Hij vergeet afspraken, laat geld en papieren overal slingeren en maakt zich de structuur van de afdeling met al haar afspraken en regels niet eigen.

In de gezinsgesprekken blijkt dat dit voor de ouders erg herkenbaar is en al jaren een bron van zorg. Er bestaat bij de ouders dan ook veel verongelijkte vooringenomenheid over hoe Anton er een potje van maakt. Zij doen bij de staf een sterk appèl op correctie van zijn gedrag. De staf probeert hen duidelijk te maken dat handhaving van de structuur belangrijk is om het woon- en werkklimaat optimaal te houden. En - sterker nog - zij heeft het bevorderen van sociale aanpassing hoog in het vaandel.

Pedagogische correctie maakt zeker onderdeel uit van de behandeling, maar dit soort grensoverschrijdingen zijn ook een uitvloeisel van de psychologische problematiek waarmee Anton binnen is gekomen. Verandering kan alleen geleidelijk gebeuren als Anton het eens is met onze observaties, hij het ook als een probleem wil zien en bereid is de voordelen van dat oude gedrag op te geven.

Bij Anton staat centraal 'het in beeld zijn' bij anderen, hetgeen ook kan bestaan uit het op negatieve wijze aandacht vragen door onverschillig te zijn voor zijn omgeving. Als hij dit doet, krijgt hij veel kritiek en voelt zich dan somber en gefrustreerd. De



basisovertuiging dat juist hij het weer fout heeft gedaan, wordt dan ook geactiveerd. Hierdoor lukt het hem dan niet om opletend te zijn en zijn dagelijkse leven te organiseren waardoor er weer een beginpunt is gemaakt in de vicieuze cirkel.

In de groepszitting wordt dit uitgebreid met hem besproken. De mening van de groep dat hij volgens hen vaak iets geeft om iets terug te krijgen en dat hij erg veel om erkenning vraagt, komt hard aan. De groepsleden geven deze feedback op een respectvolle manier. De genoemde vicieuze cirkel wordt op flap uitgeschreven waarbij de afspraak wordt gemaakt dat hij een agenda aanschaft en meer contact maakt over de negatieve gevoelens die hij heeft.

Bij het volgende gezinsgesprek zijn de ouders verheugd om te zien dat de wanorde die Anton maakt gezien is door de staf en dat er ook beleid op gemaakt wordt. Er lijkt dan ook meer *commitment* bij de ouders te zijn om mee te denken over de behandeling.

Bij Anton leidt het gezamenlijk bereikte inzicht over hoe gevoelens, cognities en gedrag elkaar beïnvloeden niet tot daadwerkelijke verandering. De klok tikt door en in de behandelstaf raakt het geduld op, waardoor sterk negatieve tegenoverdrachtsreacties ontstaan. Er wordt afgesproken om irritaties aan de teamtafel te uiten en in contact met Anton duidelijk te zijn, maar qua bejegening neutraal te blijven. Irritaties van ouderfiguren zijn brandstof voor zijn negatieve zelfbeeld.

Er wordt een 'teamoproep' aangezegd. Dit houdt in dat Anton, een medegroepslid en

het gehele team bij elkaar komen om de situatie zoals hij is te bespreken. Anton wordt verteld dat het niet goed gaat in de behandeling. Al maanden lang is de staf bezig Anton instrumenten aan te reiken waarmee hij de externe aanpassing kan verbeteren en therapiegedrag kan ontwikkelen. Ervaren, onderzoeken, samenhangen vinden tussen gevoelens, gedrag, cognitie en situaties en experimenteren met nieuw gedrag. Na tien minuten verlaat Anton vervolgens de kamer. Hij wilde een discussie beginnen, maar de staf stopt dit omdat het een informatief gesprek zou zijn.

De weken erna is er weinig verbetering te zien. Wel een verandering. Anton voelt zich slecht, zoekt minder de discussie, maar neemt de slachtofferpositie in. Hij zegt zich niet begrepen te voelen en denkt dat de hele staf tegen hem is. Als we dit toetsen aan de realiteit blijkt er eerder sprake te zijn van waarnemingsvervormingen dan van echte tegenwerking. Aan hem wordt ook uitgelegd dat zijn beleving mogelijk een herhaling is van de verwaarlozende situatie thuis, waar hij wel in een uitzichtloze positie tegenover zijn ouders is komen staan. Voorts dat hij onbewust aan het toewerken is naar een climax waarbij hij vertrekt en kan zeggen over de behandelstaf dat deze hem aan zijn lot heeft overgelaten.

De groepsleden beginnen ook irritatie te voelen en te uiten. De amusante kant van Anton is verbleekt en allerlei onbetrouwbaarheid komt boven. Ze spreken hem op zijn verantwoordelijkheid aan, waar hij alleen teleurgesteld op reageert.

Als hij weer in zak en as zit en dit enigszins theatraal uitdraagt, gaat hij wel in op de uitnodiging om een psychodrama te doen waarin hij kan ervaren hoe het is om een andere rol in te nemen. Hij bezet eerst de slachtofferpositie en verschuift dan naar een positie waarin hij kracht voelt, voornemens maakt en zichzelf belooft er iets goeds van te maken. Het lukt hem om de draai te maken en hij gaat opgewekt de groepszitting uit.

De week erna presenteert hij een eindplan dat gericht is op het doorbrengen van de laatste twee maanden in de eindfase-afdeling. Het ziet er doortimmerd uit en hij geeft er ook blijk van een goed inzicht te hebben in wat hij heeft gedaan en wat er is besproken.

Op de afscheidszitting geeft hij een leuk presentje aan iedereen en vertelt dat de groepspsychotherapie voor hem heel zwaar was, maar dat hij ook altijd gevoeld heeft dat men betrokken was en goede bedoelingen had.

Anton is rustiger geworden, snapt meer van zichzelf, doorziet de ernst van zijn problemen en kan zich beter aanpassen. Verwerking van alle tegenspoed die hij heeft gekend is wellicht iets wat later ergens moet gebeuren.

### **Casus Iris**

Hieronder volgt een casusbeschrijving van Iris (19 jaar). Ter illustratie van het behandelplan dat hierboven beschreven is zullen eerst relevante delen hieruit betreffende Iris gepresenteerd worden.

### ***Luik 1: Diagnostiek***

**Klachten:** minderwaardigheidsgevoelens, identiteits- en contactproblemen en stemmingsklachten.

**Structureel-dynamisch:** Iris heeft, nadat haar ouders gescheiden waren toen ze twee was, zes jaar bij vader en diens nieuwe partner Lia gewoond. Toen is ze gaan wonen bij moeder en haar partner die een alcoholprobleem had. Reden was dat vader genoeg had van de conflicten tussen hem en moeder en hij vond dat moeder de opvoeding moest overnemen.

Het afscheid van Lia was ingrijpend voor Iris. Moeder heeft tijdens Iris' jeugd vaak labiele periodes, is steeds bang dat Iris meer naar Lia trekt en stelt weinig grenzen aan haar om daar waardering voor terug te krijgen. Tevens idealiseert zij Iris waardoor er eerder een vriendinnenrelatie is dan een moeder-dochterverhouding. Iris is op scholen waar ze tijdens haar jeugd zat vaak gepest.

Iris heeft vanuit de psychologische symbiose met moeder weinig grenzen gekregen en ontwikkelde zodoende weinig mogelijkheden om affecten te reguleren. De verlatingen en de verwaarlozing heeft zij geïnternaliseerd in een ondermijnend superego dat voeding geeft aan faalangst en minderwaardigheidsgevoelens. Ze overdekt deze met een eisende verongelijkte attitude. Het separatie/individuatieproces is gestagneerd. Er zijn borderline trekken in de persoonlijkheid.

**Ontwikkelingspsychologisch:** Iris kan moeilijk relaties aangaan en handhaven. Zo heeft zij geen vriendinnen of vrienden. Er

zijn diverse traumatiserende ervaringen zoals de echtscheiding van haar ouders, pesterijen op school en een abortus in de puberteit. Ze heeft een negatief lichaamsbeeld. Iris toont goede motivatie voor en interesse in de behandeling.

Systemisch: Sterke overbetrokkenheid tussen moeder en Iris die het haar moeilijk maakt om te individueren. Ze lijken een soort onafgesproken *deal* te hebben waarin moeder Iris waardering geeft in ruil voor aandacht voor moeder en haar lasten. Tussen vader en moeder is de relatie ernstig verstoord. Iris en moeder dichten vader veel negatiefs toe. Iris heeft met haar oudere broer een redelijke band.

Somatiek/intoxicaties: Geen bijzonderheden.

### ***Luik 2: Behandeldoelen en fasering***

Als doelen worden gesteld dat de stemmingsklachten en de minderwaardigheidsgevoelens verminderen, dat Iris leert relaties aan te gaan en te handhaven en dat de identiteitsontwikkeling op gang wordt gebracht.

Fasering:

1. Leren objectiever naar zichzelf en haar leven te kijken. Inventariseren van probleemgebieden (dramatherapie, bewegingstherapie en psychotherapie).
2. Deelname module Sociale Vaardigheden
3. Onderzoeken wat grenzen betekenen en dit reconstrueren tegen de achtergrond van de relatie met moeder (psychotherapie en dramatherapie). Deze vervolgens leren te respecteren in het leefmilieu (sociotherapie).
4. De moeder-dochter relatie herstellen in

een leeftijdsadequaat perspectief (gezins therapie).

5. Onderzoeken hoe zij afwijzing van haar persoon door anderen regisseert en experimenteren met nieuw gedrag (psychodrama, bewegingstherapie en sociotherapie).
6. Verwerking van verdriet en boosheid naar aanleiding van ingrijpende ervaringen en over wat ze gemist heeft (verwerkingsmodule Van Verlies naar Winst).

### ***Luik 3: Voortgang***

Aanvankelijk is gekozen voor een steunende attitude, totdat bleek dat Iris veel moeite had om grenzen te accepteren. Hier is toen het accent meer op komen liggen, waardoor het ageergedrag verminderde en zij zich meer kon concentreren op wat haar innerlijk bezig hield. Daarna kreeg haar behandeling ook een positieve impuls. Bij de voortgangsbesprekingen stond meer de attitude van de staf centraal dan welke soort van therapie aangeboden moest worden.

### ***Behandelverloop***

In het adviesgesprek aan het eind van de intakeprocedure wordt verteld dat er sprake is van een psychologische symbiose tussen moeder en Iris en een in de tijd vervormde waarneming van Iris' vader. Het separatie-individuatieproces is gestagneerd hetgeen ten grondslag ligt aan de klachten. Het advies luidt klinische opname. Twee dagen na dit gesprek krijgt de intaker van moeder een brief van drie A-viertjes met daarin verontwaardiging en verdriet over het gegeven

advies. Met name dat vader in de ogen van het intake-team in een te negatief daglicht is komen staan, wordt ervaren als een onderschatting van zijn rol. Dit wordt in een telefoongesprek uitgepraat.

In het begin van de opname laat Iris een ambivalent beeld zien. Enerzijds dat van een schuchter meisje dat zich snel bedreigd zegt te voelen, anderzijds dat van een dwingende felle puber die geen grens accepteert. In gesprek hierover gaat dat volgens Iris allemaal over de kwetsbaarheid die zij heeft ontwikkeld na alle verlatingen en pesterijen op school. Het beeld dat zij van zichzelf heeft blijkt eenzijdig en niet compleet.

In de staf roept zij ook verschillende gevoelens en gedachten op. Zowel bezorgde inschatting van de ik-zwakte als irritatie over haar brutaliteit. In de behandelplanbespreking besluit het team om een en ander diagnostisch helder te krijgen en om een onderzoekende attitude aan te nemen.

Met Iris spreken we af dat ze de bril waarmee ze naar de wereld en zichzelf kijkt eens gaat poetsen. Deelname aan de module Sociale Vaardigheden kan haar daarbij helpen. Verder is naast het doorwerken van problematiek ook belangrijk dat patiënten concrete en leeftijdsadequate vaardigheden ontwikkelen.

Iris wil graag meegaan in het voorstel om anders te leren kijken naar de wereld, ook omdat ze haar best doet voor de psychotherapeut. Dat wil ze echt, want ook bij de leden van de gemeenschap en de groep doet ze erg haar best. Zelfs zo dat ze over grenzen gaat: bespotten van anderen, meedoen

aan nachtelijke avonturen waarmee het veiligheidsgevoel van kamergenoten wordt geschaad en vertrouwelijke informatie van medepatiënten doorvertellen.

Onderliggend lijkt dit gekoppeld aan een combinatie van een geldingsdrang die het minderwaardigheidsgevoel moet compenseren en een in zeer beperkte mate ontwikkeld besef van grenzen. Als zij in deze gevallen confrontaties krijgt van de groep en van de staf gaat ze twee keer zonder overleg naar huis en komt twee keer niet uit zichzelf terug maar pas na telefonisch contact op initiatief van de staf. Dat ze wegloopt, heeft te maken met een 'zo grote angst' en zo'n sterk appèl op het bekende gevoel van uitgekotst te worden. Dat het om boosheid zou kunnen gaan, is niet bespreekbaar met Iris. Twee keer is er wel de wens om terug te komen waarmee de staf in een *split* raakt. Iris maakt het bont, want ze loopt twee keer weg wat zeer onveilig is voor de gemeenschap en eigenlijk om ontslag vraagt. Iedereen moet zich houden aan de regels van het huis, uniformiteit in de behandeling is belangrijk. Anderzijds hebben we met een pedagogisch verwaarloosde adolescent te maken die identiteitszwakte overdekt met externaliserende aanpassingsproblemen. Het geval dient dus individueel bekeken te worden, vanuit de uniciteit. Een vaak terugkerend milieutherapeutisch dilemma in onze kliniek is hoe om te gaan met dit soort situaties. Naast de genoemde praktische kant is er ook een therapietechnische. Sommige patiënten hebben geleerd om eindeloos aan het langste eind te trekken waardoor ze een

soort bluf hebben ontwikkeld over een negatieve afloop. Strict toepassen van de regels kan een leerervaring zijn, maar is dan tevens een nare therapie-ervaring voor een patiënt die wel mogelijkheden heeft. De ultieme vragen zijn dan of we iemand met een ontwikkelingsachterstand zoveel verantwoordelijkheid mogen toedichten en of we als team voldoende draagkracht voor de ene of de andere beslissing kunnen opbrengen. Er volgt een stevig gesprek in het team waar ieder zijn ongenoegen kan spuien en later rationele overwegingen op tafel komen.

De staf besluit om een en ander in procesperspectief te zien en maakt een nieuwe start met Iris als zij ook haar aandeel wil zien en aanpakken. Ze vertelt dit in 'de kuil', de dagelijkse patiënt-stafbijeenkomst.

Het herhalingspatroon van zichzelf willen laten gelden, grenzen overschrijden en dan juist bereiken wat ze wil vermijden - namelijk afwijzing - wordt in de zogenaamde 'scriptzitting' op flap uitgetekend. Reconstructie kan vaak pas plaatsvinden nadat er voldoende leeftijdsadequate aanpassing tot stand is gekomen.

Hierna komen de verhalen los over vroeger: hoe ze als dertienjarige rondzwierf in grote steden, hoe ze met moeder thuis hele zondagen in bed video lag te kijken onderwijl chips en cola nuttigend, hoe ze moeder vaak vanuit een ouderpositie naar bed stuurde als ze boos op haar was en hoe ze de aansluiting met klasgenoten miste en jarenlang gepest werd. Eens werd ze buiten

schooltijd door klasgenoten met een nijptang bewerkt in haar armen en benen. Niemand wist hiervan.

Iris maakt een ommezwaai. Ze heeft haar beeld van vader in positieve zin bij kunnen stellen in de systeemgesprekken, wil emotioneel minder afhankelijk worden van moeder en ziet dat de relatie met haar vriend negatief is. Hij is erg labiel op allerlei fronten, Iris ziet dat ze door voor hem te zorgen zijn erkenning krijgt, een herhaling die doet denken aan de *deal* ze met moeder heeft gehad. Ze verbreekt de relatie met hem en krijgt daarvoor veel complimenten van de groep en de staf. Waar grenzen voor haar eerst moeilijk waren om te accepteren, is zij nu geneigd bovenop anderen te zitten. Ook dit wordt bewerkt aan de hand van een psychodrama waarin ze ontdekt hoe ze naar zichzelf en anderen vooral met ondermijning bezig is. Ze wil dat anders gaan aanpakken.

Dat lukt haar ook. Ze wordt milder en meer zorgend voor anderen. In de module Van Verlies naar Winst is ze gevoelens aan het verwerken over een ingrijpende abortuservaring van enkele jaren geleden, de pesterijen die ze heeft meegemaakt, de verlatingen en alles wat ze in de relatie met vader heeft gemist.

Helemaal in haar nopjes met het bereikte resultaat gaat ze na tien maanden met ontslag.

## Literatuur

- Boonstra, A.C., Hillewaere, B. (2005). Zie elders in dit nummer.
- Catthoor, K.C.E.E.R., Boonstra, A.C. (2005). Het begin van het einde: afscheid nemen in een psychotherapeutische behandeling gericht op jongeren. In: T.J.C. Berk et al (Eds.), *Handboek groepspsychotherapie*, F6. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eykman, J.C.B. (1982). De groep als behandel-instrument. In: *Viersprongsgewijs*, een keuze uit 25 jaar schrijvend reflecteren. Uitgave in eigen beheer van De Viersprong.
- Eykman, J.C.B. (1993). Groepspsychotherapie met adolescenten. In: P.J. Jongerius & J.C.B. Eykman (Eds.), *Praktijkboek groepspsychotherapie*, pag. 158-169. Amersfoort: Academische Uitgeverij.
- Janzing, C., Lansen, J. (1996). *Milieutherapie. Het arrangement van de klinisch therapeutische zetting*. Assen: Van Gorcum
- Janzing, C., Kerstens, J. (1997). *Werken in een therapeutisch milieu*, vierde herziene en uitgebreide druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hutsebaut, J. (2004). *Het behandelplan*. Interne notitie KPA De Viersprong.
- Lansen, J. (1977). Ontwikkelingen binnen de Nederlandse therapeutische gemeenschappen 1960-1976. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 19, 339-347.
- Nijs, L., Catshoek, W. (2000). Op weg naar een nieuw integratief klinisch behandelmodel. *Tijdschrift voor Kinder & Jeugdpsychotherapie*, 27, 4, 10-21.
- Oudshoorn, D.N. (1985). *Kinder- en adolescentenpsychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Timman, R., Trijsburg, R.W. (2004). STEP-rapport nr. 2004-05-De Viersprong.
- Tijhuis, L. (1993). Inleiding groepspsychotherapie met kinderen en adolescenten. In: T.J.C. Berk et al (Eds.), *Handboek groepspsychotherapie*, J1, 1-28. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.