

DE OORZAKEN EN BETEKENIS VAN ZELFBECHADIGEND GEDRAG.

Suzette Boon psychotherapeut

Een belangrijke “risicogroep” voor zelfbeschadigend gedrag wordt gevormd door cliënten met een geschiedenis van traumatische jeugdervaringen: affectieve verwaarlozing en het ontbreken van veilige hechting; fysieke mishandeling en seksueel misbruik. Wanneer deze cliënten op volwassen leeftijd in de psychiatrie belanden, krijgen zij als diagnose vaak een persoonlijkheidsstoornis, met name een van de vier stoornissen uit “Cluster B” van de DSM-IV (antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheid).

Zelfbeschadiging is slechts een van de vele “trauma-gerelateerde symptomen” bij deze cliëntengroep. Dissociatieve en posttraumatische symptomen, eetproblemen, verslavingen, depressieve en angstklachten, onbegrepen lichamelijke pijn en moeilijkheden in interpersoonlijke relaties doen zich eveneens veel voor.

Van alle eerder genoemde symptomen roept zelfbeschadiging wellicht het meest onmacht en onbegrip op bij hulpverleners. Om tot een beter begrip te komen van de betekenis van zelfdestructief gedrag is het van groot belang om het denken in psychiatrische diagnoses los te laten. Hoewel zelfbeschadigend gedrag zich bij bepaalde diagnoses (o.a. borderlinepersoonlijkheidsstoornis, dissociatieve en posttraumatische stressstoornis op) vaker voordoet dan bij andere, zijn de kernproblemen die ten grondslag liggen aan zelfbeschadigend gedrag niet gekoppeld aan een bepaalde diagnose. (zie ook Broers en de Lange, 1998).

Zelfbeschadigend gedrag is voor cliënten altijd een manier om met ondragelijke gevoelens – of een teveel of het ontbreken van gevoel - om te gaan. Het is een manier om gevoelens te reguleren.

Teveel aan gevoel:

Hierbij gaat het om het stoppen of verminderen van heftige gevoelens zoals angst, schuld, schaamte, razernij, lichamelijke pijn en emotionele pijn (het trauma van het ongeziene kind), zeer negatief zelfgevoel. Deze gevoelens zijn oorspronkelijk gerelateerd aan de traumatische situaties, maar worden in het volwassen dagelijks leven door tal van situaties in het “nu” weer opgeroepen. .

Te weinig (geen) gevoel.

Hierbij gaat het om het opheffen van een ondragelijke toestand van “niet voelen, als dood zijn” (depersonalisatie). Door het toedienen van een pijn prikkel in de vorm van bijvoorbeeld branden of snijden keert het gevoel en soms ook het “ik-besef” weer terug.

. Soms vindt het zelfbeschadigend gedrag plaats in een volledige herbeleving van een oorspronkelijke traumatische situatie. De persoon is dan niet meer goed georiënteerd in het nu en kan achteraf amnesie hebben voor het zelfbeschadigend gedrag. Er zijn grote verschillen in de mate van “bewustzijn” van het feitelijk zelfdestructieve handelen.

Zelfbeschadiging kan ook een communicatieve betekenis hebben (het (on) bewust) willen uitlokken van positieve en negatieve reacties bij anderen. Ook dan blijft het altijd een manier om voorafgaande heftige affecten (o.a. angst voor nabijheid of angst voor verlaten en overweldigende pijn “niet gezien” te zijn als kind) te reguleren.

Tenslotte is het van belang om te wijzen op biologische determinanten en het aspect van “de verslaving” aan automutilatie en, met name in klinische settingen, het aspect van het kopiëren van zelfbeschadigend gedrag.

Bij de bejegening van patiënten die zichzelf beschadigen is het van belang om zicht te krijgen op de vraag of er naast “intra-psychische” factoren, ook interrelationele factoren een rol spelen bij het gedrag. Van wezenlijk belang is dat je met de cliënt die zichzelf beschadigt in contact komt en dat vergt geduld. Luisteren, willen horen en niet afwijzen is een zeer essentiële stap in de behandeling van cliënten die zichzelf beschadigen. Geduld is een sleutelwoord, immers veel cliënten hebben ook angst om het contact aan te gaan en zullen dan ook de tijd nodig hebben.

Bronnen:

S. Boon & N. Draijer ; *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1995).

E. Broers & J de Lange. *Hulpverlening bij zelfverwonding in de psychiatrie*. Utrecht, Trimbos Instituut, 1998.

Van der Hart, O (red) *Trauma, dissociatie en hypnose*, Lisse, Swets & Zeitlinger 2003 (vierde herziene druk)