

AUTOMUTILATIE BIJ ADOLESCENTEN

Bloed, zweet en tranen

L. DE RIJDT

KORTE SAMENVATTING

Automutilatie bij jongeren wordt vaak pas laat herkend. Niet alleen is de jongere beschaamd, ook het verslavende karakter van het automutileren zorgt ervoor dat hij of zij het goed verborgen houdt. Eenmaal de automutilatie is vastgesteld, moet van in het begin duidelijk worden gemaakt dat deze aanval op het eigen lichaam gestopt moet worden. Belangrijk hierbij is niet zozeer op het symptoom zelf in te gaan, maar het gedrag ruimer te kaderen en de jongere te helpen om zijn spanning te 'mentaliseren' in plaats van op zijn lichaam uit te ageren.

L. De Rijdt, psychiater/psychoanalytica, hoofd Adolescentenkliniek UC Sint-Jozef Kortenberg.

De Rijdt L. Automutilatie bij adolescenten: bloed, zweet en tranen. *Huisarts Nu* 2009;38:120-5.

Automutilatie bij adolescenten confronteert de hulpverlener met het dilemma of hij de zorg en de verantwoordelijkheid moet (en kan) overnemen, dan wel of hij de verantwoordelijkheid en de zelfbeschikking voor het eigen lichaam bij de adolescent mag leggen. Dit moet gebeuren zonder de adolescent te culpabiliseren of aan zijn lot over te laten.

Enkele voorbeelden van automutilatie bij adolescenten uit de ambulante en residentiële praktijk kunnen helpen om de betekenis en aanpak te verduidelijken, alsook de manier waarop de huisarts signalen kan opvangen en eventueel de adolescent kan doorverwijzen.

CASUSSEN

Jeroen

Jeroen, 15 jaar, heeft bij opname enkele tatoeages op zijn schouders en bovenarmen. We merken dat er na elk weekend tatoeages bijkomen, maar Jeroen weigert hierover te spreken. Op een dag komt hij terug op de afdeling met op zijn wang een grote getatoeëerde spin, van zijn oor tot zijn mondhoek. Onze bezorgdheid over het onomkeerbare van zijn acties en de mogelijke impact op zijn toekomst (hij wil opvoeder worden) doen ons besluiten hem te verbieden nog tatoeages te zetten tijdens zijn opname en te wachten tot hij zich psychisch beter voelt.

Jeroen heeft dit geaccepteerd en de maatregel heeft zijn frustratietolerantie vergroot. Stoppen met ageren deed hem stilstaan bij de schade die hij reeds had aangericht, wat hem bij momenten erg depressief maakte, zodat hij veel steun nodig had.

Bij Jeroen hebben we een grens gesteld en de verantwoordelijkheid tijdelijk overgenomen. We hebben verwezen naar zijn beslissingsrecht na de therapie en we hebben zijn lichaam dus niet geclaimd. Door die verwijzing naar later werd een uitstel ingebouwd en de tijd geïntroduceerd. Dit is zeer belangrijk bij automutilanten die in de onmiddellijkheid leven: er is spanning en die wordt via het lichaam afgevoerd.

Katrien

Katrien, 17 jaar, is al een tijdje in ambulante psychotherapie als ze beschaamd vertelt dat ze bij spanning lichtjes in haar bovendijen krast. Ze wil geen littekens, ze krast dan ook heel

voorzichtig, amper zichtbaar, maar het doet zo goed, zegt ze, de spanning even te doen verdwijnen.

Bij Katrien zien we goed hoe de vicieuze cirkel van de 'pathologische' spanningsontlading zich zou kunnen installeren. Maar ze praat erover en dat werkt beschermend, en ze heeft een grote zorg voor haar lichaam dat ze niet wil beschadigen.

Anja

Anja heeft de naam van haar vorige therapeute in haar borst gekerfd.

Een letterlijke introjectie van de zorgende therapeute die moest, maar niet kon worden losgelaten?

Lien

Lien, 19 jaar, is sinds één jaar in ambulante psychotherapie na opname wegens een eetproblematiek. Ze heeft haar residentiële behandeling tegen advies in gestopt, maar de eetproblematiek lijkt stilaan onder controle en ze is psychisch erg geëvolueerd. Ze praat over conflicten thuis, met vriendinnen, begint te fantaseren over een relatie... Toen ze de huisarts consulteerde voor een allergische reactie, werd ik door hem op de hoogte gesteld van de uitgebreide brandwonden op haar lichaam. De automutilatie had ze tot dan volledig buiten de therapie gehouden. Zoals ze vroeger aan spanningsreductie deed door te braken, duwde ze nu haar sigaret uit op haar lichaam. Ze sprak er niet over omdat ze zich schaamde, maar ook omdat ze wist dat ze door erover te spreken die uitlaatklep zou moeten opgeven.

Lien slaagt er veel moeilijker in om over haar automutilatie te spreken en kan de positieve band met haar lichaam niet in stand houden. De grote moeilijkheid is dat een groep jongeren (zoals in een klas of op een residentiële afdeling) een geschikte kweekbodem vormt om zelfverwondend gedrag te doen groeien en bloeien. Automutilatie is besmettelijk.

INCIDENTIE EN DEFINITIE

Automutilatie is van alle leeftijden, maar piekt in de adolescentie (11-12 tot 19-20 jaar), met een geslachtsratio meisjes/jongens van ongeveer 2/1. Het gaat om een veelvoorkomend fenomeen en de kliniek toont ons dat de incidentie toeneemt, niet alleen bij de opgenomen jongeren, maar ook in de ambulante praktijk en bij de schoolgaande jongeren. Elke huisarts wordt er af en toe mee geconfronteerd. Omdat de problematiek zo heterogeen is, is het moeilijk om tot precieze cijfers te komen.

Als onderdeel van de CASE-studie (Child and Adolescent Selfharm in Europe) werden 4 500 Vlaamse leerlingen tussen 14 en 17 jaar in 2001 ondervraagd^{1,2}. Dertien procent van de jongeren vermeldde ooit zelfbeschadigend gedrag vertoond te hebben. *Zelfbeschadigend gedrag* is een meer algemene term, waaronder alle destructief gedrag gerekend wordt zoals boulemie, braken, drugs- en alcoholmisbruik, suïcidaal gedrag,... In 63% van de gevallen kon het zelfbeschadigende gedrag als automutilatie (zelfverwondend gedrag) beschouwd worden. Zowat 8% van de scholieren deed dus aan automutilatie.

Zelfverwondend gedrag kan men definiëren als gedrag waarbij op directe wijze een klein tot middelmatig fysiek letsel

KERNPUNTEN

De jongeren voelen een inwendige spanning stijgen, waarmee ze niet kunnen omgaan en die dan rechtstreeks en onmiddellijk in of op het lichaam wordt uitgewerkt.

We weten dat automutilatie aanstekelijk werkt en epidemische vormen kan aannemen.

Na een eerste verwonding wil men het eufore gevoel na de spanningsreductie terug opzoeken, wat uiteraard verslavend is.

Stoppen met automutilatie vraagt, net zoals bij iedere verslaving, de motivatie om de gemakkelijke 'weg' op te geven en de spanningen meer mentaal te bewerken, wat een minder negatieve invloed op de ontwikkeling heeft.

Om mentalisatie te bevorderen moet de herhaling in de automutilatie gestopt worden. Als jongeren hun spanning via hun lichaam blijven afvoeren, blijft er niets over om over te spreken en psychotherapeutisch mee te werken.

Belangrijk is om bij het probleem stil te staan, dat het 'doen' vervangen wordt door 'denken', dat de onmiddellijkheid wordt opgeheven en er een tijdsdimensie ontstaat.

Het is cruciaal rustig en neutraal te blijven bij de verzorging en de eigen reacties onder controle te houden. We moeten erop letten het gedrag niet af te keuren of te moraliseren.

wordt aangebracht, meestal met de bedoeling om tot een zekere spanningsreductie te komen. Het gaat dan om krasen, kerven, snijden, met zijn hoofd of handen tegen de muur slaan, zich verbranden, trichotillomanie.

Zelfverminking is zeer zeldzaam en ziet men vooral bij schizofrenen. Het gaat om zwaardere letsels, zoals het amputeren van lichaamsdelen of het beschadigen van de geslachtsorganen. Het onderscheid dat in de literatuur meestal gemaakt wordt tussen zelfverwondend, zelfverminkend en zelfbeschadigend gedrag is in de praktijk niet altijd zo duidelijk. Zo is bij ernstige zelfbeschadigingen de grens met gedrag dat bewust een suïcidale intentie heeft, niet altijd scherp te trekken. Ook de grens met zelfverwondend gedrag als middel tot zelfstimulatie, zoals men dat bij mentaal gehandicapte en autistische kinderen ziet, is opnieuw niet altijd duidelijk.

Vaak komt automutilatie niet voor als geïsoleerd probleem, maar kadert het in een ruimere psychische problematiek. Zoals de casus van Katrien aantoonde, is het cruciaal te voorkomen dat bij goed ontwikkelende adolescenten vicieuze cirkels van spanningsreductie ontstaan. Als we de grens tussen normaliteit en pathologie proberen te forceren, doen we de waarheid geweld aan. Wanneer zijn tatoeages, piercings,... een normaal adolescentenfenomeen en wanneer zijn ze uitdrukking van een pathologie, zoals bij Jeroen?

Antropologen zijn goed vertrouwd met het fenomeen van verwondingen als (normaal) initiatieritueel bij jongeren in 'primitieve' culturen. Maar ook bij ons spreken jongeren soms van een 'bloedband'. Twee vrienden prikken in hun duim en laten hun bloed vermengen als teken van eeuwige vriendschap en trouw.

SPANNINGSREDUCTIE

Automutilatie beoogt meestal om tot een spanningsreductie te komen. De spanning wordt zo groot dat ze leidt tot een toestand van leegte, depersonalisatie, 'out of touch' zijn. Het is op dat moment dat de jongere zichzelf gaat verwonden, zich gaat pijnigen in een poging de depersonalisatie te stoppen en zich opnieuw reëel te voelen, 'in touch'. Na de automutilatie is de spanning verdwenen. De jongere voelt zich (tijdelijk) goed. Sommige jongeren vermelden dat ze zich goed voelen omdat een lichamelijke pijn de aandacht heeft afgeleid van een psychische pijn, die veel moeilijker te verdragen is. Er is bij automutilatie altijd een factor genot aanwezig: na de 'daad' is er een zekere gelukzaligheid. Lacan gebruikte hiervoor de term 'jouissance'^{3,4}: dit geeft aan dat het om een mengeling van pijn en genot gaat. Het verslavende karakter wordt hierdoor, samen met bepaalde neurobiologische factoren, in de hand gewerkt. Wie in zijn vingers snijdt, ervaart dit doorgaans als zeer pijnlijk, zodat hij stopt en zijn lichaam beschermt. Bij patiënten met automutilatie vinden we, net als bij sommige autistische kinderen, een afwijkende pijnperceptie. Pijnprikkels veroorzaken in de hersenen van deze jongeren een afscheiding van bèta-endorfine of endogene opiaten. Deze middelen zwakken de pijnperceptie af, waardoor de pijn prikkel een euforisch gevoel veroorzaakt. Eens deze neurologische circuits ingesteld zijn (bijvoorbeeld door trauma's in de voorgeschiedenis), zijn ze zelfbestendigend⁵. Als men eens gesneden heeft, wil men het euforisch gevoel na de spanningsreductie terug opzoeken, wat uiteraard verslavend is. De vicieuze cirkel doorbreken, vraagt daarom veel inspanning en motivatie.

ONDERLIGGENDE DYNAMIEK

Een belangrijke vraag is waarom deze jongeren overgaan tot automutilatie in plaats van spanningen, psychische pijn, frustraties,... te verdragen en op een gezonde manier te verwerken. Hierbij zijn drie zaken cruciaal: het al dan niet kunnen 'mentaliseren', de functie en betekenis van de huid en de adolescentaire ontwikkeling.

Mentalisatie

Mentalisatie is een ingewikkeld begrip, maar simpel gezegd betekent het dat een gevoel, een conflict, een trauma,... 'gedacht' en mentaal verwerkt kan worden. Als men iets kan denken, kan het ook uitgedrukt worden in woorden, in tekeningen, in muziek en men kan erover dromen. Bovendien wordt door het denken en spreken de tijdsdimensie geïnstalleerd, de onmiddellijkheid valt weg en de frustratietolerantie vergroot. Bij automutilatie wordt iets veruiterlijkt dat niet gesymboliseerd kan worden. De jongeren geven aan dat er een toename is van inwendige spanning, waarmee ze niet kunnen omgaan en die dan rechtstreeks en onmiddellijk in of op het lichaam wordt uitgewerkt. Ook al lijkt het bij automutilatie op het eerste gezicht om een 'acting' te gaan die geen betekenis heeft, toch is het belangrijk te proberen die 'acting' om

te vormen tot iets dat gementaliseerd kan worden, iets dat betekenis kan krijgen en op een meer symbolische manier uitgedrukt kan worden. Exact weten waarom een bepaalde adolescent kerft – ieder symptoom is zoals we al lang weten 'meerbepaald' – is minder van belang dan dat er over het gebeurde gedacht kan worden en dat de herhaling van de mutilatie kan stoppen omdat ze op een andere, minder mutilistische manier kan worden uitgedrukt en een plaats kan krijgen in het levensverhaal van de adolescent. Omdat de jongere zelf geen betekenis kan denken – hij kan überhaupt niet denken – is het belangrijk dat wij dat in zijn plaats doen, dat we de spanning 'containen', opvangen, er in onze geest een betekenis aan geven. Zo geven we de jongere een denkmodel dat hij kan interioriseren.

De zelfverwonding bevat ook een belangrijke agressieve component. De agressie richt zich op het zelf, op het eigen lichaam, op de geïnternaliseerde ouder,... De agressie vindt geen uitlaat naar de buitenwereld. Indien ze gedacht en verwoord kan worden, wordt er wel een beweging gemaakt weg van het eigen lichaam, naar de buitenwereld toe.

Om mentalisatie te bevorderen moet de herhaling in de automutilatie gestopt worden. Als jongeren hun spanning via hun lichaam blijven afvoeren, blijft er niets over om over te spreken of therapeutisch mee te werken. Automutilatie is immers in essentie verslavend. De spanning wordt ontladen, er is een zekere euforie vlak na de feiten. Als men zich op een snelle en directe wijze goed kan voelen, waarom zou men dan de moeilijkere weg van de psychotherapie kiezen? Stoppen met automutilatie vraagt, net zoals bij iedere verslaving, de motivatie om de gemakkelijke 'weg' op te geven en te streven naar iets dat meer ontwikkelingsbevorderend is, zoals symbolisatie.

De huid

De huid is belangrijk als orgaan van contact, afgrenzing en bescherming. Ze omsluit ons volledig en is de plaats waar de inwendige en uitwendige prikkels samenkomen. Daardoor vormt ze een afgrenzing tussen binnen en buiten, tussen ik en niet-ik en draagt ze in belangrijke mate bij tot de vorming van het lichaamsbeeld en de identiteit. Het 'ik' is in eerste instantie een lichaams-ik. Vanaf het allereerste begin is het lichaamscontact belangrijk. Bij de baby staan de verschillende delen van zijn persoon in een ongeïntegreerde toestand naast elkaar. Door de introjectie van de 'containende' (verbindende) functie van de moeder ontstaat het interne gevoel één geheel te zijn – wat Ester Bick de 'psychische huid' noemt⁶ – en is men afgegrensd van de buitenwereld. Wanneer de psychische huid onvoldoende sterk is opgebouwd, gaat de baby of later de jongere, een 'tweede huid' installeren en zijn grenzen op een pathologische manier versterken. Dit zien we bij aandoeningen als eczeem en psoriasis of later bij automutilatie. Het lichaamsbeeld en de identiteit bevinden zich in de adolescentie in een precair evenwicht, waardoor de huid onder druk komt te staan. Automutilatie blijkt in vele gevallen te maken te hebben met het gevoel van een niet-adequate afgrenzing tussen zichzelf en de ander. Ofwel wil men de huid accentueren omdat men de

ander als té dicht en té intrusief ervaart, ofwel wil men als het ware openingen maken in de huid omdat men de afgrenzing als te absoluut ervaart, omdat men het contact met de ander verloren is, zoals bijvoorbeeld in de casus van Anja.

Automutilatie en het zetten van tatoeages kunnen een manier zijn om de barrièrefunctie van de huid te reguleren. Daarnaast zijn ze ook vaak een manier om via de huid een identiteit te verwerven.

Adolescentie

Wat is in de adolescentie zo overweldigend en moeilijk dat het niet gesymboliseerd kan worden? En wat maakt de huid in deze levensfase tot een uitverkoren plek van ageren?

De adolescentie is sowieso een turbulente periode, waarin de jongere en zijn ouders hun relatie op een bewust en onbewust niveau moeten herstructureren. Dit vraagt om het vinden van de juiste afstand, het creëren van grenzen zonder dat de verbondenheid verloren gaat, het vinden van een eigen identiteit waarbij de ander niet als te intrusief of te controlerend wordt ervaren. Het is de periode van de separatie-individuatie.

Op intrapsychisch vlak dwingt de adolescentie de jongere ertoe zijn geslachtsrijpe lichaam te integreren in zijn lichaamsbeeld, alsook zich zijn nieuwe identiteit eigen te maken.

Bovendien krijgen vroegere traumata, bijvoorbeeld seksueel misbruik, door de ontwikkeling in de adolescentie een nieuwe betekenis en worden ze soms voor het eerst als echt traumatisch ervaren. De psychische pijn bij dit alles is soms zo groot dat de jongere ze wil verdoven en de lichamelijke pijn van de automutilatie verkiest.

Separatie-individuatie

Automutilatie kan een, zij het ongezonde, poging zijn om tot separatie-individuatie te komen. Door de automutilatie worden de lichaamsgrenzen als het ware versterkt. Hierdoor ontstaat het gevoel dat men wordt 'samen-gehouden', wat de identiteit bevordert. Bovendien kunnen de inscripties in de huid helpen om de eigenheid en het verschil met de andere te accentueren.

Tom, een intelligente jongen van 18 jaar oud met ernstige auto-riteitsconflicten, moet zijn vijfde jaar overdoen. Zijn vader is vanuit zijn eigen opvoeding goedbedoelend, maar erg controlerend. De tatoeage die Tom graag wil, is voor de ouders een ondenkbare horreur. In zijn tweede individuele sessie doet hij zijn polsbandje uit en toont me opgewonden een grote tattoo op zijn pols. Alle verwarrende gevoelens waar hij allicht mee kampt, komen plots in mij terecht. Ik moet me inhouden niet terug te deinzen en als een moeder mijn horreur uit te spreken over de onomkeerbaarheid van deze act. Ik zie hem als advocaat later (zijn droom), met een wit hemd waaronder een pikzwart 'ding' tevoorschijn komt. Ik ben blij dat de tattoo een week voor de intake gezet is, zodat de individuele therapie niet verantwoordelijk kan worden gesteld voor deze poging tot separatie. Ik voel ook machteloosheid en verdriet omdat Tom de zeggenschap over zijn lichaam niet op een andere manier heeft kunnen bevechten. Hij is vooral fier dat hij eindelijk eens

zelf een belangrijke beslissing heeft genomen. Zijn tattoo is het embleem van zijn lievelingsgroep. Hij vertelt hoe hij een paar maanden geleden optrad met zijn bandje, iets wat zelden mag van zijn vader. Hij was de held, als gitarist op handen gedragen. In het vuur van de strijd trekt hij zijn t-shirt uit, zoals zijn geliefde popidool pleegt te doen. Op dat moment stapt zijn vader naar het podium en verplicht hem zijn t-shirt weer aan te trekken, waardoor hij het gevoel heeft dat hij volledig afgaat. Die avond is de beslissing over zijn tattoo gevallen.

Tatoeages en automutilatie kunnen zeker niet aan elkaar gelijkgesteld worden. Ze kunnen soms wel een gelijklopende betekenis hebben. In casu het eigen lichaam markeren als iets waar men zelf zeggenschap over neemt, dat men onttrekt aan de ouderlijke controle, waardoor men een grens installeert en de separatie-individuatie bevordert.

Het voorbeeld van Tom geeft tevens aan dat deze ontwikkelingsstaak een belangrijke stap van de ouders impliceert: zij moeten de controle over (het lichaam van) hun kind opgeven en erkennen dat dat soms tot de nodige misstappen leidt. Ook ouders hebben hierbij steun nodig. Niet zelden worden hier transgeneratiele problematieken geactualiseerd.

De adolescentaire ontwikkelingsstaken gaan gepaard met veel angst en ambivalentie. Er is een conflict tussen het streven naar autonomie en het verlangen naar afhankelijkheid. Automutilatie is een manier om de identiteit te bevechten en tegelijk om verzorging en aandacht te vragen. Het is voor hulpverleners moeilijk om met de juiste dosis aandacht en verzorging te reageren om een evenwicht te vinden tussen regressie en gezonde ontwikkeling.

Zelfverwonding treedt vaak op in situaties waar de jongere zich in de steek gelaten voelt. Bijvoorbeeld wanneer tijdens een gesprek 's avonds de verpleegkundige wegdroomt, of zich omdraait om iemand anders aandacht te geven.

Volwassen seksualiteit en identiteitsvorming

Voor vele jongeren zijn de lichamelijke veranderingen beangstigend, overspoelend en moeilijk te plaatsen. Jongeren die automutileren, hebben meestal een negatief zelfbeeld, dat in de hand gewerkt wordt door de actuele lichamelijke veranderingen en de herbeleving van vroegere traumata. Door te automutileren kan de jongere de onnipotente fantasie onderhouden dat hij de controle over zijn lichaam behoudt. Een litteken is als een overwinning op de tijd, een verdediging tegen het feit dat alles, zoals de kindertijd, onherroepelijk voorbijgaat. Littekens worden dan ook vaak gekoesterd.

Een belangrijk kantelmoment in de therapie is wanneer de verhouding tot de littekens verandert, in die zin dat men er beschaamd over is, verdrietig en boos ook, omdat men zelf het lichaam onherstelbaar heeft beschadigd. Op dit kantelmoment laat men een confrontatie toe met de realiteit en met de tijd en de toekomst. Na een depressieve fase kan een houding ontstaan waarbij de littekens niet meer geëtaleerd moeten worden, maar aanvaard kunnen worden als een deel van het lichaam en de geschiedenis (dit vraagt tijd).

Automutilatie kan alleszins ook gezien worden als een poging om in het reine te komen met het geseksualiseerde lichaam. Vele auteurs leggen de nadruk op de strafbehoefte die in de zelfverwonding tot uiting komt. Het kan gaan om een straf die men meent verdient te hebben omwille van zijn seksuele fantasieën, zijn agressiviteit, enzovoort.

De adolescent kan overweldigd zijn door het verlies van zijn kinderlijke identiteit en het moeten aannemen van een nieuwe, meer volwassen identiteit. In de zelfverwonding wordt de huid geaccentueerd en de eigen afgegrensde identiteit benadrukt. Een Engelstalige patiënte zei me ooit: *"I feel the wall of my skin: I am I"*.

BEHANDELING

Aanwijzingen voor de huisarts

In eerste instantie is het cruciaal dat de beginnende vicieuze cirkel van spanningsontlading door zelfverwonding doorbroken kan worden, vooraleer een verslaving zich installeert. De finaliteit van een behandeling is een betere mentalisatie, zodat de spanningen, verbonden met de adolescentaire ontwikkeling, een plaats krijgen in de persoonlijke geschiedenis en niet meer in of op het lichaam uitgeageerd moeten worden.

Automutilatie maakt meestal deel uit van een ruimere psychische problematiek, maar niet altijd. Soms experimenteert de jongere met zelfverwonding om de spanning te ontladen, zoals hij met drugs experimenteert. Soms maakt het imiteren van anderen (die zichzelf verwonden) deel uit van zijn proces van identiteitsvorming.

Zelfverwonding is geen betekenisloze act, maar een poging van de jongere om met de pijn om te gaan en met de angst, de spanning van zijn adolescentie en al wat aan vroegere traumata herbeleefd wordt. Het is zeker niet de bedoeling dat die betekenissen zomaar aan de jongere worden meegedeeld. Confrontatie zonder timing kan de zelfverwonding doen toenemen. Belangrijk is om bij het probleem stil te staan, dat het 'doen' vervangen wordt door 'denken', dat de onmiddellijkheid wordt opgeheven en er een tijdsdimensie ontstaat. Nadenken over betekenissen kan de huisarts helpen om jongeren die automutileren, te motiveren om in therapie te gaan. Het kan ook helpen om het krassen en kerven tijdelijk te verdragen tot verwijzing mogelijk is.

Verschillende voorbeelden hebben duidelijk gemaakt hoe 'mutilatie' van de huid een poging kan zijn om tot een gezonde adolescentaire oplossing te komen, hoe inadequaet die poging ook is (bijvoorbeeld bij Tom). Het is belangrijk het gezonde aspect van de verwonding voor ogen te houden omdat dit een belangrijke therapeutische hefboom kan zijn. Zo kan automutilatie als een gelokaliseerde destructieve aanval op het lichaam een verdediging zijn tegen suïcide, waar het lichaam in zijn totaliteit vernietigd wordt.

Het ageren moet stoppen, anders bereikt men therapeutisch niets. Uiteraard kan de jongere niet zomaar stoppen met automutileren. Maar van in het begin wordt de wet gesteld: er moet een inspanning geleverd worden om de verslaving te doorbreken.

Stoppen met mutileren

Bij opname wordt duidelijk gesteld dat we verwachten dat de jongere bereid is te stoppen met mutileren omdat het niet toegelaten is zichzelf (net als anderen) fysieke schade toe te brengen. Dit lijkt mij in iedere hulpverlenerscontext noodzakelijk. Het gaat erom de intentie te stoppen, maar juist daarom wordt verwacht dat de jongere alle hulp aanvaardt. Als hij bijvoorbeeld blijft weigeren zijn 'snijmateriaal' af te geven, kan de zinvolheid van de opname in vraag worden gesteld. Jongeren kunnen meestal niet weg; 'snijdende' jongeren zijn op de meeste afdelingen niet welkom. Blijven werken en spreken rond de symptomatologie alsook rond de zinvolheid van therapie, plaatst het symptoom in een bredere context.

Psychotherapeutische aanpak

Als je alles 'wegsnijdt', blijven er weinig conflicten, gevoelens,... over om mee te werken. Hiermee wordt benadrukt dat we *psychotherapeutisch* willen werken en ons niet fixeren op het symptoom. Ook aan het begin van een ambulante therapie wordt dat duidelijk gesteld. Het is trouwens opvallend hoe vaak het automutileren vrij snel verdwijnt, wanneer men de focus van het symptoom wegneemt en de jongere de ruimte geeft voor zichzelf te spreken. Er wordt een grote verantwoordelijkheid voor het slagen van de therapie bij de jongere gelegd. In plaats van de zorg voor het lichaam over te nemen, geven we hem de zelfbeschikking over dat lichaam. Zo kan hij niet wegvlugten of regresseren en de rol van de hulpeloze patiënt aannemen. Dit veroorzaakt veel angst en we moeten hem helpen die angst te dragen. Enkele jongeren vroegen de verpleging niet meer van kerven of krassen te spreken, maar van automutilatie. Ze verkiezen een medische term die neutraal is, die minder dicht op de huid zit, wat een afstand creëert tegenover hun eigen problematiek en de angst vermindert.

We moeten erop letten het gedrag niet af te keuren of te moraliseren. Het gaat er om dat we een werkbare therapeutische alliantie aangaan en dat de adolescentaire ontwikkeling niet stilvalt.

Het effect op anderen

Automutilatie ontstaat meestal als een op zichzelf gesloten activiteit van spanningsopbouw en ontlading. Maar, het *effect op anderen is enorm*. Jongeren staan hier meestal niet bij stil. Het is belangrijk dat ze erover kunnen nadenken wat hun gedrag bij anderen teweegbrengt. We weten dat automutilatie aanstekelijk werkt en epidemische vormen kan aannemen. Aan de jongere wordt mee de verantwoordelijkheid gegeven voor het klimaat op de afdeling (en de klas) en er wordt gevraagd om het niet moeilijk te maken voor anderen die ook kerfdrang hebben.

We vragen de jongeren hun 'verse' littekens te bedekken. Ouders weten vaak niets van het automutilatieve gedrag en zijn duidelijk overstuur wanneer ze dit te horen krijgen van een CLB-medewerker of huisarts. Wij moeten hen helpen dit te verwerken en de machteloosheid die ze vaak voelen, te dragen. Ook voor broers en zussen is de confrontatie moeilijk.

Verslavend karakter

We wijzen op het *verslavende karakter* van automutilatie: de spanningsontlading, het eufore gevoel, de gestegen endorfine, het rituele karakter. Een verslaving is altijd moeilijk te stoppen en hoe langer ze bestaat hoe meer de jongere het gevoel heeft volledig afhankelijk te zijn van dit gedrag om tot rust te komen, zelfs als het zijn leven in gevaar zou brengen. Er zijn geen wondermiddelen om een verslaving te doorbreken. De jongere moet weten dat het pijn doet en veel inspanning vraagt. De schuld, de schaamte, de littekens,... zijn pas zichtbaar op lange termijn en houden het gedrag niet tegen.

Vertrouwensband

Zelfverwondend gedrag is moeilijk te dragen of verdragen. Met de tijd speelt het een belangrijke rol in de relatie met de therapeut en het hele team. Soms gaat de jongere zijn wonden lange tijd verstoppen en onbehandeld laten. Hij wil zijn geheime uitlaatklep niet opgeven, kan zich niet toevertrouwen aan de zorg van anderen. In die zin is het belangrijk dat het symptoom in de relatie met de therapeut verschijnt. Zo niet kan het lange tijd als 'geïsoleerd probleem én uitlaatklep' naast de therapie blijven bestaan. De geheimzinnigheid rond de automutilatie (tonen en niet tonen) lokt intrusie uit en is moeilijk te hanteren door teamleden.

Anderzijds wordt automutilatie soms openlijk en met veel theater getoond en lokt het op die manier sterke tegenoverdrachtsreacties uit bij de mensen die de verzorging moeten doen. Het is ondraaglijk om te zien hoe een jong lichaam onherroepelijk wordt beschadigd. Het kan veel kwaadheid uitlokken bij de verzorgers als de jongere de littekens telkens opnieuw openkrabt. Het gebeurt dat de adolescent de bijna bewuste 'bedoeling' heeft de verzorger te shockeren. Het gevoel zelf geschokt geweest te zijn (door een trauma, door zijn seksuele ontwikkeling) wordt in de relatie uitgeageerd.

De vertrouwensband die moeizaam werd opgebouwd, dreigt zo telkens opnieuw 'kapotgemaakt' te worden, alsof de jongere het beschaamd worden van zijn eigen vertrouwen op de 'scène' zet. Het is cruciaal rustig en neutraal te blijven bij de verzorging en de eigen reacties onder controle te houden. Het mentaliseren kan alleen bevorderd worden als men zelf niet overspoeld raakt en kan blijven nadenken. Het is die rust en dat nadenken die de adolescent uiteindelijk gaat internaliseren en zich eigen maken.

Vaak hebben we het gevoel bij automutilatie snel te willen ingrijpen, het moet stoppen. Belangrijk is onder ogen te zien dat dit soms gebeurt vanuit een tegenoverdracht: de beschadiging, de hulpeloosheid is niet te dragen. Het is het belangrijkste om het beginnende vertrouwen, de groeiende band met de jongere niet te beschadigen. Anders zegt hij niets meer en worden we echt hulpeloos.

Literatuur

- 1 Scoliers G, Portzky G, Madge N, et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm/ a cry of pain and/or a cry for help. Findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2008;Nov 20 [Epub ahead of print].
- 2 Nadge N, Hewitt A, Hawteon K, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the child and adolescent self-harm study. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:667-77
- 3 Lacan J. Séminaire Livre VII L'éthique de la psychanalyse. Paris: Seuil, 1986.
- 4 Lacan J. Séminaire Livre XX Encore (1972-73). Paris: Seuil, 1975.
- 5 Villalba R, Harrington C. Repetitive self injurious behavior. The emerging potential of psychotropic intervention. *Psychiatric Times* 2003;10(2).
- 6 Bick E. The experience of the skin in early objectrelations. *Int J Psychoanal* 1968;49:484-6.

Verdere lectuur

- Heyns E. Automutilatie. Handboek adolescenten en kinderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1985.
- Buitelaar JK. Zelfverwondend gedrag bij ontwikkelingsstoornissen. Kinderen en adolescenten (problemen en risicosituaties). Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2001.

Dit artikel werd als lezing gebracht tijdens het 38ste Medisch-Psychologisch Weekend van Domus Medica te Brugge op 6 en 7 oktober 2007, en werd tevens opgenomen in het congresverslagboek.