

Achter de littekenens

HULP-
VERLENEN
BIJ
ZELF-
BESCHADIGING

Meike Grol
Nienke Kool

'We don't look at the stars in the universe and say how tragic they are, how bruised they are, even though that is what they are. We look at them and speak of the beauty they contain. The inspiration they give us. Even though stars are the scars of the universe we don't see them as these broken pieces of gaseous matter, we see them as these majestic astrological blessings that give hope to billions. What if you saw yourself in that same light, or better yet what if you saw others in a similar way.'

– RICKY MAYE

Voorwoord

Nog maar net van de universiteit, waar ik klinische psychologie had gestudeerd, werd ik op de kliniek waar ik werkte geconfronteerd met een patiënte die zichzelf heftig had beschadigd. Een teamlid sprak spottend en kwaad uit dat het een wel heel erg onhandige poging was om zichzelf te suïcideren. Anderen hadden afschuw en zorgen. Hoe dan ook, het was voor de teamleider het bewijs dat deze vrouw niet gemotiveerd en ook ongeschikt was voor de behandeling. Het team had vaker met zelfbeschadigende patiënten te maken gehad en was zeer overtuigd van zijn aanpak. Op de meeste behandelplekken was het beleid in de jaren 1990 dat zelfbeschadigend gedrag ontoelaatbaar was, het werd genegeerd en leidde tot beëindiging van de behandeling. De universiteit bood geen lesstof over zelfbeschadigend gedrag en ook in mijn postdoctorale opleiding tot psychotherapeut werd daar geen aandacht aan besteed. Onvoorbereid werd ik hiermee geconfronteerd en ik had nog te weinig bagage om het team tot een ander besluit te bewegen. Het beschadigend gedrag riep veel op. Het lastigste vond ik echter het in mijn ogen onrechtvaardige systeem: hoe kun je iemand wegsturen voor het probleem waarvoor die persoon (mede) in behandeling zit! Is het niet juist de taak van de behandelaar om de persoon die zichzelf beschadigt op een andere manier te leren omgaan met emoties en behoeften! Ander gedrag aan te leren of, nog beter, zelfbeschadiging overbodig te maken door de achterliggende problemen te verminderen of zelfs op te lossen. Maar hoe doe je dat dan? Wat zijn de achterliggende problemen en hoe kun je daarmee als hulpverlener omgaan?

In de jaren 1990 was er nog weinig literatuur, onderzoek en kennis over dit onderwerp beschikbaar. Hulpverleners hadden nog geen tools om ermee om te gaan. Mogelijk was het dan ook wel vanuit machteloosheid dat de patiënt als zondebok werd weggestuurd, zodat voor de hulpverleners de gevoelens weer te verdragen waren.

In de jaren waarin ik betrokken was bij de Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (LSZ) hoorde ik meer schrijnende verhalen. De meeste patiënten waren door de negatieve bejegeningen door behandelaren, artsen en verpleegkundigen nog meer hun vertrouwen in de medemens kwijtgeraakt. Het gevoel van gek zijn werd versterkt.

Het stigma zorgde ervoor dat patiënten zich afgesloten voelden, met eenzaamheid en meer wanhoop als gevolg. Sinds 2005 zet de LSZ zich in voor mensen die zichzelf beschadigen. Ze heeft als missie dat zelfbeschadiging wordt erkend als serieuze problematiek die bespreekbaar is en niet wordt genegeerd. En dat lotgenoten en hun naasten op een waardige manier bejegend worden door zorgprofessionals die weten hoe zij moeten behandelen en begeleiden en hoe ze om moeten gaan met hulpvragen. De LSZ heeft in de afgelopen jaren veel bereikt; daardoor is er meer aandacht voor zelfbeschadiging en is het minder een taboe geworden.

Ook op het gebied van behandeling en onderzoek is veel veranderd: er is meer kennis aanwezig. Het probleem is echter nog steeds dat het merendeel van de hulpverleners hier niet in geschoold wordt. De onwetendheid leidt nog steeds tot misverstanden en tot uitzetten van verkeerd beleid.

Ik ben dan ook zeer verheugd dat *Achter de littekens* verschijnt. Het is het eerste Nederlandse boek dat ingaat op de vele facetten en achtergronden van zelfbeschadiging. De auteurs zijn er goed in geslaagd om dit op een overzichtelijke manier te presenteren. Daarbij krijgt de lezer duidelijke handvatten om de theorie om te zetten in praktisch (be)handelen. Ik pleit ervoor om *Achter de littekens* als verplichte literatuur op te nemen in bachelor- en masteropleidingen en in de opleidingen tot psychotherapeut, klinisch psycholoog en gezondheidszorgpsycholoog. Opdat iedereen weet wat achter de littekens schuilt.

Jos Govers, psycholoog-psychotherapeut

Inhoud

Inleiding	11
Deel I Zelfbeschadiging: theorie en achtergrond	
1 Wat is zelfbeschadiging?	17
2 Waarom beschadigen mensen zichzelf?	30
3 Het proces van zelfbeschadiging	42
Deel II Verdieping in zelfbeschadiging en in specifieke doelgroepen	
4 Wanneer er geen woorden meer zijn; zelfbeschadiging als communicatiemiddel	57
5 Invloed van (social) media en groepen	67
6 De medisch hulpverlener; zelf toegebrachte wonden dichten	78
Deel III Behandelen en begeleiden bij zelfbeschadiging	
7 Met zelfbeschadiging omgaan van mens tot mens	95
8 Algemene interventies	115
9 Klinische setting	129
10 Beschermen en loslaten; over autonomie en vrijheidsbeperking	141
11 Behandelingen	152
12 Het leven gaat door; leven na zelfbeschadiging	164
Nawoord	173
Literatuur	175
Dankwoord	180
Over de auteurs	182

Inleiding

*'Some people see scars, and it is wounding they remember.
To me they are proof of the fact that there is healing.'*

– LINDA HOGAN

Achter de littekens

Iedereen heeft littekens, sommige zijn onzichtbaar, andere juist onmiskenbaar. Cliënten die zichzelf beschadigen, maken hun innerlijke wonden en littekens zichtbaar. De strepen op hun lichaam geven de pijn aan die zij lijden of geleden hebben. Het is aan ons, hulpverleners, om deze pijn te zien, ernaar te vragen en ons ermee te verbinden. Littekens herinneren ons eraan dat genezing mogelijk is, zelfs van de diepste wonden.

Achter de littekens van cliënten die zichzelf beschadigen zitten verhalen die gehoord willen worden. De hulpverlener is de luisteraar voor deze verhalen, soms een gids die de cliënt in een deel van het verhaal begeleidt, soms een schatzoeker die delen van de verhalen mee uitgraaft. Dit is geen makkelijke taak. Het is werk waarbij pijn, verwarring, verdriet en woede horen. Toch is dit alles het waard. De littekens worden getransformeerd van symbool voor pijn tot symbool voor overleving.

Doel en doelgroep van dit boek

Wanneer we in studieboeken van opleidingen als verpleegkunde, geneeskunde en sociale studies op zoek gaan naar informatie over zelfbeschadiging is daar verrassend weinig over te vinden. Er wordt met een paar zinnen aandacht aan besteed in een paragraaf over de borderline persoonlijkheidsstoornis. Af en toe wordt nog benoemd dat zelfbeschadiging ook een symptoom van andere psychiatrische problematiek kan zijn, terwijl de kans groot is dat alle hulpverleners in de zorg in aanraking komen met zelfbeschadiging, met name binnen de psychiatrie. Theoretische kennis ontbreekt en er wordt vaak gesteund op ervaringen en interpretaties van (ervaren) collega's. Deze

ervaringen en interpretaties verschillen per sector, instelling en persoon. Er worden dus voornamelijk meningen en subjectieve informatie overgedragen.

Dit boek hebben we geschreven om hulpverleners te ondersteunen in het werk met cliënten die zichzelf beschadigen. Met dit boek beogen we meer begrip, inzichten en handvatten aan te reiken voor het werken met deze cliënten. Dit doel hopen we te bereiken door gebruik te maken van evidence-based practice, resultaten uit wetenschappelijk onderzoek, de persoonlijke en professionele ervaringen van de auteurs en citaten uit interviews met hulpverleners en cliënten. Door de combinatie van deze elementen schetsen we een compleet beeld van de problematiek en de bijbehorende hulpverlening. Alle citaten, voorbeelden en casussen komen direct uit de praktijk. Soms hebben we details, zoals naam en leeftijd, veranderd ten behoeve van de privacy van cliënten. Alle hulpverleners die te maken krijgen met cliënten die zichzelf beschadigen, kunnen dit boek gebruiken: verpleegkundigen, sociaal werkers, pedagogisch medewerkers, sociotherapeuten, psychologen, psychiaters, vaktherapeuten, orthopedagogen, artsen en praktijkondersteuners. We maken duidelijk wat de achtergrond van zelfbeschadiging is, welke functies dit gedrag heeft en hoe de hulpverlener hiermee om kan gaan. Ook komen dilemma's aan bod die de hulpverlener tegenkomt, zoals het vinden van een balans tussen de cliënt eigen verantwoordelijkheid geven en de cliënt in bescherming nemen. We besteden beperkt aandacht aan zelfbeschadiging bij cliënten met een verstandelijke beperking omdat dit over het algemeen een andere vorm en functie heeft. Waar relevant bespreken we de thematiek kort om toch een zo breed mogelijk overzicht te bieden.

Dit boek is geschikt voor hulpverleners die al langere tijd in het vak werken, maar ook voor onervaren hulpverleners. Het boek is zeer bruikbaar voor opleidingen voor aankomend hulpverleners, maar ook als aanvulling op het curriculum op mbo-, hbo- en academisch niveau.

Tevens kan dit boek interessante informatie en inzichten verschaffen aan andere geïnteresseerden, zoals docenten, ouders, naasten of cliënten.

Leeswijzer

Dit boek kan op diverse manieren gelezen worden. Het meest complete en gevarieerde beeld wordt verkregen door het boek van voor naar achter te lezen. Alle hoofdstukken kunnen echter ook los van elkaar doorgenomen worden. De hoofdstukken uit deel I vormen de basis en zijn een goed startpunt. De hoofdstukken uit deel II en III geven meer verdieping op specifieke gebieden, zoals interventies, de klinische setting en hulpverlening in het algemeen ziekenhuis. Het boek eindigt met het leven na zelfbeschadiging en hoe cliënten daarop voorbereid kunnen worden.

Ten slotte is op de website achterdelittekens.swpbook.com (via de button Extra materiaal) nog aanvullende informatie te vinden over mensen met een verstandelijke beperking, Gestalttherapie, wondzorg en aanvullende citaten.

Over de terminologie

In dit boek spreken we over 'cliënten' om een eenduidige term te gebruiken. Desgewenst kan waar cliënt staat ook patiënt of klant gelezen worden.

Wanneer we over cliënten schrijven, doen we dit in de zij-vorm, in tegenstelling tot de gebruikelijke hij-vorm. Deze keuze hebben we gemaakt omdat zelfbeschadiging vaker gezien wordt bij vrouwelijke cliënten; de zij-vorm sluit dus beter aan bij de praktijk. Zelfbeschadiging komt ook voor bij mannen, dus waar 'zij' staat kan ook 'hij' gelezen worden.

Deel I

Zelfbeschadiging: theorie en achtergrond

1 Wat is zelfbeschadiging?

In dit hoofdstuk leggen we een theoretische basis die onmisbaar is in de praktijk en die belangrijk is om zelfbeschadiging te kunnen begrijpen en behandelen. De beschreven informatie is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en diverse theoretische bronnen (zie de literatuurlijst achter in dit boek).

Wat is zelfbeschadiging en wat is het niet?

Het is belangrijk om te weten wat er bedoeld wordt met zelfbeschadiging. In dit boek hanteren we de volgende definitie:

Zelfbeschadiging is het direct en bewust beschadigen van het eigen lichaam, zonder het doel om te sterven.¹

Deze definitie omvat een aantal criteria. Er is sprake van schade die direct op de handeling volgt. Gedrag waarbij de schade pas op langere termijn optreedt, zoals overmatig alcoholgebruik, roken of jezelf uithongeren, valt hier dus niet onder. Deze gedragingen vallen onder de bredere term zelfdestructief gedrag: het is schadelijk gedrag, maar niet direct volgend op de handeling.

Bij zelfbeschadiging wordt er bewust schade toegebracht aan het eigen lichaam. Op het moment dat iemand zichzelf beschadigt weet ze dat ze haar lichaam schade toebrengt, dit is een van de doelen van het gedrag. In tegenstelling tot bijvoorbeeld roken. Iemand die rookt weet dat dit schade toebrengt aan de longen, dit is echter een ongewenst neveneffect. Bij zelfbeschadiging is de fysieke schade een bedoelde consequentie.

Iemand die zichzelf beschadigt heeft hiermee niet de bedoeling om te sterven. Dit wordt verderop uitgewerkt.

Zelfverwonding, automutilatie, zelfbeschadiging?

Om zelfbeschadigend gedrag te beschrijven, worden vele termen door elkaar gebruikt. De meest voorkomende termen zijn: zelfverwonding, zelfdestructief gedrag, auto-agressie, automutilatie en zelfbeschadiging.

Zelfverwonding beperkt zich tot het beschadigen van de huid, denk hierbij aan snijden en branden. Zelfbeschadiging omvat, naast het toebrengen van direct zichtbaar letsel, ook het niet of minder zichtbare letsel, zoals het innemen van giftige stoffen of het opzoeken van extreem gevaarlijke situaties die tot beschadiging van het lichaam leiden. Zelfbeschadiging is dus breder dan zelfverwonding.

Zelfdestructief gedrag en auto-agressie zijn verzameltermen voor allerlei gedragingen die het lichaam schade toebrengen, waaronder overmatig drugs- en alcoholgebruik, eetstoornissen en gokverslavingen. Zelfbeschadiging omvat dus niet al het gedrag dat onder zelfdestructief gedrag en auto-agressie valt.

Automutilatie is het onherstelbaar verminken van het eigen lichaam, denk aan het amputeren van lichaamsdelen en het zodanig beschadigen van spieren en pezen dat er functiebeperking optreedt (bijvoorbeeld het doorsnijden van de achillespees waardoor lopen niet meer mogelijk is). Het is een klinische term voor een handeling waar meestal medische behandeling voor nodig is – denk hierbij aan een chirurgische ingreep of het voorschrijven van antipsychotica. Internationaal wordt deze term vrijwel niet meer gebruikt, in Nederland komen we deze term echter nog regelmatig tegen onder therapeuten en artsen. Automutilatie is een klinische en afstandelijke term, waarmee het eenvoudiger is emotioneel afstand te nemen van deze problematiek. Waarmee het echter tegelijk vervreemdend kan zijn voor de cliënt.

Een verpleegkundige voerde regelmatig gesprekken met Anne, een meisje van net veertien jaar dat enkele maanden opgenomen was. Anne vertelde dat ze zichzelf 'automutilieerde'. De verpleegkundige praatte in hun gesprekken over haar gedrag als 'snijden', omdat dit was wat ze deed. Na een aantal gesprekken begon Anne 'automutileren' te vervangen door 'snijden'. Daarbij vertelde ze: 'Het is zo'n opluchting dat ik bij jou gewoon kan zeggen dat ik mezelf snij. Iedereen vraagt altijd of ik nog geautomutilieerd heb of hoe het met de automutilatie gaat. Het is alsof ze er bang voor zijn, alsof ze niet durven te zeggen wat het echt is. Ik durf er dan ook niet goed over te praten en durf het niet anders te noemen dan automutilatie. Ik vertel er dan ook maar niet te veel over om ze niet bang te maken.'

De cliënt leest onder andere aan het taalgebruik af hoe direct zij over haar zelfbeschadiging mag praten en past zich hieraan aan. Hoe afstandelijker de hulpverlener over de problematiek praat, hoe afstandelijker de cliënt dit zelf ook zal gaan doen. Het werkt evengoed andersom: wanneer de cliënt merkt dat de hulpverlener zich er comfortabel bij voelt om op een directe manier over de zelfbeschadiging te praten, dan zal zij dit voorbeeld volgen en leren om er ook open en direct over te praten. In dit boek houden we de term zelfbeschadiging aan omdat dit de meest heldere en oordeelvrije beschrijving geeft van de problematiek. Zelfbeschadiging omvat alle gedragingen die direct en opzettelijk het lichaam beschadigen, dus onder andere zichzelf snijden, branden of overdoseringen medicatie slikken. Zelfdestructief gedrag dat niet direct tot doel heeft het lichaam te beschadigen valt hierbuiten. Alcohol- en drugsgebruik en eetstoornissen horen dus niet bij zelfbeschadigend gedrag. Deze gedragingen zijn uiteraard schadelijk voor het lichaam en hebben eveneens een psychologische achtergrond. Echter is het beschadigen van het lichaam niet het doel, maar een ongewenst bijeffect, waarin het zich onderscheidt van zelfbeschadigend gedrag.

Zelfbeschadiging, suïcidaliteit of beide?

Zelfbeschadiging en suïcidaliteit worden vaak onlosmakelijk met elkaar verbonden: iemand die zichzelf beschadigt is ook suïcidaal. In deze paragraaf zullen we concluderen dat dit niet per definitie klopt.

Bij suïcide is het leven zoals dat ervaren wordt niet meer te verdragen en is de dood het middel om dat leven te beëindigen. De cliënt wil het leven zoals het op dat moment is niet meer en ziet geen andere oplossing dan de dood. Cliënten die een poging tot suïcide doen scoren significant hoger op ervaren weerzin tegen het leven vergeleken met cliënten die zichzelf beschadigen.²

Zelfbeschadiging komt veelal vanuit een gezonde intentie: het leven draaglijk maken. Het is een copingmechanisme dat ingezet wordt om met de problemen die het leven presenteert om te gaan.

Zelfbeschadiging en suïcidaliteit kunnen gelijktijdig voorkomen. Zo kan iemand zichzelf beschadigen om het leven aan te kunnen, maar ook momenten hebben waarop de wanhoop de overhand neemt en dan een poging doen om het leven te beëindigen. Sommige cliënten geven aan dat ze zichzelf beschadigen zonder duidelijke intentie; het directe doel is niet om het leven te beëindigen, maar ze zouden het niet erg vinden als dit wel zou gebeuren ten gevolge van hun acties. Hierbij is de lijn tussen zelfbeschadiging en suïcide moeilyk of helemaal niet te trekken.

Suïcidaliteit komt duidelijk vaker voor bij cliënten die zichzelf beschadigen dan bij de bevolking in zijn totaliteit. Mensen die zichzelf beschadigen hebben een ruim acht keer grotere kans op suïcidale gedachten.³ Van de jongeren die zichzelf beschadigen doet 70% een poging tot suïcide en doet 55% meerdere pogingen.⁴ Het is dus belangrijk om ten opzichte van een cliënt die zichzelf beschadigt alert te zijn op het risico op suïcide en om dit bespreekbaar te maken.

Zelfbeschadiging is over het algemeen een poging om in leven te blijven en staat in die zin tegenover suïcide. Psychiater Karl Menninger schreef in 1938 al: 'Lokale zelf-destructie is een vorm van gedeeltelijke zelfmoord om volledige zelfmoord te voorkomen.' Een deel van het lichaam wordt vernietigd om vernietiging van het gehele lichaam te voorkomen. Paradoxaal genoeg is dit dus een vorm van zelfbescherming. Het gevoel klem te zitten, speelt zowel bij suïcidaliteit als bij zelfbeschadiging. Bij suïcidaliteit overheersen gevoelens van hopeloosheid en wanhoop. De cliënt voelt zich vastzitten en verwacht hier nooit meer uit te kunnen komen; het leven beëindigen lijkt de enige overgebleven oplossing. Cliënten die zichzelf beschadigen doen juist een poging om levend uit deze klem te komen. Ze verdringen de ondraaglijke gedachten en gevoelens en maken hun innerlijke pijn uiterlijk zichtbaar. Zelfbeschadiging is in deze situatie een overlevingsmechanisme. Sommige cliënten geven aan dat wanneer zij hiermee (proberen te) stoppen, de gedachten aan suïcide toenemen en moeilijker te hanteren worden.

Om het verschil tussen zelfbeschadiging en een suïcidepoging te illustreren, volgen hier twee voorbeelden.

Bas heeft na een ruzie met zijn vriendin zijn polsen opengekrast met een schaar. Hij heeft de krassen achteraf zelf schoongemaakt en verbonden, het was niet nodig om de wonden door een arts te laten behandelen.

Marieke zou naar een vriendin gaan, maar die zei op het laatste moment af. Marieke sneed in haar onderarm en raakte een slagader. Ze wordt door een ambulance opgehaald en bij de spoedeisende hulp gehecht.

Let op: Wie van hen een suïcidepoging heeft gedaan is op basis van bovenstaande informatie niet te zeggen. De enige manier om hierachter te komen is aan de cliënten vragen wat ze wilden bereiken op het moment dat ze zichzelf beschadigden.