

# Zelfbeschadigend gedrag

Nienke Kool, Wim Pollen en Berno van Meijel

## Dames en Heren,

Zelfbeschadigend gedrag is voor veel hulpverleners een moeilijk te begrijpen fenomeen. Terwijl de meeste mensen pijn en schade aan hun lichaam mijden, zijn er ook mensen die zichzelf juist opzettelijk beschadigen. Dit roept een scala aan gevoelens op, variërend van ongeloof en boosheid tot grote bezorgdheid. Over de prevalentie van dit gedrag circuleren uiteenlopende cijfers: tot 4% bij volwassenen, 7-18% bij adolescenten en 5-33% bij populaties van psychiatrische patiënten.<sup>1,2</sup>

Deze variatie kan onder andere worden verklaard door het gebruik van verschillende definities. Er zijn twee termen in gebruik: zelfverwonding en zelfbeschadiging. Zelfverwonding betreft het zichzelf direct en opzettelijk fysiek letsel toebrengen zonder suïcidale intentie. Zelfbeschadiging omvat meer; hieronder verstaat men ook alle handelingen die niet direct zichtbare fysieke schade toebrengen, zoals het innemen van een overdosis medicatie.<sup>3</sup> Vrouwen beschadigen zichzelf 1,5 tot 3 keer vaker dan mannen. Mannen en vrouwen verschillen ook in de vorm van zelfbeschadiging. Vrouwen snijden zichzelf vaker dan mannen, terwijl mannen zichzelf vaker branden of slaan.<sup>3</sup> Zelfbeschadiging kan een symptoom zijn bij verschillende psychiatrische ziektebeelden. De borderline-persoonlijkheidsstoornis is de bekendste, maar ook bij andere persoonlijkheidsstoornissen, depressies, angststoornissen, middelenmisbruik, eetstoornissen en psychotische stoornissen komt zelfbeschadiging voor.<sup>4</sup> Er is echter niet altijd sprake van een psychiatrische diagnose. Zelfbeschadiging kan namelijk een onderdeel vormen van bijvoorbeeld religieuze rituelen, zoals zelfkastijding. Ook zien we dat zelfbeschadiging binnen bepaalde jeugdculturen voorkomt.

In deze klinische les beschrijven wij twee patiënten met zelfbeschadigend gedrag.

**Patiënt A**, een 28-jarige Nederlandse vrouw, meldt zich voor de derde keer in één week op de Spoedeisende Hulp (SEH) van een groot stadsziekenhuis met diepe snijwonden in haar linker onderarm. Desgevraagd vertelt patiënte dat zij de verwondingen zelf heeft aangebracht met een scherp stuk plastic. Ze maakt duidelijk dat ze niet teveel gezeur wil en dat ze genoeg ervaring heeft om te weten dat deze sneden gehecht moeten worden. Als dat even gedaan kan worden is het voor haar klaar, zegt ze. Ze heeft geen behoefte om ergens over te praten.

*Palier, Centrum Intensieve Behandeling,*

*Den Haag.*

*Drs. N. Kool, verpleegkundige-onderzoeker;*

*dr. W. Pollen, arts.*

*Hogeschool INHOLLAND, Amsterdam-Alkmaar.*

*Dr. B. van Meijel, lector.*

*Contactpersoon: drs. N. Kool (n.kool@palier.nl).*

Wanneer de poortarts tijdens de voorbereidingen van de wondhechting tóch pogingen doet dieper op de redenen van de zelfbeschadiging in te gaan, wordt patiënte boos en verlaat zij de SEH met de mededeling 'dan wel naar een ander ziekenhuis te gaan waar niet zo gezeurd wordt'. De huisarts wordt per brief op de hoogte gebracht van deze gebeurtenissen.

**Patiënt B**, een 19-jarige Nederlandse vrouw van Hindoe-staanse afkomst, meldt zich bij haar huisarts. Zij zit ineengedoken op haar stoel en maakt nauwelijks oogcontact. Met zachte stem vertelt ze dat zij gestuurd is door haar studiebegeleider van school. De aanleiding was dat de begeleider littekens van brandwonden en krassen op haar onderarmen had gezien. Zelf denkt ze dat het zonde van ieders tijd is om hier veel aandacht aan te besteden. Maar volgens haar begeleider loopt haar studie gevaar als ze niet met haar huisarts gaat praten.

De huisarts kent patiënte als een doorgaans gezond, schuchter meisje uit een gezin waarin zich nooit grote problemen hebben voorgedaan. In het gesprek wordt de huisarts niet veel wijzer en zij besluit patiënte te verwijzen naar de GGZ-praktijkondersteuner. In drie explorerende gesprekken wordt duidelijk dat er sprake is van forse onderliggende problematiek en patiënte wordt verwezen naar de afdeling persoonlijkheidsproblematiek voor behandeling en begeleiding.

## BESCHOUWING

In de literatuur worden verschillende modellen beschreven die verklaringen geven voor zelfbeschadigend gedrag (tabel).<sup>3,4</sup> Wat deze modellen gemeen hebben is dat zelfbeschadiging vooral gaat over de regulatie van emoties en over het reguleren van het contact met zichzelf en de omgeving.

Mensen die zichzelf beschadigen hebben veelal een negatief zelfbeeld, een verstoord lichaamsbeeld en een negatieve lichaamsbeleving. Vaak hebben zij een traumatisch verleden waarin allerlei vormen van misbruik hebben plaats gevonden.<sup>1,5</sup> Deze negatieve ervaringen in het verleden dragen sterk bij aan de moeizame regulatie van affecten en emoties in het heden. Het zichzelf beschadigen wordt dan ook vaak toegepast om zich staande te houden en om door te kunnen gaan met het alledaagse leven.

Het directe gevolg van zelfbeschadiging is een afname van spanning, boosheid, verwarring en gevoelens van vervreemding en contactverlies. Het geeft vaak een gevoel van kracht en controle. Dit gevoel duurt echter in de meeste gevallen niet lang; het maakt plaats voor schuld, schaamte, onmacht en vaak ook boosheid op zichzelf.

**TABEL** Modellen ter verklaring van zelfbeschadigend gedrag<sup>3,4</sup>

model	verklaring
affectregulatiemodel	zelfbeschadiging draagt bij aan het uitdrukken en controleren van met name negatieve emoties
antidissociatiemodel	zelfbeschadiging zorgt voor het beëindigen van gevoelens van depersonalisatie of dissociatie
antisuicidemodel	zelfbeschadiging wordt ingezet om de drang tot suicide te weerstaan
omgevingsmodel	zelfbeschadiging is een communicatieve boodschap en lokt reacties uit de omgeving van de patiënt uit ('cry for help')
grensmodel	zelfbeschadiging zorgt voor een grens tussen zichzelf en anderen en bevestigt iemands identiteit en autonomie
model van zelfbestrafing	zelfbeschadiging is een uiting van op zichzelf gerichte boosheid en kleinering
sensatiezoekend model	zelfbeschadiging is een antwoord op een sterke behoefte aan opwinding die om bevrediging vraagt

## REACTIES VAN HULPVERLENERS

Zelfbeschadiging kan allerlei gevoelens oproepen bij hulpverleners, waaronder ongeloof en afschuw. De meeste mensen doen immers grote moeite om pijn in hun leven te vermijden. Zorg voor het lichaam wordt alom uitgedragen als goed en dus nastrevenswaardig. Dat een kleine groep mensen hier tegengesteld aan handelt is dan moeilijk te begrijpen. De hulpverlener kan ook een gevoel krijgen van boosheid, frustratie of verraden te zijn. Deze gevoelens treden op als de patiënt keer op keer terugkomt met soms niet of nauwelijks genezen verwondingen.

Soms lijkt het alsof er een vertrouwensband is ontstaan tussen hulpverlener en patiënt. Als iemand zichzelf dan toch beschadigt, wordt dit ervaren als een schending van vertrouwen. Dit roept bij de hulpverlener een gevoel van teleurstelling op. De confrontatie met mensen die zich beschadigen roept ook bezorgdheid, betrokkenheid en meelevens op. In sommige gevallen ontstaat zelfs overbetrokkenheid en schuldgevoel bij de hulpverlener, wat kan leiden tot de drang om alle problemen voor de patiënt op te willen lossen.

Mensen die zichzelf beschadigen zijn over het algemeen geen makkelijke, volgzaam patiënten. Ze lijken niet te luisteren naar adviezen en lijken niet of nauwelijks in staat hun gedrag te veranderen. Dit roept gevoelens van machteloosheid op bij de hulpverlener.

## AANBEVELINGEN

Vanuit de wetenschappelijke literatuur zijn er slechts weinig effectieve interventies bij zelfbeschadiging bekend.<sup>6</sup> Afhankelijk van de functie van de hulpverlener

zijn verschillende werkwijzen mogelijk. De somatisch gerichte arts op de SEH dient de verwondingen te beoordelen en adequaat te behandelen. Daarnaast moet deze arts nagaan of een psychiatrisch consult geïndiceerd is en of iemand al in behandeling is voor de onderliggende problematiek.

Bij dit contact met de patiënt is de benadering door de arts belangrijk: deze dient respectvol en transparant te zijn. Een open communicatie over de zelfverwonding met de patiënt en over de behandelopties is van essentieel belang om het vertrouwen van de patiënt te winnen. Dit houdt in dat de arts samen met de patiënt op zoek gaat naar de beste behandeling. Het is overigens geenszins bezwaarlijk dat u de patiënt vertelt dat u schrikt van wat de patiënt zichzelf aandoet, of dat u misschien ook niet goed weet wat u ermee aan moet. Hiermee toont u juist aan dat u de patiënt ziet en serieus neemt.

Bij patiënt A zou de benadering bij voorkeur zijn om te vertellen dat u zich zorgen maakt om haar en dat u ziet dat zij het erg moeilijk heeft. Bedenk dat haar stuurse houding heel goed het gevolg kan zijn van negatieve ervaringen met vorige hulpverleners. Een hulpverlener toont begrip door aan te geven dat hij of zij weet dat zelfbeschadiging vooral een signaal is voor onderliggende problematiek en door te vragen of zij in behandeling is voor deze problematiek. Dat zij zich aan de behandeling onttrok betekent geenszins dat zij elke behandeling zal afwijzen. Door de huisarts in te schakelen kan een patiënt alsnog in contact gebracht worden met adequate hulpverlening.

Bij patiënt B was het van belang na te vragen hoe lang zij zichzelf al beschadigde, op welke wijzen zij dit deed, wat het patroon van zelfbeschadiging was, wat aanleidingen waren tot zelfverwonding, en of de actuele verwonding behandeling nodig had. Met deze gegevens krijgt men inzicht in haar proces van zelfverwonding. Het is essentieel om haar te vertellen dat zij belangrijk genoeg is om de zorg te ontvangen die zij nodig heeft en uitleg te geven over de mogelijkheden hiertoe.

De vervolgstap is om samen met haar te kijken waar en bij wie zij een behandeling kan starten. Als zij dat zelf niet nodig vindt, dient u zich te realiseren dat dit een kenmerk is van mensen die zichzelf beschadigen en dat dit méér te maken heeft met hun negatieve zelfbeeld dan met de werkelijke nood. Ga na enige tijd na of er een goed hulpverleningscontact tot stand is gekomen tussen deze patiënt en de nieuwe hulpverlener.

Bij doorverwijzing kan men denken worden aan psychotherapie, waarbij dialectische gedragstherapie of psychoanalytische psychotherapie ('mentalization-based treatment') effectieve therapievormen zijn gebleken.<sup>1</sup>

Het is een misvatting dat mensen hun zelfbeschadigende gedrag zomaar zouden kunnen stoppen. Het is coping-

- **Zelfbeschadiging is een signaal van onderliggende problematiek.**
- **Mensen die zichzelf beschadigen zijn geen aandachtzoekers of zielig, maar geven via zelfbeschadiging uiting aan hun lijden omdat het hun ontbreekt aan alternatieven.**
- **De hulpverlener dient zich bewust te zijn van de verschillende gevoelens die zelfbeschadiging oproept en hier niet naar te handelen.**
- **De benadering van patiënten die zichzelf beschadigen dient respectvol en transparant te zijn.**
- **Open communicatie over de zelfverwonding met de patiënt en over de behandelopties is van essentieel belang om het vertrouwen van de patiënt te winnen en te behouden.**

gedrag dat ingezet wordt omdat het een einde maakt aan de ondraaglijke gevoelens die op dat moment overheersen, terwijl de patiënt niet beschikt over een alternatieve methode met hetzelfde effect. Afspreken of opleggen dat iemand het niet meer mag doen, bijvoorbeeld via contracten, heeft geen zin en illustreert slechts de onmacht van de hulpverleners.

Soms hebben mensen die zich al langere tijd beschadigen steeds heftigere methoden nodig om het resultaat te bereiken dat zij beogen. In moeilijke periodes keert de drang om zichzelf te beschadigen bovendien snel terug. Dit is een teken van grote nood en men mag iemand in deze situatie geen zorg weigeren of de toegang tot het ziekenhuis ontzeggen. In de acute fase heeft somatische zorg voorrang, maar psychiatrische en psychosociale hulpverlening dient zo spoedig mogelijk ingezet te worden als antwoord op de psychische nood van de patiënt.

**Dames en Heren**, in deze klinische les hebben wij de problematiek van mensen die zichzelf beschadigen besproken. Duidelijk is geworden dat de problematiek op twee terreinen ligt: ten eerste de complexiteit van de onderliggende problemen van degene die zichzelf beschadigt en ten tweede de mix van gevoelens en tekortschietende kennis bij de hulpverlener.

Zeker in de vaak kortdurende contacten die somatische artsen hebben met deze doelgroep, kunnen zij niet veel doen aan de onderliggende problemen van de patiënt. Dit ligt bovendien meer op het terrein van psychologen en psychiaters. Aan het tweede kunt u als arts veel doen: wees u bewust van uw eigen gevoel in het contact met de patiënt, zet dit professioneel in en kijk verder dan de zelfverwondende gedragingen van de persoon. Veroordeel het gedrag van de patiënt niet maar geef aandacht aan diens lijden.

Mensen die zichzelf beschadigen doen dit zelden om aandacht te trekken of om zielig gevonden te worden.

Door respectvol contact met hen te maken tonen wij hen dat zij waardevolle mensen zijn die recht hebben op zorg en behandeling.

Aanvaard op 15 februari 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1732

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

 [Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

## LITERATUUR

- 1 Bosman M, van Meijel B. Begeleiding van patiënten die zelfverwonden een verpleegkundige interventiepakket. Maarsse: Elsevier gezondheidszorg; 2009.
- 2 Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Pers Individ Dif.* 2007;42:611-21.
- 3 Claes L, Vandereycken W. Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Compr Psychiatry.* 2007;48:137-44.
- 4 Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev.* 2007;27:226-39.
- 5 Schoppmann S, Schröck R, Schnepf W, Büscher A. 'Then I just showed her my arms...' Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behaviour. A hermeneutic phenomenological study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14:587-97.
- 6 Bosman M, van Meijel B. Perspectives of mental health professionals and patients on self-injury in psychiatry: A literature review. *Arch Psychiatr Nurs.* 2008;22:180-189.