



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

Zorgelijke preoccupaties en zelfverwonding

Laurence Claes, Walter Vandereycken en Hans Vertommen*

Samenvatting

In dit artikel beschrijven we zorgelijke preoccupaties die een rol spelen in zelfverwondend gedrag. We definiëren zelfverwonding en beschrijven zorgelijke preoccupaties en de rol die zij spelen bij de behandeling van zelfverwonding. Dit illustreren we met een casus, waarin we de zorgelijke preoccupaties inventariseren aan de hand van een functieanalyse van het zelfverwondend gedrag. De zorgelijke preoccupaties werden aangepakt via de gekende paden van de cognitieve gedragstherapie.

Inleiding

In dit artikel beschrijven we zorgelijke preoccupaties die een rol spelen in zelfverwondend gedrag. We starten met een definiëring van zelfverwondend gedrag, leggen uit wat zorgelijke preoccupaties zijn en welke rol zij spelen bij de behandeling van zelfverwondend gedrag. Het geheel wordt geïllustreerd met een casus, waarin we de zorgelijke preoccupaties van Hanna inventariseren aan de hand van een functieanalyse van haar zelfverwondend gedrag en waarin de aanpak van de zorgelijke preoccupaties beschreven wordt via de gekende paden van de cognitieve gedragstherapie.

Wat is zelfverwondend gedrag?

We definiëren zelfverwondend gedrag als ‘sociaal onaanvaardbaar gedrag, waarbij een persoon zichzelf opzettelijk en op een directe manier fysiek letsel toebrengt zonder de intentie te hebben om zichzelf van het leven te benemen’. Evenals andere auteurs (bijvoorbeeld Hertz, 1995) verkiezen wij de term ‘zelfverwondend gedrag’ voor verwondingen van de huid, zoals zichzelf snijden, krassen en verbranden. De term ‘automutilatie’ gebruiken we daarentegen voor ernstiger vormen van zelfverwonding (verminking), zoals castratie en amputatie van ledematen (meestal tijdens psychotische episodes). De term zelfverwondend gedrag wordt tevens verkozen boven de algemene term ‘zelfbeschadiging’, die ook verwijst naar suïcidepogingen en indirecte vormen van zelfbeschadiging, zoals bepaalde eetgewoonten, roken en overmatig gebruik van alcohol of drugs.

* MW. DR. L. CLAES is klinisch psychologe en gedragstherapeute; ze is verbonden aan de onderzoeksgroep Psychodiagnostiek en Psychopathologie van de Katholieke Universiteit te Leuven. Correspondentie: K.U. Leuven, Faculteit Psychologie, Tiensestraat 102, B-3000 Leuven, België.
PROF. DR. W. VANDEREYCKEN is hoogleraar psychiatrie aan de K.U. Leuven en hoofd van de afdeling Directieve Therapie van de kliniek Alexianen in Tienen.
PROF. DR. H. VERTOMMEN is verbonden aan de afdeling Psychodiagnostiek en Psychologische Begeleiding van de K.U. in Leuven.

Vanuit een structuralistische benadering, ofwel het medisch-klinisch standpunt, wordt zelfverwendend gedrag beschouwd als een pathologische structuur op zich (een syndroom), of als een symptoom van een stoornis. In de DSM-IV (APA, 1994) wordt zelfverwendend gedrag (met uitsluiting van suicide en nagebootste stoornis) slechts eenmaal expliciet vermeld, namelijk als diagnostisch criterium van de borderline persoonlijkheidsstoornis (criterium 5: 'recidiverende suicidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie'). Een variant van zelfverwendend gedrag kan teruggevonden worden bij de groep van de impulscontrolestoornissen, namelijk trichotillomanie ('recidiverend uittrekken van de eigen haren, hetgeen leidt tot waarneembaar haarverlies'). Ten slotte wordt in de DSM-IV bij de categorie impulscontrolestoornis niet anderszins omschreven 'krabben aan de huid' (skin picking) als voorbeeld vermeld. In de ICD-10 (WHO, 2003) wordt zelfverwendend gedrag vermeld als een symptoom van de stereotiepe bewegingsstoornissen (F98.4):

'Stereotypisch zelfverwendend gedrag verwijst naar het repetitief hoofdbonken, zichzelf slaan, drukken op de ogen, bijten op handen, lippen en andere lichaamsdelen'.

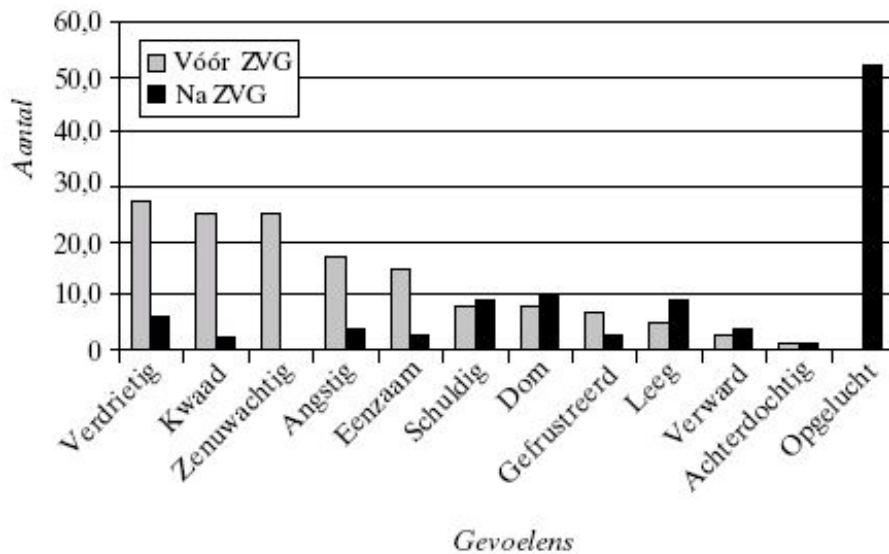
Verder worden zelfverwendende gedragingen als voorbeelden genoemd bij de nagebootste stoornis (F68.1): snijden om zichzelf te straffen, zichzelf krassen om te bloeden en zichzelf injecteren met toxische stoffen.

Vanuit een functionalistische benadering, ofwel het psychosociaal standpunt, wordt zelfverwendend gedrag beschouwd als een uiting van psychische problematiek (communicatieve functie), of een manier om hier mee om te gaan (probleemoplossende functie). Verschillende auteurs (bijvoorbeeld McAllister, 2003; Suyemoto, 1995; Vanderlinden & Vandereycken, 1997) beschreven functionele modellen van zelfverwendend gedrag op basis van een literatuurstudie. Vanderlinden & Vandereycken (1997) hebben bijvoorbeeld een functionele schaal voorgesteld van zelfverwendend gedrag, gekoppeld aan de directe gevolgen van het gedrag voor de psychologische toestand van de patiënt. De polen van deze schaal lopen van een sterk belonend effect naar een hoge mate van negatieve impact:

- relaxatie (genieten van pijn en warm bloed, verminderen van spanning door een direct afreageren, afleiden van de aandacht, induceren van dissociatie);
- aandacht (zelfbevestiging krijgen, bescherming krijgen);
- stimulatie (om eigen lichaam/identiteit te voelen, te ontsnappen aan dissociatie);
- straf (wegens schuldgevoelens, gevoel van zwakheid of gebrek aan wilskracht);
- zelfdestructiviteit (onaantrekkelijk worden, parasuicidale act).

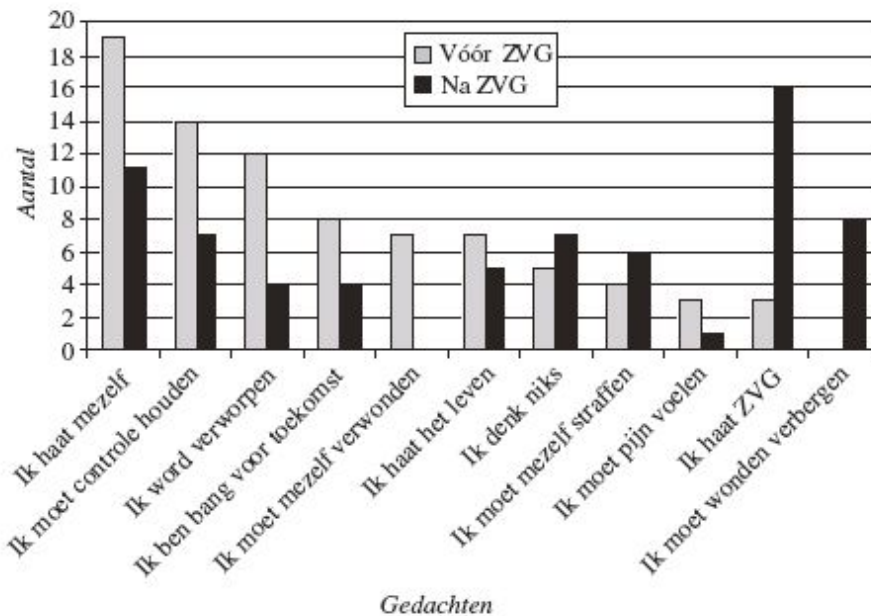
Zorgelijke preoccupaties

Hoewel in tal van literatuurstudies aandacht wordt geschonken aan gevoelens en gedachten (zorgelijke preoccupaties) vóór en na het zelfverwendend gedrag, is dit weinig systematisch onderzocht. In een eigen onderzoek (Claes, 2004) vroegen we aan vijftig eetstoornispatiënten die zelfverwonding rapporteerden, een analyse te maken van het meest recente zelfverwendend gedrag. Aan de hand van een gestructureerd schema beschreven ze de gevoelens en gedachten vooraf en achteraf, en gaven ze ook aan waarom ze het betreffende gedrag stelden.



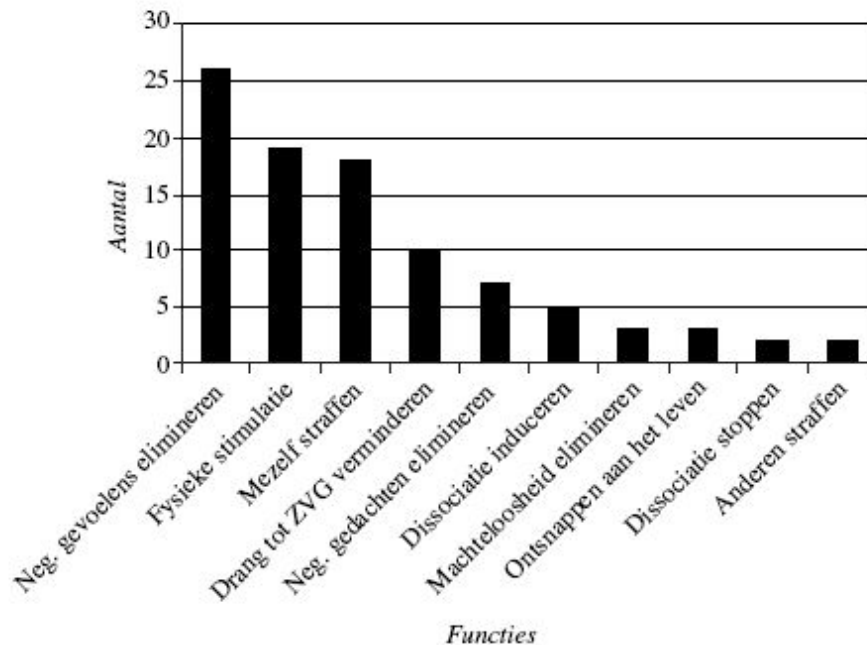
Figuur 1 Gevoelens vóór en na zelfverwondend gedrag.

In figuur 1 stellen we vast dat zelfverwondend gedrag meestal wordt uitgelokt door negatieve gevoelens als verdriet, kwaadheid, zenuwachtigheid en angst. Achteraf treedt vooral een gevoel van opluchting en ontspanning op en, in mindere mate, een gevoel van schuld, leegte en zichzelf dom voelen. Het positieve gevoel van ontspanning na het zelfverwondend gedrag is waarschijnlijk verantwoordelijk voor het feit dat dit gedrag blijft voortbestaan: een vorm van bekrachtiging. Meestal worden de negatieve gevoelens, zoals schuld en leegte, pas op langere termijn ervaren en wegen ze niet op tegen de positieve gevolgen ervan die zich op korte termijn voordoen.



Figuur 2 Gedachten vóór en na zelfverwondend gedrag.

De zorgelijke preoccupaties of gedachten worden weergegeven in figuur 2. Vóór het zelfverwondend gedrag formuleren patiënten gedachten in verband met controle moeten houden (over gevoelens en handelingen) en verwerping door derden. Nadien denken zij vaak negatief over het zelfverwondend gedrag in de zin dat het hun problemen niet oplost en meestal nog verergert. Het is ook negatief dat zij hun wonden moeten verbergen voor anderen.



Figuur 3 Functies van zelfverwondend gedrag.

Uit figuur 3 blijkt dat het reguleren van negatief affect de meest gerapporteerde reden van zelfverwondend gedrag is, gevolgd door zichzelf fysiek stimuleren (om zichzelf 'levend' en 'afgegrensd' te voelen) en zichzelf straffen.

Behandelmogelijkheden

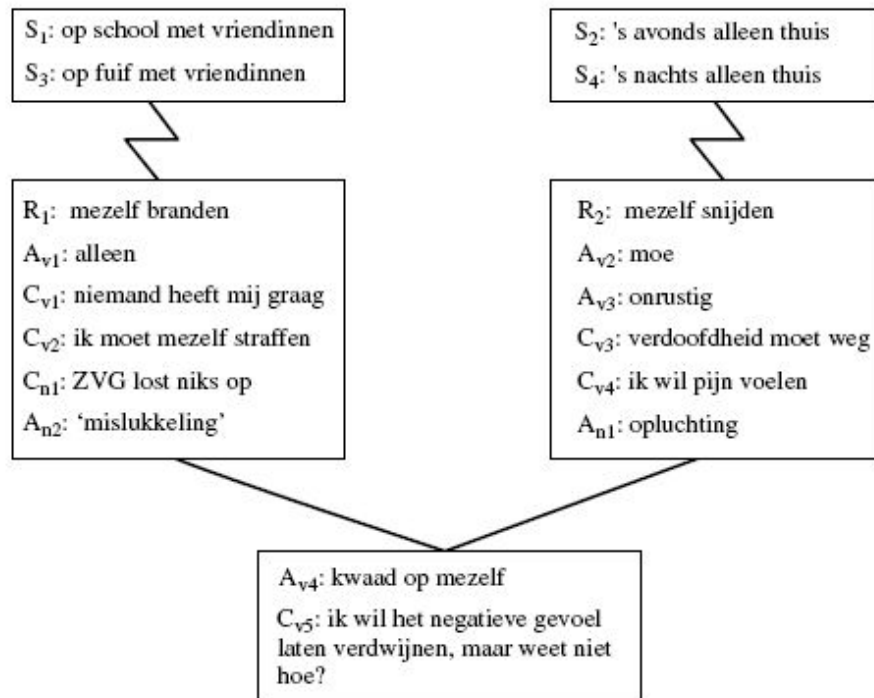
Het feit dat zelfverwondend gedrag niet aan een specifieke stoornis is gekoppeld, verklaart wellicht het gebrek aan gecontroleerd onderzoek naar behandelresultaten. Hawton et al. (1998) beschrijven in een overzichtsstudie de bevindingen van twintig gerandomiseerde gecontroleerde studies naar de effecten van farmacologische en psychosociale behandelingen van zelfverwondend gedrag, dat zij parasuïcidaal gedrag noemen. Zij concluderen dat de studies te weinig subjecten bevatten om klinisch significante uitspraken mogelijk te maken en ook meta-analyses over de verschillende studies heen hadden niet voldoende power om significante verschillen tussen behandelingen te detecteren. Er is dus duidelijk behoefte aan gecontroleerde studies, maar deze moeten wel vertrekken vanuit een goede definitie van zelfverwondend gedrag om verwarring met andere types van zelfbeschadiging te vermijden.

Tabel 1 Functieanalyse van een zelfverwondingsact van Hanna.

Situatie	Gevoelens/gedachten vóór ZVG*	ZVG en functies	Gevoelens/gedachten na ZVG
Wanneer? 10/10/2004 Tijdstip? Middernacht Waar? Thuis in mijn appartement Met wie? Alleen Activiteit? Rommelen en wijn aan het drinken.	Gevoelens? Onrustig, kwaad en moe. Ik voelde me ook zwaar en eenzaam. Het meeste voelde ik woede jegens mezelf, om wie ik ben. Ik had het gevoel dat ik iets moest doen om dat gevoel te laten verdwijnen. Op dat moment was er geen andere uitlaatklep, in mijn ogen dan. Ik voelde me alsof ik in een diep zwart gat zat, omsloten door donkerte. Gedachten? Ik voelde een drang om mezelf te snijden, plus de woede dat ik de situatie uit de hand liet lopen. Verder dacht ik niet veel, het is alsof er geen remming is en dat je buiten je eigen handelen staat. Op dat moment kon niks me meer schelen.	ZVG Ik heb een mes gepakt en ben in mijn arm gaan snijden. Functies Op dat moment was de hoofdreden om zo te handelen, de idee om iets te voelen, om het gevoel van verdooftheid weg te laten gaan. Ik dacht dat als ik pijn zou voelen, ik me meer mens zou voelen. Ik stopte pas, toen het bloeden echt te veel werd. Op de een of andere manier gaf het bloeden een gevoel van verlichting.	Gevoelens? Ergens voel ik opluchting, gepaard met schaamtegevoel. Ik voelde absoluut geen pijn, meer verbazing. Verbazing over het feit dat ik niks voelde en over het feit dat ik tot zoiets in staat was. Gedachten? Ik dacht dat ik het bloeden moest stoppen. Ik dacht eigenlijk heel praktisch en rationeel. Ik heb ook aan de buitenwereld een ander verhaal verteld, dat ik uitgelopen was met een mes. Activiteit? In dit geval ging ik met een vriendin naar de EHBO om me te laten hechten, maar ik vertelde aan niemand wat ik echt gedaan had.

* ZVG is zelfverwondend gedrag.

In de doorsneep praktijk van de cognitief-gedragstherapeut wordt rekening gehouden met de individuele betekenis en functie van zelfverwondend gedrag. Dit vergt een functieanalyse van het gedrag. In deze functieanalyse tracht men zicht te krijgen op (1) de context of situaties die het onaangepaste zelfverwondend gedrag activeren en op (2) de antecedente en consequente cognitieve en affectieve processen. Uit ons onderzoek blijkt dat zelfverwondend gedrag door zeer uiteenlopende gevoelens, gedachten en functies wordt uitgelokt en in stand gehouden. De therapie start dan ook vanuit een individuele zelfobservatie. In tabel 1 staat een voorbeeld van zo'n zelfobservatie van Hanna. Zij deed het afgelopen jaar een zelfmoordpoging en vermeldt dat zij zichzelf regelmatig snijdt en verbrandt. In het verleden is ze opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis wegens bulimia nervosa en een borderline persoonlijkheidsstoornis. Aan de hand van een computerprogramma kunnen de resultaten van de verschillende functieanalyses systematisch verwerkt worden (voor een uitgebreide beschrijving van deze procedure zie Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2002). Dit levert een structureel diagram op aan de hand waarvan de associaties tussen de situationele uitlokkers, de gevoelens en de gedachten vóór en na het zelfverwondend gedrag uitgetekend kunnen worden.



Figuur 4 Het diagram gebaseerd op vier functieanalyses van Hanna.

S_x = situatie x ; A_{vx} = affect x vóór zelfverwondend gedrag; A_{nx} = affect x na zelfverwondend gedrag; C_{vx} = cognitie x vóór zelfverwondend gedrag; C_{nx} = cognitie x na zelfverwondend gedrag; R_x = zelfverwondend gedrag x .

Uit figuur 4 blijkt dat Hanna zich in sociale situaties vaak eenzaam voelt en denkt dat anderen haar niet graag hebben. Ze brandt zichzelf, omdat ze vindt dat ze zichzelf moet straffen. Nadien voelt ze zichzelf een mislukking, omdat het zelfverwondend gedrag geen oplossing heeft gebracht. In situaties waarin ze alleen is en als ze zich moe en rusteloos voelt, snijdt ze zichzelf om een gevoel van verdoofdheid op te heffen en om pijn te voelen. Nadien voelt ze zich enerzijds opgelucht, maar anderzijds ook schuldig vanwege haar gedrag. In beide situaties, individueel en sociaal, is ze kwaad op zichzelf vóór het zelfverwondend gedrag en beschrijft zij dat ze niet weet hoe ze op een adequate manier haar negatieve gevoelens moet leren beheersen of kanaliseren.

Dit diagram kan vervolgens met de patiënt besproken worden en de therapeutische interventies kunnen eveneens binnen dit diagram gekaderd worden. Wanneer Hanna inzicht heeft verworven in de risicovolle situaties die het zelfverwondend gedrag uitlokken, kan zij deze in eerste instantie vermijden. Zij zou bijvoorbeeld kunnen vermijden om tijdens de avonduren alleen te zijn wanneer ze zich onrustig voelt, daar dit frequent uitmondt in zelfverwondend gedrag. Het vermijden van risicovolle situaties is natuurlijk niet altijd mogelijk of wenselijk; Hanna moet namelijk ook leren om in deze situaties anders te reageren door bijvoorbeeld alternatieve activiteiten uit te voeren, die geen beschadiging inhouden voor zichzelf of voor anderen (zie ook Linehan,

1993). Naast het leren van alternatieve gedragingen is het zinvol om de zorgelijke gedachten of preoccupaties die het gedrag uitlokken, cognitief te herstructureren. Zo heeft Hanna in sociale situaties regelmatig de gedachte dat de anderen haar niet de moeite waard vinden, waardoor ze zich eenzaam voelt. We helpen haar dan om dit type van irrationele gedachten uit te dagen en te herformuleren door:

- a het verschil te leren tussen observatie en interpretatie;
- b het leren formuleren van alternatieve gedachten;
- c het wisselen van perspectief;
- d het gebruik van kaartjes waarop de irrationele en de geherformuleerde gedachten beschreven staan.

Het herstructureren van zorgelijke preoccupaties is een noodzakelijk onderdeel van de behandeling. Zelfverwondend gedrag kan immers gezien worden als een (morbide) manier om met preoccupaties om te gaan. Door middel van zelfverwondend gedrag probeert de patiënt los te komen van de negatieve gevoelens en gedachten die eraan voorafgaan. De therapie moet zich dan vooral richten op het – op een gezondere manier – loskomen van de negatieve gevoelens en gedachten door middel van het cognitief herstructureren en het aanleren van veiliger gedragsalternatieven. Met deze aanpak is Hanna ook voorbereid om andere risicovolle situaties het hoofd te bieden. De aangeleerde technieken (bijvoorbeeld responspreventie, alternatief afreageren en cognitief herstructureren) kan zij immers ook toepassen in situaties waarin zij de drang voelt om te gaan overeten of suïcidaal gedrag te stellen. Verder blijft het – gedurende de gehele behandeling – noodzakelijk om Hanna te wijzen op haar eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het zelfverwondend gedrag. Al te vaak is men als hulpverlener geneigd om de gedragscontrole over te nemen, gezien het ‘beschadigende’ karakter van het zelfverwondend gedrag. Dit blijkt echter de belangrijkste valkuil in de behandeling van zelfverwondend gedrag en dient ten koste van alles vermeden te worden! Wel kan men in eerste instantie samen met de patiënt zoeken naar ‘gezondere’ gedragsalternatieven om zelfverwondend gedrag af te wenden, om er zo voor te zorgen dat de cliënt later ook eigen gedragsalternatieven kan zoeken en toepassen.

Samenvattend kunnen we stellen dat zorgelijke preoccupaties een belangrijke rol spelen in het uitlokken en tot stand komen van zelfverwondend gedrag. Een gedegen aanpak van zelfverwondend gedrag vereist het inventariseren en herstructureren van de zorgelijke preoccupaties en het zoeken van gezondere gedragsalternatieven, waarbij de verantwoordelijkheid van het gedrag bij de patiënt wordt gelegd en de therapeut beschouwd wordt als een coach die de patiënt helpt bij het leren onder controle krijgen van zelfverwondend gedrag.

Abstract

In this article we address the distressing preoccupations that are involved in self-injuring behaviour. We define self-injuring behaviour and describe the content and mechanisms of preoccupations for (the treatment of) people in this condition. This is illustrated with a case

history. In this case, a functional analysis was made of patient's distressing preoccupations and these were treated with cognitive behavioural therapy.

Referenties

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Claes, L. Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2002). Therapy-related assessment of self-harming behaviors in eating disordered patients. A case illustration. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 10, 269-279.
- Claes, L. (2004). *Self-injurious behaviours in eating disorders*. Proefschrift, Faculteit Psychologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., et al. (1998). Deliberate self-harm: Systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317: 441-447.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57-68.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self-harm: A critical review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 177-185.
- Suyemoto, K.L., & MacDonald, M.L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32, 162-171.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- World Health Organization (2003). *ICD-10: International Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision)*. Genève: WHO.