

## Jong volwassen gehecht



**Ilse Devacht**  
Klinisch psychologe Asster  
Gelicentieerd ABFT therapeut  
Trainer ABC4T Asster

**In deze bijdrage willen we meer vertellen over het zorgaanbod voor jongvolwassenen op de Zeilen 1, een van de afdelingen waar dokter Marie-Paule Clerinx jaren beleidsarts en afdelingsarts is geweest. We willen hiermee dank betuigen voor wat ze zei, deed en soms ook niet deed, om de psychiatrische zorg voor deze speciale doelgroep te helpen op de wereld te krijgen. In de tijd dat dokter Clerinx hier werkte, was ze zelf moeder van vijf jongvolwassenen die hun weg gingen doorheen deze soms mijnenveld-achtige levensfase. Het heeft haar ongetwijfeld geregeld geïnspireerd, zoals zij dat met ons deed. Ze kwam, deed en zag dat het goed was. En dus gaf ze ruimte om door te zetten, met vallen en opstaan. Dankjewel Marie-Paule, het is soms of stilaan goed genoeg op de Zeilen 1.**

### De jongvolwassen levensfase

De menselijke ontwikkeling doorloopt verschillende fasen. Een ervan is deze van de jongvolwassenheid, ook wel late adolescentie genoemd. Er circuleren verschillende termen in de literatuur om deze levensfase die aanvangt op achttien jaar en loopt tot aan de volledige uitrijping van het brein, te benoemen. Ook de leeftijdsspanne die bedoeld wordt, varieert naargelang de auteur. Wij zullen in wat volgt de term 'jongvolwassenheid' gebruiken voor de leeftijdsspanne tussen achttien en drieëntwintig jaar oud. We volgen Arnett in zijn inschatting dat deze levensfase lang genoeg duurt om van een aparte ontwikkelingsfase te spreken, meer dan enkel van een transitieperiode naar de volwassenheid (Arnett, 2018). Arnett benoemt vijf karakteristieken van de jongvolwassen levensfase: het is de fase van exploratie van de identiteit, van instabiliteit, de leeftijd van zich ervaren als 'er tussenin', de fase van kansen en van zelf-focus. De jongvolwassenheid vergt dan ook het doormaken van leeftijdsspecifieke ontwikkelingstaken (Grant & Potenza, 2010). Het behalen of voltooien van ontwikkelingstaken is als een trap bestijgen, waarbij een volgende trede kan genomen worden nadat men de vorige gehaald heeft. Deficits in het volbrengen van ontwikkelingstaken kunnen

ook cumulatief worden. De manier waarop ontwikkelingsdeficits tot uiting komen, hangt sterk samen met de leeftijd waarop extreme stressoren zich voordeden in het leven van een jongere.

Vanaf achttien ontwikkelen mensen een genuanceerder zelfbeeld en identiteit geraakt geïntegreerd doorheen verschillende rollen in het leven. De rol van intieme partner, kind van en mogelijks zelfs als ouder van, worden stilaan gecombineerd. Persoonlijk engagement is cruciaal in deze leeftijdsfase. De gevolgen van gemaakte keuzes, zullen de kansen voor de toekomst mee bepalen. Een bepaald diploma niet behaald hebben bijvoorbeeld, kan betekenen dat een jongvolwassene niet ten volle kan worden wie hij wil zijn. Onafhankelijkheid ten opzichte van de zogenoemde primaire gehechtheidsfiguren, waarmee meestal de ouders bedoeld worden, neemt toe. In Westers georiënteerde maatschappijen worden jongeren maatschappelijk en juridisch als volwassenen beschouwd vanaf de leeftijd van achttien jaar. Het is hen toegelaten te stoppen met school lopen, het ouderlijk huis te verlaten, te stemmen en auto te rijden. Daartegenover wordt verwacht dat ze zich verantwoordelijk gedragen en op eigen benen gaan staan. Het spreekt vanzelf dat dit niet dadelijk haalbaar is voor de meeste achttienjarigen, zeker niet wanneer hun bio-psychosociale ontwikkeling gecompromitteerd werd door een lage sociaaleconomische status, mentale of fysieke gezondheidsproblemen of trauma. Daarnaast schept onze eerder individualistisch georiënteerde cultuur het beeld dat alles kan op die leeftijd, als men maar hard genoeg werkt en probeert. De studententijd als gelukkigste tijd uit uw leven, is een populaire uitspraak. Maar wat als de jongvolwassene zelf dit anders ervaart? Is dit dan niet hun eigen 'fout', hebben zij dan niet ergens gefaald?

Vanuit een systemisch oogpunt, kan de jongvolwassen levensfase gezien worden als de fase van het re-negotiëren van relaties. Doorheen de normatieve ontwikkeling transformeert de positie van de jongvolwassene in relatie naar een

toename van autonomie en persoonlijke competentie, terwijl men zich verbonden blijft weten met naasten. Autonomie is het universele menselijke verlangen om zelf een keuze te hebben in wat men doet, denkt of voelt. Dit verlangen is zo inherent verschillend van verantwoordelijkheid. Mensen verlangen van nature meer naar autonomie dan dat ze zich graag verantwoordelijk voelen. Competentie is het universeel menselijke verlangen iets goed te kunnen. Op de leeftijd van achttien jaar, beginnen competenties als het ware echt te tellen in het leven, op weg naar iemand of iets als een verpleegkundige of ingenieur te 'worden'. Noch autonomie, noch competentie kunnen zich stabiel ontwikkelen los van het verlangen om zich geliefd en leefbaar te voelen door anderen. Het nest verlaten om een studie te volgen of om te gaan samenwonen met de partner, hiermee letterlijk de zekere basis verlatend van 'thuis', is uitdagend voor alle mensen doorheen alle culturen. Ook voor zorgdragers en ouders, is de jongvolwassen levensfase een uitdaging. In het verschuiven van de rol als facilitator van de ontwikkeling van hun kind op adolescentenleeftijd, naar de rol van supporter in de jongvolwassen leeftijd, ervaren zij doorgaans minder controle of macht over hun kind.

Wanneer jongvolwassenen professionele hulp nodig hebben in hun verdere ontwikkeling, blijken ze ons vaak voor extra uitdagingen te plaatsen. Jongvolwassenen formuleren hulpvragen zelden als een vraag naar mentale gezondheidszorg, laat staan naar therapie. Om de uitdaging voor hulpverleners nog te vergroten, zijn jongvolwassenen doorgaans slechte hulpgebruikers, zeker de mannen onder hen. Gemiddeld vraagt slechts een derde van de jongvolwassen mannen met een grote nood aan mentale gezondheidszorg die ook.

Jongvolwassenen die in moeilijke omstandigheden opgroeien, worden vaak een soort van hulpverleners thuis die zich verantwoordelijk gaan voelen voor hun ouders en broers of zussen. Als zij dan uiteindelijk professionele hulp bij

ons zoeken, is in deze hulpvraag vaak een hulpkreet verborgen om gezin en gezinsleden bij te staan. Het is belangrijk hier opmerkzaam voor te zijn wanneer we als hulpverleners met de beste bedoelingen neigen in te grijpen. Als 'thuis' niet veilig of stabiel was als nest, wanneer leeftijdsnoten of leraars als bullebakken werden ervaren, wanneer je het leven hebt genavigeerd met weinig of geen steun of troost, kan het onmogelijk lijken om ooit de stap naar de volwassenheid te maken.

## Gehechtheid

Gehechtheid is een van de belangrijkste menselijke ontwikkelingsprocessen. Gebaseerd op een biologisch ingeboren systeem ontwikkelt zich doorheen herhaalde (leer)ervaringen met zorg, een vertrouwen in de beschikbaarheid van zorgfiguren. Gehechtheid definiëren volgens de huidige stand van het onderzoek ernaar, is dan ook: gehechtheid is de mate van vertrouwen in de beschikbaarheid van zorg. De zorgfiguren in dit biologisch gedreven leerproces zijn meestal de ouders en worden ook wel primaire gehechtheidsfiguren genoemd. Zij bieden troost, hulp en bescherming (Bowlby, 1969). Het vertrouwen in de beschikbaarheid van zorgfiguren om afgestemde zorg te bieden in tijden van nood, vormt de kern van het gehechtheidssysteem. Veilig gehechte zorginteracties verlopen steeds min of meer volgens een zelfde basis script. De zorgvrager, die vertrouwen stelt in de beschikbaarheid van de zorgfiguur, zal zijn nood signaleren en nabijheid zoeken tot de zorgfiguur. De zorgfiguur, die sensitief of opmerkzaam is voor deze

signalen, biedt instrumentele en/of emotionele zorg (responsiviteit), onder de vorm van troost, hulp of bescherming. Hierna kan de zorgvrager zich opnieuw engageren in de situatie en de omgeving. Veilig gehechte kinderen of zorgvragers zullen hierdoor minder lang en minder overspoelend blootstaan aan de stressoren die hem in nood brachten en aan de impact ervan. Anders gezegd, biedt veilige gehechtheid een buffer tegen de impact van stressoren.

Bij onveilige gehechtheid is er, eveneens na herhaalde leerervaringen, een gebrek aan vertrouwen in de beschikbaarheid van zorg geleerd. Onveilig gehechte zorginteracties kennen een wisselend en onzeker verloop. De zorgvrager, die geen stabiele verwachting heeft rond de beschikbaarheid van zorg in nood, zal zich tegen deze onzekerheid willen beschermen. Hij zal ophouden met zijn nood te seinen of allerlei missignalen uitzenden. Deze leiden makkelijker tot misinterpretaties door de zorgfiguur. Deze zal minder sensitief en responsief gaan reageren en dus minder afgestemde troost, hulp of bescherming bieden. Hierdoor staan zorgvragers met onveilige gehechtheid langer en ernstiger bloot aan de impact van stressoren. Deze zorgvragers zullen zich minder goed opnieuw kunnen engageren in de situatie en de omgeving na het voorkomen van de stressor. In de ontwikkeling van kinderen en jongeren geraken verschillende gedrags-, emotie- en cognitieve regulatiemechanismen, waaronder het kunnen stellen van steun zoekend gedrag, zo op de duur verstoord. Hierdoor vergroot de kans op de ontwikkeling of

het voortduren van psychopathologie. Het is belangrijk te stellen dat onveilige gehechtheid dus geen psychopathologie is op zich, noch ze rechtstreeks veroorzaakt. Wel blijkt de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie, eerder veilig of onveilig, via deze regulatiemechanismen, gelinkt aan de kwetsbaarheid om psychopathologie te ontwikkelen of bestendigen. Onveilige gehechtheid is met andere woorden een trans- diagnostische risicofactor (Heylen et al., 2016).

Het gevonden verband dat onveilige gehechtheid een kwetsbaarheidsfactor is in het ontstaan van psychopathologie bij kinderen en jongeren, doet vermoeden dat onveilige gehechtheid ook verder in de ontwikkeling een risicofactor blijft. Recent onderzoek toont, in tegenstelling tot wat eerder aangenomen werd, immers aan dat gehechtheidsontwikkeling een levenslang leerproces is (Waters & Waters, 2006). Hieruit kunnen we aannemen dat ook gedurende de jongvolwassen levensfase nog van gehechtheidsontwikkeling, in eerder veilige of onveilige richting, sprake is. Als jongvolwassenen dan in de geestelijke gezondheidszorg terecht komen, lijkt het van belang gehechtheidsontwikkeling hierin een plaats te geven.

## Gehechtheidsgebaseerde zorg op de Zeilen 1

Aangezien gehechtheid een levensloop durend en dynamisch proces blijkt te zijn en de jongvolwassen levensfase een belangrijke laatste ontwikkelingsfase voor de volwassenheid, opent dit perspectieven voor gehechtheidsgebaseerde zorg. Twee zaken zetten dit perspectief



extra kracht bij. Ten eerste blijkt er in gehechtheid sprake van een 'trek' of persoonskenmerk-aspect veilige versus onveilige gehechtheid en een 'toestand'-aspect, waarbij het vertrouwen in de beschikbaarheid van zorg mede afhankelijk is van de context waarin de nood zich voordoet (Bosmans & Van Yserdoorn, 2020). Veilige of onveilige gehechtheid ligt dus niet zwart-wit en evenmin levenslang vast in iemands persoonlijkheid. Ten tweede toont onderzoek aan dat het herstellen van een veilige gehechtheidsrelatie tussen jongeren en hun ouders een groot therapeutisch effect heeft op psychopathologie als depressie en suïcidaliteit (Diamond et al., 2016). Vanuit deze bevindingen dat gehechtheidsontwikkeling dynamisch is, vatbaar voor herstel blijkt en dat dit herstel van een veilige gehechtheidsrelatie een impact kan genereren op psychopathologie, kan er in de professionele zorg best ingezet worden op dit herstel.

Bij de opstart van een residentieel psychiatrisch zorgaanbod, specifiek voor jongvolwassenen, op de Zeilen 1, Asster, werd dan ook ingezet op de uitbouw van gehechtheidsherstellende zorg naast de bestaande gedragstherapeutisch georiënteerde zorg. Momenteel heeft de Zeilen 1 een capaciteit van 23 bedden en een vijftal dag-plaatsen. Een team biedt op één locatie drie zorgmodules aan. De Crisismodule met een verblijfsduur van vier tot zes weken, focust op het terugdringen van de crisis en het rust brengen bij de jongvolwassene en zijn context. De Oriëntatiemodule van een achttal weken, bestaat uit interdisciplinaire observatie en inschatting, mogelijks in combinatie met een gespecialiseerd psychodiagnostisch traject, om tot een geschikt zorgpad voor de jongvolwassene te komen. De Behandelmodule, waarbij de duur aangepast wordt aan de nood van de jongvolwassene in kwestie, beoogt behandeling van psychopathologie en het op het spoor krijgen van de jongvolwassen bio-psychosociale ontwikkeling.

Aangezien de jongvolwassenheid een menselijke ontwikkelingsfase is een aangezien de meerderheid van jongvolwassenen in psychiatrische opname reeds als kind kampten met psychopathologie, werd het in deze uitbouw cruciaal geacht op twee niveaus in te zetten op zorginteracties van jongvolwassenen. Enerzijds wilden we inzetten op het betrekken van de primaire zorgfiguren, meestal de ouders, in de zorg. Dit is geen evidentie in het kader van volwassenen psychiatrie. Anderzijds leek het ons cruciaal om ter ondersteuning ook in te zetten op het herstellen van vertrouwen in de zorg van professionele zorgfiguren. Het vertrouwen van de zorgvrager in de beschikbaarheid, bereidheid en competentie van professionele zorgfiguren om zorg te bieden is immers een cruciaal gegeven in elke behandeling. De gehechtheidsherstellende zorg werd dan ook op twee niveaus geïmplementeerd: (1)

Attachment Based Family Therapy (of ABFT) werd als gezinstherapeutisch aanbod geïmplementeerd in het zorgaanbod. In deze therapie poogt men een veilige gehechtheidsrelatie met de primaire zorgfiguren, meestal de ouders, te herstellen. (2) Attachment Based Care voor Teams (of ABC4T) werd als begeleidingskader voor het ganse interdisciplinaire team ontwikkeld en geïmplementeerd. In het ABC4T kader wordt herstel van het vertrouwen in zorg vanwege professionele zorgfiguren beoogd. De professionele zorgfiguren in een team worden hierbij gezien als zogenoemde ad hoc of transitionele gehechtheidsfiguren (Verschuieren, 2015). Beide implementaties beogen zorginteracties volgens een veiliger of zekerder zorgscript te laten verlopen. Bij zorgvragers, in dit geval jongvolwassenen met ernstige en veelal multiple psychopathologie, wordt gepoogd het steun-zoekend gedrag te her-activeren en dit zowel naar hun primaire als naar hun professionele zorgfiguren. Bij deze primaire en professionele zorgfiguren wordt ingezet op het her-activeren en versterken van hun sensitiviteit en responsiviteit. Op die manier kunnen zorginteracties opnieuw meer en vaker volgens een veiliger of zekerder zorgscript gaan verlopen. Hierbij wordt aangenomen dat deze nieuwe of herstelde zorginteracties zo alsnog een buffer kunnen vormen voor de impact van nieuwe stressoren en dus een impact hebben op de kwetsbaarheid voor psychopathologie.

### **Attachment Based Family Therapy (ABFT) op de Zeilen 1**

ABFT werd niet ontwikkeld of gepromoot als oplossing voor alle leed. Het is een evidence based ambulant zorgaanbod voor depressieve en suïcidale adolescenten, zeker wanneer er sprake is van trauma in de gehechtheidsgeschiedenis. Wanneer er sprake is van meerdere problemen of diagnoses, zoals voor de jongeren opgenomen op Zeilen 1 meestal het geval is, dient de ABFT dus gekaderd te worden in een ruimer zorgaanbod waar ook individuele therapie, psycho-educatie, groepstherapie en medicamenteuze behandeling deel van uitmaken.

Bij het introduceren van de ABFT gezinstherapie in het residentieel psychiatrische zorgaanbod op de Zeilen 1 voor jongvolwassenen met veelal met multiple en ernstige psychopathologie, rezen verschillende vragen. Een van de vragen was of deze jongvolwassenen zich zouden engageren voor ABFT, dat zich in hun ogen slechts op een deel van hun ellende focust. Als meerderjarige kan men bovendien het betrekken van ouders in zorg immers weigeren. Daarnaast was het nog maar de vraag of ouders de stap zouden zetten naar gezinstherapie te komen. Ouders kunnen zich, wanneer hun kind wordt opgenomen in een psychiatrische eenheid, snel beschuldigd voelen wanneer ze ervan uitgaan gezien te worden als de oorzaak van de problemen van hun kind. Uit



Illustratie van interdisciplinair samenwerken: ouders en jongvolwassen dochter die samen een parcours met hindernissen afleggen in een sessie PMT ABFT-gezinstherapie

de cijfers van de Zeilen 1 blijkt echter dat slechts twee jongvolwassenen op de achttentachtig die het aanbod kregen (cijfers van 2016 tot eind 2020), en geen van de ouders, weigerden om een ABFT traject op te starten. In die periode werden achtennegentig ABFT trajecten gerealiseerd voor zesentachtig jongvolwassenen in opname. Bij gescheiden ouders (achtenvijftig procent) wordt immers wanneer nodig en mogelijk een apart traject geboden voor de jongvolwassene met elk van zijn ouders. In twee trajecten was er sprake van drop-out gedurende het traject. In beide gevallen ging het om de ouder(s) die weigerden verder te zetten in een situatie waar sprake was (geweest) van ernstig seksueel en fysiek geweld binnen het gezin.

Deze cijfers laten ons inziens toe te concluderen dat ABFT gezinstherapie weldegelijk goed geaccepteerd worden door jongvolwassenen in opname omwille van multiple en ernstige mentale problematieken alsook door hun ouders of zorgdragers.

Onderzoek naar de effecten van ABFT in deze doelgroep, is momenteel volop lopende. De feedback die we krijgen van jongeren en ouders, in gesprekken, brieven, e-mails en bezoeken, stemt ons in elk geval hoopvol.

### **Attachment Based Care voor Teams (ABC4T) op de Zeilen 1.**

Om enig basisvertrouwen in zorg te herstellen, niet enkel vanwege primaire zorgdragers, maar ook vanwege professionele hulpverleners, werd op de Zeilen 1 een aanpak voor het interdisciplinaire team ontwikkeld: Attachment Based Care voor Teams of ABC4T.

Volgens de hierboven kort geschetste gehechtheidstheorie, gaan mensen doorheen de



levensloop gehechtheidsrelaties aan die ten dele gebaseerd zijn op het script dat opgebouwd werd in de primaire gehechtheidsrelaties met ouders. Doorheen operante en klassieke leerprocessen worden ook een soort gehechtheidsrelaties aangegaan (Bosmans et al, 2020), met zogenoemde ad hoc of transitionele zorgdragers, zoals bijvoorbeeld leerkrachten. Voor de groep jongeren die psychiatrische hulp nodig heeft, werd vastgesteld dat zij nog meer geneigd zijn om deze andere dan primaire gehechtheidsrelaties aan te gaan (Santens, Claes, Diamond & Bosmans, 2018).

In de ontwikkeling van het ABC4T kader hebben we dan ook willen inzetten op het creëren

en herstellen van vertrouwen naar professionele (of ad hoc) zorgdragers, naast de ABFT die inzet op herstel van vertrouwen in de primaire gehechtheidsrelaties. Een toename van het vertrouwen van een jongvolwassene in professionele zorg, zou een extra weg kunnen bieden naar herstel van vertrouwen in andere gehechtheidsrelaties. Met andere woorden: inzetten op het wijzigen van de relationele patronen in het signaleren van hun nood en in het vragen naar en ontvangen van hulp, steun of troost, is precies waarop we vanuit ABC4T inzetten.

Onderzoek naar de evaluatie van de ABFT en ABC4T implementaties is, zoals eerder gesteld,

nog volop aan de gang op de Zeilen 1. Dokter Clerinx schonk van bij aanvang haar volste vertrouwen als mede bezieler van een psychiatrisch zorgaanbod specifiek voor jongvolwassenen. Dit zorgaanbod blijft een 'work in progress' en we kunnen en moeten nog veel bijleren over hoe relatieherstel met ouders en hulpverleners, jongvolwassenen kan helpen om het leven te surfen zoals het is: geweldig, complex en tricky.

