
Interventiepakket voor verpleegkundigen

**Begeleiden van patiënten die zelfverwonden.
*Contact maken en herstellen.***

DEEL A: ACHTERGRONDDOCUMENT



Hogeschool **INHOLLAND**

Institute of Advanced Studies and Applied Research (ASAR)

Lectoraat GGZ-Verpleegkunde

Alkmaar, November 2007



LANDELIJKE
STICHTING
ZELFBESCHADIGING

Illustratie voorblad: met het oranje lintje wordt aandacht gevraagd voor mensen die zelfbeschadigen. 1 maart is hiervoor de speciale dag, de 'Self Injury Awareness Day' (SIAD). Hiermee wordt aandacht gevraagd voor, en ondersteuning geboden aan mensen die zelfbeschadigen.

Dit interventiepakket komt voort uit een samenwerkingsproject van de Hogeschool INHOLLAND en de Landelijke Stichting Zelfbeschadiging. De projectsubsidie is verstrekt door ZonMw, in het kader van het programma 'Geestkracht/Praktijkzorgprojecten'.

© Het verveelvoudigen en openbaar maken van het interventiepakket in zijn geheel door middel van fotokopieën, waaronder begrepen het opslaan als PDF-bestand, is toegestaan mits de verantwoordelijke instanties en auteurs duidelijk worden vermeld.

Verantwoordelijke instanties

Hogeschool INHOLLAND
Institute of Advanced Studies and Applied Research
Lectoraat GGZ-Verpleegkunde
Postbus 403
1800 AK Alkmaar
Telefoon 072-5183456

In samenwerking met:

Landelijke Stichting Zelfbeschadiging:
Postbus 140
3500 AC Utrecht
Telefoon 030 2311473

Verantwoordelijke auteurs

Drs. Maartje Bosman (verpleegkundige, bewegingswetenschapper / onderzoeker lectoraat GGZ-verpleegkunde / Hogeschool INHOLLAND)
Dr. Berno van Meijel (verpleegkundige / lector GGZ-verpleegkunde / Hogeschool INHOLLAND)

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Introductie | 5 |
| 1.1 | Doel van het interventiepakket | 6 |
| 1.2 | Doelgroepen | 7 |
| 1.3 | Voorwaarden voor effectief gebruik van het interventiepakket | 7 |
| 1.4 | Opbouw van het interventiepakket | 8 |
| 1.5 | Methodische verantwoording | 9 |
| 1.6 | Definities en begrippen | 9 |
| 2 | Welke mensen zelfverwonden en waarom? | 10 |
| 2.1 | Cijfers over zelfverwonden | 10 |
| 2.2 | Een heterogene groep | 10 |
| 2.3 | Homogene problematiek | 10 |
| 2.4 | Zelfverwonden als regulerend en stabiliserend gedrag | 11 |
| 2.5 | Hoe verwonden mensen zich en hoe ernstig? | 11 |
| 3 | Communicatie | 12 |
| 3.1 | Goede communicatie is belangrijk | 12 |
| 3.2 | Problemen en gevolgen | 13 |
| 3.3 | Implicaties voor de verpleegkundige praktijk | 16 |
| 4 | Het vroegtijdig signaleren van oplopende stress en (dreigend) zelfverwonden | 18 |
| 4.1 | Inleiding | 18 |
| 4.2 | Uitlokkers en signalen | 19 |
| 4.3 | Implicaties voor de verpleegkundige praktijk | 20 |
| 5 | Interventies om zelfverwonden te verminderen | 21 |
| 5.1 | Inleiding | 21 |
| 5.2 | De stand van zaken: onderzoek en behandeling | 21 |
| 5.3 | Goede communicatie en afstemming van zorg (stap 1) | 24 |
| 5.4 | Vroegtijdig signaleren (stap 2) | 25 |
| 5.5 | Acties om met stress en zelfverwonden om te gaan (stap 3) | 26 |
| 5.6 | Interventies gericht op de nazorg en afronding (stap 4) | 29 |
| 6 | Bijlagen | 30 |
| | Bijlage 1: leden van het expertpanel | 30 |
| | Bijlage 2: Literatuur | 31 |
| | Bijlage 3: Eindnoten | 36 |

1 Introductie

Zelfverwonden is het zichzelf herhaaldelijk en op een directe manier toebrengen van lichte tot ernstige verwondingen aan de oppervlakte van het lichaam. Zelfverwonden is gedrag dat ons alert moet maken op een onderliggend probleem, te weten het emotioneel uit evenwicht zijn van mensen die sterk onder invloed staan van stress. Als de stress ondraaglijk wordt, ontstaat de drang tot zelfverwonden. Door zich te verwonden ervaren mensen een tijdelijke vermindering van de stress. Het zelfverwonden reguleert zodoende een negatief ervaren gemoedstoestand. Op deze manier houden mensen die zelfverwonden zich staande en beschermen zij zich tegen erger: het gaat verdergaande gevoelens van vervreemding, isolatie en de neiging tot zelfdoding tegen. Het zelfverwonden heeft zo een tijdelijk stabiliserende functie.

Zelfverwonden is een niet geaccepteerd gedrag en is omgeven door taboes. Gevoelens van schaamte en schuld die mensen hebben over hun zelfverwonden worden hierdoor versterkt. Ook de angst om als psychiatrische patiënt of als 'aandachttrekker' gestigmatiseerd te worden speelt een rol. Dit maakt dat mensen die zelfverwonden vaak moeite hebben om over dit gedrag te praten. Wonden en littekens worden verborgen gehouden. Komt het zelfverwondende gedrag aan het licht, dan worden mensen vaak geconfronteerd met onbegrip, misvattingen of afwijzingen van mensen uit hun omgeving. Dit versterkt gevoelens van eenzaamheid en vervreemding. Het risico op herhaling van het zelfverwonden wordt hierdoor groter.

Het is belangrijk dat mensen die zelfverwonden uit hun isolement geraken. Dit is een hele opgave omdat zij een broos vertrouwen in zichzelf en in anderen hebben. De kwetsbaarheid en de problematische binding die zij ervaren met zichzelf en met anderen komen tot uitdrukking in hun manier van communiceren. Zo 'verleiden' patiënten de verpleegkundigen om te reageren op het (dreigend) zelfverwonden, zodat de aandacht wordt afgeleid van de emoties die op dat moment essentieel zijn, maar waar zij moeilijk over kunnen praten. Verpleegkundigen laten zich verleiden tot het reageren op het zelfverwonden omdat ze bescherming van de patiënt belangrijk vinden en daarom het zelfverwonden willen beheersen. Daarbij is het eenvoudiger om het zelfverwondende gedrag van de patiënt centraal te stellen, dan de onderliggende emoties. Soms denken verpleegkundigen dat de patiënt niet over deze emoties kan praten of dat het praten erover geen verpleegkundige taak is. En soms speelt ook de eigen ongerustheid en angst van een verpleegkundige een rol om (te) persoonlijk betrokken te worden bij de patiënt en haar nare verhalen. De relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige wordt zo gedomineerd door (de strijd om het) het zelfverwondende gedrag en de beheersing ervan.

Verpleegkundigen geven aan dat ze het moeilijk te vinden om hun taak in de begeleiding van patiënten die zelfverwonden helder te omschrijven. Ze vinden het moeilijk om een goede relatie op te bouwen met patiënten die zelfverwonden en hen adequaat te begeleiden¹. De veelal complexe

problematiek van patiënten, de moeizame communicatie, evenals het tekort aan effectieve interventies spelen hierbij een rol.

Meer dan driekwart van de patiënten geeft aan ontevreden te zijn over de zorg van hulpverleners. Zij voelen zich door de professionals veelal genegeerd en niet serieus genomen. Dit komt niet alleen door een negatieve attitude en bejegening van hulpverleners, maar ook doordat de patiënten ervaren als 'moeilijke patiënten' beschouwd te worden².

Door de problemen die beide partijen in relatie tot elkaar ervaren, raken zij gefrustreerd en nemen ze afstand van elkaar. Hierdoor dreigt een patstelling. Dit versterkt de gevoelens van machteloosheid en strijd bij zowel verpleegkundigen als patiënten. Een van de gevolgen is een toename van het risico op zelfverwonden bij de patiënt.

1.1 Doel van het interventiepakket

Het doel van dit interventiepakket is om verpleegkundigen en patiënten die zelfverwonden te ondersteunen in de onderlinge samenwerking en bij het opstellen van een op het individu afgestemd signaleringsplan. Dit plan is gericht op de bevordering van zelfredzaamheid in het omgaan met het zelfverwonden. Hierbij staan drie doelen centraal:

- (1) de bevordering van de communicatie tussen verpleegkundige en patiënt,
- (2) de vroegtijdige signalering van oplopende stress en (dreigend) zelfverwonden,
- (3) het uitvoeren van interventies gericht op het omgaan met stress en (dreigend) zelfverwonden.

De interventies worden aangereikt met het besef dat we te maken hebben met een grote verscheidenheid aan patiënten die zelfverwonden. De door hen ervaren problemen zijn mede afhankelijk van de fase van hun ziekte en herstelproces. Daar komt bij een grote variatie aan zorgsettingen waarbinnen deze patiënten behandeling en begeleiding ontvangen. In iedere situatie is het van belang dat de verpleegkundige en de patiënt samen beoordelen hoe passende interventies kunnen worden geformuleerd, afgestemd op problemen en behoeften van dat moment. Het zelfverwonden is zelden het primaire probleem, het gaat eerder de gevoelens die als ondraaglijk worden ervaren. Soms is het voor de patiënt zo moeilijk zich in haar huidige leven te handhaven, dat het zelfverwonden als enige oplossing wordt gezien. Wanneer bijgedragen wordt aan de oplossing van deze problemen, kan ook de drang om zich te verwonden afnemen.

1.2 Doelgroepen

Patiënten

Dit interventiepakket is gericht op volwassen mensen die kortere of langere tijd zelfverwonden en die behandeling ontvangen in een ambulante of klinische psychiatrische setting.

Verpleegkundigen

Het interventiepakket kan worden toegepast door verpleegkundigen van niveau vier en vijf, die patiënten begeleiden die zelfverwonden. De activiteiten van de verpleegkundigen vinden in multidisciplinaire afstemming plaats onder eindverantwoordelijkheid van de psychiater/behandelaar.

1.3 Voorwaarden voor effectief gebruik van het interventiepakket

Belevingsgerichte zorg

Het is van belang dat de beleving van de patiënt die zich verwondt centraal staat in de verpleegkundige begeleiding. Het is te verwachten dat interventies effectiever zijn naarmate deze beter aansluiten bij de beleving van de patiënt. Door de beleving van de patiënt te verkennen, leren alle betrokkenen het gedrag van de patiënt beter begrijpen. Door een beter begrip van de beleving van de patiënt kunnen (onbedoelde) negatieve interactiepatronen vermeden worden. Deze negatieve interacties bevestigen veelal het negatieve beeld dat de patiënt van zichzelf en van anderen heeft. Het inzicht in de beleving van de patiënt draagt bij aan een veilig en niet (ver)oordelend begeleidingsklimaat. In een sfeer van openheid en vertrouwen kan de patiënt leren haar gevoelens en gedachten te onderzoeken en te bespreken. Het emotionele isolement van de patiënt kan hiermee worden doorbroken.

Het is belangrijk dat verpleegkundigen ervan uitgaan dat patiënten die zelfverwonden verandermogelijkheden hebben en bereid zijn tot verandering. Naast erkenning en acceptatie van de problemen is het belangrijk dat verpleegkundigen oplossingsgericht werken, waarbij de nadruk vooral ligt op gezondheid, kracht, verandermogelijkheden en veranderwensen van de patiënt³.

Gedeelde verantwoordelijkheid

Het omgaan met patiënten die zelfverwonden plaatst verpleegkundigen voor dilemma's met betrekking tot vragen over veiligheid en autonomie van de patiënt. Wie beslist of een patiënt zich mag verwonden? Wie gaat er over het behoud van het 'gave lijf'? Wie verzorgt de wonden en hoe moet dit gebeuren? Wie bepaalt of het goed is de patiënt die zich verwondt (tijdelijk) zorg te ontzeggen?

De verantwoordelijkheid hiervoor kan niet door een verpleegkundige alleen gedragen worden.

Afstemming met de patiënt en collega's binnen het multidisciplinaire team is van groot belang. Binnen het team kan de begeleidende verpleegkundige de eigen bevindingen kenbaar maken en toetsen aan de oordelen van anderen. Tevens kunnen verpleegkundigen emoties en dilemma's die samenhangen met de begeleiding van patiënten die zelfverwonden bespreken. Vervolgens kunnen het multidisciplinaire team en de patiënt samen vaststellen welke behandeling en zorg nodig is.

Ondersteuning van de verpleegkundigen

Verpleegkundigen dienen door middel van inter- en supervisie ondersteuning te krijgen bij de begeleiding van patiënten die zelfverwonden. Op deze manier kunnen zij de eigen belevingen bespreekbaar maken, hun attitude onderzoeken en van elkaar leren. Het is te verwachten dat dit bijdraagt aan het als minder belastend ervaren van de begeleiding van patiënten die zelfverwonden. Vermindering van deze belasting bevordert een meer empathische houding van de verpleegkundige naar de patiënt toe, wat bijdraagt de kwaliteit van de therapeutische relatie⁴.

Implementatie en scholing

Voor de implementatie van dit interventiepakket in de verpleegkundige praktijk is een goed uitgewerkte implementatiestrategie nodig. Deze dient bij voorkeur vastgelegd te zijn in een implementatieplan. Hierin dienen in ieder geval de volgende punten uitgewerkt te zijn:

- De doelen die men concreet beoogt met de invoering van het interventiepakket;
- De concrete resultaten die invoering van het interventiepakket voor de organisatie op moeten leveren;
- Een sterkte/zwakte –analyse waarin de bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de invoering van het interventiepakket worden geanalyseerd;
- Een plan van aanpak met bijbehorend tijdsplan waarin de verschillende stappen van de invoering van het interventiepakket worden besproken, rekening houdend met de uitgevoerde sterkte/zwakteanalyse. Wellicht moeten vooraf eerst activiteiten worden verricht gericht op verandering van belemmerende factoren. Gedacht kan worden aan het bevorderen van een gemeenschappelijke visie, het realiseren van draagvlak onder leidinggevend, de bevordering van motivatie van medewerkers en het scheppen van financiële randvoorwaarden voor invoering.
- De wijze van evaluatie van de invoering van het interventiepakket.

1.4 Opbouw van het interventiepakket

Dit interventiepakket bestaat een deel A en een deel B.

Deel A is het voorliggende achtergronddocument, waarin een theoretische onderbouwing wordt gegeven van het interventiepakket. Dit deel vormt de basis voor het werkboek (deel B) voor patiënt en verpleegkundige. In het werkboek wordt een praktische handleiding gegeven voor de patiënt en de verpleegkundige om samen stapsgewijs een signaleringsplan op te stellen.

1.5 Methodische verantwoording

Er is voor dit interventiepakket een uitgebreid wetenschappelijk literatuuronderzoek verricht⁵. Ten behoeve van de ontwikkeling van het interventiepakket zijn wetenschappelijke en verpleegkundige experts, evenals ervaringsdeskundigen geraadpleegd. Zij adviseerden de ontwikkelaars over de inhoud en vorm van het op te stellen interventiepakket. Een conceptversie van het interventiepakket is vervolgens ter toetsing voorgelegd aan een multidisciplinair samengestelde expertpanel, inclusief ervaringsdeskundigen (zie bijlage 1). De commentaren van dit panel zijn verwerkt in de definitieve versie van het interventiepakket.

In de tekst van dit achtergronddocument is gekozen om de bronvermelding op te nemen als nummers ('eindnoten'). Aan het eind van dit document vindt u de bijbehorende lijst met de geraadpleegde literatuur.

1.6 Definities en begrippen

Zelfverwonden en zelfbeschadigen.

Onder zelfverwonden verstaan we het zichzelf herhaaldelijk en op een directe manier toebrengen van lichte tot ernstige verwondingen aan de oppervlakte van het lichaam. In principe gaat het hierbij om mensen die met het zelfverwonden niet de intentie hebben zichzelf te doden (al zijn de precieze bedoelingen van de patiënt niet altijd geheel duidelijk). Onder zelfbeschadigend gedrag wordt ook gerekend het zichzelf toebrengen van indirect letsel, zoals het overmatig slikken van pillen⁶.

Desintegratie en vervreemding.

Onder desintegratie wordt verstaan een verstoring van de interne verhoudingen (de binding met zichzelf en het eigen lichaam) en de externe verhoudingen (de binding met de ander en de omgeving)⁷. Gevoelens die hierbij optreden zijn onder andere gevoelens van vervreemding. Bij vervreemding heeft de patiënt het gevoel niet goed in contact te staan met zichzelf, het eigen lichaam, de ander en de omringende wereld. Denken, voelen, en handelen worden beleefd met een bepaalde emotionele afstand. Soms wordt dit contactverlies zo sterk ervaren dat het individu zich niet levend voelt of afgesneden van zichzelf en de ander⁸.

Stress

In dit interventiepakket wordt de term stress gebruikt als een overkoepelende term voor alle krachten (belastingen) die op een persoon inwerken en die aanpassingen van het individu vereisen waar de persoon niet aan tegemoet kan komen⁹. Als gevolg hiervan treedt een verstoring op van het emotionele en functionele evenwicht.

2 Welke mensen zelfverwonden en waarom?

2.1 Cijfers over zelfverwonden

Cijfers over zelfverwonden zijn weinig eenduidig. In de algemene bevolking variëren de cijfers van het aantal mensen dat zelfverwondt tussen de 0,1% tot 4% bij volwassenen en tussen 7% tot 17,8% bij adolescenten¹⁰. Binnen de groep psychiatrische patiënten verwondt tussen de 4,8% en 33,2% zich¹¹. Nauwkeurige cijfers over zelfverwondend gedrag zijn dus moeilijk te geven. Dit komt onder meer omdat mensen niet altijd melden dat zij zichzelf verwonden. Ook hebben zij niet altijd medische zorg nodig. Het zelfverwonden wordt niet altijd goed geregistreerd of het wordt niet onderscheiden van suïcidepogingen. Het vermoeden bestaat dat zelfverwonden in de diagnostiek en behandeling vaak over het hoofd wordt gezien¹².

2.2 Een heterogene groep¹³

Het stereotype beeld van iemand die zich verwondt is de jonge vrouw met een borderline persoonlijkheidsstoornis die in het verleden seksueel is misbruikt. Dit beeld verdient bijstelling. Ook mannen verwonden zich, evenals mensen op oudere leeftijd. Niet alleen mensen die seksueel misbruikt zijn verwonden zichzelf, maar ook mensen met andere (en ook recente) traumatische ervaringen. Dit kan onder meer lichamelijk en geestelijk geweld/misbruik zijn, verlating, isolatie, verwaarlozing of recente scheiding van de partner. Diagnostisch onderzoek bij mensen die zelfverwonden toont aan dat 90-99% van hen een of meerdere psychiatrische stoornissen heeft. De meest voorkomende diagnoses zijn depressie, eetstoornis, dissociatieve stoornis, posttraumatische stress- stoornis, persoonlijkheidsstoornis en verslaving. De groep mensen die zich verwondt is in psychopathologisch opzicht dus zeer heterogeen.

2.3 Homogene problematiek¹⁴

Ondanks deze heterogeniteit zijn er gemeenschappelijke kenmerken in het gevoelsleven en het gedrag van mensen die zelfverwonden. Mensen die zelfverwonden hebben een negatief en kwetsbaar zelfbeeld. Ze hebben een beperkt vertrouwen in zichzelf en in anderen. Tevens valt op dat mensen die zelfverwonden vaak een verstoord lichaamsbeeld en een negatieve lichaamsbeleving hebben. Kern in het lijden van mensen die zelfverwonden is de problematische binding die zij ervaren met zichzelf, met het eigen lichaam, met anderen en met de omgeving. Het contact kenmerkt zich door een emotionele afstand of gevoelloosheid. Soms begrijpen mensen zichzelf niet goed en ze voelen zich vaak ook niet begrepen door anderen. Dit brengt gevoelens van eenzaamheid en verlatenheid met zich mee. Het eigen lichaam en de omgeving kunnen als vreemd, koud en op afstand worden ervaren. Het contact kan ook als 'te sterk' ervaren worden, waarbij mensen die zelfverwonden het gevoel hebben te worden overweldigd door zowel positieve als negatieve gevoelens en ervaringen.

Kenmerkend is dan het gevoel geen controle te hebben over de eigen emoties, denken en handelen. Dit wordt als stressvol ervaren.

Een andere overeenkomst is dat veel mensen die zelfverwonden aangeven het zelfverwonden als een soort 'verslaving' te ervaren. Mogelijk heeft dit te maken met het snelle en directe positieve effect van zelfverwonden. In hoeverre (neuro-)biologische processen bij zelfverwonden een rol spelen is niet geheel duidelijk¹⁵.

2.4 Zelfverwonden als regulerend en stabiliserend gedrag¹⁶

Mensen die zich verwonden leven met veel boosheid, angsten, gevoelens van onveiligheid, hopeloosheid en isolatie. Dit gaat gepaard met veel stress. Gebeurtenissen in het hier en nu kunnen deze krachtige gevoelens (plotseling) erger maken. Deze emotionele gemoedstoestand wordt als een (existentiële) bedreiging ervaren. De omgeving wordt op een dergelijk moment zelden als geruststellend of uitnodigend ervaren. Dit is een reden waarom mensen die zelfverwonden geneigd zijn zich terug te trekken. Het gevolg is dat de communicatie met de omgeving verder afneemt. De desintegratie en gevoelens van vervreemding nemen verder toe. In dit voortschrijdende proces van stress neemt de drang tot zelfverwonden sterk toe. Dit heeft te maken met de behoefte om de desintegratie op te heffen, om weer controle te krijgen over zichzelf. Door bijvoorbeeld met lichaamsdelen tegen objecten te slaan, plaatsen mensen een solide grens tegenover het lichaam waardoor het lichaam begrenst en gevoeld gaat worden. Door het verwonden, het zien van bloed en het gevoel van warmte en pijn, ervaren mensen weer contact met zichzelf en met de wereld om hen heen. Het zelfverwonden is een (fysieke) stimulans om zich weer 'levend' en 'afgegrensd' te voelen als individu ten opzichte van de omringende wereld. Het geeft het gevoel van controle over zichzelf en de omgeving. Mensen voelen zich, al is het maar voor even, mens onder de mensen.

2.5 Hoe verwonden mensen zich en hoe ernstig?¹⁷

Het snijden in handen en armen komt het meest frequent voor, hoewel ook andere plekken van het lichaam, zoals borsten, onderbuik of genitaliën worden aangedaan. Het kiezen van de plek die verwond wordt heeft onder andere te maken met het gemak waarmee een bepaalde plek bereikt kan worden, met de behoefte aan geheimhouding en met negatieve gevoelens ten aanzien van het betreffende lichaamsdeel. De ernst van de beschadigingen en de methoden die worden gebruikt variëren sterk. Het kan gaan om krassen of diepe snij-/steekwonden die zijn aangebracht met (scheer)messen. Het kan gaan om brandwonden die zijn aangebracht met een sigaret of zoutzuur. Mensen verwonden zich ook door voorwerpen, zoals (glas)scherven, in lichaamsopeningen in te brengen. Gemiddeld past een individu drie verschillende methoden toe. De frequentie waarmee mensen zelfverwonden varieert sterk, van enkele keren per dag tot soms niet vaker dan één keer per maand. Sommige mensen verwonden zich enkele keren in een korte periode, andere verwonden zich voortdurend gedurende tien, twintig jaren. Perioden van zelfverwonden kunnen worden afgewisseld met perioden waarin iemand zich niet verwondt. Mensen verwonden zich zelden in het bijzijn van

anderen. Opvallend is dat de meeste verwondingen worden aangebracht tussen 17 en 24 uur. Mogelijk hangt dit samen met bepaalde activiteiten die voor een individu stress oproepen, zoals het slapen gaan.

3 Communicatie

3.1 *Goede communicatie is belangrijk*

Mensen die zelfverwonden zijn 'uit evenwicht'¹⁸. De interne verhoudingen (de binding met zichzelf en het eigen lichaam) en de externe verhoudingen (de binding met de ander en de omgeving) zijn verstoord: er is sprake van desintegratie. Toenemende desintegratie kan leiden tot een sterke drang tot zelfverwonding en zelfdoding. Goede communicatie is zowel op de korte als de lange termijn doel en middel tot herstel¹⁹. De relatie tussen de verpleegkundige en patiënt biedt vanaf het eerste moment een scala aan contactmogelijkheden die de patiënt kunnen helpen bij het herstellen van haar emotionele evenwicht. Het 'voelen' in het hier en nu is hierbij een belangrijk aspect²⁰.

De verpleegkundige kan met haar verbale en nonverbale gedrag het beeld en de verwachtingen die de patiënt heeft van zichzelf en de omgeving beïnvloeden. Ze kan met haar aanwezigheid een patiënt geruststellen en bemoedigen. Maar ze kan de patiënt ook (onbedoeld) verder drijven in haar wanhoop, onveiligheid en isolatie. Het is van belang dat de verpleegkundige alle gedrag van de patiënt serieus neemt. Immers ieder gedrag - dus ook 'ziek' gedrag - heeft een communicatief aspect. Het is dus beter 'ziek' gedrag op te vatten als 'discommunicatie', als handelen wat we niet of maar heel moeilijk kunnen begrijpen²¹. De verpleegkundige moet 'ziek' gedrag niet negeren of bestrijden, maar proberen de informatieve boodschap ervan te begrijpen: wat zegt de patiënt met haar gedrag over zichzelf en over de relatie met anderen? In kader 1 geven we hiervan een voorbeeld.

Kader 1. Het verstaan van het handelen van de patiënt

Verpleegkundigen hebben wel eens te maken met patiënten die zich niet aan afspraken houden. Zij kunnen zich hierdoor op de proef gesteld en /of gemanipuleerd voelen. Echter vanuit de perceptie van mensen die zelfverwonden en achterdochtig zijn, is dit gedrag te begrijpen als een manier om de verpleegkundige te testen. De patiënt probeert te ontdekken of de verpleegkundige te vertrouwen is en of de relatie veilig is.

Door alle gedrag serieus te nemen leert de verpleegkundige de patiënt, haar taal, haar beleving en haar specifieke behoeften en wensen kennen. Ze ontdekt hoe ze de patiënt het beste kan helpen om zichzelf te begrijpen en om gedachten en gevoelens te leren uiten; een belangrijk element van therapeutische communicatie. Ze kan zo de patiënt leren omgaan met zelfverwonden en - wanneer de patiënt eraan toe is – leren alternatief gedrag te vinden om niet gewenste gemoedstoestanden te reguleren. De patiënt voelt zich op deze manier in contact met de ander gezien en erkend. Er komt

ruimte voor het maken van keuzen, want alternatieven voor het zelfverwonden komen in beeld. Het anders met zichzelf en anderen om leren gaan draagt bij aan positieve eigenwaarde en identiteit. Het geeft hoop voor de toekomst. Deze elementen zijn cruciaal voor het herstelproces.

Bij mensen die zelfverwonden is in meer of mindere mate het waarnemen van zichzelf en de oriëntatie op het hier-en-nu verstoord. Deze verstoorde waarnemingen zijn positief te beïnvloeden door bewegen. Het bewegen moet hierbij in de ruimste zin worden opgevat: bijvoorbeeld de huid die aangeraakt of bewogen wordt, het bewust omgaan met de ademhaling tot en met hardlopen. Door deze bewegingen worden zintuiglijke interacties bevorderd die de waarneming positief beïnvloeden en zo desintegratie kunnen verminderen²². Tevens worden door bewegen ook fysiologische facetten (zoals hartslag en ademhaling) welke gerelateerd zijn aan stress, positief beïnvloed²³. Verpleegkundigen kunnen zintuiglijke interacties faciliteren. Dit kan verbaal door de patiënt aan te zetten tot bewegen of door de patiënt aan te raken om de waarneming te verbeteren. Met het oog op eventuele traumatische (lichamelijke) ervaringen moeten verpleegkundigen samen met de patiënt onderzoeken op welke manier en wanneer lichamelijke beïnvloeding ingezet kan worden.

Naast goede communicatie tussen patiënt en verpleegkundige is ook de communicatie tussen de patiënt en zijn familie/naasten, medepatiënten en overige hulpverleners van belang.

Goede communicatie vormt de basis voor goede zorg en begeleiding van patiënten die zelfverwonden. Het draagt bij aan:

- herstel van het emotionele evenwicht van de patiënt,
- een goede relatie tussen patiënt en verpleegkundige (en andere belangrijke personen voor de patiënt),
- de mogelijkheid om (nieuwe) betekenissen te geven aan ervaringen in het hier-en-nu zodat deze beter hanteerbaar worden,
- een gedeelde visie op het zelfverwonden en de inhoud van het begeleidingsplan.

3.2 Problemen en gevolgen²⁴

Verpleegkundigen willen patiënten die zelfverwonden helpen en patiënten willen op hun beurt graag geholpen worden. Het contact tussen hen wordt soms echter verstoord door misverstanden en misvattingen. Deze komen onder andere voort uit de verschillen in prioriteiten die verpleegkundigen, andere zorgdisciplines en patiënten stellen. Zo is de eerste prioriteit van patiënten veelal niet het stoppen van de zelfverwonding, terwijl verpleegkundigen of anderen teamleden hier wel de nadruk op leggen. Een andere oorzaak van de problemen in de relatie tussen patiënt en verpleegkundige is dat zij beiden onvermogens, angsten en bezorgdheden hebben betreffende het zelfverwonden, terwijl hier niet over gepraat wordt. Het stilzwijgen overheerst.

Door de discommunicatie voelen patiënten zich niet begrepen, gefrustreerd, boos en vernederd. Hierdoor neemt het risico op zelfverwonding toe. Verpleegkundigen voelen zich soms op de proef gesteld en gemanipuleerd door zogenaamde provocerende gedragingen van patiënten (waaronder de voortdurende zelfverwonding). Zij kunnen zich hierdoor machteloos en onzeker gaan voelen over hun eigen competenties. Hierdoor kunnen zij de empathie naar de patiënt verliezen en ontstaan (soms onbewuste) gevoelens van tegenoverdracht, zoals verwijt, weerzin en afwijzing van de patiënt. Door deze reacties van de verpleegkundige neemt het risico op zelfverwonden bij patiënten toe. Verpleegkundigen en patiënten kunnen gevangen zitten in een vicieuze cirkel en machtsstrijd waarover nauwelijks gesproken wordt.

De communicatieproblemen beschrijven we hier aan de hand van *de vijf T's*: tijd, timing, taal, technieken, en taboes.

Tijd

Contactmomenten met de patiënt (en de duur ervan) worden voornamelijk bepaald door de verpleegkundige. Het contact wordt veelal ingepast binnen haar routines en planning. Daarnaast erkennen verpleegkundigen dat zij door de drukte op een afdeling vaak te weinig tijd hebben om met patiënten te praten. Door deze situaties missen patiënten de ad-hoc beschikbaarheid van verpleegkundigen op de momenten waarop ze behoefte hebben aan steun en opvang. Zowel patiënten als verpleegkundigen geven aan dat mede hierdoor het opbouwen van een vertrouwensband wordt belemmerd.

Het opbouwen van een vertrouwensband wordt verder belemmerd door een gebrek aan continuïteit van zorg. Dit wordt onder andere veroorzaakt door afwezigheid van de vaste begeleider of het niet hebben van een vaste verpleegkundige. Een zogenaamde 'time-out' of ontslag als sanctie op het zelfverwonden draagt ook bij aan deze discontinuïteit. Patiënten voelen zich hierdoor afgewezen.

Timing (tempo)

Patiënten vinden dat de verwachtingen en eisen die aan hen gesteld worden niet altijd overeenstemmen met hun situatie, behoeften en mogelijkheden. Verpleegkundigen kunnen bijvoorbeeld te snel verwachten dat patiënten over zichzelf praten en emoties delen. Of patiënten worden van het begin af aan verplicht deel te nemen aan (alle) therapieonderdelen. Dit laatste wordt door patiënten als belastend ervaren omdat zij daardoor niet zelf hun stressniveau kunnen reguleren. Het niet zelf mogen bepalen wat goed voor hen is wordt sterk als 'betutteling' ervaren. Het benadrukt de ongelijkwaardigheid van de relatie.

Timing heeft ook betrekking op het non-verbale gedrag van verpleegkundigen: als een patiënt te snel of te indringend fysiek benaderd wordt, kan zij erg schrikken en zich verder afsluiten van de omgeving. Dit verstoort het contact.

Taal

De patiënten hebben veelal beperkt of geen woorden tot hun beschikking om over zichzelf en hun gevoelens te praten. Toch vinden zij het belangrijk om hun emoties te uiten. Verpleegkundigen beschouwen het ondersteunen van de patiënt hierin als een belangrijke interventie bij (dreigend) zelfverwonden. Ze verwachten zelfs dat ondersteuning van patiënten bij de uiting van emoties het meest bepalend is voor het kunnen verminderen of stoppen van zelfverwonden. Taal is een belangrijk hulpmiddel om gevoelens te begrijpen, te uiten en te reguleren²⁵. Het is opvallend dat verpleegkundigen zo weinig gebruik maken van directe communicatie met de patiënt om de zelfverwonding bespreekbaar te maken. Opvallend is ook dat non-verbale middelen om patiënten te helpen hun gevoelens te uiten nauwelijks worden ingezet in de hulpverleningspraktijk.

Een ander probleem is het gebruik van vakjargon door hulpverleners, vaak voortkomend uit het medische model. Dit jargon vormt een obstakel in de communicatie. Deze taal sluit niet aan bij de beleving van de patiënt en creëert afstand en onzekerheid. Door het gebruik van psychiatrische labels, stereotypen (bijvoorbeeld dat zelfverwonding aandachttrekkerij is) en mythen (bijvoorbeeld dat zelfverwonding een 'vrouwenziekte' is) wordt geen recht gedaan aan de eigenheid en het unieke van de individuele patiënt.

Techniek

Gesprekken tussen de verpleegkundige en de patiënt worden vaak gevoerd in een interviewstijl waarbij de verpleegkundige vraagt en de patiënt antwoordt. Daarbij is het meestal de verpleegkundige die de inhoud van een gesprek bepaalt, waarbij problemen en pathologie het meest aan de orde zijn. Aspecten van gezondheid en normaal leven krijgen relatief weinig aandacht. De toonzetting in de gesprekken is daarbij voornamelijk serieus. Humor wordt relatief weinig ingezet om spanningen weg te nemen en de eigen situatie te relativiseren. Soms voelen patiënten zich door dergelijke gespreksvoering bij voorbaat al ongerust en blijven terughoudend bij uitnodigingen tot een gesprek. Ze gaan ervan uit dat hen moeilijke en pijnlijke vragen worden gesteld. Dergelijke interacties werken de passiviteit van patiënten in de hand en benadrukken de ongelijkwaardigheid in de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige.

Verpleegkundigen geven aan specifieke kennis en vaardigheden te missen om patiënten die zelfverwonden adequaat te begeleiden. Zij voelen zich beperkt in hun mogelijkheden: er lijken weinig alternatieven te zijn voor hun gerichtheid op problemen en op de begrenzing van het 'pathologische' gedrag. Het ontbreekt ook aan technieken om de patiënt door middel van lichamelijke en/of andere non-verbale interventies te beïnvloeden. Er lijkt in deze wijze van communiceren weinig gemeenschappelijks te zijn tussen verpleegkundigen en patiënten. Het hulpverlenerperspectief domineert veelal.

Taboes

In de praktijk komt het regelmatig voor dat essentiële zaken in de omgang met zelfverwondende patiënten te weinig of niet worden besproken. Ze worden niet besproken tussen patiënten en

verpleegkundigen, niet tussen verpleegkundigen onderling, niet binnen het multidisciplinaire team en niet in de patiëntengroep.

Thema's als het beleven van zelfverwonden, de machtsstrijd tussen hulpverleners en patiënten, de boosheid, agressie en de hiermee soms gepaard gaande 'extreme' uitingen van patiënten worden weinig of niet besproken.

Patiënten laten dit onder meer na vanwege de vele geheimen die met het verleden samenhangen. Tevens spelen gevoelens van schaamte en schuld rond het zelfverwonden een belangrijke rol. Eerdere negatieve ervaringen met hulpverleners versterken het taboe om over het zelfverwonden en de onderliggende emoties te spreken.

Verpleegkundigen kunnen zich geremd voelen in hun communicatie over zelfverwonden vanwege: (a) eigen angsten en bezorgdheden, (b) het idee dat het geen verpleegkundige taak is, (c) het ontbreken van een gemeenschappelijke visie op zelfverwonden binnen het (multidisciplinaire) team, (d) hun inschatting dat de patiënt er niet over kan praten, of (e) hun opvatting dat praten over zelfverwonden het gedrag van de patiënt versterkt of anderen kan 'besmetten'.

Een ander thema wat weinig besproken wordt is het lichamelijk aanraken van patiënten: de huidige teneur in de psychiatrie is vooral cognitief-verbaal van aard; lichamelijk contact met patiënten wordt snel geassocieerd met grensoverschrijdende intimiteiten. Het aanraken van de patiënt, bijvoorbeeld door het vasthouden van de hand van de patiënt of het wrijven over haar arm, kan geruststellend zijn en de waarneming van de patiënt helpen herstellen²⁶. Lichamelijkheid en fysieke interventies worden vooral aan vaktherapeuten overgelaten. Een beperking hierbij is echter dat zij de patiënten veel minder frequent zien dan verpleegkundigen. Er kunnen zo geen lichamelijke interventies worden ingezet op juist die momenten waarop de patiënt deze nodig heeft. Eenvoudige lichamelijke methoden om de patiënt te helpen blijven zo onbenut.

3.3 *Implicaties voor de verpleegkundige praktijk*²⁷

Veel van de problemen die patiënten en verpleegkundigen ervaren worden medeveroorzaakt door het werken vanuit een te eenzijdig medisch georiënteerd referentiekader. Een medisch model gaat uit van ziekte en richt zich hoofdzakelijk op problemen en symptomen. Het is echter zinvoller uit te gaan van een gezondheidsmodel en van oplossingsgericht verplegen, omdat hierbij gezondheid, krachten en mogelijkheden van de patiënt centraal staan. De toekomst is hierbij belangrijker dan het verleden. Niemand kan zaken uit het verleden van de patiënt veranderen. Voor het vinden van oplossingen is het ook niet altijd noodzakelijk om oorzaken uit het verleden te kennen. Verpleegkundigen kunnen wel veranderingen in het heden bevorderen door een goede en veilige relatie met de patiënt op te bouwen waarin er *waarachtig* contact is. Niet om raadgevingen en dreigementen in relatie tot het zelfverwonden te uiten, maar om vanuit begrip en inzicht invloed te krijgen op de persoon die zich verwondt. Zodat dat deze persoon het contact met zichzelf en de omgeving kan herstellen en er ruimte komt voor keuzen en oplossingen.

Het winnen van het vertrouwen van de patiënt en het bijdragen aan diens herstel vraagt van verpleegkundigen veel energie, geduld, creativiteit, kunde en kennis. Het is een hele opgave omdat de patiënt juist anderen wantrouwt, en zeker binnen machtsposities. Verpleegkundigen moeten met mogelijke 'weerstand' kunnen meebewegen. Ze moeten *samen* met de patiënt werken in plaats van *voor* haar. Tevens is het belangrijk dat verpleegkundigen de mogelijkheden tot contact maken met de patiënt herkennen en benutten²⁸. Scholing en ondersteuning van verpleegkundigen in het omgaan met patiënten die zelfverwonden is belangrijk. Dit verbetert de kwaliteit van de relatie en de empathie in de relatie met de patiënt. Het begeleiden van patiënten die zelfverwonden wordt zo meer een uitdaging en minder een belasting.

4 Het vroegtijdig signaleren van oplopende stress en (dreigend) zelfverwonden

4.1 Inleiding

Zelfverwonden staat niet op zichzelf. Zelfverwonden komt voort uit een proces waarbij een bepaalde gebeurtenis (oude) gedachten en gevoelens oproept of versterkt, die door een individu als stressvol worden ervaren. Deze uitlokkende gebeurtenis wordt in dit interventiepakket een *uitlokker* genoemd. De gedachten, gevoelens en gedragingen die optreden als reactie op deze uitlokkers kunnen als voortekenen van (dreigend) zelfverwonden worden beschouwd. Wanneer ze optreden, vormen ze een waarschuwing voor eventuele naderende zelfverwonding. Deze voortekenen van zelfverwonden worden in dit interventiepakket *signalen* genoemd. Naarmate de stress oploopt kunnen de signalen sterker worden en/of komen er andere signalen bij.

Stress is sterk individueel bepaald. Dat wat voor de ene persoon een stressvolle gebeurtenis is, kan voor een ander persoon een neutrale gebeurtenis zijn. Stressreacties zijn daarnaast ook afhankelijk van de toestand waarin iemand op een bepaald moment verkeert: het ene moment kun je veel meer aan dan het andere moment.

Mensen die zelfverwonden ervaren voorafgaand vaak veel stress. Door de desintegratie die optreedt, zien zij bepaalde gebeurtenissen (en de daarmee gepaard gaande gedachten en gevoelens) minder goed aankomen. Ze kunnen er daardoor ook niet goed op anticiperen. Daarbij komt dat de desintegratie de stresstolerantie verder verlaagt. Dit is mogelijk een verklaring voor het feit dat veel mensen die zelfverwonden bepaalde gebeurtenissen en de daarmee gepaard gaande emoties snel als overweldigend ervaren.

Om meer greep op het zelfverwonden te krijgen, is het belangrijk dat de patiënt en de verpleegkundige een goed inzicht krijgen in het proces van zelfverwonden: wat zijn voor de patiënt specifieke uitlokkers en welke signalen gaan aan het zelfverwonden vooraf? Inzicht in het individuele proces dat leidt tot zelfverwonden biedt mogelijkheden voor de patiënt en de verpleegkundige om in onderlinge afstemming:

- te anticiperen op stressbronnen,
- specifieke acties in te zetten om stress en desintegratie te verminderen waarmee het risico op zelfverwonden afneemt,
- alternatieven te vinden voor het zelfverwonden.

Het vroegtijdig signaleren en het inzetten van passende acties verhoogt voor zowel de patiënt als de verpleegkundige het gevoel van het 'eigen kunnen'. Het versterkt het zelfvertrouwen van de patiënt en geeft hoop voor de toekomst.

4.2 Uitlokkers en signalen

De volgende uitlokkers komen vaak voor bij mensen die zelfverwonden²⁹:

- Conflicten met (belangrijke) anderen,
- Verlaten, geïsoleerd of afgewezen worden,
- Positieve gebeurtenissen en belevingen (bijvoorbeeld aandacht krijgen),
- Lichamelijk (seksueel) of geestelijk misbruik,
- Agressie, geweld in de huiselijke kring of op school (inclusief gepest worden),
- Psychotische belevingen,
- Bepaalde activiteiten op een dag, zoals werk/school/therapie of het moeten gaan slapen,
- Gebeurtenissen op de afdeling: wisselingen van diensten/overdracht en pauze van verpleegkundigen, crises op de afdeling, spanningen in de patiëntengroep of in het verpleegkundig team,
- Confrontatie met negatieve of positieve gedragingen van andere patiënten,
- Een negatieve/afwijzende houding van verpleegkundigen (of belangrijke anderen),
- (Recente) zelfverwonding.

Signalen van oplopende stress en (dreigend) zelfverwonden kunnen zijn³⁰:

- Labiliteit en/of het zich toenemend bang, boos of bedreefd voelen,
- Het sterker worden van een interne overtuiging of 'gewoontegedachte', zoals het zichzelf slecht of vies voelen,
- Diffuse waarneming van de omgeving. Dit kan zichtbaar zijn in schrikachtigheid en/of vertraagd reageren van de patiënt. De patiënt kan ook stram, vertraagd of minder bewegen,
- Het eigen lichaam en/of de omgeving als 'koud' ervaren,
- Het totaal onverschillig staan tegenover zichzelf, het eigen lichaam of de omgeving,
- Een ineengedoken houding en (totale) sprakeloosheid (waardoor ook geen hulpvraag meer kan worden gesteld),
- Specifiek gedrag en/of rituelen: terugtrekgedrag, het verzamelen van objecten waarmee iemand zich wil verwonden, het opzetten van bepaalde muziek, et cetera.

4.3 *Implicaties voor de verpleegkundige praktijk*

Het leren kennen van de persoon die zich verwondt en het proces dat leidt tot zelfverwonden betekent dat het gedrag van de patiënt beter voorspelbaar wordt en hiermee naar verwachting ook beter beïnvloedbaar. Deze voorspelbaarheid heeft echter ook zijn grenzen. Er zijn namelijk altijd factoren die we niet kennen en die de patiënt en haar gedrag beïnvloeden. Hierdoor kan/kunnen:

- een ogenschijnlijk gelijke gebeurtenis de ene keer wel en de andere keer niet tot stress en zelfverwonden leiden,
- uitlokkers en signalen niet altijd even eenduidig te onderscheiden zijn naar inhoud en procesmatig verloop,
- ingezette interventies niet altijd hetzelfde effect hebben.

Om het inzicht in het proces te vergroten is het van belang om samen met de patiënt veelvuldig en in uiteenlopende contexten te onderzoeken wat mogelijke uitlokkers en signalen zijn. Het analyseren van dit proces voorkomt ook eenzijdige en stereotype interpretaties van de verpleegkundige. De variatie wordt zichtbaar gemaakt. Door het regelmatig analyseren van het proces van zelfverwonden kunnen ook veranderingen in de beleving van de patiënt zichtbaar gemaakt worden in de loop van de behandeling. Indien nodig kunnen interventies hierop worden aangepast.

Bij het beschrijven van het proces van zelfverwonden dienen verpleegkundigen er rekening mee te houden dat een patiënt soms moeilijk of geen toegang heeft tot de eigen gevoels- en gedachtewereld. Zij is dan niet in staat tot het direct reflecteren op haar gedrag. Dit vraagt om flexibiliteit van de verpleegkundige, bijvoorbeeld in het aanpassen van haar stijl van communiceren met de patiënt. Het kunnen toepassen van effectieve communicatietechnieken is hiervoor essentieel. Intervisie met collega's is van belang om ervaringen uit te wisselen, interpretaties te toetsen en mogelijke interventiestrategieën te bespreken. Het beschrijven van het proces van zelfverwonden vraagt veel tijd en motivatie van zowel de patiënt als de verpleegkundige. Het multidisciplinaire team, het management en de organisatie dienen hiervoor ruimte en ondersteuning te bieden.

De verkregen informatie dient eenduidig gerapporteerd en gedeeld te worden met alle belangrijke partijen, zowel hulpverleners als familieleden/naasten.

Het 'Werkboek voor mensen die zelfverwonden' biedt richtlijnen en opdrachten op het proces van zelfverwonden beter te leren kennen.

5 Interventies om zelfverwonden te verminderen

5.1 Inleiding

Er is nog weinig bekend over een effectieve aanpak van zelfverwondend gedrag. Het onderzoek naar interventies staat nog in de kinderschoenen. De beperkte wetenschappelijk studies zijn voornamelijk uitgevoerd bij kleine groepen ambulante patiënten met een (borderline) persoonlijkheidsstoornis. Er zijn nog nauwelijks vervolgonderzoeken gedaan bij grotere groepen, op basis waarvan harde uitspraken over de effectiviteit van de interventies gedaan kunnen worden. Er is ook weinig onderzoek gedaan bij klinische opgenomen patiënten en bij patiënten met andere psychiatrische diagnoses. De onderzochte interventies die bijdragen aan het verminderen van zelfverwonden zijn voornamelijk cognitieve, probleemoplossende en inzichtgevende interventies. Eventuele effecten zijn pas merkbaar op de langere termijn, dat wil zeggen na meerdere therapiesessies. Onderzoek naar interventies gericht op het acute moment van oplopende stress en zelfverwonden ontbreken nagenoeg. Evenzeer ontbreekt het onderzoek naar lichaams- en bewegingsgerichte interventies om zelfverwonden te beïnvloeden

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst kort de wetenschappelijk onderzochte interventies in relatie tot zelfverwonden. De verpleegkundige zal samen met de patiënt en de behandelaar moeten afwegen welke interventies/therapievormen voor de patiënt geschikt zijn. Naast de wetenschappelijk onderzochte interventies worden in de literatuur interventies beschreven die door professionals en ervaringsdeskundigen als effectief worden beschouwd om stress te verminderen en zelfverwonden tegen te gaan. Deze zullen aansluitend op de wetenschappelijk onderzochte interventies worden gepresenteerd.

5.2 De stand van zaken: onderzoek en behandeling³¹

Psychologische interventies

Psychologische interventies zijn vooral gericht op het verbeteren van het psychosociale functioneren van de patiënt die zelfverwondt. De gedachte achter deze interventies is dat het zelfverwonden een gevolg is van een persoonlijk probleem, sterk gerelateerd aan doorgemaakte trauma's.

Psychologische interventies die bijdragen aan vermindering van zelfverwonden zijn:

- Probleemoplossende therapievormen/ interventies, zoals hulp bij praktische en interpersoonlijke problemen. Ze leiden tot een (niet-significante) vermindering van zelfverwonden en tot een significante vermindering van depressieve symptomen en gevoelens van hopeloosheid³².
- Dialectische gedragstherapie³³: deze therapievorm is onderzocht bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Naast een afname zelfverwondend gedrag (wat echter veelal niet onderscheiden wordt van (para)suïcidaal gedrag³⁴), nemen door deze therapievorm ook klachten

van depressie, angst en dissociatie significant af. Zowel patiënten als hulpverleners oordelen positief over deze interventie³⁵. Opvallend is dat deze therapie een meer beschermend effect heeft bij patiënten die zich al langer verwonden dan bij patiënten die dit voor het eerst doen³⁶.

- De zogenaamde 'Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy' (MACT)³⁷ vermindert (niet-significant) het zelfverwonden en verlengt de perioden tussen het zelfverwonden.
- Individuele en groepsgewijze psychoanalytische psychotherapie (ook wel Mentalization Based Treatment genoemd) leidt bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis tot een significante afname van zelfbeschadigend gedrag³⁸.

Sociale en dienstverlenende interventies

Onder sociale en dienstverlenende interventies worden interventies verstaan die gericht zijn op het handhaven en verbeteren van het contact tussen patiënt en zorgaanbieder. Interventies met een positief effect op zelfverwonden zijn:

- Het gebruik maken van een crisistelefoon bij patiënten die zich voor het eerst verwond hebben³⁹.
- Het gebruik maken van een crisiskaart⁴⁰.
- Continue begeleiding door een en dezelfde verpleegkundige bij klinische patiënten⁴¹,
- Een actieve inzet van de huisarts bij patiënten die zich al langer verwonden⁴².

Een averechts effect hebben restrictieve maatregelen, zoals contracten waarin de patiënt belooft om zich niet te verwonden en waarbij geldt dat wanneer zij dit toch doet een 'time-out' of zelfs ontslag volgt. Dergelijke regels worden door patiënten als sancties beschouwd. Uit de literatuur blijkt dat naarmate er meer restrictieve maatregelen worden toegepast, het risico op zelfverwonden toeneemt. Klinisch opgenomen patiënten met een 'non-suicide-contract' beschadigen zich tot zeven keer meer dan patiënten met vergelijkbare problematiek zonder een dergelijk contract⁴³.

Psychofarmaca

De waarde van farmacologische interventies is op dit moment nog niet duidelijk. Er zijn wel positieve, maar geen significante effecten aangetoond van antidepressiva en antipsychotica. Uit een studie uit 1979 blijkt dat het antipsychoticum flupenthixol leidde tot een significante vermindering van zelfverwondend gedrag⁴⁴. Voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van kalmerende medicijnen: patiënten geven aan dat deze gevoelens van vervreemding kunnen versterken⁴⁵.

Lichamelijke interventies

In de literatuur zijn slechts twee wetenschappelijke onderzoeken gevonden naar lichamelijke interventies bij mensen die zelfverwonden⁴⁶. Uit een casestudie blijkt dat een vrouw zich significant minder verwondde en haar stemming significant verbeterde in een periode waarin ze drie keer per week lichamelijke oefeningen (vgl. 'aerobics') uitvoerde⁴⁷. Uit een andere casestudie blijkt dat een jongen die extreem beet op de binnenkant van zijn wangen en lippen hiermee stopte door het uitvoeren van de opdracht 'kauwgom eten en met je tong over je lippen likken'. Een dergelijke

opdracht wordt een concurrerende actie genoemd, dat wil zeggen: een actie waardoor de gebruikelijke manier van zelfverwonden niet gelijktijdig kan worden uitgevoerd⁴⁸.

Het uitvoeren van ontspanningsoefeningen in een periode waarin de patiënt poogt weerstand te bieden tegen de drang tot zelfverwonden blijkt niet effectief te zijn en kan het zelfverwonden zelfs erger maken. Het lijkt erop dat deze ontspanningsoefeningen bij oplopende stress het gevoel van controle juist verder doen afnemen⁴⁹.

Het uitvoeren van lichamelijke inspanningsoefeningen, zoals fitness en hardlopen, blijkt bij patiënten met angst- en depressieve klachten een significant positief effect te hebben op het verminderen van deze klachten⁵⁰. Daarbij hebben ze op neurobiologisch niveau (zoals de serotonerge huishouding) en op fysiologisch niveau (zoals hartslag, ademhaling en bloeddruk) een positieve invloed⁵¹. Door deze lichamelijke oefeningen verbeteren ook het zelfbewustzijn, de zelfwaardering en het lichaamsbeeld⁵². Dit onderzoek ondersteunt de aanname dat dit type interventies ook van waarde kan zijn voor patiënten die zelfverwonden. Vervolgonderzoek is echter aangewezen om vast te stellen welk effect deze oefeningen hebben op het zelfverwondende gedrag.

Opmerkelijk is verder dat er op fysiologisch niveau positieve veranderingen optreden (vermindering van spanning) wanneer de patiënt zich enkel de voorstelling van het zelfverwonden maakt (zonder dus feitelijk zichzelf te verwonden)⁵³.

Verpleegkundigen kunnen een groot aandeel hebben in het promoten van lichamelijke interventies in de behandeling van patiënten die zelfverwonden⁵⁴. Lichamelijke oefeningen kunnen een preventief en curatief effect hebben bij psychische problemen en klachten, ze zijn daarnaast relatief ongevaarlijk en goedkoop⁵⁵. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten die excessief trainen, in het bijzonder bij depressieve klachten en eetstoornissen⁵⁶.

In de volgende paragrafen worden interventies beschreven die door professionals en ervaringsdeskundigen als helpend worden beschouwd, maar die nog niet door degelijk wetenschappelijk onderzoek zijn onderbouwd.

Bij de beschrijving volgen we de stappen (1) tot en met (4) van het werkboek:

- (1) goede communicatie en afstemming van zorg,
- (2) het vroegtijdig signaleren van stress en dreigend zelfverwonden,
- (3) acties om met stress en zelfverwonden om te gaan,
- (4) de nazorg en afronding.

5.3 Goede communicatie en afstemming van zorg (stap 1)

Essentieel in het contact maken met de patiënt zijn geduld, structuur, veiligheid en consistentie. Eerder kwamen de 5 T's van effectieve communicatie al ter sprake. Deze worden hier verder uitgewerkt (zie ook bijlage 1 van het werkboek).

Tijd

Voor het gevoel van veiligheid en vertrouwen van de patiënt is het belangrijk dat zij weet wanneer zij een beroep kan doen op de verpleegkundige en hoe zij haar kan bereiken. Dit betekent dat de patiënt moet (leren) aangeven wanneer zij behoefte heeft aan contact. De verpleegkundige geeft de patiënt informatie over haar beschikbaarheid, zowel binnen een dienst als gedurende de komende dagen. De patiënt dient de ruimte te krijgen om aan te geven wanneer en hoelang zij contact wil met de verpleegkundige. Hierover kan dan vervolgens overlegd worden tussen de verpleegkundige en de patiënt. Dit draagt bij aan een gevoel van gelijkwaardigheid binnen de relatie.

Timing

Het volgen van bepaalde therapieonderdelen moet een keuze zijn van de patiënt, passende bij haar mogelijkheden op een bepaald moment. De verpleegkundige heeft hierin een adviserende en motiverende rol. Het is voor de patiënt belangrijk te weten dat zij therapieonderdelen mag overslaan of stoppen om op deze manier de eigen stress te kunnen reguleren en in haar eigen tempo te kunnen werken aan veranderingen en herstel.

De patiënt moet ook worden ondersteund in het duidelijk aangeven wat voor haar het beste tempo is van fysiek benaderd worden op bepaalde momenten en in bepaalde situaties.

Taal

Om aan te kunnen sluiten bij de beleving van de patiënt, is het belangrijk dat de verpleegkundige weet met welke woorden en gedragingen de patiënt aangeeft dat ze zich goed of slecht voelt. Dit betekent dat de patiënt de ruimte geboden moet worden om gevoelens te uiten die ze nog niet kan verwoorden, zelfs als dit door 'extreem' (non-verbaal) gedrag is. De patiënt en de verpleegkundige zijn er samen verantwoordelijk voor om (te leren) zo direct en duidelijk mogelijk te communiceren. Hiertoe dienen afspraken gemaakt te worden over communicatie en taalgebruik. De verpleegkundige kan de patiënt helpen gevoelens en gedachten onder woorden te brengen (zie 'Technieken') en legt (medische) termen uit die eventueel gebruikt kunnen worden.

In de communicatie met de patiënt is het van belang dat de verpleegkundige de patiënt helpt om haar (zelfverwondende) gedrag te herdefiniëren en te normaliseren, in plaats van het als ziekelijk/psychiatrisch te omschrijven. In plaats van te vragen 'Wat maakte dat je – bepaald gedrag – deed?' kan je het gedrag positief en nieuwsgierig labelen door te zeggen: 'Je moet wel een goede reden hebben om dit of dat te doen'.

Technieken

Met het 'peilen van de onmiddellijke behoeften'⁵⁷ (zie bijlage 2 van het werkboek) wordt een eerste inventarisatie gemaakt van activiteiten die de patiënt kunnen helpen in perioden dat zij het moeilijk heeft. Het is een soort 'eerste hulp in crisis' zodat de patiënt niet nog meer stress oploopt in crisissituaties. Patiënten en verpleegkundigen krijgen hiermee een eerste idee van verbale en non-verbale technieken die in te zetten zijn. In het werkboek wordt bij Stap 3 een uitgebreider overzicht gegeven van mogelijke acties. Lichamelijke en andere non-verbale technieken zijn van belang om gevoelens en belevingen te kunnen uiten, zeker zolang de patiënt hiervoor nog onvoldoende woorden heeft of er niet over wil praten.

Taboes

Om zelfverwonden uit de geheimhouding en taboesfeer te halen is het belangrijk dat er binnen de zorgsetting (en specifiek binnen de relatie tussen patiënt en verpleegkundige) aandacht is voor het thema zelfverwonding. Het is belangrijk dat er informatiemateriaal op de afdeling en/of in de spreekkamer aanwezig is. De verpleegkundige kan dit materiaal meenemen in het gesprek met de patiënt.

De verpleegkundige kan de onderwerpen die de patiënt lastig vindt om over te praten eerst inventariseren. Dit geldt ook voor de onderwerpen waarover de patiënt juist wél graag wil praten. Deze inventarisatie van 'moeilijke onderwerpen' wordt uitgevoerd aan de hand van een lijst (zie bijlage 1 van het werkboek). Daarbij wordt de patiënt ook in een *open vraag* verzocht onderwerpen aan te geven waarover ze wel of niet wil praten. De verpleegkundige en de patiënt maken vervolgens afspraken hoe met deze onderwerpen om te gaan.

Het is raadzaam dat ook de verpleegkundige de lijst met onderwerpen doorneemt. Zij kan met collega's bespreken hoe ze met lastige onderwerpen in het contact met de patiënt om kan gaan (denk ook aan inter- en supervisie).

De patiënt en de verpleegkundige kunnen samen werken aan het betrekken van vrienden/familie van de patiënt bij haar behandeling. Zij kunnen ondersteuning bieden in het bespreekbaar maken van het zelfverwonden. Tevens kunnen zij positieve feedback geven aan de patiënt als deze probeert de zelfverwondingscirkel te doorbreken⁵⁸.

5.4 Vroegtijdig signaleren (stap 2)

In Stap 2 wordt het individuele proces van oplopende stress en (dreigend) zelfverwonden in kaart gebracht via kennis over *uitlokkers* en *signalen* (zie paragraaf 4.2 van dit document).

In deze stap maken we gebruik van drie instrumenten. Eerst vult de patiënt de Zelfverwondingslijst⁵⁹ in waarmee zij de achtergronden en kenmerken van het eigen zelfverwondende gedrag over de afgelopen periode beschrijft (zie bijlage 3 van het werkboek). Hiermee wordt een eerste inzicht verkregen in *uitlokkers* en *signalen*. Een tweede instrument dat gebruikt wordt is de Zelfbeschadigingslijst⁶⁰ (zie bijlage 4 van het werkboek) waarmee kenmerken van een

zelfverwondingsincident nader in beeld gebracht kunnen worden. Ook het werken met deze lijst brengt *uitlokkers* en *signalen* in beeld. Tot slot kunnen de patiënt en de verpleegkundige ook aan de hand van een '5 G schema' (zie bijlage 5 van het werkboek) afzonderlijke zelfverwondingsincidenten analyseren, waarmee aanvullend inzicht wordt verkregen in deze *uitlokkers* en *signalen*.

Tevens worden bij deze stap een aantal opdrachten aangeboden waarmee inzicht wordt verkregen in beschermende factoren tegen stress en zelfverwonden, evenals in eigen krachten en mogelijkheden van de patiënt (zie bijlage 6 van het werkboek).

De verzamelde kennis omtrent *uitlokkers* en *signalen* wordt beschreven in het signaleringsplan (zie bijlage 7 van het werkboek).

5.5 Acties om met stress en zelfverwonden om te gaan (stap 3)

De patiënt en de verpleegkundige gaan vervolgens acties inzetten passende bij de verschillende fasen van het proces van oplopende stress en zelfverwonden. Deze acties moeten concreet geformuleerd worden in het signaleringsplan (zie bijlage 7 van het werkboek). Dit is belangrijk omdat patiënten bij een bepaald stressniveau moeite hebben met het overwegen van acties en het nemen van beslissingen. De concreet beschreven acties uit het signaleringsplan bieden dan houvast. Eerst worden de acties beschreven die de patiënt of anderen uitvoeren om met *uitlokkers* om te gaan. Acties die zijn geïnventariseerd bij het 'peilen van onmiddellijke behoefte' (zie bijlage 2 van het werkboek) kunnen ook worden opgenomen in het signaleringsplan.

De verpleegkundige kan in deze fase goed gebruik maken van de ervaringsdeskundigheid van de patiënt en haar omgeving. Zij kunnen immers vanuit eigen ervaring veel informatie aanreiken over wat wel en niet werkt. Gebruik maken van deze ervaringskennis vergroot de mogelijkheden tot preventief handelen, evenals de zelfredzaamheid en het competentiegevoel van de patiënt.

In het werkboek wordt bij Stap 3 een overzicht geboden van mogelijke acties.

Belangrijk bij de formulering van acties is dat de verpleegkundige en de patiënt rekening houden met het feit dat (technisch) iets *kunnen* niet hetzelfde is als (emotioneel) iets *aankunnen*! Een patiënt die bijvoorbeeld aangeeft in een (dreigende) crisis te zitten mag niet 'in de kou' blijven staan door haar te vragen wat ze er zelf aan kan doen: ze heeft waarschijnlijk alles wat ze kon bedenken al geprobeerd. Het kan dan beter helpen wanneer de verpleegkundige het initiatief neemt en bepaalde zaken van de patiënt (tijdelijk) overneemt. Dit tijdelijk overnemen moet vooraf met de patiënt besproken worden, waarbij de patiënt en de verpleegkundige voortdurend op zoek gaan naar een zo spoedig mogelijk herstel van de zelfredzaamheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

In het signaleringsplan worden *signalen* en *acties* beschreven aan de hand van vier opeenvolgende fasen van het proces rondom zelfverwonden:

- Fase 0 - er is niets aan de hand en je voelt je goed, er is tijd voor rust en groei
- Fase 1 - een bepaalde gebeurtenis lokt gevoelens en gedachten uit die stress geven
- Fase 2 - de stress neemt steeds verder toe totdat de patiënt zich verwondt
- Fase 3 - door het zelfverwonden vermindert de stress voor een bepaalde tijd.

Onderstaand volgen beschrijvingen van de fasen en aandachtspunten voor het inzetten van acties in deze fasen.

Fase 0: rust en groei

De fase waarin de patiënt zich goed voelt is een periode van rust en groei. Het is een periode waarin de patiënt even niet (al te intensief) met haar problemen en het zelfverwonden bezig hoeft te zijn. In het werkboek staat beschreven wat voor soort acties de patiënt in deze fase kan ondernemen. Het opdoen van positieve ervaringen in deze fase verhoogt de weerbaarheid van de patiënt.

Verpleegkundigen kunnen hieraan bijdragen door samen met de patiënt activiteiten te ondernemen die gericht zijn op gezelligheid, ontspanning en het delen van normale en gezonde aspecten van het leven. Deze periode biedt ook de gelegenheid om nieuwe lichamelijke en sociale vaardigheden te oefenen, bijvoorbeeld op het gebied van ademhalingstechnieken en assertiviteit.

Fasen 1 en 2: omgaan met stress en (dreigend) zelfverwonden

In deze fasen dient het effectief omgaan met stress op de voorgrond te staan, meer dan de *beheersing* van het zelfverwondende gedrag. Interventies in deze fasen kunnen zich richten op anticipatie op stressbronnen en het direct verlagen van het stressniveau. Voor de korte termijn kan een anticiperende actie zijn een rondje hardlopen voorafgaand aan een familiegesprek waar de patiënt tegenop ziet. Door het hardlopen daalt de spanning waardoor de patiënt rustiger in het gesprek zit. Anticiperende interventies met effecten op de langere termijn kunnen probleemoplossende interventies zijn, bijvoorbeeld gericht op interpersoonlijke problemen tussen patiënt en haar familie. Een anticiperende actie van de verpleegkundige kan bijvoorbeeld zijn dat zij - een kwartier nadat de patiënt naar bed is gegaan - nog even bij haar langs gaat, wetende dat het slapen gaan voor de patiënt een bron van stress is. Dit kan geruststellend werken en geeft de patiënt het gevoel dat de verpleegkundige zich om haar bekommert.

Door lichamelijke oefeningen uit te voeren, maar ook door in gedachten zichzelf te verwonden, kan de patiënt de aanwezige stress en de drang tot zelfverwonden verlagen.

Een '*Doos met Attributen om Contact te houden*' (DAC) is een doos met persoonlijke voorwerpen die haar kunnen helpen om zich veilig te voelen, zichzelf gerust te stellen of te troosten (zie Stap 3 van

het werkboek). Het helpt haar het contact te houden met haar gevoelens, haar gedachten, haar lichaam en het hier-en-nu. En dit zonder dat ze daar direct een ander voor nodig heeft⁶¹. Mogelijk dat ze door de ervaren veiligheid het zelfverwonden tegen kan houden.

Binnen de (dag)klinische setting kan de verpleegkundige de patiënt de mogelijkheid bieden om in een (dreigende) crisis een groep medepatiënten en hulpverleners bijeen te roepen voor ondersteuning. Op deze manier ontstaat er collectieve verantwoordelijkheid, wordt de gelijkwaardigheid bevorderd, kan men met elkaar van gedachten wisselen over mogelijke oplossingen en kan men van elkaar leren⁶².

De '15 minutenregel' en de 'Alles behalve zelfverwonden-regel'⁶³ (zie Stap 3 van het werkboek) zijn geschikt om te proberen zelfverwonden uit te stellen wanneer de drang tot zelfverwonden (zeer) groot is. De achterliggende gedachte is dat door het uitstellen de drang tot zelfverwonden wellicht afneemt.

Het is belangrijk dat de verpleegkundige zich realiseert dat de patiënt soms het zelfverwonden (nog) niet *kan* of *wil* opgeven. Het zelfverwonden verbieden of de patiënt er met dwang van af proberen te houden leidt eerder tot meer stress en tot ernstiger vormen van zelfverwonden. Voor de situatie waarin het zelfverwonden niet te vermijden is, is het belangrijk dat de patiënt haar *Materialendoos*⁶⁴ bij zich heeft (zie Stap 3 van het werkboek).

Fase 3: terugkomen in rustiger vaarwater

Zeer essentieel is het formuleren van acties voor de periode direct ná het zelfverwonden met als doel veiligheid te waarborgen. Belangrijke elementen hierin zijn:

- Het zich veilig voelen: Noteer in het signaleringsplan op welke manier de patiënt direct ná het zelfverwonden steun kan krijgen en zich veilig kan voelen. Denk hierbij aan het steunende contact met anderen, waarbij schuld- en schaamtegevoelens over het zelfverwonden niet verder worden versterkt.
- Wondverzorging: Noteer in welke veilige ruimte met voldoende privacy de wonden worden beoordeeld en verzorgd. De verpleegkundige en de patiënt kunnen hierbij gebruik maken van de ernstscore⁶⁵ van de zelfverwonding om te bepalen welke interventies in het kader van wondverzorging nodig zijn (zie bijlage 4 van het werkboek). Aandacht voor wondverzorging draagt bij aan het verminderen van negatieve gedachten van de patiënt over zichzelf⁶⁶. Indien medisch ingrijpen op een spoedeisende hulp nodig is, biedt een vooraf ingevulde checklist⁶⁷ steun (zie bijlage 8 van het werkboek). Het meenemen van een vriend(in) kan eveneens ondersteunend zijn in deze periode waarin de patiënt zich extra kwetsbaar voelt.

5.6 Interventies gericht op de nazorg en afronding (stap 4)

Het doel van deze laatste stap is te zorgen dat de verpleegkundige en de patiënt op een goede manier het begeleidingscontact afronden. Voor de patiënt dient duidelijk te zijn hoe zij verder kan met haar signaleringsplan, en welke mogelijkheden er zijn voor vervolgbehandeling. In het werkboek worden de aandachtspunten genoemd die hierbij belangrijk zijn.

Een belangrijk aandachtspunt is dat veel patiënten die zelfverwonden moeite hebben met afscheid nemen. Het is daarom raadzaam het naderende afscheid van tijd tot tijd in de begeleiding tot gespreksthema te maken.

6 Bijlagen

Bijlage 1: Leden van het multidisciplinaire expertpanel

| Naam | Organisatie | Functie |
|------------------------------|--|--|
| Prof.dr. Walter Vandereycken | Katholieke Universiteit Leuven, België | Psychiater, Hoogleraar Psychiatrie |
| Prof.dr. Laurence Claes | Katholieke Universiteit Leuven, België | Psycholoog, Hoogleraar Psychologie |
| Prof.dr. Margaret McAllister | University of the Sunshine Coast, Maroochydore, Australië | Hoogleraar College of Mental Health Nurses |
| Jan Vellema | GGZ NHN, Schagen | Verpleegkundige en hoofd intensieve zorg |
| Bauke Koekkoek | Altrecht GGZ, Utrecht | SPV en GGZ verpleegkundig specialist |
| Jean Keizer | Emergis GGZ, Zeeland | Verpleegkundig specialist |
| Nienke Kool- Goudzwaard | Parnassia Psycho Medische Zorg, Den Haag | Verpleegkundige, verplegingswetenschapper |
| Marco Woonick | Parnassia Psycho Medische Zorg, Den Haag | Verpleegkundige en zorgcoördinator |
| Conny Scholten | Adhesie GGZ, Deventer | Senior verpleegkundige transmuraal team |
| Marcia Kroes | LSZ, Utrecht | Ervaringsdeskundige |
| Jonneke Ravenhorst | LSZ, Utrecht | Ervaringsdeskundige |
| Henri Nievelstein | BAVO - RNO | Ervaringsdeskundige, bewegingstherapeut |

Bijlage 2: Literatuur

1. Adler P.A., & Adler, P. (2005). Self-injurers as loners: the social organization of solitary deviance. *Deviant Behavior*, 26, 345-378
2. Alper, G., & Peterson, S.J. (2001). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services*, 39, 10, 38-45
3. Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2004). Short shrift for the sane? The hospital management of self-harm patients with and without mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 401-406.
4. Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 130-138.
5. Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
6. Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
7. Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 3, 187-211.
8. Baum, E. (1991). Movement therapy with multiple personality disorder patients. *Dissociation*, 4, 2, 99-104.
9. Bennewith, O., Stocks, N., Gunnell, D., Peters, T. J., Evans, M. E. & Scharp, D. J. (2002). General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 324, 7348, 1254-1257.
10. Bennewith, O., Gunnell, D., Peters, T. J., Hawton, K. & House, A. (2004). Variations in the hospital management of self harm in adults in England: observational study. *British Medical Journal*, 328, 1108-1109.
11. Bennewith, O., Peters, T.J., Hawton, K., House, A., & Gunnell, D. (2005). Factors associated with the non-assessment of self-harm patients attending an accident and emergency department: results of a national study. *Journal of Affective Disorders*, 89, 91-97.
12. Boevink, W. & Escher, S. (2001). *Zelfverwonding begrijpelijk maken. Ervaringsdeskundigen, onderzoekers en therapeuten aan het woord*. Bemelen: Stichting Positieve Gezondheidszorg.
13. Bohne, A., Keuthen, N., & Wilhelm, S. (2005). Pathologic hairpulling, skin picking, and nail biting. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17, 227-232.
14. Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Linberger, M., Schmahl, C., Unckel, C., et al., (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research & Therapy*, 42, 487-500.
15. Bosman M, & van Meijel, B. (2006). Betekenis en behandeling van zelfverwondend gedrag. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 5, 414-426
16. Bosman ,M., & van Meijel, B. (2007). Perspectives on self-injury in psychiatric nursing: a literature study. *Archives of Psychiatric Nursing* (accepted).
17. Bowles, N. (2002). A solution-focused approach to engagement in acute psychiatry. *Nursing Times*, 98, 48, 26-27.
18. Bracke, D., Leeuwen, K., van, Verhofstadt-Devène, L. (2001). Comorbidity van zelfverwondend gedrag en dissociatieve symptomen bij vrouwelijke psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 10, 673-682.
19. Brain, K.L., Haines, J., & Williams, C. (1998). The psychophysiology of self-mutilation: evidence of tension reduction. *Archives of Suicide Research*, 4, 227-242.

20. Brakoulias, V., Ryan, C., & Byth, K. (2006). Patients with deliberate self-harm seen by a consultation-liaison service. *Australian Psychiatry*, 14, 2, 192-197.
21. Broers, E. & De Lange, J. (1998). *Hulpverlening bij zelfverwonding in de psychiatrie. Achtergronden, verpleegprocessen en keuzen in de zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
22. Broocks, A. (2005). Körperliches Training in der Behandlung psychischer Erkrankungen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 48, 914–921.
23. Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., Hillmer-Vogel, U., & Rüther, E. (1998). Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 5, 603-609.
24. Claes, L. (2004). Self-injury in eating disorders. Thesis. Catholic University. Leuven, Belgium.
25. Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2004). Zelfverwondend gedrag: een overzicht van de varianten en verschillende betekenissen. *Psychopraxis*, 5, 181-187.
26. Cook, S., Clancy, C., & Sanderson, S. (2004). Self-harm and suicide: care, interventions and policy. *Nursing standard*, 18, 43, 43-55.
27. Crowe, M. (2004). Never good enough – part 1: shame or borderline personality disorder? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11, 3, 327-335.
28. Crowe, M. & Bunclark, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12, 48-53.
29. Dallam, S.J. (1997). The identification and management of self-mutilating patients in primary care. *Nurse Practitioner*, 22, 5, 151-153,159-160,162-165.
30. Deiter, P. J., Nicholls, S. S. & Pearlman, L. A. (2000). Self-injury and self capacities: assisting an individual in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1173-1191.
31. Dennis M., Wakefield, P., Molloy, C., Andrews, H., & Friedman, T. (2005). Self-harm in older people with depression. Comparison of social factors, life events and symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 186, 538-539.
32. Drew, B. L. (2001). Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15, 99-106.
33. Duffy, L. (2006). Self-injury. *Psychiatry*, 5, 8, 363-369.
34. Evans, J. (2000). Interventions to reduce repetition of deliberate self-harm. *International Review of Psychiatry*, 12, 44-47.
35. Evans, M. O., Morgan, H. G., Hayward, A., & Gunnell, D.J. (2000). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 175, 23-27.
36. Evans, K., Tyrer, P. Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., & e.a.(1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29, 19-25.
37. Faulkner, G., & Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9, 659-665.
38. Fontana, D. (1989). *Managing Stress*. The British Psychology Society and Routledge, Ltd., 1989 From: <http://honolulu.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/stress.htm>.
39. Freeman W.J. (2003). Neurodynamic models of brain in psychiatry. *Neuropsychopharmacology*, 28, 54-63.
40. Goldney, R. (2004). Manual assisted cognitive behaviour therapy is as effective as treatment as usual for deliberate self-harm, but is more cost effective. *Evidence-Based Mental Health*, 7, 1, 15.
41. Haw, C., Houston, K., Townsend, E., & Hawton, K. (2002). Deliberate self harm patients with depressive disorders: treatment and outcome. *Journal of Affective Disorders* 70, 57–65.

42. Haw, C., Hawton, K., Whitehead, L., Houston, K. & Townsend, E. (2003). Assessment and aftercare for deliberate self-harm patients provided by a general hospital psychiatric service. *Crisis*, 24, 145-150.
43. Hawton, K., Haw, C., Houston, K. & Townsend, E. (2002). Family history of suicidal behavior: prevalence and significance in deliberate self-harm patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 387-393.
44. Hawton, K., Harris, L., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (2004). Self-cutting: patient characteristics compared with self-poisoners. *Suicide and life-threatening behaviour*, 34, 3, 199-208.
45. Hesdon, B. (2003). Relationship of sexual abuse to motivation for strenuous exercise. *The Journal Of Sports Medicine And Physical Fitness*, 43, 2, 213-219.
46. Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., & van Heeringen, K. (2007). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
47. Huband, N. & D. Tantam (2000). Attitudes to self-injury within a group of mental health staff. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 495-504.
48. Huband, N., & Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 413-428.
49. Ikeda, R., Mahendra, R., Saltzman, L., Crosby, a., Willis, L., Mercy, MA., J., Holmgreen, P., & Annett, JL. (2002). *Morbidity & Mortality Weekly Report*, 51, 20, 436-438.
50. Jones, K.M., Swearer, S.M., & Friman, P.C. (1997). Relax and try this instead: abbreviated habit reversal for maladaptive self-biting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30,4, 697-699.
51. Klock, S.C., & DaSouza, M.J. (1995). Eating disorder characteristics and psychiatric symptomatology of eumenorrhic and amenorrhic runners. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 2, 161-166.
52. Klonsky E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239
53. Knapen, J., van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pietersen G., et al. (2003). Improvements in physical fitness of non-psychotic psychiatric patients following psychomotor therapy programs. *Journal of Sports Medicine & Physical Fitness*, 43, 4, 513-522.
54. Knapen, J., van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pietersen G., et al. (2005). Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 6, 353-361.
55. Kopp, C. (1989). Regulation of distress and negative emotions: a developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 3, 343-354.
56. Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (2000). Werkboeken: 1) Doe jezelf minder pijn / werken aan schadebeperking; 2) Werken aan zelfbeschadiging.
57. Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (2001). *Werkboek Zelfhulp bij zelfbeschadiging*. Vertaling van: 'Self-help for self-injury', by L. Arnold. Bristol Crisis Service for Women, 1998.
58. Lefevre, S. J. (1996). *Killing me softly: self harm, survival not suicide*. Gloucester, North Wales: Handsell Publications ACT.
59. Levenkron, S. (2006). Zelfbeschadiging. Zelfbeschadiging begrijpen en overwinnen. SWP, Amsterdam.
60. LifeSIGNS – Self Injury Awareness Booklet (2004). Information for health care workers, family, friends and teachers of people who harm themselves. Self Injury Guidance & Network Support. www.lifesigns.ukf.net
61. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.

62. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs treatment by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
63. Lit, A.C.(1978). *Nieuwe psychiatrie. Een systeembenadering*. Stenfert Kroese b.v.. Leiden/Antwerpen.
64. Lit, A.C. (1992). *Integrale psychiatrie. Een systeemtheoretische basis voor multidisciplinair werken*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
65. McAllister, M., Matarasso, B., Dixon, B., & Shepperd, C. (2004). Conversation starters: re-examining and reconstructing first encounters within the therapeutic relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 575-582.
66. McAllister, M, & Walsh, K. (2003). CARE: a framework for mental health practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 39-48.
67. Muehlenkamp, J.J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 2, 166-185.
68. Meyer, T., & Broocks, A. (2000). Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases. Guidelines for exercise testing and prescription. *Sports Medicine*, 30(4), 269-279.
69. Namji, S., Wegner, D.M., Nock, M.K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1957-1965.
70. National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the NICE (2004). Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. The British Psychological Society & the Royal College of Psychiatrists. Leicester, UK.
71. Nijman H, Palmstierna T, Stolker JJ. (2004). *Self-Harm Scale*. Academisch Centrum Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen.
72. O'Donovan, A., & Gijbels, H. (2006). Understanding psychiatric nursing care with nonsuicidal self-harming patients in acute psychiatric admission units: the views of psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 4, 186-192.
73. Owens, D. (2006). Services for assessment and aftercare following self-harm. *Psychiatry*, 5, 8, 271-274.
74. Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
75. Penninx, B.W., Rejeski, W.J., Pandya, J., Miller, M.E., Di Bari, M.,Applegate, W.B., & Pahor, M. (2002). Exercise and depressive symptoms: a comparison of aerobic and resistance exercise effects on emotional and physical function in older persons with high and low depressive symptomatology. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 57 2, 124-32.
76. Perseus, K., Öjehagen, A. & Ekdahl, S. (2003). Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioral therapy: the patients' and the therapists' perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 218-227.
77. Potter, M.L., Vitale-Nole, R., & Dawson, A.N. (2005). Implementation of safety agreements in an acute psychiatric facility. *J Am Psychiatr Nurses Ass*, 11, 33, 144-155.
78. Reece, J. (2005). The language of cutting: initial reflections on a study of the experiences of self-injury in a group of women and nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 561–574.
79. Reynolds, W.J., & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 363-370.
80. Rosen, P.M., & Heard, K.V. (1995). A method for reporting self-harm according to level of injury and location on the body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 381-385.

81. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm (2004). Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for the management of adult deliberate self-harm. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 868-884.
82. Salzmänn-Erikson, M., & Eriksson, H. (2005). Encountering touch: a path to affinity in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 843-852.
83. Schoppmann, S. (2003). "Dann habe ich ihr einfach meine Arme hingehalten". *Selbstverletzendes Verhalten aus der Perspektive der Betroffenen*. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber.
84. Schoppmann, S, Schröck, R., Schnepf, W., & Büscher, A. (2007). 'Then I just showed her my arms...' Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behaviour. A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 587-597.
85. Schouten, K. (1998). *Systeemgericht werken op de psychiatrische afdeling*. Leuven/Amersfoort: Acco.
86. Simpson, A. (2004). The lived experience of self-cutting and recovery from self-cutting: a co-grounded theory (Thesis). *University of Newcastle upon Tyne*.
Simpson A. (2006). Can mainstream health services provide meaningful care for people who self-harm. A critical reflection. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13, 429-436.
87. Skorin, L. (2006). Are your patients hurting themselves? *Review Of Optometry*, 143, 4, 41-46.
88. Smith, C., Cox, D. & Saradjian, J. (1998). *Women and Self-harm*. The Women's Press, London.
Smith, S. E. (2002). Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 595-601.
89. Stone, J.A., & Sias, S.M. (2003). Self-injurious behaviour: A bi-modal treatment approach to working with adolescent females. *Journal of Mental Health Counseling*, 25, 2, 112-125.
90. Townsend, E., Hawton, K., Altman, D. G., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P. et al., (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, 31, 979-988.
91. Tyrer, P., Jones, V., Thompson, S., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K. et al., (2003). Service variation in baseline variables and prediction of risk in a randomised controlled trial of psychological treatment in repeated parasuicide: the popmact study. *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 58-69.
92. Tyrer P; Tom B; Byford S; Schmidt U; Jones V; Davidson K; Knapp M; MacLeod A; Catalan J (2004). Differential effects of manual assisted cognitive behavior therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the POPMACT study. *Journal Of Personality Disorders*, 18, 1, 102-116.
93. Verheul R., Van Den Bosch L.M., Koeter, M.W., De Ridder, M.A., Stijnen, T. & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British journal of Psychiatry*, 182, 135-40.
94. Wallenstein, M.B. & Nock, M.K. (2007). Physical exercise as a treatment for non-suicidal self-injury: evidence from a single-case study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 2, 350-351.
95. Yates, M.T. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.
96. Zlotnick, C., Mattia, J. & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 296-301.

Bijlage 3: Eindnoten

- 1 Huband & Tantam, 2000; O'Donovan & Gijbels, 2006
- 2 Cook e.a. 2004
- 3 Bowles, 2002; McAllister, 2003
- 4 Duffy, 2005; NICE, 2004; Reynolds & Scott, 1999
- 5 Bosman & van Meijel, 2006 en 2007
- 6 Claes e.a., 2004
- 7 Lit, 1978, 1992
- 8 Reece, 2005; Schoppmann, 2003
- 9 Fontana, 1989
- 10 Ikeda e.a., 2002; Hawton e.a., 2002; Favazza e.a. in Deiter e.a., 2000; RIVM van www.rivm.nl
- 11 Drew, 2001; Zlotnick e.a., 1999
- 12 Bohne e.a., 2005
- 13 Adler & Adler, 2005; Bosman & Van Meijel 2006, 2007; Brakoulias e.a., 2006; Dennis e.a., 2005; Haw e.a., 2002; Skorin, 2006
- 14 Bosman & Van Meijel, 2006, 2007; Lefevre, 1996; Simpson, 2004; Smith e.a., 1998; Yates, 2004
- 15 Broers & De Lange, 1998
- 16 Bosman & van Meijel, 2006, 2007; Brain e.a., 1998; Dallam, 1997; Klonsky, 2007; Najmi e.a., 2007; Schoppmann e.a., 2007
- 17 Barr e.a., 2005; Bennewith e.a. 2005; Bohne e.a., 2005; Bosman & Van Meijel, 2006, 2007; Duffy, 2006
- 18 Simpson, 2004
- 19 Levenkron, 2006; Lit, 1978, 1992; Simpson, 2004
- 20 Guthrie e.a., in Owens, 2006
- 21 Schouten, 1998
- 22 Baum, 1991; Freeman, 2003
- 23 Knapen e.a., 2003
- 24 Bennewith e.a., 2004; Bosman & van Meijel, 2006, 2007; Levenkron, 2006; McAllister e.a., 2004
- 25 Kopp, 1989
- 26 Salzmann-Erikson & Eriksson, 2005; Schoppmann, 2003
- 27 Bosman & van Meijel, 2006, 2007; Levenkron, 2006; McAllister & Walsh, 2003
- 28 McAllister e.a., 2004
- 29 Barr e.a., 2004; Bosman & van Meijel, 2006, 2007; Bracke e.a. 2001; Haw e.a., 2002; Owens e.a., 2002; RANZCP, 2003
- 30 Bosman & van Meijel, 2006, 2007; Pawlicki & Gaumer in Broers & De Lange, 1998; Crowe, 2004; Schoppmann e.a., 2007
- 31 Zie reviews van Bosman & van Meijel, 2006, 2007; Evans, 2000; Hawton e.a. 2007; Muehlenkamp 2006; NCCMH, 2004; RAZCP, 2004
- 32 Hawton e.a., 2004; Townsend e.a., 2001
- 33 Linehan, 1993
- 34 Muehlenkamp, 2006
- 35 Alper & Peterson, 2001; Bennewith e.a., 2002; Bohus e.a., 2004; Linehan in Hawton e.a., 2004; Linehan e.a., 2006; Perseus e.a., 2003
- 36 Verheul e.a., 2003
- 37 Evans e.a., 1999; Goldney, 2004; Tyrer e.a., 2003, 2004; zie ook Muehlenkamp, 2006.

-
- 38 Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2003
- 39 Evans e.a., 2000; Haw e.a., 2003
- 40 Cotgrove, en Morgan in Hawton e.a., 2004
- 41 Drew, 2001: geen RCT maar een retrospectief onderzoek.
- 42 Bennewith e.a., 2002
- 43 Drew, 2001
- 44 Hawton e.a., 2004
- 45 Boevink & Esher, 2001
- 46 In de literatuur worden wel enkele onderzoeken beschreven waaruit blijkt dat het inzetten van lichamelijke interventies bij mensen met een verstandelijke beperking een positief effect heeft maar deze worden hier niet behandeld omdat deze groep buiten onze doelgroep valt. Toekomstig onderzoek zou deze nader moeten bestuderen.
- 47 Wallenstein & Nock, 2007
- 48 Jones e.a., 1997
- 49 Huband & Tantam, 2004
- 50 Broocks e.a., 1998; Penninx e.a., 2002
- 51 Broocks, 2005
- 52 Knapen e.a., 2003, 2005
- 53 Brain e.a., 1998
- 54 Faulkner & Biddle, 2002
- 55 Meyer & Broocks, 2000
- 56 Hesdon, 2003; Klock & DeSouza, 1995
- 57 Op basis van Meeting Immediate Needs Inventory –Crisis (MINI-C) van Potter e.a., 2005
- 58 Stone & Sias, 2003
- 59 Claes, Vandereycken & Vertommen, 2004
- 60 Self-harm scale van Nijman e.a., 2004
- 61 In navolging van o.a. de Landelijke Stichting Zelfbeschadiging waarbij ervaringsdeskundigen een zogenaamde 'nooddoos' adviseren.
- 62 Crowe & Bunclark 2000; James, 2003
- 63 LifeSIGNS – Self Injury Awareness Booklet, 2004
- 64 Landelijke Stichting Zelfbeschadiging; LifeSIGNS – Self Injury Awareness Booklet, 2004
- 65 Rozen & Heard, 1995
- 66 Claes, 2004
- 67 Herziene versie van de Landelijke Stichting Zelfbeschadiging in samenwerking met M. Bosman (2007).