



et

perron

Tijdschrift van het

Psychiatrisch Ziekenhuis
Onze-Lieve-Vrouw Brugge

en het

Psychotherapeutisch Centrum
Rustenburg Brugge

Colofon

Het Perron is het driemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de Westvlaamse huisartsen en de psychiaters en ggz-voorzieningen in Vlaanderen.

27e jaargang nr. 1, januari - februari - maart 2011

Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2100 exemplaren

Redactieraad

Dr. Françoise Verfaillie, psychiater

Dr. Chris Bervoets, psychiater

Piet Decoster, psycholoog-psychotherapeut

Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg

Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg

Verantwoordelijke uitgever

Zr. Mieke Kerckhof, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

Ontwerp, vormgeving en druk

Positief Beeld

Correspondentie



PTC Rustenburg
Oude Oostendesteenweg 43
8000 Brugge
rustenburg@rb.gzgj.be
www.ptcrustenburg.be
tel. 050 31 81 65 fax 050 31 08 99



PZ Onze-Lieve-Vrouw
Koning Albert I-laan 8
8200 Brugge
info@olv.gzgj.be
www.pzolv.be
tel. 050 30 18 00 fax 050 30 18 01

Omgaan met zelfverwondend gedrag

Inleiding

Zelfverwonding presenteert zich als een agressieve act.

Het lichaam spreekt wat niet kan verwoord worden.

Het elimineren en evacueren van ondraaglijke interne impulsen vindt geen weg in woorden.

Ruw, hard en grensoverschrijdend vraagt en provoceert deze act een antwoord bij de zorgende moeder en de begrenzende vader.

Telkens opnieuw in de herhaling zoekt het interdisciplinair team woorden voor deze act in een wet, een houding, een betekenis.

De patiënt richt zich met zijn wonde in eerste instantie tot de verpleegkundige in een contact dat naast directe zorg een *aanwezig zijn* en een woord moet inhouden. Zoals een 'good-enough mother' bij een koortsig kind op zoek gaat naar een thermometer, de juiste pijnstillers en een bed, zoekt de verpleegkundige in het begeleiden van zelfverwondend gedrag een specifieke attitude via eenheid van behandeling.

De vakgroep Verpleegkunde heeft via discussie en literatuur dit ver-

pleegkundige begeleiden van zelfverwonding willen omschrijven. Het resultaat is een overzicht van instrumenten dat de verpleegkundige een zeker houvast kan bieden.

Deze verpleegkundige begeleiding is geen doel op zich en wil aanvullend zijn in het bevorderen van het psychotherapeutisch proces via verdere associatie en uitdieping, individueel en in groep.

Dit schrijven is dan ook op te vatten als een eerste aanzet tot discussie over deze toch wel prangende en ingrijpende problematiek, een poging tot antwoord vanuit de basis op het instigerende reële van de klinische praktijk.

Wat zijn onze doelstellingen in de verpleegkundige begeleiding van zelfverwondend gedrag?

We ondersteunen de gedachte dat de patiënt en de verpleegkundige gezamenlijk uitgenodigd worden om tot een proces te komen, waarbij de patiënt geheel of gedeeltelijk de controle loslaat over zijn zelfverwondend gedrag. Via spreken, experimenteren en handelen maakt de patiënt zich ego-ondersteunende activiteiten eigen, zowel individueel als in groep.

Wat kunnen concrete handvatten zijn om dit proces te bevorderen?

1. attitude
2. preventie
3. gesprek na de zelfverwonding
4. eenduidige attitude in verzorging
5. egoversterkende activiteiten
6. de groep

1.attitude

Patiënten met zelfverwondend gedrag etaleren gebrekkige vaardigheden wat betreft het reguleren van hun emoties.

Dit gebrek lijkt veroorzaakt te worden door een combinatie van een biologische overgevoeligheid voor emotionele prikkels en een invalide omgeving tijdens de vroege ontwikkeling.

Patiënt heeft een zeer krachtig gedrag ontwikkeld om heftige emoties te hanteren.

Zelfverwonding werkt goed op korte termijn om sterke emoties en spanning te reduceren.

Dit gedrag is echter op zich invaliderend naar de omgeving toe doordat het een negatieve reactie oproept, namelijk: het is je eigen schuld.

Dat impliceert dat je als verpleegkundige de opdracht hebt deze realiteit binnen te brengen in je

begeleiding. Het dient vaak herhaald te worden dat dit gedrag niet kan.

“In de hulpverleningsrelatie kan men de indruk hebben dat men gemanipuleerd wordt door de patiënt. Manipuleren kan gedefinieerd worden als een gedrag waarbij er gezorgd wordt dat de andere doet of zegt wat jij wilt.

Dit gebeurt op een manier waardoor de hulpverlener zich er goed bij voelt. Bij borderline persoonlijkheidsstoornissen ervaren we manipulatie maar dit schiet zijn doel voorbij, want ze roepen boosheid op.” (Van Durnen, 2006)

Je van bovenstaande gedachten bewust worden in de begeleiding van patiënten met zelfverwondend gedrag kan je helpen om de begeleiding te dragen en te containen.

De boosheid bij jezelf kan gezien worden vanuit bovengenoemde manipulatie. Intervisie en ondersteuning vanuit je team zijn hierbij onontbeerlijk.

De exclusiviteit die gecreëerd wordt tijdens de begeleiding van patiënten met zelfverwondend gedrag moet bij de verpleegkundige ook voor een zekere alertheid zorgen.

We zijn erop alert dat we als ver-

pleegkundigen geen instrument worden in het automutilatief systeem van de patiënt. Regelmatige supervisie, zowel disciplinair als interdisciplinair lijkt ons noodzakelijk.

We stimuleren en onderzoeken samen met de patiënt wat de motivatie kan zijn tot het stoppen van zelfverwondend gedrag.

In de begeleiding zijn nabijheid en reflectie nodig.

Er wordt meermaals met elkaar afgesproken om te evalueren. De evolutie verloopt in kleine stapjes waarbij je het tempo van de patiënt volgt. De patiënt zit achter het stuur en de verpleegkundige coacht.

Een aandachtspunt waarin de begeleiding vaak faalt is “nogmaals” pogen de controle over te nemen. Zo kan het soms een keuze zijn dat de patiënt gevaarlijk materiaal bij zich heeft, omdat dit een gevoel van veiligheid voor hem kan betekenen.

Afbouwen van dit bezit van gevaarlijk materiaal kan dan in een latere fase gebeuren.

Ook wat frequentie betreft kan de patiënt met zichzelf afspreken om bijvoorbeeld 1x/week zelfverwonding toe te laten.

Het is niet de bedoeling dat de verpleegkundige controle krijgt

over de situatie.

Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt om op zoek te gaan naar een alternatief of verandering en het is aan de verpleegkundige om hiervoor een kader te bieden.

De verpleegkundige geeft erkenning dat zelfverwonding het beste middel is tot onmiddellijke emotieregulatie.

Geen enkel alternatief zal hetzelfde bevredigende resultaat kunnen geven. Wanneer de patiënt tot acceptatie kan komen van dit tekort, is de patiënt meer gemotiveerd tot verandering.

2. preventie

Bij opname wordt een verpleegkundige intake afgenomen. In het intakegesprek wordt bevraagd of patiënt zichzelf verwondt.

Blijkt uit de intake dat zelfverwonding een ernstig probleem is, dan wordt een gesprek gepland om verder inhoudelijk op het probleem in te gaan.

Bij incidenteel voorkomen wordt pas na de eerste keer dat de patiënt zichzelf verwondt, een gesprek gepland.

Het doel van dit gesprek is zicht te krijgen op de ernst en de functie

van de zelfverwonding. Dit kan gebeuren aan de hand van een zelfbeschrijvingsvragenlijst.

Deze lijst bevat een aantal richtvragen die het voorkomen en de beleving van het gedrag en de betekenis ervan in kaart kunnen brengen.

Deze richtvragen zijn:

- Naar gedrag

Hoe vaak komt de zelfverwonding voor? ... Hoeveelheid/frequentie?

Hoe gebeurt dit?

... Ernst van de verwonding?

Wanneer heb je je de laatste keer verwond?

Heb je pijn?

- Naar betekenis

Welke gedachten/gevoelens waren er vooraf?

Het is de bedoeling om zicht te krijgen op de functie van het zelfverwondend gedrag.

Ontspanning: opluchting, verslaving, afreageren, onaangename herinneringen verdrijven, verdooving...

Bevestiging krijgen: provocatie, uitdagen, aandacht en zorg vragen.

Stimulering: zichzelf prikkelen, oppeppen, in de realiteit komen, voe-

len dat men leeft...

Bestrafing: vanuit het zich schuldig voelen, zich zwak of ongedisciplineerd voelen.

Vernietigen: Vanuit een negatief zelfbeeld, gevoel van minderwaardigheid, zich onaantrekkelijk, weerzinwekkend maken, toetsen naar suïcidale gedachten en gedragingen.

Door het eerst te hebben over de betekenis en niet onmiddellijk over alternatieven en acties te spreken, worden het probleem en het individu au sérieux genomen.

3. gesprek na de zelfverwonding

In de begeleiding is voorspelbaarheid nodig. Er wordt meermaals met elkaar afgesproken om te evalueren.

De evolutie verloopt in kleine stapjes waarbij je het tempo van de patiënt volgt.

Het gesprek is niet schuldbeladend en niet invaliderend.

In het gesprek na de zelfverwonding ga je samen met de patiënt op zoek naar wat hem / haar tot zelfverwonding heeft aangezet.

Hierbij kunnen volgende vragen gehanteerd worden:

Wat gebeurde er precies?

Welke gedachten en gevoelens kwamen op? Hoe, wat heb je geprobeerd om het niet te doen? Welke alternatieven kunnen je in de toekomst ondersteuning geven?

Dit gesprek wordt niet gevoerd tijdens de verzorging van de wonde! Het is beter om een moment af te spreken, bijvoorbeeld de dag na dien.

Niettegenstaande het persoonlijk verhaal van de patiënt heeft de verpleegkundige de opdracht om dit gedrag te begrenzen, af te keuren en af te raden.

4. eenduidige attitude in verzorging

Na de zelfverwonding is het belangrijk dat de verpleegkundige de wonde ziet in functie van de toe te dienen verzorging.

De verzorging gebeurt technisch correct en neutraal, waarbij de verpleegkundige let op de eigen negatieve gevoelens tegenover de automutilant die in het team dienen besproken te worden.

Als het haalbaar is dan gebeurt de verzorging in de verzorgingsruimte.

Als het mogelijk is dan moet

er gekozen worden voor verzorgingsmateriaal dat niet dagelijks hoeft vervangen te worden.

Er wordt opnieuw een afspraak gemaakt in functie van de reeds gestarte begeleiding.

Littekens van anderen kunnen aanstootgevend zijn. Het is daarvoor goed om in aangepaste kledij te voorzien.

5. egoversterkende activiteiten: 'trial and error'

In het zoeken naar egoversterkende activiteiten is het ondersteunend om de voor- en nadelen van zelfverwondend gedrag in kaart te brengen.

Bijvoorbeeld

Voordeel :

Ik voel mij iemand, toon wat ik kan, doe, ik durf (identiteit)

Ik ervaar bewondering / afkeuring

Ik heb iets voor mezelf dat anderen (ouders, vrienden) niet weten
Geeft mij een goed gevoel.

(betekenis)

Nadeel:

Pijn

Verminking

Voel mij schuldig / gek

De voordelen van het zelfverwondend gedrag kunnen aanwijzen... welke activiteiten het zelfvertrouwen van de patiënt kunnen ondersteunen.

Bijvoorbeeld:

In het bovenstaand voorbeeld staat als voordeel :
ik toon, ik durf.

Welke activiteiten kunnen dit ondersteunen?

'Trial and error' staat centraal. Het is vallen en opstaan.

Als verpleegkundige is het goed dat je dit benoemt. Dat het een zoeken en proberen is. Het is een voortdurend containen van dit proces dat soms moeizaam verloopt.

6. de groep

De wonde enerzijds en het disfunctioneren van de emotieregulatie anderzijds, zorgen voor een groot appel op de context.

Als verpleegkundige kan je merken dat de leden van de groep op de afdeling wisselend reageren op de zelfverwonding van medebewoners.

Voor sommigen is het onverdraaglijk. Men kan ontwijken of boos worden. Sommige groepsleden vinden dit onbegrijpelijk of voe-

len zich onmachtig. Het kan in een taboesfeer gehouden worden: we spreken hierover niet.

Voor anderen kan het aanstekelijk werken. Het kan hun eigen drang naar zelfverwonding aanwakkeren.

Tot slot

Het is niet zo dat deze aanpak een zekerheid geeft omtrent enig resultaat. Hoogstens biedt hij de verpleegkundige een houvast zodat die zich niet overgeleverd voelt aan de destructieve oplossingen van de patiënt in kwestie. De begeleiding laat de patiënt toe te aanvaarden dat er alternatieven kan gewerkt worden zonder dat deze dezelfde directe bevrediging geven.

De vakgroep verpleegkunde PTC Rustenburg

Els Vandaele

Trui Van Belle

Frank Lanzweert

Brigitte Dassen

Dirk Benoot

Bibliografie

Ghysens, R., Lowyck, B., Vermote, R., (2010), Tijdschrift voor psychiatrie, *'Pyschodynamische visie op auto-*

mutilatie bij borderline-persoonlijkheidsstoornis; jaargang 52, nr. 5.

Van Durnen, P., (2006), Tijdschrift voor groepsdynamica en psychotherapie, Groepen, *'Dialectische gedragstherapie'* jaargang 1, nr. 3, p 36-45.

Claes, L., Vandereycken, W., (2007) *'Zelfverwonding, hoe ga je ermee om?'* uitgeverij Lannoo.



Bristol-Myers Squibb Belgium

met de steun van



JANSSEN-CILAG

De behandeling van de geagiteerde patiënt

De behandeling van geagiteerde patiënten behoort tot de dagelijkse praktijk in zowel psychiatrische hulpverlening als in andere klinische sectoren.

Bovendien ontwikkelt zich een nieuwe stroming binnen de psychiatrische hulpverlening, namelijk urgentiepsychiatrie en intensieve-zorgen-psychiatrie.

Beide functies hebben in toenemende mate te maken met deze groep van acuut zieke patiënten, meestal trouwens vooraleer er een duidelijke categoriale diagnostiek kon worden uitgewerkt.

Door deze hoge frequentie en de toenemende concentratie van deze patiënten op bovengenoemde gespecialiseerde diensten is het dan ook van groot belang om, met de bedoeling te komen tot vergelijkbare gegevens tussen diensten voor wat betreft effectiviteit en veiligheid van interventies, duidelijke richtlijnen en procedures te formuleren vanuit het wetenschappelijk onderzoek.

De eerste te beantwoorden vraag is dan ook of er zulke richtlijnen en procedures bestaan, gestoeld op uitkomsten van gedegen wetenschappelijk onderzoek.

De afdeling Psychiatrische Inten-

sieve Zorg (Afdeling 51) van het PZ Onze-Lieve-Vrouw organiseerde, samen met UPC KU Leuven campus Kortenberg en EPSI van AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV/AZ Sint-Lucas op 18 februari 2011 dan ook een symposium¹ over dit thema.

Een internationale groep sprekers kon resultaten voorleggen van het onderzoek in de twee grote pijlers van interventies in acute agitatie: de farmacologische aanpak en de afzonderingsaanpak (al dan niet met bijbehorende fixatie).

De farmacologische aanpak

De farmaceutische industrie heeft sinds de introductie van de psychofarmaca een groot aantal producten aangeleverd, die een therapeutisch effect hebben in geval van acute agitatie.

Een grote groep antipsychotica, benzodiazepines en stemmingsstabilisatoren wordt gebruikt door artsen met verschillende vooropleidingen en in verschillende klinische contexten (van de eerste lijn over psychiatrische diensten tot spoedgevallendiensten en somatische intensieve zorgen afdelingen).

Het is niet overdreven om te stellen dat artsen meestal gebruik maken van therapeutische sche-

ma's die ze ooit in hun opleiding leerden kennen en waar ze zeer goed vertrouwd mee zijn geraakt in hun klinisch werk.

Deze schema's zijn bovendien verschillend voor verschillende artsen, ondanks het feit dat ze eenzelfde klinische doelstelling hanteren, namelijk de acuut geagiteerde patiënt tot kalmte brengen.

Er is echter weinig geweten over de effectiviteit van deze verschillende farmacologische schema's, in termen van benodigde hoeveelheid sedatie, snelheid tot inductie van sedatie en duur van een effectieve behandeling.

Ook over de veiligheid van dit soort aanpak is weinig bekend; wat zijn bijvoorbeeld de optimale dosisregimes om te garanderen dat er geen bijwerkingen zijn op korte en lange termijn?

Caroline Parker² gaf op het symposium een overzicht van de verschillende middelen, die ter beschikking staan van de clinicus en het viel op hoeveel farmaceutische verschillen en tolerantieprofielen er zijn tussen de producten gebruikt in rapid tranquillization programs.

Bij gebrek aan een golden standard is het bovendien onmogelijk om deze totaal verschillende strategieën met elkaar te gaan vergelijken.

Dr. Clive Adams³ besprak verschillende studies vanuit het perspectief van de ecologische validiteit van de uitgevoerde studies.

Het moet inderdaad gezegd dat deze studies, hoewel meestal van een uitstekende interne validiteit en een rigoureuze methodologische opzet, patiëntengroepen includeren, die niet representatief zijn voor de populatie die men in de dagelijkse praktijk zal behandelen.

Dit beperkt dan ook ernstig de relevantie van de resultaten voor de clinicus en deze kunnen ook niet gebruikt worden voor het ontwerpen van richtlijnen. Uit de enkele studies met hoge interne en externe validiteit kon het opmerkelijke besluit geformuleerd worden dat lorazepam nog steeds een voorkeurspreparaat is in deze behandeling, al dan niet geassocieerd met het "ouderwetse" promethazine!

Ten slotte werd uit het doctoraatsonderzoek van Dr. Laurette Goedhard⁴ duidelijk dat in Nederland zeer verschillende therapeutische strategieën worden gehanteerd met zeer wisselend resultaat.

Hoewel er geen gegevens bestaan voor België lijkt het waarschijnlijk dat een gelijke diversiteit in schema's ook hier aanwezig is.

Niet-farmacologische strategieën

Agitatie, en dan zeker deze vormen waarbij ook grensoverschrijdend gedrag en agressie aanwezig is, wordt niet zelden behandeld met afzondering (en fixatie), al dan niet in combinatie met medicatie.

Len Bowers⁵ is een internationale autoriteit in het onderzoek naar de relatie tussen agressief gedrag en de manier van interveniëren door teamleden.

Uit zijn onderzoek blijkt duidelijk dat geagiteerd en agressief gedrag niet steeds te kaderen is in een primaire pathologie bij de patiënt maar dat het regelmatig ook een gevolg is van omgevingsfactoren in de behandelcontext.

Deze factoren moeten uiteraard uit het onderzoek geweerd worden, wil men tot een correcte methodologie komen voor wat betreft studies van effectiviteit en veiligheid van afzondering. Samen met Irina Georgieva⁶ toonde hij aan dat de korte- en langetermijneffecten van afzonderingsstrategieën gering zijn, wat op zijn minst aanleiding moet geven tot een erg voorzichtig omspringen met deze interventies. Bovendien is er zeer weinig bekend over de veiligheidsaspecten van verschillende afzonderings- en fixatie-technieken.

Besluit

Deze studiedag toonde aan dat de aanpak van agitatie en agressie zeer heterogeen is in verschillende klinische situaties en dat er zo goed als geen gestandaardiseerd en evidence based protocol is. Onderzoek dat methodologisch goed in elkaar zit en grote ecologische validiteit bezit is zeldzaam, zowel voor medicamenteuze als voor niet-medicamenteuze interventies. In de wetenschap dat beide strategieën in de algemene bevolking erg emotionele reacties oproepen (“platspuiten”, “opsluiten”) kan alleen maar een pleidooi gehouden worden voor het verder uitbouwen van gespecialiseerde afdelingen voor de behandeling van deze indicaties, liefst met een ingesloten onderzoeksopdracht. Deze evolutie zal hopelijk binnen enkele jaren meer licht kunnen werpen op de manier om veilig en efficiënt agitatie in te dijken tijdens een hospitalisatie of in een urgentiecontext.

Dr. Chris Bervoets
Psychiater Afdeling Psychiatrische
Intensieve Zorg,
PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge

¹ het PZ Onze-Lieve-Vrouw, UPC KU Leuven campus Kortenberg en EPSI AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV/AZ Sint-Lucas traden op als

host voor NAPICU (National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Secure Units, UK) die hiermee haar eerste Quarterly Meeting buiten de UK organiseerde.

² Caroline Parker is Consultant Pharmacist for Adult Mental Health Services Central & North West London NHS Foundation Trust, UK

³ Dr. Clive Adams is verbonden aan de universiteit van Nottingham, UK en aan het Cochrane Institute

⁴ Dr. Laurette Goedhard is verbonden aan de universiteit van Utrecht, Nederland

⁵ Len Bowers is verbonden aan de City University of London, UK

⁶ Irina Georgieva is verbonden aan het PZ Halsteren en de Universiteit Rotterdam, Nederland



www.astrazeneca.be

AstraZeneca 

Als wereldleider van de farmaceutische industrie is het onze roeping om medicijnen te ontwikkelen die zieken genezen en de levenskwaliteit van patiënten verbeteren op 7 therapeutische gebieden met, onder meer recente ontwikkelingen inzake borst- en longkanker en de behandeling van cholesterol of van veneuze tromboses.

Om dit doel te bereiken, geloven wij in innovatie. Bij ons krijgt innovatie niet alleen vaste vorm door grote investeringen op het vlak van R&D maar ook door het zoeken naar nieuwe ideeën die een grote vooruitgang voor de gezondheid inhouden en leiden tot nieuwe samenwerkingsverbanden met onze partners.

Bovendien sporen wij graag op alle vlakken aan tot creativiteit, want hoe meer goede ideeën, hoe meer onze werknemers, de spelers in de gezondheidszorg en de hele gemeenschap hier profijt uit kunnen halen.

Elke dag opnieuw zet ons devies "life inspiring ideas" ons aan om nieuwe wegen in te slaan, met als doel hechte en duurzame relaties uit te bouwen en bij te dragen aan eenieders ontplooiing.

life inspiring ideas

Ogilvy&Mather

