

# Behandeling van jongeren met persoonlijkheidsproblematiek

Door Pines Nuku en Miriam van Vessem

Het centrum Adolescentenpsychiatrie (CAP), onderdeel van Reinier van Arkel, is een van de instellingen in het land die gespecialiseerd is in het diagnosticeren en behandelen van ernstige psychische klachten en persoonlijkheidsproblemen bij adolescenten. Dit artikel gaat over twee specifieke behandelingen - HYPE (Helping Young People Early) en MBT (Mentalisation Based Therapy) - die momenteel worden aangeboden. De beide behandelingen richten zich op adolescenten met borderline persoonlijkheidsproblematiek.

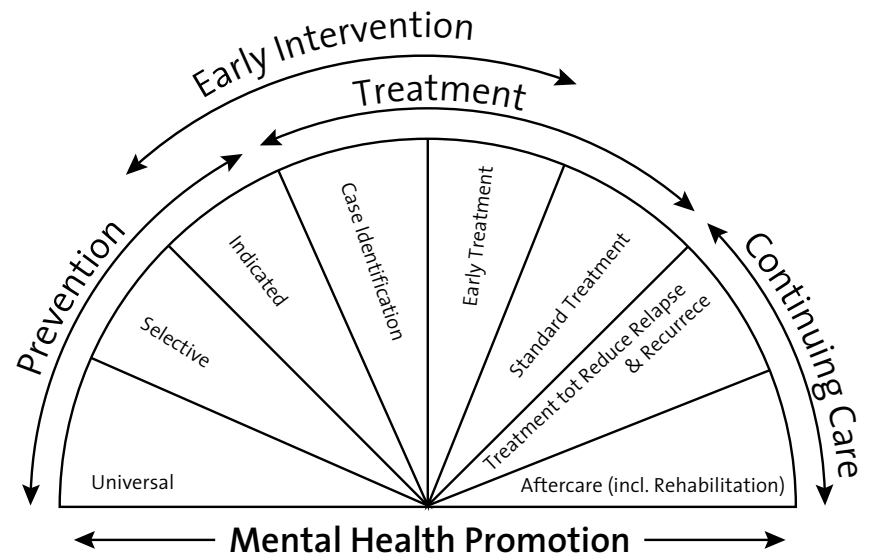
ouders vragen stellen om haar beter te begrijpen. Zij voelt zich helemaal niet begrepen. In haar beleving overkomt Linda dit allemaal. Zij voelt zich machteloos en schaamt zich voor haar gedrag jegens haar ouders en haar vriend. Voordat ze zich aanmeldde, had Linda besloten een nieuwe strategie te hanteren: niets meer voelen en haar emoties 'parkeren' in de hoop niet weer in een dip te belanden, zodat haar ouders en haar vriend zich geen zorgen om haar hoeven te maken. Maar helaas lijkt deze strategie haar niet verder te helpen.

De strategie die Linda hier gebruikt heeft in HYPE termen met patronen te maken.

HYPE is een van oorsprong Australische ambulante behandelmethodiek voor jongeren tussen 16 en 24 jaar. Deze methodiek wordt ingezet om het ontwikkelen van symptomen van borderline persoonlijkheidsproblemen te voorkomen of, indien er symptomen zijn, deze in vroegtijdig stadium te behandelen en verergering te voorkomen. HYPE probeert dus het ontstaan van borderline persoonlijkheidsproblemen te voor-

## HYPE (Helping Young People Early)

Linda is net zestien geworden. Zij woont thuis, gaat naar school en verdient soms bij als caissière bij een winkel in de buurt. Linda meldt zich aan wegens toenemende woede-uitbarstingen, forse schommelingen in haar emoties en agressief gedrag richting haar ouders en haar vriend. Het lukt haar helaas niet meer om met haar vriend goed contact te hebben, ze is voortdurend bang dat hij haar zal verlaten. Ook vertelt Linda niet zo goed te begrijpen waarom zij zich zonder aanleiding zo somber kan voelen, onverwachts in een 'dip' kan belanden en de neiging heeft zichzelf te straffen. Ook begrijpt zij niet waarom ze zo heftig reageert als haar





komen, maar werkt ook als behandeling voor jongeren die al een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben. Het voorkomen van symptomen van de stoornis is belangrijk omdat de aanwezigheid hiervan bij kinderen of adolescenten de sterkste voorspellers zijn van het ontwikkelen van een borderline persoonlijkheidsstoornis in de volwassenheid.

HYPE is een brede therapeutische behandelmethodiek die leunt op verschillende onderdelen, expertises en disciplines. Het HYPE-team van het Centrum Adolescentenpsychiatrie bestaat uit psychotherapeuten, klinisch psychologen, gezinstherapeuten, verpleegkundigen en een psychiater. De belangrijkste onderdelen van HYPE zijn CAT (Cognitieve Analytische Therapie) psychotherapie, gezinsgesprekken, gesprekken die op praktische ondersteuning zijn gericht (case management), crisisgesprekken en zo nodig medicatiegesprekken.

CAT-psychotherapie is de kern en de taal in het HYPE-programma. CAT wordt in maximaal zestien behandelingen en vier follow-up sessies aangeboden. CAT probeert de disfunctionele, zich herhalende en averechts werkende relatiepatronen die jonge-

ren zoals Linda gedurende hun leven en in contact met belangrijke anderen (gehechtheidsfiguren) hebben ontwikkeld, samen met de cliënt te onderzoeken, te doorbreken en te vervangen door gezondere relatiepatronen. De disfunctionele relatiepatronen zijn vaak een wisselwerking tussen een negatieve overtuiging over zichzelf en negatieve ervaringen in relatie tot anderen en andersom. In de woorden van Linda: *"Ik heb mezelf nooit mooi genoeg gevonden, dus ik moet mijn best doen om mijn vriend te pleasen en alles voor hem doen. Anders vindt hij mij niet leuk en gaat hij zeker weg. Maar hoe meer ik dingen ik voor hem doe, des te verstikkender hij mij vindt. Dan gaat hij steeds vaker alleen stappen of met vrienden afspreken. En dan denk ik: zie je wel? Ik ben niet goed en mooi genoeg. En dan zeg ik tegen mijzelf dat ik nog meer mijn best moet doen. Maar dat helpt niet voor lang.."*

De eerste vier sessies van de HYPE-behandeling staan in het teken van onderzoeken welke averechts werkende relatiepatronen er spelen. Deze patronen worden in een diagram getekend. De oorzaken en gevolgen ervan worden door de behandelaar beschreven in een brief en besproken met de cliënt. Samen met de behandelaar wordt bekeken hoe de

cliënt zijn of haar patronen kan veranderen en worden nieuwe patronen uitgetoetst en versterkt. De behandeling wordt na zestien sessies afgesloten met een brief van de CAT-behandelaar en een brief van de cliënt zelf waarin beiden terugkijken op de behandeling.

De adolescent kun je niet los zien van zijn omgeving, vaak is dat thuis, relatie, school en werk. Tijdens de behandeling wordt stilgestaan bij de relatie met de belangrijkste gehechtheidsfiguren. Ouders en/of partners worden bekend gemaakt met de patronen. Want soms houden zij - goed- en onbedoeld - deze patronen mede in stand en vaak zijn ze er een onderdeel van. Ook worden er dagelijkse belemmerende school-, werk- of relatieproblemen doorgenomen en besproken.

De HYPE-behandeling wordt tot nu toe als zeer positief ervaren. De behandeling is kortdurend en veel jongeren vinden het hoopgevend als zij niet langdurig in therapie hoeven te zijn. Zij voelen zich minder gestigmatiseerd en dat motiveert hen om zichzelf te laten helpen. Daarnaast richt de behandeling zich op het verbeteren van het sociaal-maatschappelijk functioneren, het vergroten van zelfredzaamheid, het verminderen van terugval en het beperken en afwenden van

>>

afhankelijkheid van de hulpverlening. Jongeren willen graag in het leven van alledag kunnen functioneren en het accent op het verbeteren van hun functioneren spreekt hen aan. Daarnaast is het denken aan problemen in termen van patronen voor de cliënten en hun ouders/partners vaak een openbaring. Veel van onze cliënten kampen met zeer negatieve kernovertuigingen over zichzelf, voelen zich verantwoordelijk voor hun eigen en anderomans lijden en pijn. Zij voelen zich schuldig. In de woorden van Linda: "Ik dacht dat ik hopeloos was, maar nu weet ik dat wat mij overkomt met mij en ook met de wisselwerking tussen mij en anderen te maken heeft, en de verbetering ook..."

HYPE is bedoeld voor jongeren met (kenmerken van) een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), met mildere tot ernstige stagnaties in hun sociaal-emotioneel functioneren, met vaak, maar niet altijd, een blanco geschiedenis achter de rug van erkende BPS-behandelingen. De resterende populatie van adolescenten met BPS wordt vaak binnen het CAP MBT (Mentalisation Based Treatment) behandeld. De HYPE- en MBT-behandelmethodieken en -teams sluiten hun aanbod zeer goed op elkaar aan om gaten in het behandelaanbod te voorkomen en het hele spectrum - van milde tot ernstige vormen van borderline persoonlijkheidsstoornis - te kunnen bedienen.

### **MBT (Mentalization Based Therapy)**

Vera is negentien jaar en gaat al twee jaar niet meer naar school. Ze is vooral veel thuis en trekt zich terug. Ze automuteert en heeft in de afgelopen periode twee maal een suicidepoging gedaan. Ze is meerdere malen op een crisisafdeling opgenomen geweest. Vera wordt verwezen door een collega-instelling voor een op mentaliseren gebaseerd deeltijdprogramma, maar heeft zelf nog weinig vertrouwen in de hulpverlening. Ze weet zeker dat het geen zin heeft. In eerste instantie is ze bozig en afwerend en geeft aan dat we haar niet in behandeling moeten nemen. "Ik ben het vechten zo

moe en ik heb al zoveel geprobeerd, het helpt allemaal toch niet. Ik wil gewoon niet meer leven en ik denk dat mijn ouders en zussen ook beter af zijn zonder mij. Ik doe hen alleen maar pijn en ik kan toch nooit iets goed doen."

Mentalization Based Therapy (MBT) verklaart de klachten, uitspraken en gevoelens van Vera vanuit een verlies van het mentaliserend vermogen.

Wat is mentaliseren?

- Begrijpen wat er in je omgaat: wat je voelt, denkt, ervaart; hoe je reageert op dingen die gebeuren.
- Begrijpen wat er in anderen omgaat: waarom ze doen wat ze doen, wat er achter hun gedrag zou zitten.
- Begrijpen wat er tussen jou en anderen gebeurt; waarom jij zo op de ander reageert en de ander zo op jou reageert, hoe je dat kan begrijpen vanuit achterliggende gevoelens, gedachten, motieven en wensen.

Wij mentaliseren allemaal de hele dag. Soms doen we dat bewust, bijvoorbeeld wanneer we ons afvragen waarom iemand verdrietig is, of als we nadenken waarom we ineens zo boos worden om iets kleins. In contact met anderen mentaliseren we grotendeels intuïtief. Dit betekent dat we er niet zo bewust over nadenken maar meer aanvoelen. We reageren vaak automatisch op de gevoelens van de ander zonder erbij na te denken. Bij hoge spanning en (te) hoog oplopende emoties verliezen wij allemaal ons vermogen te mentaliseren. Bedenk maar eens wat er gebeurt als je heel boos bent op iemand. Het lukt je dan veel minder goed om na te denken over de ander of nog ideeën te hebben over zijn emoties of bedoelingen. Ook ga je meer invullen en worden je eigen gedachten en emoties meer waar: 'ik weet zeker dat hij dit doet om mij te dwarsbomen', 'hij wil gewoon niet naar me luisteren' etc. Bij jongeren met persoonlijkheidsproblematiek loopt de spanning veel sneller op en daardoor verliezen ze ook sneller hun mentaliserend vermogen. Als het niet lukt om te mentaliseren begrijp je jezelf niet meer, begrijp je de ander niet

meer, is het vaak chaos in je hoofd, voel je te veel en te heftig of juist niets meer (het voelt leeg van binnen), komen opmerkingen van anderen veel te hard binnen of ze komen juist helemaal niet meer binnen.

Uiteindelijk heeft Vera besloten de behandeling toch een kans te geven en ze wil er deze keer helemaal voor gaan. In de groep gaat Vera hard aan het werk, en ze lijkt zich er prettig te voelen. Maar al na een halve dag geeft ze aan te willen stoppen. Ze laat weten dat ze nu echt zeker weet dat het toch geen zin heeft en dat ze maar beter kan stoppen - met de therapie maar zeker ook met haar leven. Bij navraag heeft Vera geen idee wat er is veranderd, wat maakte dat ze er 's ochtends nog voor wilde gaan en er 's middags helemaal geen vertrouwen meer in had? Bij terugzoeken komen we er uiteindelijk op uit dat ze in haar harde werken een groepsgeenoot een advies had gegeven, die daarop had gereageerd door te zeggen dat ze dat advies al had geprobeerd maar dat het haar niet had geholpen. Hierop had Vera zich in eerste instantie afgewezen gevoeld, vervolgens was ze gaan denken dat het kwam omdat ze slecht advies had gegeven.

Een kijkje in wat zich dan in Vera's hoofd afspeelt: "Natuurlijk kan ik haar niet helpen, ik heb anderen toch niets te bieden. Ik zeg en doe altijd de verkeerde dingen. De groep zal blij zijn als ik weg ben want ze hebben toch niets aan me. Zie je wel, ook dit kan ik al niet, ook deze behandeling gaat niet werken. Ik kan ook helemaal niets, ik verdien het niet om hier te zijn. Ik ben anderen alleen maar tot last. Ik ben waardeloos. Ik kan er maar beter helemaal niet meer zijn, dan is iedereen beter af. Anderen zijn blij als ze van me af zijn."

Voor Vera was het onduidelijk dat al deze tussenstapjes zich in haar hoofd hadden afgespeeld. Ze was direct terechtgekomen bij 'ik ben waardeloos' en 'iedereen is beter af (en zelfs blij) als ik er niet meer ben'.

Een MBT-based behandeling richt zich op het herkennen van de momenten waarop het niet meer lukt om te mentaliseren en het



Miriam van Vessem  
projectleider MBT



Pines Nuku  
Projectleider HYPE

oefenen met het herstellen van het mentaliserend vermogen. Dit gebeurt in een groep en dat is heel helpend omdat het verliezen van het mentaliserend vermogen vaak in het contact met anderen gebeurt. In de groep ontstaan vaak situaties die vergelijkbaar zijn met wat zich in het dagelijks leven voordoet. Dat laat het voorbeeld van Vera zien. In het contact met de groep krijgt ze het gevoel dat ze waardeloos is en er niet toe doet, net als in het contact met haar ouders en vriendinnen. Gedurende de behandeling gebeurde dit in de groep ook regelmatig. Behalve suïcidaal kon Vera dan ook erg achterdochtig worden en had ze de overtuiging dat anderen haar iets aan gingen doen.

*“Door steeds in de groep uit te zoeken wat er gebeurde als ik me suïcidaal ging voelen, ging ik mezelf steeds beter begrijpen. Ik ging zien dat ik me vooral suïcidaal ging voelen als ik me afgewezen voelde. Ik kreeg dan het gevoel dat, hoe hard ik ook mijn best deed, het toch nooit goed genoeg was. Ik ging dan negatief over mezelf denken maar wist ook zeker dat anderen net zo negatief over mij dachten. Dit maakte dat ik ervan uitging dat anderen vast niet bij me wilden zijn. Soms kon het zo erg zijn dat ik dacht dat anderen ook dachten dat ik maar beter niet meer kon leven en dat ze me iets zouden kunnen aandoen. Dan werd ik heel angstig. Thuis trok ik me dan terug, duwde ik de mensen om me heen weg. In de groep kon dat niet. Daar moest ik kijken naar wat er gebeurde en mijn gevoelens uitspreken. Dat was vaak heel moeilijk, maar de behandelaren moedigden me aan dat te doen. Uiteindelijk kon ik ontdekken dat mijn groepsgenoten helemaal niet zo negatief over mij dachten. Eerst vond ik dat moeilijk te geloven, maar gedurende mijn tijd in de groep ging ik het toch steeds meer geloven. Mijn ouders kregen een cursus over mentaliseren en gezinsgesprekken, en zo konden ook wij steeds beter met elkaar praten over wat er speelde. We gingen elkaar beter begrijpen. En hoewel ik me nog regelmatig afgewezen voel, trek ik me minder vaak terug, maar ga ik juist met mijn ouders of vriendinnen in gesprek.”*

Zoals beschreven is mentaliseren vaak het moeilijkst in situaties die emotioneel beladen zijn. Dus juist in de thuissituatie kunnen er problemen ontstaan. De ouder-kindrelatie is bij uitstek een relatie die in de adolescentie en jongvolwassenheid onder grote (emotionele) druk kan komen te staan waardoor het mentaliserend vermogen van jongeren én ouders afneemt. Het is van groot belang het gezin te betrekken bij de behandeling van jongeren met persoonlijkheidspathologie. Een verbeterd mentaliserend vermogen zal het probleemoplossend vermogen en het niveau van ervaren competentie van de gezinsleden vergroten.

De ervaring leert dat ouders vaak moeilijk te motiveren zijn voor gezinstherapie. Vaak hebben ouders al veel teleurstellingen in eerdere behandelingen achter de rug, en hebben zij weinig vertrouwen in ‘weer’ een gezinstherapie. Ook zijn niet-helpende relatiepatronen meestal al lang in het gezin aanwezig en zijn pogingen tot veranderen vaak op niets uitgelopen. Angst voor nieuwe teleurstellingen en de overtuiging dat therapie toch niet kan helpen, houden ouders en soms ook jongeren tegen om opnieuw met gezinstherapie te starten.

Binnen het deeltijdprogramma van het CAP liepen we tegen deze problemen aan. Als oplossing werd er een mentaliseren-bevorderende oudergroep ontwikkeld. Deze groep is een interventie waarin ouders samen leren om beter stil te staan bij de mentale processen - gevoelens, gedachten en verlangens - van zichzelf en hun kinderen. Het is dus geen gezinstherapie. Dit heeft als voordeel dat de sessies minder emotioneel beladen zijn waardoor de ouders onder begeleiding van de behandelaar kunnen oefenen met mentaliseren. De verwachting is dat op deze manier ouders zich meer competent gaan voelen en ze de opvoeding van hun kind als minder stressvol gaan ervaren. Bovendien kan er door middel van deze groep een samenwerkingsrelatie worden opgebouwd en kunnen ouders later eventueel worden gemotiveerd voor een meer intensieve gezinstherapie: MBT for Families (MBT-F).

## Onderzoek bij het centrum Adolescenten-psiatrie

Op dit moment wordt er onderzoek gedaan naar de mentaliseren-bevorderende oudergroep. Er wordt gekeken of door deelname aan de groep de stress van ouders binnen het gezin vermindert, en of de kwaliteit van de relatie van de ouder met de jongere - waargenomen vanuit de ouder - verbetert. De eerste resultaten zijn positief.

Daarnaast wordt HYPE onderzocht op effectiviteit. HYPE pretendeert om naast de symptoomvermindering ook het sociaal functioneren van de adolescenten te verbeteren. Doel van het onderzoek is te toetsen op welke manier symptoomvermindering, identiteitsveranderingen en sociaal functioneren elkaar versnellen en versterken.

Naast deze twee onderzoeken naar behandeling van persoonlijkheidsproblemen bij adolescenten en jongvolwassenen, wordt er ook wetenschappelijk onderzoek verricht naar de diagnostiek van persoonlijkheidsproblemen. Dit onderzoek richt zich op methoden en instrumenten om de persoonlijkheid van jongeren, hun kwetsbaarheden maar ook hun sterke en veerkrachtige kanten, goed in kaart te brengen. Met die informatie kan er beter maatwerk worden geleverd tijdens de behandeling. Ten slotte houdt het centrum zich ook bezig met onderzoek naar het ontstaan van persoonlijkheidsproblemen. Daarbij wordt vooral gekeken naar de rol van sociale relaties met ouders en vrienden. Een voorbeeld van een dergelijk onderzoek dat momenteel loopt, betreft de vraag of jongeren die veilig gehecht zijn aan hun ouders (dat wil zeggen een warme en ondersteunende relatie ervaren) minder gevoelig zijn voor gevoelens van afwijzing door leeftijdgenoten. Op die manier probeert het centrum bij te dragen aan het beter begrijpen en op termijn mogelijk beperken van persoonlijkheidsproblemen bij jongeren. Het onderzoek vindt plaats in nauwe samenwerking met de vakgroep ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Utrecht.