

Behandeling van depressie bij adolescenten; een veelgelaagde uitdaging

L. VAN COMPERNOLLE

ACHTERGROND De klinisch-psychotherapeutische behandeling van ernstig depressieve adolescenten is meestal een zware en ingewikkelde opdracht.

DOEL Zicht krijgen op de verschillende factoren, vaak simultaan aanwezig, die de adolescentaire opdracht van individuatie-separatie blokkeren of ondermijnen, leidend tot depressie, en hoe hierin te remediëren.

METHODE Aan de hand van vijf casussen wordt deze veelgelaagdheid progressief verkend, zowel wat betreft exogene als endogene factoren.

RESULTATEN De casussen maken duidelijk dat men bij de behandeling geen enkele beïnvloedende factor over het hoofd mag zien, wil men een duurzaam resultaat bereiken.

CONCLUSIE Dit resultaat hoeft niet te verwonderen, gezien de cruciale ontwikkelingsfase, gericht op identiteitsvorming. Deze kan zich pas consolideren wanneer alle noodzakelijke elementen hun plaats gevonden hebben.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)1, 57-62]

TREFWOORDEN afstemming, identiteit, tegenoverdracht, tekort, ziekte

Als een adolescent een klap krijgt, of zelfs meerdere klappen na elkaar of tegelijk, waar valt hij of zij dan binnen zichzelf op terug? Wat is een veilige plek, wat biedt houvast? Waar is een stevige laag, een bodem, die opvangt bij het vallen of verhindert om steeds dieper te vallen? Slechte resultaten op school, aanhoudende kritiek van of in de steek gelaten worden door ouders, een vriend of vriendin die het uitmaakt en ondertussen nog door een ander misbruikt worden... 'Ik kan niets, deug nergens voor en ben niet de moeite waard...'

Maar hoe 'diep' gaat dit? Welke laag van hun identiteit wordt hier bestookt? Welke is stevig genoeg om als een rots in de branding stand te houden? Worden hun oedipale vestingen bestookt of hun pre-oedipale grondvesten? Hebben ze een mentaal schild om zich mee te verdedigen of worden ze recht in hun lijf geraakt? (Luyten e.a. 2008).

Als het nergens, of helemaal niet meer gaat, of de dreiging er niet meer te willen zijn té groot wordt, dringt opname zich op.

'EXOGENE' VERSUS 'ENDOGENE' DEPRESSIE

Ik start mijn exploratie vanuit de categorisering die van oudsher depressies onderscheidde. Een exogene depressie wordt daarbij toegeschreven aan uitwendige oorzakelijke factoren, een endogene depressie aan stoornissen binnen het eigen (hersens)substraat. Ik beschrijf enkele casussen, met een steeds dieper liggende oorzakelijkheid.

Patiënte A, een 17-jarig meisje, zit tijdens het hele kennismakingsgesprek enkel te huilen; ze trekt af en toe haar schouders op, maar zegt geen woord. Volgens haar moeder heeft ze nog nooit willen praten, en loopt het al fout sinds het begin van de middelbare school; nu gaat ze ook al weken niet meer naar school. Wanneer ze zich op het eind van de eerste opnameweek voorstelt aan de groep, springt het depressieve voorkomen nog nauwelijks in het oog, wel een vleugje theatraliteit. Bij de bespreking van een door haar gemaakte collage is er een kruis gezet over het hoofd van een man, en zegt ze onder andere: 'we zijn gescheiden'. Het jarenlange zwijgen kan ze blijkbaar doorbreken, wat ook het stagneren in denken en voelen opheft. Ze laat zich opnemen in het leven van de jeugdcliniek, haakt aan in het contact en, doet mee aan therapieën en activiteiten. Een 'vlotte' behandeling, waarbij het 'systeem' zijn werk doet en medicatie nauwelijks aan de orde is.

Van meet af aan is het duidelijk dat patiënte stevig in de knoei zit wat betreft haar vader, of het vaderlijke. Vitale functies en primaire hechting lijken in orde. Waar het om betekenisverlening gaat, blokkeert ze. Haar depressie lijkt vooral gecorreleerd aan begrijpelijke, verklaarbare omstandigheden: vader verliet het gezin en zoekt geen contact meer. Patiënte voelt zich in de steek gelaten. De vader leidt ondertussen een zwervend bestaan zonder vaste woonplaats, wat toch ook ongerustheid en bezorgdheid oproept.

In de vroeger gehanteerde terminologie zou deze depressie als 'exogeen' bestempeld worden. Patiënte zal vooral baat hebben bij spreken en gehoord worden.

De 'endogene', 'vitale' depressie plaatst ons meteen voor andere uitdagingen.

Na twee jaar ambulante therapie is patiënte B, een 16-jarig meisje, nog steeds depressief en chronisch vermoeid. Ook tijdens de opnameperiode loopt ze er maanden verloren bij, haakt nergens bij aan en heeft schijnbaar niets te bespreken. Ze heeft vaak het gevoel te zweven, los te komen van haar eigen lichaam. Ze draagt steeds meerdere truien boven

elkaar, met de kap op, ook tijdens de zomer. Ze werd depressief toen haar oudste zus het huis uit ging. Het ziet er naar uit dat vooral deze zus een hechtingsfiguur was; met de ouders is er nauwelijks een band voel- of merkbaar. Na een uitzichtloos lijkende tijd merken we toch het opduiken van alertheid, maar dan voor de noden van anderen. Als ze uiteindelijk tot die van zichzelf komt ('Ik wil een minder moeilijke - meer op mijn niveau afgestemde - en meer creatieve richting op school, met internaat'), vindt ze bij haar ouders geen gehoor; slechts na tussenkomst van de zus uiteindelijk wel.

Maanden later, na ontslag, stelt ze vast dat thuis de non-communicatie dezelfde gebleven is, maar zij 'ziet' dit nu, mentaliseert het in plaats van er osmotisch in te verdrinken.

In deze casus zijn het niet de exogene factoren die op de voorgrond staan. Deze patiënte is geraakt in haar vitaliteit, van binnenuit, 'endogeen'. Ook medicatie (naast een antidepressivum ook een neurolepticum) zal een noodzakelijk element in de behandeling blijken. De slechts moeizaam duidelijk wordende onderliggende dynamiek wijst in de richting van stoornissen in de hechting en afstemming.

We exploreren dit verder aan de hand van het volgende vignet. Gaandeweg richten we de aandacht mede op behandelingsperspectieven.

ATTACHMENT EN ATTUNEMENT, AFSTEMMING

Patiënte C, een 15-jarig meisje, geeft aan dat ze voor het eerst in haar leven iets van leven ervaart tijdens de eerste weken van haar opname. Moeder voelt zich erg schuldig: tijdens patiëntes eerste levensjaar was ze zelf depressief na het overlijden van haar eigen moeder. Vader nam wel veel zorg over. Toch stelde ze later vast dat de 'dagmoeder' (die de kinderen opvangt terwijl moeder uit werken gaat) meer gehecht was aan de jongere broers dan aan patiënte, die nu moeders bezorgdheid en betrokkenheid niet toelaat: 'ik heb geen band met

mijn moeder!' Patiënte voelt zich erg minderwaardig tegenover de andere meisjes in de groep. Haar gedachten zijn zo rigide, haar mentalisatievermogen lijkt zo beperkt, dat de hypothese van aspergerstoornis meermaals opduikt. Toch merkt ze zelf op dat het toch al iets beter gaat: ze is minder jaloers (afgunstig) op haar broers, en op haar kleine nichtje... School blijft onbespreekbaar, dit staat voor haar gelijk aan doodgaan. Wanneer ze uiteindelijk iets traumatisch omtrent de schoolomgeving toevertrouwt aan haar eerste (mannelijke) begeleider, is ze woest als blijkt dat hij dit in het team heeft besproken: alleen deze concrete persoon stond borg voor veiligheid, niet het team op zich.

Naar school gaan kan en durft ze niet, want deze (traumatiserende) figuur staat, wacht, is daar nog altijd – waarbij het niet duidelijk is of ze dit letterlijk dan wel figuurlijk beleeft/bedoelt.

'Nachträglich' moeten we dus vaststellen dat het bijna helemaal mis liep in de eerste afstemming tussen moeder en dochter (Casalin & Vliegen 2007), wat niet zomaar goedge maakt werd door vaders zorg, gezien de primitieve relationele patronen waarin ze zichtbaar bleef steken. Een uiterst precieze hechting, gekoppeld aan de letterlijkheid van concrete aanwezigheid. Geen innerlijke, geïnterioriseerde veiligheid. Zelfs geen veilig onderscheid tussen letterlijkheid en figuurlijkheid, tussen symbolische en reële orde, tussen alsofmodus en equivalente modus.

Observaties (Vliegen 2006) van neonati en zuigelingen hebben ondertussen voldoende duidelijk gemaakt hoe onvoorstelbaar groot hun capaciteit tot, hun zoeken naar afstemming en contact is, en hoe verpletterend hun ontredning als hier niet aan tegemoetgekomen wordt. Bij ons volwassenen blijven deze beelden op ons netvlies gebrand, als een geheugenspoor. Bij de baby's in kwestie laat het zijn sporen na in hun contact- en hechtingscapaciteiten die gaandeweg letterlijk verankerd, weerspiegeld geraken in hun neurobiologische ontwikkeling, via de cruciale rol die de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HPA-as)

hierin speelt. Onderzoek (Luyten e.a. 2006) heeft ook aangetoond dat vroege disregulatie van deze as leidt tot een hogere stressgevoeligheid en zijn weerslag heeft op endocrinologisch en immunologisch vlak (raakvlakken met chronische vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie en posttraumatische stressstoornis).

Uiteraard zijn dit jongeren die eerst iets moeten leren 'voelen', veel meer en voordat de therapeut zich kan richten op 'inzicht verwerven'. Voeling krijgen met de zorg van een volwassene, met elkaar, voeling met hun lichaam; ervaren dat iets leuk kan zijn in plaats van eindeloos saai.

Maar hoe? Hoe laat je hen iets voelen waar ze nauwelijks voelsprietten voor hebben? Gelukkig zijn er ook de groep, muziek- en bewegingstherapie en het creatief werken met materiaal en hebben we – last but not least – nog *onzelf als medium*.

DE (UITPUTTENDE) INZET VAN TEGENOVERDRACHT

Met tegenoverdracht wordt bedoeld het alert zijn voor het amalgaam van gevoelens en gedachten die je als therapeut overvallen in het contact met een jongere en/of zijn familie, én deze als hefboom aanwenden om uit het moeras te ploeteren.

We zijn er uiteraard niet alleen om empathisch mee te voelen met hun lusteloosheid en hopeloosheid, maar wel om bij onze weerspiegeling oog te hebben voor een extra lichtinval – die het beeld op zijn minst al in een context plaatst en waardoor ruimte voor dynamiek kan ontstaan.

Patiënte D is amper 14 als zij acuut opgenomen wordt, nadat ze van een hoog dak gehaald was. Daarvoor was ze thuis weggevlucht naar een grote stad, had er – eindelijk – een begripvolle man ontmoet, die nadien haar vertrouwen in de mensheid en in zichzelf ('hoe kon ze zo stom en naïef zijn') definitief om zeep geholpen had...

In gesprek met de ouders valt op, tussen de regels door, dat ze nauwelijks vat blijken te hebben op hun oudere dochters, en dat de meisjes onderling weinig respect en begrip tonen voor

elkaar. Dit klopt niet met het beeld dat het gezin naar buiten presenteert en roept vragen op omtrent het opvoedingsklimaat. Later vertelt patiënte in een gezinsgesprek een herinnering van toen ze 6 was, hoe moeder vader door het raam probeerde te duwen.

Patiënte jaagt het team maandenlang de stuipen op het lijf, bijvoorbeeld door op schalkse wijze het toezicht te ontvluchten en weg te lopen naar een brug waar ze ook één keer daadwerkelijk van af springt. De ouders geven het team hiervan de schuld en ook van het feit dat patiënte nog altijd niet weer naar school gaat. Herhaling, letterlijk en overdrachtelijk (de angst en terreur rond de val proberen meester te worden door zelf te springen en ons bang te maken; ouders worden niet zozeer bang door haar extreem-risicovolle gedrag, als wel door haar schoolse achterstand). Patiënte put zichzelf uit, het team voelt zich machteloos en uitgeblust. Kunnen we haar nog wel helpen, moet ze niet naar een plek waar het veiliger is? Zelf wil patiënte dit eigenlijk niet, 'omdat het dan weer zo lang zal duren eer ze eindelijk een band opgebouwd heeft'...

De beschuldigingen en diskwalificerende opmerkingen van ouders verdragen, containen en mentaliseren en van hieruit jongere en ouders proberen te helpen om tot een betere wederzijdse afstemming te komen, hen te ondersteunen zelf te leren omgaan met het onvermijdelijke 'tekort', vormen een zenuwslopende opgave.

TE-KORTEN, KORT-SLUITINGEN, UIT-SLUITINGEN

De voorgaande casus illustreert meteen de dubbelzijdigheid van het begrip 'tekort'. Enerzijds moet elk mens afstand doen van de verwachting van of de vervulling door het 'Al', en dus leren omgaan met 'het tekort', zowel aangaande zichzelf (narcistische register), als aangaande de ander (objectrelationeel). Anderzijds schieten reële ouders soms in die mate tekort dat jongeren moeten leren zich met deze tekorten niet te identifice-

ren. We bevinden ons respectievelijk in het neurotisch versus traumatisch register.

Juist in de puberteit/adolescentie, waarbij de veiligheid van het gezin verlaten wordt, de hormonen op hol slaan en de frontale cortex hopen synapsen bijmaakt (zodat letterlijk weer alles mogelijk, maar evenzo verwarrend wordt), is er grote behoefte aan afbakening en begrenzing, weliswaar door iemand die het mandaat hiertoe verworven heeft. Dit is de periode waarin de ouders stevig in het zadel moeten zitten: ze moeten hun kinderen aanmoedigen, inzet verwachten en hiervoor belonen; de tekorten van hun kinderen accepteren en hen helpen datzelfde te doen; hen goed volgen én loslaten. Wie als ouder zelf met een tekort of een krampachtigheid kampt, kan dit vaak niet goed genoeg, maar doet juist in die periode een beroep op zijn kind om dit tekort te camoufleren of te compenseren.

Een suïcidepoging staat dan voor het niet meer omgaan met mijn of andermans tekort, maar *tabula rasa* maken: geen ik en geen tekort meer. Evenzo lijkt het een statement, een manier om alsnog zijn eigen identiteit in de verf of op de kaart te zetten: mijn daad, mijn keuze, hetgeen het beste bij mij past en waarmee ik me ook duidelijk tegenover anderen afzet. Wie alles op alles gezet heeft om zich op deze wijze te affirmeren, is vaak moeilijk op andere gedachten te brengen.

Veel jongens worden niet 'depressief' onder al deze tekorten; ze spijbelen, nemen drugs en halen vandalenstreken uit. Zoals patiënt E, een 16-jarige jongen.

'Mijn vader zorgt niet voor mij, of toch niet, hij is het beu om mij, zo'n nietsnut, op te voeden.' Deze 'nietsnut' verloor zijn moeder in een auto-ongeval, nadat de ouders reeds gescheiden waren. Terug bij vader zorgt stiefmoeder soms een beetje voor hem, als ze zelf niet dronken of depressief is. Tijdens de behandeling doet patiënt er alles aan om geen verdriet te moeten voelen; echte rouw staat hij zichzelf niet toe, bang als hij is om te depressief of suïcidaal te worden. Hij wil liever voldoende streken uithalen, zodat we hem aan de

deur zetten; of uiteindelijk zelf weglopen en niet terug komen, dan hoeft hij zelfs niet aan de deur gezet te worden...

De narcistische kwetsbaarheid van jongens laat hun vaak niet toe zich emotioneel kwetsbaar te voelen en 'depressief' te worden; dat is iets voor 'mietjes'. Ze kunnen beter op de vuist gaan of veel uitgaan en op een voor hen veilige manier aangesproken en aangepakt worden: op hun gedrag.

ZIEKTES

Een belangrijk risico bij pubers/adolescenten is dat we een mogelijk toch bepalende medische determinant over het hoofd zien. Dit is enerzijds het geval wanneer men een bipolaire stoornis (Mendlewicz & Souery 2009) niet als dusdanig herkent; anderzijds kan ook het over het hoofd zien van een psychotische component (bijvoorbeeld zich ontwikkelende schizoaffectieve stoornis) de behandeling doen stagneren.

Misleidend is hierbij dat ook de depressie van deze jongeren meestal voldoende aanknopingspunten biedt vanuit besproken psychodynamische perspectieven om ze te begrijpen en te behandelen. Klinische alertheid en een blijvende kritische instelling tegenover onvoldoende therapeutische respons zijn de wegwijzers naar kritische diagnostiek en zo nodig medicatie lege artis. Het is spijtig als een begaafde jongere twee jaar middelbare school verliest door een slepende depressie, die uiteindelijk na twee weken lithium-behandeling opgeklaard blijkt.

Bij jongeren bij wie het hersensubstraat bio-medische stoornissen vertoont, leveren psychotherapeutische bemoeienissen nauwelijks resultaat zo lang er aan de onderliggende 'ziekte' niets gedaan wordt. Zoals een pubermeisje (depressief, getraumatiseerd, onveilig gehecht, met een hysterische bovenbouw) zelf zei nadat een neurolepticum aan de behandeling toegevoegd werd: 'déze medicatie helpt'. Eindelijk kon ze de vruchten van haar en ons therapeutisch werk plukken; zonder de ondersteuning op dit (biochemische) niveau

stortte het werk aan de (psychische) bovenbouw telkens weer in.

CONCLUSIE

In de benadering van ernstig depressieve adolescenten pleit ik voor een weerbaarheids-kwetsbaarheidsmodel, waarbij de depressie enerzijds het symptoom is van de overbelasting, maar waarbij men anderzijds depressie en overbelasting versus gebrek aan draagkracht parallel en simultaan aanpakt (Luyten e.a. 2006). Wanneer bovendien de kwetsbaarheid zich ook bevindt op het biochemisch vlak, kan men niet om de noodzaak van de geïndiceerde psychofarmaca heen.

Met deze veelgelaagdheid als behandelaar(s) in voeling komen, voldoende betrouwbaarheid verwerven zodat jongeren (en hun ouders) opnieuw een dynamische interactie onder elkaar en met het levende durven aangaan, vormt telkens een nieuwe uitdaging en meermaals een risicovolle en uitputtende onderneming.

LITERATUUR

- Casalin S, Vliegen N. De affectieve interactie tussen de depressieve moeder en haar baby: op empirisch onderzoek gebaseerde inzichten voor de klinische praktijk. *Tijdschrift Klinische Psychologie* 2007; 37: 33-44.
- Luyten P, Blatt S, Van Houdenhove B, Corveleyn J. Depression research and treatment: are we skating to where the puck is going to be? *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 985-99.
- Luyten P, Vliegen N, Van Houdenhove B, Blatt S. Equifinality, multifinality and the rediscovery of the importance of early experiences: pathways from early adversity and (functional) somatic disorders. *Psychoanal Study Child* 2008; 63: 27-60.
- Mendlewicz J, Souery D. Bipolaire depressies. *Tempo Medical* 2009; jan: 5-13.
- Vliegen N. She doesn't want to look at me. Mother-infant observation as a bridge between clinical practice and research. *Infant Observation* 2006; 9: 261-8.

AUTEUR

L. VAN COMPERNOLLE, kinder- en jeugdpsychiater, is diensthoofd Behandeleenheid Jeugdkliniek Pittem en werkzaam in privépraktijk; lid van de Belgische School voor Psychoanalyse en van de Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie.

Correspondentieadres: L. Van Compernelle, Ommegangsdreef 39, 8760 Meulebeke, België.

E-mail: leen.vancompernelle@telenet.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-7-2010.

SUMMARY

The treatment of depression in adolescents, a multi-layered challenge – L. Van Compernelle –

BACKGROUND It is generally accepted that the clinical-psychotherapeutic treatment of severely depressed adolescents is a difficult and complicated undertaking.

AIM To gain insight into the various factors, often present simultaneously, which block or undermine the adolescent development phase of separation-individuation and lead to depression, and to find out how the situation can be remedied.

METHOD The multi-layered hypothesis is developed with the help of case-material and takes exogenous as well as endogenous factors into account.

RESULTS The investigation has demonstrated that in the treatment of depressed adolescents every possible factor needs to be taken into account if a long-lasting result is to be achieved.

CONCLUSION This result is not surprising in view of the crucial developmental stage involved which is focused on the formation of identity. This developmental process cannot be consolidated until all the necessary elements have fallen into place.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)1, 57-62]

KEY WORDS attunement, countertransference, identity, illness, shortage