

Voorbij de stilte Eetstoornissen en zelfbeschadiging in de GGZ

Zelfbeschadiging is voor veel hulpverleners in de zorg misschien wel een van de moeilijkste onderwerpen om mee geconfronteerd te worden .

Onlangs vond een uniek symposium plaats waarbij ervaringsdeskundigen de stilte doorbraken en aan hulpverleners hun verhaal deden

Het bespreekbaar maken van zelfbeschadiging. Het blijkt dat hulpverleners het vaak vele malen moeilijker vinden dan de cliënten zelf en dan bedoel ik alleen het gesprek er over aan gaan!

Het symposium zat goed in elkaar. De lezing: "zelfverwonding en eetstoornissen: onlosmakelijk verbonden", gegeven door Suzanne Verschuieren en Erwin van Huigenbosch gaf iedereen een goed en inzichtelijk beeld (powerpointpresentatie) hoe zelfbeschadiging werkt bij cliënten met een eetstoornis. Het blijkt dat bij Rintveld en de Ursulakliniek van de ruim 100 geïnterviewden cliënten met een eetstoornis 48% zichzelf ook verwondde.

Daarna was er een lezing van Marcia Kroes, ervaringdeskundige, trainer en coach. Haar verhaal ging vooral over hoe verdrietig en eenzaam zelfbeschadiging werkt als overlevingsmechanisme. Het was weer een zeer indrukkend verhaal van Marcia. Zeker de reacties van de mensen die haar verhaal niet kennen, waren zeer zeker geraakt, emotioneel geraakt, door het persoonlijke verhaal van Marcia.

Daarna waren er drie workshops die men kon volgen, één daarvan werd gegeven door Nettie 't Veld van der Luit psychotherapeut van Altrecht samen met door een bevlogen inwonster van Zeist ,: "Wat doet zelfbeschadiging met jou als hulpverlener". Het was een goede workshop, goede interactie van de hulpverleners, open en eerlijk en kom er maar vooruit dat het een moeilijk onderwerp is. Over de andere workshops heb ik ook alleen maar goede verhalen gehoord. Tom Kuipers, psychiaterdirecteur Altrecht Cura, sloot de middag af met de melding dat er een werkgroep opgericht wordt om een richtlijn vast te gaan stellen hoe men het beste met het onderwerp zelfbeschadiging kan omgaan.

Voor geïnteresseerden volgt hieronder een verslag geschreven door een van de deelnemers .

Symposium Zelfbeschadiging

Deel I: Wetenschappelijk onderzoek & persoonlijk verhaal

❖ Wetenschappelijk onderzoek:

Het wetenschappelijk onderzoek waarover gesproken is, heeft zich beperkt tot de doelgroep zelfbeschadiging in combinatie met een eetstoornis. De resultaten moeten in dit licht bekeken worden.

Definitie

Allereerst wordt gesproken over de term “automutilatie” wat letterlijk “zelfbeschadiging” betekent. Een term die eigenlijk ongepast is omdat het, in de meeste gevallen, niet om het willen beschadigen van zichzelf gaat, maar om de bijkomende factoren, zoals het ontladen van spanning. De meerderheid van de mensen vinden de zelfbeschadiging van het lichaam een gevolg van een ander doel en schamen zich voor hun zelfbeschadigingen.

Vormen

Er zijn twee vormen van automutilatie te onderscheiden, te weten een impulsieve vorm en een compulsieve (dwangmatig) vorm. Onder de eerste vorm vallen: kneuzingen, branden en snijden. Onder de tweede vorm vallen bijten en krabben. De vorm van automutilatie zegt vaak iets over de achterliggende oorzaak. Aan branden en bijten liggen vaak gevoelens van angst ten grondslag, terwijl bij snijden en krabben eerder spanningsreductie ten grondslag ligt.

Oorzaken & gevolg

Er worden grofweg twee redenen voor automutilatie aangedragen:

1. Straffen; zelfbeschadiging is een manier om jezelf te straffen wanneer je vindt dat je iets niet hebt verdiend of verkeerd hebt gehandeld.
2. Spanningsreductie; om gevoelens van spanning te reduceren.

De positieve gevolgen van automutilatie zijn:

- Gevoel van autonomie: hun lichaam is in ieder geval het enige waar zij nog de regie en controle over hebben.
- Adrenaline: het geeft op de korte termijn ook daadwerkelijk een prettig gevoel.

De negatieve gevolgen zijn:

- Gevolgen voor het uiterlijk en de bijkomende oordelen vanuit de omgeving
- Schaamte

Conclusies en handreikingen voor de dagelijkse begeleiding:

- Maak de zelfbeschadiging bespreekbaar op een niet veroordelende manier.
- Inventariseer welk gevoel/gedachte er aan voorafgaat
- Observeer op mogelijke triggers
- Blijf op zoek gaan naar alternatieven, die ook spanningsverlagend of afleidend kunnen werken
- Blijf een betrouwbare ander die niet oordeelt, maar luistert, die ook niet altijd een antwoord heeft, maar die er wel is.
- Richt je op een perspectief waar iemand aan wil werken. Een gezonde stip aan de horizon waar mensen zich op kunnen concentreren en sta toe dat de weg daar naartoe hobbelig kan zijn, maar we blijven werken richting die stip (bijv. een opleiding, vrijwilligerswerk, vriendschappen, kleinere doelen zoals een kamer inrichten e.d..).

Wat werkt vooral niet:

Automutilatie wordt nog door veel hulpverleners gezien als manipulatief gedrag en zijn in hun benadering veroordelend. Hierdoor voelen mensen zich niet gehoord wat juist tot een verergering van de problematiek lijkt. Besef dat onder manipulatie en controle ook

gevoelens van angst ten grondslag liggen. Je mag best duidelijk zijn tegen een cliënt wat een situatie en wat gedrag met *jou* doet, maar scheidt dit altijd van de persoon en wees daar in niet oordelend.

❖ **Persoonlijk verhaal**

Een ervaringsdeskundige op het gebied van eetstoornissen en automutilatie vertelt haar eigen worsteling met zelfbeschadiging. Ze begint het verhaal met vertellen dat zij geen succesverhaal is en dat zij, na jaren van hulpverlening met afwisselende betere en slechtere periodes, op dit moment zichzelf nog steeds beschadigd en overladen wordt door gevoelens van leegte. Zoals ze zelf zei: “Ik lijk de kern van het leven, maar niet te kunnen pakken”.

Ze legt uit hoe door kleine dagelijkse teleurstellingen (zoals de trein missen, te laat op het werk komen) ze overmeesterd kan worden door emotie en het zichzelf snijden zo'n, tijdelijke, opluchting kan geven dat ze alle zorgen even vergeet. Vervolgens komen 's avonds gevoelens van schuld en schaamte de kop op steken, wat weer zorgt voor een rotgevoel en nieuwe spanningen.

Vele hulpverleners heeft ze gezien en velen met de beste bedoelingen. Eén van de dingen die haar is opgevallen, is dat hulpverleners zeggen dat het beter wordt en dat zij haar zullen helpen. Vervolgens blijkt dit niet waar te zijn en is de teleurstelling (voor beide partijen) groot. Het dubbele hierin is wel dat een mens het nodig heeft dat de hulpverlener in ieder geval wel de *hoop koestert* dat het beter wordt, want als de hulpverlener er al geen heil meer in ziet dan werkt dit natuurlijk zeer demotiverend. Het is dus een balans zoeken naar enerzijds niet opgeven en anderzijds een realistisch beeld schetsen. Sommige dingen gaan niet over, worden misschien wel tijdelijk meer/minder, het is niet te voorspellen. Het gaat om de laag eronder: heb je je gezien gevoeld, heb je je gewaardeerd gevoeld, was er iemand voor je onvoorwaardelijk, heeft iemand echt naar je geluisterd e.d.. Deze factoren zijn van belang en deze factoren worden herinnerd zelfs jaren na dato. Ze noemt haar gedrag zelf een vorm van overleven die tijdens haar jeugd zeer effectief was. Zij kwam uit een gezin, waarbij haar vader haar mishandelde. Om toch nog een gevoel van controle over haar leven te behouden, en met name een gevoel van controle over haar lichaam, begon ze zich obsessief bezig te houden met haar gewicht en begon zij zichzelf te beschadigen. Over dit gedeelte van haar leven had niemand iets te zeggen. Zelf geeft ze aan dat ze denkt dat dit haar heeft geholpen om haar jeugd met agressie te doorstaan. Jaren later is dit gedragspatroon echter blijven bestaan, maar heeft het zijn effect verloren. Wat begon als overlevingsmechanisme werkt nu door in haar volwassenheid waar het geen functie meer heeft en zelfs zeer disfunctioneel is geworden.

Ze verlangt vandaag de dag naar de dood, maar blijft leven voor de mensen om haar heen, van wie ze weet dat die het moeilijk zouden hebben met haar dood. Haar partner speelt een belangrijke rol, evenals haar werk. Daarvoor gaat zij door.

Deel II: Communiceren met iemand die zichzelf beschadigd

Dit gedeelte van de dag werd verzorgd door 2 journalisten die vele interviews hebben gehouden met mensen die zichzelf beschadigen. Ze ondervonden dat veel mensen hun verhaal willen vertellen, maar dit pas gebeurd onder bepaalde condities. Omdat zij journalisten waren hadden zij een andere rol dan een hulpverlener, deze rol hielp hen om in gesprek te komen met deze

mensen. De belangrijkste factoren die een rol speelde in de gesprekken en die verband hielden met hun rol als journalist, waren:

- *Onbevooroordeeld*; een journalist is objectief en heeft geen oordeel.
- *Oprechte nieuwsgierigheid*; Een journalist is benieuwd naar het verhaal en het complete plaatje.
- *Vragen*; Een journalist stelt veel vragen ter verduidelijking.. Achter deze vragen zit geen interpretatie/oordeel het zijn allemaal onderzoekende en open vragen: “hoe”, “wat”, “waar”, “waarom”.
- *Geen agenda*: Een journalist hoeft niks van een cliënt. Er zit geen behandeldoel aan vast, geen belang. Dit zorgt voor een ontspannen sfeer.
- *Mens tot mens contact*: Een journalist reageert als belangstellend mens en daardoor meer vanuit gevoel dan vanuit cognitie. Vanuit cognitie bestaat veel meer de drang om controle te willen hebben op bepaald gedrag wat juist averechts kan werken.
Een concreet voorbeeld wat ze noemden was oprechte belangstellendheid, dus niet: *Hoe was je weekend?*, maar *Hoe was het concert waar je naartoe bent geweest?*. Laat weten dat je echt hebt geluisterd en onthouden hebt wat er gezegd is.

Wij danken de auteurs voor hun bijdragen . Meer informatie over zelfbeschadiging kunt u vinden op <http://www.zelfbeschadiging.nl/pagina/179/home.html>