



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De behandeling van automutilatie met behulp van een zelfcontroleprocedure

Kees van Wijk*

Samenvatting

In dit artikel wordt een model beschreven voor de behandeling van automutilatie, gebaseerd op zelfcontroleprincipes. De verschillende stappen worden geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld en in de nabeschuiving worden in het kort onder meer enkele relativerende opmerkingen gemaakt ten aanzien van de veronderstelde werkzame elementen.

Inleiding

Bij automutilatie gaat het om het opzettelijk letsel toebrengen aan het eigen lichaam. De patiënt heeft niet de bedoeling zichzelf van het leven te beroven (Favazza & Rosenthal, 1993, Simeon et al., 1992). Patiënten kunnen hun lichaam op vele manieren beschadigen, van het toetakelen van de huid door krabben, krassen, snijden en zich branden tot het inslikken van voorwerpen, het uitsteken van de ogen en zelfs amputatie van ledematen (zie o.a. Gardner & Cowdry, 1985).

Er zijn verschillende psychiatrische stoornissen waarbij automutilatie voorkomt. In de DSM-IV (APA, 1994) wordt automutilatie als diagnostisch criterium van de borderline-persoonlijkheidsstoornis genoemd. Daarnaast komt het voor in combinatie met verschillende persoonlijkheidstrekken. Ook patiënten met schizofrenie kunnen zichzelf soms bizarre verwondingen toebrengen; automutilatie komt eveneens voor bij zwakzinnigen (Van Moffaert, 1990). De in dit artikel voorgestelde zelfcontroleprocedure richt zich op patiënten bij wie de zelfbeschadiging lijkt samen te gaan met zogenaamde persoonlijkheidsproblematiek. De patiënten zijn in het algemeen vrouwen, en de automutilatie begint meestal aan het eind van de puberteit of in de adolescentie. De sterftekans is laag (Pattison & Kahan, 1983). De patiënten zijn vaak in hun jeugd op een of andere wijze getraumatiseerd. Door een aantal auteurs wordt gewezen op het opvallend vaak samengaan van automutilatie en eetstoornissen (o.a. Favaza et al., 1989). Jacobs en Isaacs (1986) vonden (onder meer) dat bij 35% van een groep patiënten met anorexie zelfbeschadiging in de voorgeschiedenis voorkomt. Volgens Mitchell et al. (1986) had 41% van een groep boulimiepatiënten met laxantiamisbruik een voorgeschiedenis met zelfbeschadiging.

De redenen die patiënten geven waarom zij zichzelf beschadigen lopen uiteen. Een aantal patiënten noemt de spanningsreductie die optreedt na de zelfverwonding als belangrijkste motief. Anderen noemen de wens een einde te maken aan gevoelloosheid of gevoelens van derealisatie en/of depersonalisatie.

* KEES VAN WIJK is als psycholoog/psychotherapeut verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Joris Nieuwe Waterweg Noord.

De patiënt is tijdens de zelfbeschadiging vaak 'gedissocieerd', waardoor pijnprikkels niet of nauwelijks doordringen. De drang zichzelf te beschadigen wordt als onweerstaanbaar ervaren en er lijkt na een periode van spanningsopbouw een 'point of no return' te zijn, waarna de patiënt de zelfbeheersing verliest. Daarna voelt de patiënt zich meestal opgelucht. Sommigen schamen zich voor hun daad en vaak zijn er sterke spijt- en schuldgevoelens; anderen maken eerder een triomfantelijke indruk. Zo beschouwd kan automutilatie opgevat worden als een stoornis in de impulscontrole. Mogelijk vormt dit een verklaring voor het opvallend vaak samengaan van automutilatie met eetstoornissen (zie boven) en andere impulsieve gedragingen waarbij drang een belangrijke rol speelt. Volgens Leibenluft, Gardner en Cowdry (1987) kan het verloop van automutilatie in vijf stadia worden verdeeld: 1. de voorafgaande gebeurtenis (bijv. het verlies van een betekenisvolle relatie), 2. escalatie van dysforie, 3. pogingen om de zelfbeschadiging te voorkomen, 4. de zelfbeschadiging en 5. de afloop (bijv. vermindering van spanning).

Repp et al. (1990) bespreken drie verklaringsmodellen.

1. *Zelfstimulatie*: Deze kent twee varianten, de hypo- en de hyperarousal toestand. In het eerste geval wordt ervan uitgegaan dat het organisme een bepaald niveau van stimulatie nodig heeft en dat de patiënt zichzelf beschadigt om een tekort aan stimulatie op te heffen. De hypothese van de hypo-arousal wordt met name bij ernstig verstandelijk gehandicapten wel van toepassing geacht. Bij hyperarousal zou automutilatie gebruikt worden om de dopamineniveaus te verlagen (Cataldo & Harris, 1982).

2. *Positieve reinforcement*. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat automutilatie aangeleerd operant gedrag is waarbij de vraag om aandacht een rol zou spelen.

3. *Negatieve reinforcement*. Dit houdt in dat automutilatie een 'aangeleerde operant' is die onderhouden wordt door de beëindiging of het uitstel van een aversieve gebeurtenis of toestand, bijv. spanningsreductie, het vermijden van boosheid, depersonalisatie e.d. (Carr, Newsom & Binkhoff, 1980).

Over de behandeling van automutilatie zijn vooral anekdotes bekend. Meestal wordt er gepleit voor een combinatie van biologische benaderingen, gedragstherapie en psychotherapie (Van Moffaert, 1990; Winchel & Stanley, 1991). Er is dus weinig onderzoek op dit terrein gedaan. Psychodynamisch georiënteerde therapeuten raden aan conflicten die voortvloeien uit traumatische separaties in de jeugd te bespreken, biologische georiënteerde therapeuten wijzen op het gunstige resultaat van toediening van serotonerge antidepressiva, die de agressieve impulsen zouden verzwakken (Rooijmans, 1994). Favazza & Conterio (1989) concluderen na een onderzoek waarin verschillende soorten psychofarmaca worden vergeleken, dat tranquilizers en antidepressiva ten minste enig effect hebben op automutilatie. 43% Van de onderzochte patiënten gaf aan veel baat te hebben bij antidepressiva. De therapietrouw lijkt het grootst te zijn bij patiënten die zowel psychofarmaca als psychotherapie krijgen (Van Moffaert, 1990).

Hierna wordt een gedragstherapeutisch model voorgesteld dat erop gericht is de zelfbeheersing van de patiënt te vergroten.

Het behandelmodel

De behandeling betreft een zelfcontroleprocedure en is afgeleid van de therapeutische benadering van impulsstoornissen zoals die o.a. beschreven zijn door Hoogduin (1980, 1981) en Lange (1994). In het hier beschreven model wordt automutilatie gezien als aangeleerd gedrag dat onder invloed staat van antecedente en consequente factoren: 1. de patiënt ervaart een onplezierige toestand die spanning oplevert en die hij niet kan verminderen, 2. gaat na een periode van verdere spanningsopbouw waarbij hij 3. het gevoel van zelfbeheersing verliest en (vluchtige) gedachten over zelfbeschadiging krijgt over tot 4. de zelfbeschadiging, waarna 5. de spanning afneemt en de patiënt een gevoel van opluchting ervaart, al dan niet gevolgd door 6. sociale bekrachtiging (vgl. Leibenluft et al., 1987).

De behandeling is gericht op het doorbreken van dit patroon en bestaat uit de volgende elementen:

Voorlichting: In de eerste sessie krijgt de patiënt informatie over deze visie op automutilatie en uitleg over de verschillende stappen van de behandeling.

Registratie door de patiënt van de uitlokkende, spanning oproepende omstandigheden, (zie stap 1 van het beschreven patroon). De patiënten wordt bij de registratie gevraagd vooral alert te zijn op een drietal situaties die van belang zijn bij het ontstaan van automutileren. Ten eerste situaties waarin zij zich in de steek gelaten voelen. Ten tweede momenten waarop zij hevig geëmotioneerd raken door iets dat gebeurt of hen overkomt. Tenslotte momenten dat zij alleen zijn en niet goed weten wat met hun tijd aan te vangen. De patiënten beschrijven de voor hen moeilijke situaties en geven de spanning aan op een schaal lopend van nul (= geen spanning) tot tien (= zeer veel spanning). De belangrijkste functie van deze stap is de patiënten te leren op welke momenten zij het meest kwetsbaar zijn.

In de volgende fase die van de *stimulus-respons-interventie* stelt de patiënt samen met de therapeut een zogenaamde 'respons-preventie-lijst' op, die bestaat uit een aantal concrete, direct uitvoerbare activiteiten die de patiënten doorgaans een ontspannen en veilig gevoel geven en die (gedeeltelijk) onverenigbaar zijn met automutilatie. Deze lijst dragen zij steeds bij zich. De bedoeling is nu dat telkens als de spanning oploopt en het gevoel van onveiligheid toeneemt zoals beschreven in de onderdelen 1, 2 en 3 van de gedragsreeks van Leibenluft et al. (zie boven) de patiënten een van de activiteiten uit deze 'respons-preventielijst' gaan uitvoeren. Hierdoor wordt tijd gewonnen en een drempel opgeworpen en vindt het automutileren mogelijk zelfs niet plaats.

De laatste stap houdt in het opstellen van een zogenaamd 'noodplan', een vorm van *zelfbestraffing*, waarin met de patiënten een time-out procedure wordt afgesproken als zij toch zijn gaan automutileren. De bedoeling hiervan is bekrachtiging van het automutileren achteraf te voorkomen.

Voorbeeld

Leonie de Ruyter is een mager uitziende, alleenwonende vrouw die in de kliniek opgenomen wordt nadat zij een overdosis medicijnen heeft ingenomen, kennelijk bedoeld om zichzelf van het leven te beroven. Bij opname blijkt dat ze de afgelopen jaren diverse zelfmoordpogingen heeft gedaan en zichzelf regelmatig beschadigt door met een scherp voorwerp in haar armen te snijden en te krassen. Uit het over haar bestaande dossier wordt onder meer duidelijk dat zij als kind door haar broer is misbruikt en dat ze verscheidene malen opgenomen is geweest in een psychiatrisch ziekenhuis, onder meer vanwege een eetstoornis. Ze wordt in de ontslagbrieven een borderline-persoonlijkheid genoemd. Ze gebruikt sinds een half jaar een antidepressivum (clomipramine). In haar relaties met andere mensen lijkt ze steeds vast te lopen. De directe aanleiding voor haar zelfmoordpoging was een ruzie met een vriendin. Reeds de eerste avond in de kliniek verwondt Leonie zich opzettelijk door met een mes een aantal malen in haar armen te kerven. De wonden worden op de EHBO-afdeling verzorgd en verbonden en in een gesprek met de dienstdoende verpleegkundige geeft zij aan dat de drang zich te verwonden onweerstaanbaar voor haar is en dat ze zich twee- à driemaal per dag 'moet' snijden, waarna ze zich enigszins opgelucht voelt. Op de afdeling waar Leonie is opgenomen wordt automutilatie welbewust zo weinig mogelijk bekrachtigd, onder meer door geen onnodige aandacht te geven aan de patiënten direct volgend op het zelfbeschadigen en de patiënten zoveel mogelijk zelf hun wonden te laten verzorgen en verbinden. Er overheerst een sfeer waarin het zoeken naar alternatieven om met spanning om te gaan wordt gestimuleerd.

De volgende dag wordt in een gesprek met de behandelaar overeengekomen dat Leonie zal beginnen met het zelfcontroleprogramma. Omdat ze aangeeft dat ze moeite heeft met het beschrijven van situaties die haar gespannen maken en die daardoor de kans op automutilatie vergroten ('Ik ben de gehele dag door gespannen') registreert ze eerst een week lang ieder uur de mate van spanning die ze ervaart, uitgedrukt in een cijfer tussen nul en tien (zie boven). Bijzondere aandacht geeft ze daarbij aan de omstandigheden die aan de automutilatie vooraf gaan. Deze noteert ze op een apart vel. Ze registreert zorgvuldig. De spanning blijkt vooral te stijgen als ze alleen is en als ze bang is voor een conflict. Daarna is de kans op automutilatie het grootst. De resultaten worden met haar besproken, waarbij veel aandacht wordt gegeven aan de aard van de momenten waarop ze het meest kwetsbaar is. Vervolgens maakt ze samen met de therapeut de 'respons-preventie-lijst'. Leonie stelt onder meer voor: het nemen van een warm bad, een gesprek met een favoriete verpleegkundige, hardlopen, luisteren naar muziek op de walkman, tekenen, en het vragen om een extra medicatie. Thuis komt ook het spelen met haar hond in aanmerking. Uiteindelijk telt de lijst tien items. Afgesproken wordt dat ze hieruit zal kiezen als de spanningscore boven de vijf komt.

Daarnaast spreekt de therapeut het 'noodplan' met haar af. Als ze zichzelf toch beschadigd heeft, zal ze een 'time-out' van vier uur nemen waarbij ze de afdeling zal verlaten. Haar wordt uitgelegd dat hierdoor spanningsreductie na afloop zoveel mogelijk voorkomen wordt en de rol van sociale bekrachtiging geminimaliseerd wordt.

In de daarop volgende weken gaat Leonie met het programma aan de slag. Vooral de eerste weken moet ze regelmatig een 'time-out' nemen na zelfbeschadiging. Onder druk van de 'time-outs' probeert ze steeds meer te voorkomen dat de spanning oploopt en geleidelijk lukt het haar de activiteiten uit de actielijst te gebruiken om de spanning te verlagen. De frequentie van het automutileren zakt dan naar een- à tweemaal per week en in de gesprekken met de behandelaar komt ruimte om andere thema's te bespreken, zoals haar angst voor conflicten en haar problemen met het alleen zijn. Na vijf weken komt automutilatie in de kliniek niet meer voor bij Leonie. In de daarop volgende maanden beschadigt zij zichzelf nog een enkele keer, onder meer als de spanning hoog bij haar oploopt nadat ze besloten heeft haar broer aan te geven wegens incest en deze alles ontkent. De behandeling kan nu verder ambulante worden uitgevoerd en zal nog veel tijd in beslag nemen. Perioden van automutileren, als bij

het begin van de opname hebben zich het laatste halfjaar niet meer voorgedaan, maar het is onmogelijk te zeggen dat zij in de toekomst niet weer eens terug zal vallen.

Discussie

Het boven beschreven zelfcontrole-model kan een nuttig hulpmiddel zijn bij de behandeling van automutulerende patiënten. De toepassingsmogelijkheden beperken zich niet tot de kliniek, ook ambulante patiënten kunnen er hun voordeel mee doen. Impasses in een lopende therapie kunnen er soms mee doorbroken worden, zoals in bovenstaand voorbeeld. Dit geldt met name voor behandelingen van borderline-patiënten die nogal eens gecompliceerd worden door perioden van automutilatie. Uiteraard is het programma niet geschikt voor alle patiënten die zichzelf beschadigen.

Om een zelfcontroleprocedure als hier beschreven te kunnen toepassen is motivatie bij de patiënt onontbeerlijk. Deze ontbreekt nogal eens bij patiënten die zichzelf beschadigen. Deze aanpak heeft weinig kans van slagen als de patiënt door middel van automutuleren doelen nastreeft die hij op andere wijze niet denkt te kunnen bereiken, bijv. problemen in de relatie met zijn partner oplossen, een lange ziekenhuisopname realiseren e.d. Er zal dan op een andere wijze gewerkt moeten worden.

Het werken met een 'time-out'-procedure bij patiënten die eerder een aantal zelfmoordpogingen hebben gedaan, zoals ook bij Leonie de Ruijter het geval was, kan een riskante onderneming zijn, zeker als na het automutuleren sprake is van spijt- en schuldgevoelens. Hier zijn geen regels voor te geven. Het spreekt vanzelf dat een 'time-out'-opdracht geen deel zal uitmaken van de behandeling als de patiënt zo weinig controle over zichzelf heeft dat deze door de hulpverleners moet worden overgenomen, bijvoorbeeld in het geval van een juridische maatregel.

Steeds zal zorgvuldig ingeschat moeten worden of het redelijk en menselijk is de 'time-out' te vragen van deze patiënt. In de praktijk blijkt dit gelukkig vaker wel dan niet te kunnen. Ook bij Leonie de Ruijter was dit het geval. Een zeer belangrijk aspect hierbij is de boven al terloops genoemde motivatie van de patiënt. Als de patiënten hebben aangegeven dat zij van het automutuleren verlost willen worden, krijgen zij van de therapeut een uitvoerige uitleg van de behandeling waarbij veel aandacht wordt gegeven aan de 'time-out'-opdracht en de reden ervan. De therapeut vraagt de patiënten vervolgens nadrukkelijk hiermee in te stemmen. Vaak moet deze instemming tijdens de behandeling opnieuw gevraagd worden.

Het is nog niet duidelijk wat het werkzame element van deze behandeling is. Het is de vraag of het werken met de 'respons-preventielijst' echt nodig is. Ervaringen met patiënten die enkel een 'time-out' voorgeschreven kregen suggereren dat dit in een aantal gevallen voldoende is om het automutuleren in frequentie te doen afnemen. Het gebruik van de registratie en 'responspreventielijst' zou dan als afleiding kunnen werken en de patiënten helpen hun symptomen zonder gezichtsverlies op te geven.

Abstract

This article proposes a model for the treatment of automutilation based on principles of self-control. A case story illustrates the different stages and in the discussion a few remarks are made on the main elements.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*, Washington DC: American Psychiatric Press.
- Cataldo, M.F., & Harris, J. (1982). The Biological Basis for Self-injury in the Mentally Retarded. *Analysis on Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 21-40.
- Carr, E.G., Newsom, C., & Binkhoff, J. (1980). Escape as a Factor in the Agressive Behavior of Two Retarded Children. *J. of Applied Behavior Analysis*, 13, 101-117.
- Favazza, A.R., & Conterio, K. (1989). Female Habitual Self-Mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283-289.
- Favazza, A.R., De Rosear, L., Conterio, K. (1989). Self-Mutilation and Eating Disorders. *Suicide Life Threat Behav*, 19, 352-361.
- Favazza, A.R., & Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 2, 134-140.
- Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1985). Suicidal and Parasuicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 8, 389-403.
- Hoogduin, C.A.L. (1980). Behandeling met behulp van zelfcontroleprocedures. In K. van der Velden (red.). *Directieve Therapie II*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L. (1981). Zelfcontrole en dwang. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 1, 41-56.
- Jacobs, B.W., & Isaacs, S. (1986). Pre-pubertal Anorexia Nervosa. *J. of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 237-250.
- Lange, A., Vries, M. de, & Gest, A. (1994). Behandeling van boulimia nervosa door middel van een zelfcontroleprogramma, verantwoording en casuïstiek. *Directieve therapie*, 14, 5-25.
- Leibenluft, E., Gardner, D.L., Cowdry, R.W. (1987). The Inner Experience of the Borderline Self-Mutilator. *J. Personality Disorders*, 1317-1324.
- Mitchell, J.E., Boutacoff, C.I., Hatsukami, O. e.a. (1986). Laxative Abuse as a Variant of Bulimia. *J. of Nervous and Mental Disease*, 174, 174-176.
- Pattison, E.M., & Kahan, J. (1983). The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am. J. Psychiatry*, 140, 867-872.
- Repp, A.C., Singh, N.N., Olinger, E., & Olson, D.R. (1990). The Use of Functional Analyses to Test Causes of Self-injurious Behavior: Rationale, Current Status and Future Directions. *J. of Mental Deficiency Research*, 34, 95-105.
- Rooijmans, H.G.M. (1994). Stoornissen met bijzondere somatische klachten en verschijnselen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, P.M.G. Emmelkamp (eds.). *Handboek Psychopathologie, deel I*, 256-274. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Simeon, D.S., Stanley, B., Frances, A., Mann, J.J., Winchel, R., & Stanley, M. (1992). Self-Mutilation in Personality Disorders: Psychological and Biological Correlates. *Am. J. Psychiatry* 149, 221-226.
- Van Moffaert, M.M.M.P. (1990). Self-Mutilation: Diagnosis and Practical Treatment. *Psychiatry in Medicine*, 20, 373-382.
- Winchel, R.M., & Stanley, M. (1991). Self-injurious Behavior: A Review of the Behavior and Biology of Self-Mutilation. *Am. J. Psychiatrie* 148, 306-317.