

Pijn is (niet) fijn

Hoe zou psychomotorische therapie een bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van automutilatie?

Eindschrijving vierde jaar Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie

*“Het voelt zo fijn
even verlost
van alle pijn”*

Malou

Naam: Tamara Bennink Naam begeleidend docent: Garrick Jansen Naam beoordelend docent: Cor Niks School en opleiding: Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie, Windesheim Datum: 18 juni 2010

De laatste trein vanuit Groningen. Een vrouw komt zichtbaar boos de trein in. Ze gaat iets verderop zitten en gooit haar tas met veel kracht op het bankje, ze zit een poos voorover gebogen. Een station verder staat ze op en loopt langs. Het bloed druipt van haar armen, de vrouw is zichtbaar niet boos meer en oogt opgelucht. Onder het tafeltje waaraan ze zat ligt een grote plas bloed en een scheermesje.

Na dit incident twijfelde ik sterk of ik wel stage wilde lopen in de psychiatrie, een doelgroep waar automutilatie (zelfbeschadiging) veel voorkomt.

Aan de andere kant fascineerde het mij ook; waarom deed deze vrouw dit en hoe zou deze vrouw geholpen kunnen worden?

Inleiding

Veel mensen schrikken ervan en durven niets over mijn littekens te vragen. Automutilatie brengt vaak een schrikreactie teweeg bij andere mensen en het thema wordt misschien liever niet besproken. In de hulpverlening weten ook therapeuten vaak niet hoe ze om moeten gaan met cliënten die automutileren. Er is zeer weinig bekend over het behandelen van automutilatie en meestal wordt het gezien als een bijkomende 'klacht', van een onderliggende stoornis, zoals een depressie.¹

Ook binnen mijn opleiding² wordt er geen aandacht besteed aan de behandeling van automutilatie. Wel wordt er uitgelegd wat automutilatie is en dat het voor kan komen bij verschillende (persoonlijkheid)stoornissen. Op deze manier hebben beginnend psychomotorische therapeuten weinig kennis over de behandeling van dit heftige gedrag.

Automutilatie wordt niet officieel erkend als een stoornis en daarom staat het ook niet in de vierde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)³. Het wordt kort genoemd als bijverschijnsel bij bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Automutilatie komt erg veel voor (ongeveer negentig procent van de hulpverleners binnen ggz-instellingen komt in aanraking met cliënten die aan automutilatie doen), daarom is het naar mijn idee erg belangrijk om meer over de behandeling van automutilatie te weten te komen.

In mijn artikel wil ik mij richten op de bijdrage die PMT kan leveren aan het behandelen van jongvolwassen vrouwen die automutileren als gevolg van seksueel misbruik in het verleden. Omdat automutilatie zulk 'gestoord en heftig gedrag'⁴ is en de cliënt zichzelf letterlijk verminkt is het naar mijn idee van belang daar aandacht aan te besteden. Hierbij richt ik mij niet op het trauma, maar op het automutilerend gedrag.

Het artikel is onderverdeeld in paragrafen, te beginnen bij de uitleg van automutilatie en seksueel misbruik. Daarna wordt er gekeken waarom automutilatie een gevolg kan zijn van seksueel misbruik in het verleden, om daarna te kijken naar de behandeling van automutilatie. Ten slotte wordt de bijdrage van psychomotorische therapie eraan gekoppeld.

Automutilatie

Mensen die automutileren beschadigen zichzelf, daarom wordt automutilatie ook wel zelfbeschadiging genoemd. Automutilatie kan op verschillende manieren voorkomen, bijvoorbeeld: trichotillomanie (het uittrekken van eigen haren), huid open krabben, in de huid snijden of branden

¹ M. Bakker (2009). Het leed achter de littekens. Trouw, pag. 24

² Psychomotorische therapie en bewegingsagogie aan het Windesheim te Zwolle

³ Diagnostische criteria voor de meest algemene mentale ziekten inclusief de omschrijving, diagnose, behandeling en researchresultaten

⁴ S. Levenkron, 2006. Zelfbeschadiging, zelfbeschadiging overwinnen.

en amputatie van een lichaamsdeel. Deze voorbeelden van automutilatie kunnen onderverdeeld worden in drie verschillende vormen⁵:

- Grove zelfverwonding: deze vorm leidt tot duidelijke weefselschade, wat zelfs dodelijk kan aflopen, zoals het amputeren van ledematen. Grove zelfverwonding is een relatief zeldzaam fenomeen.
- Stereotiepe zelfverwonding: deze vorm omvat gedragingen als het bonken met het hoofd tegen de muur, op de oogballen drukken of de binnenzijde van de wang kapot bijten.
- Oppervlakkige/matige zelfverwonding: deze vorm van zelfverwonding wordt onderverdeeld in drie subgroepen namelijk: compulsieve zelfverwonding, episodische zelfverwonding en zich herhalende zelfverwonding.

Met compulsieve zelfverwonding wordt verwondingen bedoeld die meerdere malen per dag voorkomen, zoals trichotillomanie en nagel bijten.

Met episodische zelfverwonding wordt het beschadigen van de huid bedoeld. Denk hierbij aan het krassen, verbranden of snijden van de huid.

Ten slotte wordt met zich herhalende zelfverwonding een 'verslaving' aan het zelfverwonden bedoeld.

Redenen van automutilatie

Het is belangrijk om te weten dat mensen die automutileren niet bewust uit zijn op zelfdoding.

Wanneer iemand wel uit is op zelfdoding wordt het geen automutilatie meer genoemd.

Zelfverwonding kan verschillende betekenissen hebben, enkele van deze betekenissen zijn: ontladen van spanning, boete doen of zelfbestrafing, vermindering van negatieve gevoelens en vragen om hulp en aandacht. Elke automutilant (iemand die automutilleert) heeft een eigen 'reden' en dus een eigen verhaal waarom automutilatie wordt uitgevoerd.

De focus in het artikel wordt gelegd op oppervlakkige/matige zelfverwonding als gevolg van seksueel misbruik.

Voor we gaan kijken waarom automutilatie een gevolg kan zijn van seksueel misbruik is het eerst goed om te weten wat er precies met seksueel misbruik bedoeld wordt.

Seksueel misbruik

Omschrijving

Seksueel misbruik, ook wel seksueel geweld genoemd, omvat alle seksuele handelingen die iemand gedwongen wordt uit te voeren, te ondergaan of getuige van te zijn.⁶

In de Zedenalmanak⁷ (1997) wordt seksueel geweld gedefinieerd als "alle gebeurtenissen waarbij mensen tegen hun wil geconfronteerd worden met seksuele of seksueel geladen handelingen van derden en waarbij de ongelijke machtsverhouding tussen de betrokkenen en/of de machtsongelijkheid tussen de seksen een rol speelt"

Cijfers

Uit landelijk Nederlands onderzoek blijkt dat ruim vijftien procent van de vrouwen voor het zestiende levensjaar een negatieve seksuele ervaring heeft meegemaakt met een familielid.

Iets meer dan de helft van deze slachtoffers is ernstig misbruikt: er was sprake van (herhaalde pogingen tot) verkrachting, er werden andere ingrijpende seksuele handelingen afgedwongen of er was sprake van verschillende daders. De daders waren voornamelijk vaders, oudere broers en ooms.

⁵ Prof. DR. P.C.C. Duker, Drs. R. Didden (1998). Behandelingsstrategieën bij zelfverwondend gedrag. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

⁶ www.wikipedia.nl

⁷ Viertal boekjes dat praktische informatie biedt voor een zeer groot aantal juridische en psychosociale aspecten van seksueel geweld. (www.huiselijkgeweld.nl)

Eén procent van de (mede-) plegers was vrouw. Daarnaast is 24 procent van de vrouwen in hun jeugd geconfronteerd met (meestal eenmalig) seksueel misbruik door iemand die niet tot de familiekring behoorde: een oudere jongen, een onderwijzer, een buurman, een volwassen vriend van het gezin of een onbekende man. In bijna de helft van deze gevallen deed de dader een poging tot verkrachting of dwong het slachtoffer tot masturbatie.

Als we de gebeurtenissen binnen en buiten de kring van verwanten combineren, blijkt dat bijna 40% van de vrouwen vóór het zestiende jaar een of meerdere ervaringen met seksueel misbruik heeft gehad. De meest voorkomende leeftijd waarop misbruik voorkomt ligt tussen de acht en twaalf jaar.⁸

In dit artikel gaat het over jongvolwassen vrouwen die een trauma aan het seksueel misbruik hebben overgehouden. Dus jongvolwassen vrouwen die hierdoor een last ervaren en niet goed kunnen functioneren in de maatschappij door het seksueel misbruik dat ze mee hebben gemaakt. Dit misbruik kan heel divers zijn.

Automutilatie als gevolg van seksueel misbruik

Nadat duidelijk is geworden wat automutilatie is en wat er verstaan wordt onder seksueel misbruik, is de volgende vraag hoe en waarom automutilatie een gevolg kan zijn van seksueel misbruik.

Hierover zijn verschillende verklaringen bekend. Smith, Cox & Saradjian (2004) gaan ervan uit dat er acht verklaringen zijn voor automutilatie als gevolg van seksueel misbruik in het verleden, namelijk:

- omgaan met emotionele spanning;
- dissociatie;
- woede die op eigen persoon gericht wordt;
- zelfbestraffing;
- overlevingsschuldgevoel;
- iemand anders straffen;
- opnieuw beleven van delen van het trauma;
- het verslavingsmodel.

Hieronder wordt kort uitgelegd wat de verschillende verklaringen inhouden.

Omgaan met emotionele spanning

De emotionele spanning (als gevolg van het trauma) kan soms zo hoog oplopen dat de cliënt deze niet meer onder controle kan houden en het niet meer kan verdragen. Door te automutileren is deze spanning (tijdelijk) weg. Het voelt als een soort opluchting, deze opluchting is echter wel tijdelijk.

Dissociatie

Na ernstig seksueel misbruik kan een cliënt gaan dissociëren wanneer er een gebeurtenis plaatsvindt die lijkt op het originele trauma. Dissociëren is het afkappen/niet toelaten van de emoties en de bijbehorende gebeurtenissen. Het lijkt op een zelfopgewekte hypnose⁹. In deze staat van dissociatie kan een cliënt zichzelf verwonden, maar kan hiervan niets herinneren.

‘Het is alsof ik het niet zelf doe, ik kijk alleen maar toe hoe “het” gedaan wordt’ (Tyler, 1997)

Woede die op eigen persoon gericht wordt

De woede naar de pleger toe is er altijd geweest, maar mocht er niet zijn; de woede werd afgestraft. Doordat kwaadheid er nooit mocht zijn heeft de cliënt nooit geleerd deze te uiten, de woede wordt hierdoor naar binnen gericht. De woede tegen zichzelf kan zich uiten in automutilatie.

⁸ www.seksueelgeweld.nl

⁹ Gerrilyn Smith, Dee Cox & Jacqui Saradjian (2004)

Zelfbestraffing

Veel plegers van seksueel misbruik leggen de schuld bij het slachtoffer. Als er maar vaak genoeg tegen je gezegd wordt dat het 'jouw schuld is' en dat het 'door jou komt' ga je dit vanzelf geloven. Ook voelen sommige cliënten een intense woede en hevig schuldgevoel doordat het lichaam op de seksuele prikkels reageerde. Het lichaam raakte simpelweg opgewonden. Dit betekent niet dat de cliënt ervan genoot, maar het lichaam reageerde 'zoals het hoort te reageren'.

Het bovenstaande is de reden dat de cliënt zichzelf beschadigt, zij is boos op zichzelf en uit deze woede op het eigen lichaam.

'Mijn moeder heeft nooit van mij gehouden. Ik kon niets goed doen. Het interesseerde haar niet wat me overkwam. Ik weet zeker dat ze wist dat hij me verkrachtte, maar ze deed niets. Ik moet wel iets gedaan hebben om zo'n haat op te wekken. Het moet wel mijn schuld zijn, zoals het ook mijn schuld is dat mijn relaties steeds mislukken, dat ik helemaal alleen ben. Nu is ze dood en kan ik het nooit meer goed maken tussen ons. Ik ben zo kwaad op mezelf. Waarom kon ik er niet achterkomen hoe het zat toen ze nog leefde?' (Sarah, 1997)

Overlevingsschuldgevoel

Een trauma heeft een ontzettende impact op de rest van het leven, het kan leiden tot 'overlevingsschuldgevoel'. Hierbij moet gedacht worden aan 'ik heb het misbruik laten gebeuren'. Dit gevoel van machteloosheid en schuld wordt geuit door het beschadigen van het eigen lichaam.

Iemand anders straffen

De cliënt verwondt zichzelf om te laten zien aan de ander (vaak een familielid, of iemand die haar pijn heeft gedaan) hoeveel pijn ze heeft, door wat er in het verleden is gebeurd.

'Ik moest mezelf snijden. Hoe groter en dieper de snee was hoe beter. Ik wilde ze gewoon laten zien hoeveel pijn ik voelde. Hoeveel pijn ze mij deden'. (Lucy, 1997)

Opnieuw beleven van delen van het trauma

Gloria Babiker en Lois Arnold (1997) stellen dat een jeugdtrauma samenhangt met het schenden van de huid en/of het overschrijden van lichamelijke grenzen. Volgens Babiker en Arnold is zelfbeschadiging een herbeleving van het trauma, in een poging de ervaring te begrijpen of te herbeleven. Wel wordt de huid na een periode van automutilatie verzorgd. Dit is nodig om de schade te herstellen. In het oorspronkelijke trauma werd deze troost niet gegeven, maar het kan nu dienen om vroegere ervaringen te verwerken.

Het verslavingsmodel

Wanneer het lichaam op een of andere manier gewond is worden er endogene opiaten aangemaakt. Deze endogene opiaten, ook wel lichaamseigen pijnstillers genoemd, zijn stoffen die een krachtige verdovende werking hebben. Wanneer deze lichaamseigen pijnstillers in grote hoeveelheden geproduceerd worden is het lichaam minder gevoelig voor pijn en onlustgevoelens.¹⁰ Ook geeft de aanmaak van deze opiaten een prettig gevoel van rust. Mensen kunnen verslaafd raken aan deze endogene opiaten. Wanneer er een verslaving gevormd wordt, moeten er steeds meer van deze opiaten in het lichaam aangemaakt worden. Een van die manieren om deze endogene opiaten aan te maken is zelfbeschadiging.

Uit de bovenstaande acht verklaringen kan gehaald worden waarom automutilatie een gevolg kan zijn van seksueel misbruik. Daardoor kan automutilatie beter worden begrepen en kan er gekeken worden naar de behandeling van automutilatie.

¹⁰ www.zelfbeschadiging.info

Belangrijke factoren bij het behandelen van automutilatie

In ggz-instellingen¹¹ komt negentig procent van de hulpverleners in aanraking met cliënten die automutilleren. Daarvan is slechts achttien procent op de hoogte van het automutilerend gedrag van de cliënt. Volgens Suzanne de Klerk¹² (2009) komt dit gedeeltelijk doordat hulpverleners niet snel naar automutilatie vragen. Automutilatie wordt behandeld als bijkomende klacht, dit betekent dat automutilatie niet officieel erkend wordt als een stoornis in de DSM IV. Trichotillomanie¹³ staat overigens wel officieel erkend in de DSM IV als stoornis in de impulsbeheersing.¹⁴ Volgens Prof. DR. P.C.C. Duker, Drs. R. Didden (1998) e.a. is trichotillomanie een vorm van automutilatie. Dit roept bij mij de vraag op waarom automutilatie niet geregistreerd staat als officiële stoornis in de DSM. Automutilatie wordt meerdere malen in de literatuur als een stoornis omschreven. Hoogduin (2008): 'Automutilatie valt onder de rubriek stoornissen in de impulscontrole'. Stichting zelfbeschadiging¹⁵ noemt automutilatie een complexe gedragsstoornis en Levenkron (2006) behandelt automutilatie op dezelfde manier waarop obsessief-compulsieve stoornissen in de diagnostische literatuur behandeld worden.

Een psychiatrische standaardaanpak van automutilatie is niet mogelijk, de hulpverlening is maatwerk.¹⁶

Uit bovenstaande paragraaf blijkt dat er weinig bekend is over de specifieke behandeling van automutilatie, in tegenstelling tot het ontstaan van automutilatie. Toch zijn er factoren bekend die van belang zijn voor de behandeling van automutilatie. Deze factoren worden hieronder beschreven.

Belangrijke persoonlijkheidskenmerken van de hulpverlener

Een cliënt die automutileert kan niet behandeld worden door een hulpverlener die angstig wordt wanneer er gesproken wordt over sneden en brandplekken. Het is belangrijk dat de hulpverlener zich op zijn gemak voelt en zonder gêne met de cliënt over de aangerichte lichamelijke schade kan praten. De cliënt moet het gevoel krijgen dat zij haar verhaal kwijt kan en dat de hulpverlener er wat mee kan.

Zes persoonlijkheidskenmerken die volgens Levenkron (2006) bij een effectieve hulpverlener passen zijn:

- Vertrouwen;
Het krijgen van vertrouwen van de cliënt en dit vertrouwen zelf ook uitstralen.
- Het vermogen om empathisch te zijn;
Het vermogen om met de cliënt mee te leven en mee te denken. Ook wanneer zij dingen verteld of doet waar ze zelf weinig van begrijpt.
- De indruk wekken, bekend te zijn met de 'ziekte' van de cliënt;
De cliënt het gevoel geven dat je begrijpt waar ze over praat. Dat je als hulpverlener psycho-educatie¹⁷ kan geven.
- Begrip opbrengen voor haar wanhoop;
Het vermogen om het begrip over te brengen naar de cliënt.
- Een zorgende houding;
Een houding die steeds op de cliënt gericht is, of ze hier nu wel of niet om vraagt.

¹¹ Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg Nederland

¹² Psycholoog, doet onderzoek naar zelfbeschadiging

¹³ Uittrekken van eigen haren

¹⁴ www.zelfbeschadiging.info

¹⁵ www.zelfbeschadiging.nl

¹⁶ www.zelfbeschadiging.nl

¹⁷ Informatie over de 'ziekte'

- Optimisme uitstralen over haar toekomst.
Het vermogen om de gevoelens te overwinnen die haar slopen, bijvoorbeeld het willen opgeven, of het zichzelf willen beschadigen.

Communicatie tussen cliënt en hulpverlener

Zelfbeschadiging moet vooral bespreekbaar gemaakt worden. Het moet niet worden genegeerd, bestraft of veroordeeld (De Klerk, Kroes, Nijon & De Waal, 2009).

Goede communicatie vormt de basis voor goede zorg en begeleiding van cliënten die automutileren. Onder goede communicatie wordt verstaan: goed luisteren naar de cliënt, een open houding, proberen om het antwoord van de cliënt samen te vatten, zodat ze weet dat je goed naar haar luistert en goed in contact blijven tijdens het gesprek.¹⁸

Goede communicatie draagt bij aan de volgende punten¹⁹:

- herstel van het emotionele evenwicht van de cliënt;
- een goede relatie tussen cliënt en hulpverlener;
- de mogelijkheid om (nieuwe) betekenissen te geven aan ervaringen in het hier en nu, zodat deze beter hanteerbaar worden;
- een gedeelde visie op het automutileren en de inhoud van het behandelplan.

Naast goede communicatie tussen cliënt en hulpverlener is ook communicatie tussen cliënt en familie/naasten van belang.

*‘Doordat ik er in therapie steeds maar weer over praatte, besepte ik dat ik het op verschillende tijdstippen op verschillende manieren deed. Als mijn gevoelens door hem beheerst worden snijd ik mezelf. Als ik kwaad ben, echt kwaad en gefrustreerd, ben ik eerder geneigd mezelf blauwe plekken te slaan. Als ik me afgesneden voel, leeg, alsof ik tegelijkertijd levend en dood ben, dan neem ik mijn toevlucht tot branden. Het is dan alsof ik geen energie heb om mezelf op een actievere manier pijn te doen’.*²⁰

Inzicht krijgen in het automutilerend gedrag van de cliënt

Om automutilatie goed te kunnen begrijpen, is het van belang het als een proces te zien. De hulpverlener observeert en bespreekt samen met de cliënt het zelfbeschadigend gedrag. Er wordt vanuit gegaan dat er één of meerdere factoren zijn die meespelen bij het ontstaan, het voortbestaan of herstel van de klacht (automutilatie).²¹ Om inzicht te verkrijgen in deze factoren kan gebruik gemaakt worden van het biopsychosociaal model²². Zoals het woord al zegt wordt er gekeken naar de biologische, psychologische en sociale aspecten.

- Met het biologische aspect wordt het lichaam en alles wat rechtstreeks in contact komt met het lichaam bedoeld.
- Met het psychische aspect wordt alles bedoeld wat met de persoonlijkheid, gedachten, overtuigingen en gevoelens te maken heeft. Zowel bewust, als onbewust.
- Met het sociale aspect wordt de contacten met de mensen om de cliënt heen bedoeld. Denk hierbij aan het gezin, de partner, vriendinnen en collega's. Het is het systeem waarin de cliënt functioneert.

Het biopsychosociaal model is systemisch, dit wil zeggen dat de klacht wordt gezien als onderdeel van het hele systeem waarin de cliënt zich bevindt (H. Versluis-Eering, 2004).

¹⁸ www.heinpragt.com/communicatie

¹⁹ M. Bosman en B. v. Meijel, 2009, Begeleiding van patiënten die zelfverwonden.

²⁰ G. Smith, D. Cox & J. Saradjian, 1998, Vrouwen en zelfbeschadiging, zelfverminking begrijpen, ermee omgaan, ervan herstellen.

²¹ George L. Engel (1913-1999)

²² Model, voortgekomen uit het werk van George L. Engel, om zo meer blijk van interesse te geven aan de persoonlijke beleving van de cliënt.

Gedrag serieus nemen

Ten slotte is het belangrijk dat de hulpverlener het gedrag van de cliënt serieus neemt.²³ Dit wil zeggen dat de hulpverlener automutilatie niet moet negeren of bestrijden, maar proberen de boodschap van dit gedrag te begrijpen. Door alle gedrag van de cliënt serieus te nemen leert de hulpverlener de taal van de cliënt, haar beleving en haar specifieke behoeften en wensen kennen.

Belangrijke factoren voor behandeling binnen Psychomotorische therapie

De algemene factoren die in de bovenstaande paragraaf beschreven staan zijn ook zeker van belang voor een psychomotorische therapeut.

Binnen psychomotorische therapie staat het bewegen en het ervaringsgericht werken centraal. Het is een vorm van non-verbale therapie.²⁴ De behandeling binnen psychomotorische therapie is erop gericht om het proces van automutilatie te doorbreken.

Het proces van automutilatie doorbreken

Vier punten zijn volgens D. Cox, G. Smith & J. Saradjian (2004) erg belangrijk om het proces van automutilatie te doorbreken:

- de cliënt moet haar eigen patroon leren kennen, niet alleen wanneer ze automutileert, maar ook wanneer ze dit niet doet;
- ze moet erachter komen wanneer ze kwetsbaar is voor automutilatie;
- de cliënt mag haar emoties voelen, ze moet ze leren over brengen naar de ander en ervoor zorgen dat ze krijgt wat ze nodig heeft.
- de cliënt op een alternatieve manier om leren gaan met haar emoties (nieuw gedrag aanleren).

Als er gekeken wordt naar de bovenstaande vier punten komen deze veelal overeen met de specifieke doelen voor cliënten met impulscontrole problematiek.²⁵ Volgens Kuin (2005) zijn de doelen voor cliënten met problemen in de impulscontrole onder andere: stressoren herkennen, herkennen van lichamelijke sensaties, stressoren voorspellen, alternatieve actiestrategieën ontwikkelen en inzetten. Ten slotte kan de cliënt alternatieve manieren van ontladen ontwikkelen en inzetten. Ook Uijting (2006) benoemt in zijn artikel over agressieregulatie doelen als: wat doe ik als ik boos word, wat voel ik (lijfelijk), hoe kan ik het aanvoelen en hoe zou ik het anders willen oplossen? Bovenstaande doelen komen grotendeels overeen met de doelen die volgens D. Cox, G. Smith & J. Saradjian (2004) behaald moeten worden om het proces van automutilatie te doorbreken.

Hoogduin²⁶ ordent ook automutilatie in de rubriek 'stoornissen in de impulscontrole' (DSM III-R). Automutilatie zou behandeld kunnen worden als een stoornis in de impulscontrole.

Mijn visie is dat automutilatie een dermate ernstig gevolg is van seksueel misbruik in het verleden dat het zeker aandacht en behandeling moet krijgen. De cliënt verminkt zich letterlijk en loopt vast in het uiten van gevoelens en emoties. Wanneer het achterliggende trauma verwerkt is, hoeft dit niet te betekenen dat de automutilatie ook verdwenen is.

Hoe er binnen psychomotorische therapie gewerkt kan worden aan de behandeling wordt hieronder nader beschreven. Hierbij wordt de aandacht gericht op de doelen:

- emoties voelen en leren overbrengen naar de ander;
- alternatief/nieuw gedrag aanleren.

²³ Schouten, 1997

²⁴ www.zelfbeschadiging.info

²⁵ Rem op impulsbeheersing is er niet of te weinig.

²⁶ Handboek, psychopathologie basisbegrippen, 2008

Emoties voelen en leren overbrengen naar de ander

De cliënten zijn in het verleden misbruikt en de daaropvolgende gevoelens werden niet erkend. Dit is een reden waarom veel cliënten de emoties en spanningen die ze ervaren niet goed beschrijven.²⁷

Om de cliënt te leren om haar gevoelens daadwerkelijk te voelen en deze over te brengen naar de ander is het van belang dat haar gevoelens dit maal wel erkend worden. Dat is binnen de therapie de taak van de therapeut.

Voor de behandeling van bovenstaande doelstelling zal de cliëntgerichte therapie²⁸ het meest toepasselijk zijn. De therapeutische voorwaarden komen namelijk sterk overeen met de voorwaarden die Levenkron (2006) scheidt.

De therapeutische voorwaarden voor een cliëntgerichte therapie zijn (Rogers 1902-1987):

- Acceptatie
Dat wil zeggen dat de therapeut de cliënt volledig accepteert en respecteert als een mens met positieve en minder positieve kanten. De cliënt wordt aanvaard zoals ze is en daardoor voelt de cliënt zich veilig en welkom. Door de onvoorwaardelijke acceptatie van de therapeut gaat de cliënt zich geleidelijk veilig genoeg voelen om aspecten van zichzelf onder ogen te zien die tot dan toe bedreigend of te beschamend waren.
- Echtheid
De therapeut moet 'echt' zijn, dat wil zeggen dat hij volledig zichzelf is en in contact staat met zijn gevoelsleven. Ten opzichte van de cliënt verbergt hij zich niet achter een professioneel masker. Het heeft volgens Rogers geen zin om warm en betrokken te willen overkomen, terwijl de cliënt afkeer, irritatie en verveling oproept. Het is beter om als therapeut open over deze gevoelens te zijn, zo geeft de therapeut het goede voorbeeld.
- Empathie
Rogers verwees met dit begrip naar het vermogen zich volledig in te leven in de gedachten en gevoelens van de cliënt. Bij empathie gaat het minder om de verstandelijk te begrijpen inhoud, maar vooral om de gevoelens die de cliënt tot uiting brengt. Met het inleven is de therapeut er nog niet, hij moet ook in staat zijn de cliënt (non-)verbaal te laten merken dat hij begrijpt en aanvoelt wat er in de ander omgaat.

De psychomotorische therapeut kan vanuit een cliëntgerichte benadering werken mits hij aan de bovenstaande voorwaarden voldoet.

Vanuit mijn stage (psychiatrische polikliniek gehandicapten) hebben wij veel gewerkt met cliënten die hun emoties weer daadwerkelijk willen voelen en willen overbrengen. Wij hebben dit gedaan door tijdens activiteiten die de therapeut aanbood de cliënt te vragen om bewust bezig te zijn met wat er in en met haar lichaam gebeurde. Wanneer ze hier bewust van werd, zou de stap gemaakt kunnen worden van de ervaring van het lichaam, naar de emoties en spanningen die ze ervaart. Dit kan beginnen bij heel basale emoties zoals de vier B's²⁹, om daarna toe te werken naar meer specifieke emoties. Het doel is om emoties en spanningen die de cliënt in de zaal ervaart of benoemt ook te gaan herkennen in haar dagelijks leven.

De cliënt op een andere manier leren omgaan met haar gevoelens

Wanneer de cliënt nu in stressvolle of spanningsvolle situaties belandt, zoekt ze haar uitweg in het beschadigen van zichzelf. Deze manier van uiten moet veranderen. Er moet dus nieuw gedrag aangeleerd worden, het aanleren van nieuw gedrag kan binnen de psychomotorische therapie vanuit

²⁷ D. Cox, J. Saradjian & G. Smith, 1998

²⁸ M. Vervoort & M. Weiland, 2003

²⁹ Blij, Boos, Bang, Bedroefd

de gedragstherapeutische benadering behandeld worden. Deze therapie is geënt op het behaviorisme³⁰ (A. Weerman, 2006)

Binnen de gedragstherapie kan gezegd worden: 'Wat aangeleerd is, kan weer afgeleerd worden' (W.Vandereycken & R. van Deth, 2003). Er wordt vanuit gegaan dat het aangeleerde automutilerend gedrag ook weer afgeleerd kan worden. Gedragstherapie is veel toegepast bij stoornissen in de impulscontrole (C.A.L. Hoogduin, 2008). Een voorwaarde voor deze therapie is wel dat de cliënt het automutilerend gedrag wil veranderen.³¹

De psychomotorische therapeut is duidelijk meer op het doen gericht dan op het praten. De relatie tussen de cliënt en therapeut wordt getypeerd als een werkrelatie. De rol van de psychomotorische therapeut is actief en sturend. Hij adviseert, stelt vragen en geeft opdrachten. Er worden veel opdrachten meegegeven, die buiten de therapiesessies moeten worden uitgevoerd. Deze huiswerkopdrachten zijn een belangrijk onderdeel van de therapie. De gehele therapie verloopt volgens een aantal duidelijke stappen (W.Vandereycken & R. van Deth, 2003):

- Aanleren van probleemoplossend gedrag
Probleemoplossende vaardigheden kunnen op verschillende manieren worden aangeleerd. Cliënten leren bijvoorbeeld eerst de signalen van een probleem herkennen. Daarna worden er zo veel mogelijk oplossingen bedacht, waarna de meeste effectieve uitgekozen wordt. Positieve bekrachtiging speelt een belangrijke rol in deze technieken. Positieve bekrachtiging wordt therapeutisch toegepast om gewenst gedrag dat te weinig voorkomt te doen toenemen.
- Afleren van ongewenst gedrag
In plaats van gevreesde situaties te vermijden of aan onaangename gevoelens van angst en spanning te ontsnappen, worden cliënten hier juist aan blootgesteld. Deze blootstelling kan plaatsvinden in verbeelding (in vitro), waarbij de cliënt zich voorstelt dat zij zich in een angstige situatie bevindt. Of in het echt (in vivo) waarbij de cliënt daadwerkelijk wordt blootgesteld aan de angstige situatie.

Wanneer behandelingstechnieken worden toegepast, is er geregeld overleg tussen de therapeut en de cliënt over de voortgang. Steeds wordt er gekeken hoe het gaat met de problemen en of de therapie wat uithaalt.

Conclusie

Hulpverleners zouden meer kennis en vaardigheden moeten krijgen over de behandeling van cliënten die automutileren. Automutilatie komt (te) vaak voor, de oorzaken van dit gedrag zijn onderzocht, op internet en in boeken te vinden, maar over de behandeling is er te weinig bekend. Automutilatie wordt overigens niet erkend als officiële stoornis in de DSM IV. Toch heeft het erg veel overeenkomsten met een stoornis in de impulscontrole. De doelen die behaald moeten worden om het proces van automutilatie te doorbreken komen grotendeels overeen met de doelen die bekend zijn voor cliënten met een impulscontrolestoornis.

Voordat de therapeut bezig gaat met doelen voor de cliënt is het belangrijk om de reden van het gedrag samen met de cliënt te achterhalen. Het biopsychosociaal model kan gebruikt worden om inzicht te krijgen in het automutilerend gedrag van de cliënt. Een volgende stap is dat de cliënt haar eigen gevoelens en emoties herkent en dit aan kan geven aan anderen. Er wordt binnen psychomotorische therapie gewerkt aan dit doel middels cliëntgericht therapie. Ten slotte komt er alternatief gedrag in zicht. Er wordt nieuw gedrag aangeleerd, hierbij wordt gewerkt vanuit een

³⁰ Opvatting dat iedere vorm van gedrag een reactie is op prikkels uit de omgeving. (W.Vandereycken & R. van Deth, 2003)

³¹ Prof. dr.H.G.M.Rooijmans, 1991

gedragstherapeutisch referentiekader. Binnen de gedragstherapie gaat men er vanuit dat aangeleerd gedrag (automutilatie) ook weer afgeleerd kan worden.

Ook al is automutilatie een gevolg van een onderliggend trauma, het is dermate ernstig dat het behandeling nodig heeft. Mits de cliënt er zelf achterstaat en het automutileren niet ontkend.

Discussie

Psychomotorische therapie zou een rol kunnen spelen in de behandeling, omdat er binnen deze therapie lichaams- en/of bewegingsgericht gewerkt wordt. Ook is het een vorm van ervaringsgerichte therapie. Automutilatie en emoties hebben veel te maken met het lichaam. In de literatuur kwam ik overigens erg veel tegen dat communicatie erg belangrijk is en dat daarom een psychiater of psycholoog ook de behandeling op zich kan nemen.

In het artikel heb ik ervoor gekozen om mij te richten op de cliëntgerichte therapie en de gedragstherapeutische benadering. Deze vond ik na het lezen van de literatuur het best passen binnen de behandeling. Dit is niet wetenschappelijk verklaard en ook staan er geen voorbeelden van automutilatie en deze twee benaderingen in de literatuur.

Automutilatie staat niet officieel erkend als stoornis in de DSM IV. Toch komt automutilatie grotendeels overeen met een stoornis in de impulscontrole.

In de literatuur zijn er alternatieven voor automutilatie bekend zoals: met elastiekjes tegen je pols schieten, ijsblokjes in je handen houden, sambal eten en tandpasta onder je ogen smeren. Deze alternatieven heb ik niet in het artikel verwerkt, omdat het naar mijn idee geen goede manieren zijn om van het automutilerend gedrag af te komen. Omdat er op deze manier nog steeds pijn ervaren wordt en het nog erg op automutilatie lijkt.

Literatuurlijst

- Cox, D., J. Saradjian & G. Smith (2004). Vrouwen en zelfbeschadiging. Zelfverminking begrijpen, ermee omgaan, ervan herstellen. Amsterdam: SWP
- Bosman, M., & B. v. Meijel (2009) Begeleiding van patiënten die zelfverwonden. Een verpleegkundig interventiepakket. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Drs. R. Didden & Prof. DR. P.C.C. Duker (1998). Behandelingsstrategieën bij zelfverwondend gedrag. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Levenkron, S. (2006). Zelfbeschadiging. Zelfbeschadiging begrijpen en overwinnen. Amsterdam: SWP
- Bakker, M. (2009). Het leed achter littekens. Trouw 16-12-2009.
- Kuin, F.M.B. (2005). Op tijd stoppen. Behandeling van impulscontroleproblematiek bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. In: J. de Lange, R.J Bosscher. Psychomotorische therapie in de praktijk, 43-63. Amsterdam: Boom.
- Weerman, A. (2006). Zes psychologische stromingen & één cliënt. Theorie en toepassing voor de praktijk voor SPH en MWD. Soest: Nelissen.
- Glassman, W.E. , H. Geluk (1998). Stromingen in de psychologie. Baarn: HBuitgevers.
- Moffaert van M., H.G.M Rooijmans (1992). Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. Cutane automutilatie, beloop en behandeling.
- www.zelfbeschadiging.info
- www.seksueelgeweld.nl
- www.wikipedia.nl
- www.huiselijkgeweld.nl
- www.heinpragt.com/communicatie
- www.zelfbeschadiging.nl
- www.groepburgerhout.nl
- www.echoecho.nl
- Dudevszky, S., Z Films Rotterdam & Zoli Schwarcz (2004) Onderhuids. Drie portretten, zelfverwonding in de psychiatrie. Rotterdam. (beeldmateriaal)

Informatie over de auteur

Naam: Tamara Bennink

Opleiding: Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie, Windesheim te Zwolle.

Werkveld: Stagiaire binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), te Assen. Afdeling psychiatrische polikliniek gehandicapten (PPG).

Samenvatting

Automutilatie is het beschadigen van het eigen lichaam, wat verschillende vormen aan kan nemen. Cliënten die automutilleren zijn niet bewust uit op zelfdoding. Wanneer cliënten automutilleren als gevolg van seksueel misbruik in het verleden hebben ze hier hun eigen redenen voor.

Er zijn verschillende factoren die van belang zijn bij het behandelen van cliënten met automutilatie. Binnen deze behandeling kunnen psychomotorische therapeuten een rol spelen. Allereerst wordt er inzicht verkregen in het automutilerend gedrag van de cliënt met gebruik van het biopsychosociaal model. Daarna moet er gezorgd worden dat het proces van automutilatie doorbroken wordt. Dit kan gedaan worden om ervaringen op te doen wat betreft emoties en spanningen middels een cliëntgerichte benadering. Middels een gedragstherapeutisch benadering wordt er geoefend met nieuw gedrag. De doelen die nagestreefd worden om het proces van automutilatie te doorbreken komen vrijwel overeen met de doelen voor cliënten met een stoornis in de impulscontrole.