

Verpleegkundige begeleiding bij automutilatie: balanceren tussen begrip en onbegrip

Een exploratief onderzoek

Bart Debyser, Eddy Deproost, Jan Callens en Sofie Verhaeghe

Samenvatting

DOEL. Dit exploratief kwalitatief onderzoek is bedoeld om inzicht te verwerven in hoe verpleegkundigen en patiënten automutilatie en de verpleegkundige benadering ervan beleven.

METHODE. Een kwalitatieve studie, gebaseerd op de principes van 'grounded theory', werd uitgevoerd in een middelgroot psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen bij vijf psychiatrisch verpleegkundigen met ervaring op het vlak van automutilatie en bij acht patiënten die automutileren. Bij de analyse van de interviews werd gebruikgemaakt van de constante comparatieve methode.

RESULTATEN. Er werd een werkkader ontwikkeld dat inzicht biedt in hoe verpleegkundigen en patiënten automutilatie ervaren. De cruciale elementen hierin zijn het door de patiënt ervaren begrip of onbegrip. Het ervaren van begrip blijkt de drempel tot automutileren te verhogen. De kernopdracht van de verpleegkundige is bijgevolg de patiënt laten ervaren dat hij begrepen wordt. Dit kan onder andere door meer controle bij de patiënt te laten, verbondenheid te creëren en een klimaat uit te bouwen dat verdere beschadiging voorkomt.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE. Het ontwikkelde werkkader kan een basis vormen voor het opzetten van de verpleegkundige zorg bij automutilatie. Verder onderzoek kan het werkkader verfijnen, verdiepen en onderbouwen.

Trefwoorden: automutilatie, beleving, verpleegkundige-patiëntrelatie, psychiatrische verpleegkunde.

Inleiding

In dit artikel wordt een exploratief kwalitatief onderzoek voorgesteld dat uitgevoerd werd in een middelgroot psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen. Aanleiding voor dit onderzoek was de behoefte om in het ziekenhuis de verpleegkundige zorg in

verband met automutilatie te optimaliseren. Omdat zorg effectiever is als ze aansluit bij de directe behoeften van de zorgvrager, werd gekozen om de behoeften op het vlak van zorg bij automutilatie in kaart te brengen. Daarbij werd gefocust op beleving van de zorg.

Voorafgaand aan het onderzoek werd een literatuurstudie uitgevoerd om zicht te krijgen op de beleving van de verpleegkundige zorg bij zelfverwondend gedrag. Met behulp van een zoekfilter, bestaande uit een combinatie van de zoektermen 'self-injurious behavior', 'self-harm', 'psychia-

Wat is bekend?

- Verpleegkundigen voelen zich onzeker in het omgaan met zelfverwondend gedrag. Ze ervaren de zorg als belastend en emotioneel uitputtend.

Wat is nieuw?

- Het door de patiënten ervaren begrip of onbegrip is cruciaal in de zorg bij automutilatie. De kernopdracht van de verpleegkundige is de patiënt laten ervaren dat hij begrepen wordt, waarbij op een volgehouden en geïndividualiseerde manier geïnvesteerd wordt in de relatie en sensitief ingespeeld op signalen van ervaren onbegrip.

Wat betekent dit voor de praktijk?

- Dit onderzoek benadrukt het belang van de interpersoonlijke relatie tussen patiënt en verpleegkundige in de betekenisverlening en beleving van automutilatie. Het voldoende ondersteunen van verpleegkundigen in deze opdracht is belangrijk.

tric nursing', 'nurse-patient relations' en 'inpatient', werden de databanken Pubmed, Web of Science en Cinahl doorzocht. Op basis van titel en abstract werden zestien artikelen weerhouden die de beleving van automutilatie en/of de verpleegkundige zorg van automutilatie als focus hadden.

Automutilatie is een veelvoorkomende, complexe en onderschatte problematiek in de residentiële psychiatrie (1). Een objectieve schatting maken van de frequentie van automutileren is moeilijk. Redenen daarvoor zijn: het heimelijk karakter dat automutilatie kenmerkt, het gegeven dat automutilatie een moeilijk af te lijnen en te definiëren problematiek is en het taboe dat er op rust (1). Automutilatie, in deze studie gedefinieerd als 'het zichzelf toebrengen van lichamelijke pijn of letsel (2), zonder bewuste suïcidale intentie' (3), verschilt van suïcide, maar heeft er wel enige relatie mee. Longitudinaal onderzoek toont immers aan dat bij recidief van automutilatie meer suïcides optreden dan bij eenmalige automutilatie (4). Verpleegkundigen zijn vaak de eerste getuigen van een automutilatie-incident en verlenen zowel fysieke, psychologische als emotionele ondersteuning aan patiënten die zichzelf verwonden. Verpleegkundigen voelen zich vaak hulpeloos en onzeker in het hanteren van zelfverwondend gedrag (5), en automutilatie lokt sterke emoties uit bij verpleegkundigen. Zo kan automutilatie angst, kwaadheid of schuld induceren. Deze gevoelens kunnen ertoe leiden dat de verpleegkundige het contact met de patiënt verbreekt (6). Verpleegkundigen raken soms verward in een negatieve, automutilatieonderhoudende spiraal (7). Dit houdt het risico in dat patiënten gelabeld en gestigmatiseerd worden, vooral wanneer het zelfverwondend gedrag zich herhaalt (8). Bovendien kan alle verpleegkundige aandacht gericht zijn op het automutileren en niet op de patiënt als persoon (9,10). Reece stipt in dit kader aan hoe verpleegkundigen patiënten die zichzelf verwonden wijzen op de gevolgen van hun gedrag in plaats van met de patiënt de ervaren gevoelens en gedachten op het ogenblik van de zelfverwonding te exploreren (11). Verpleegkundigen vermijden soms het bespreekbaar maken van het zelfverwondend gedrag omdat ze vrezen dat daardoor het zelfverwondend gedrag bestendigd of versterkt zal worden (1,12). Het gevolg hiervan is dat verpleegkundigen vaak een afstandelijke houding aannemen ten opzichte

van patiënten die zichzelf verwonden. Patiënten voelen zich door een dergelijke houding minder erkend en gewaardeerd. Hun zelfwaarde, maar ook hun algehele welbevinden, wordt hierdoor negatief beïnvloed (12,13). De vele, soms tegenstrijdige, verklarende theorieën en benaderingen van zelfverwondend gedrag bemoeilijken het voor verpleegkundigen om zich professioneel af te stemmen op patiënten die zichzelf verwonden (10). Sommige auteurs wijzen erop hoe de zorg voor patiënten met automutilatie vaak beheerst wordt door een te sterke focus op intensieve monitoring, risicomanagement, suïcidetaxatie en suïcidepreventie (14,15). Bij een al te defensieve zorg verwaart de zorg bij automutilatie tot een technisch, routinematig gebeuren. Dit komt de relatievorming niet ten goede. In andere literatuur wordt dan weer een meer permissieve houding naar automutilatie gepropageerd. Vanuit de visie dat automutilatie een vorm van zelfbehoud is, wordt gepleit voor bijvoorbeeld het onder bepaalde voorwaarden tolereren dat patiënten zichzelf verwonden (6,16). In het schaarse onderzoek waarbij gehospitaliseerde patiënten met automutilatie bevraagd worden naar hun ervaringen met verpleegkundige zorg, wordt veel aandacht besteed aan het uitdragen van hoop, het realiseren van een vertrouwensband en het aandacht hebben voor herstelprocessen (12,13). In het licht van wat hiervoor beschreven werd, is het overdragen van deze houdingen in de verpleegkundige-patiëntrelatie voor de verpleegkundige geen sinecure. Dit onderzoek is opgezet om meer inzicht te verwerven in de beleving van automutilatie. Op basis van de bestaande literatuur kan belevingsgerichte zorg voor patiënten die zichzelf verwonden onvoldoende uitgebouwd worden. Het doel van de studie is te exploreren hoe gehospitaliseerde patiënten en verpleegkundigen automutilatie en de zorg bij automutilatie ervaren.

Methode

Design

Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethodologie gebaseerd op de principes van 'grounded theory'-onderzoek. De nadruk in dit onderzoek ligt op de beleving van (zorg bij) automutilatie. Daarbij staan percepties en ervaringen van patiënten en verpleegkundigen centraal. Om belevingsgerichte zorg wetenschappelijk te onderbouwen is kennis en onderzoek over ervaring en

beleving van patiënten noodzakelijk. Om ervaring en beleving op een genuanceerde wijze in beeld te brengen, is een kwalitatieve onderzoeksbenadering bijzonder geschikt (17-25). Kwalitatief onderzoek laat, beter dan andere onderzoeksstrategieën, toe de subjectieve aspecten van de werkelijkheid zichtbaar te maken. Dit voorkomt dat beleving en betekenisverlening te vlug gekanaliseerd worden in de gangbare psychologische verklaringsmodellen en daardoor moeilijker begrepen kunnen worden (21).

Selectie van respondenten

Om inzicht te verwerven in de beleving van patiënten en verpleegkundigen werden interviews afgenomen. De patiënten en verpleegkundigen werden gerekruteerd op twee jongerenafdelingen en een volwassenenafdeling van een middelgroot psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen. Deze afdelingen kenmerken zich door het aanbieden van een klinisch psychotherapeutisch zorgprogramma voor mensen met angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblematiek. De drie afdelingen hebben een relatief hoge caseload van patiënten met automutilatie.

Inclusiecriteria voor patiënten waren: (a) patiënten met een geschiedenis van automutilatie zoals gedefinieerd door Favazza en Conterio (3) als oppervlakkige tot gematigde automutilatie; (b) patiënten die automutileren tijdens hun ziekenhuisopname. Exclusiecriteria waren: (a) patiënten met een geschiedenis van automutilatie zoals gedefinieerd door Favazza en Conterio (3) als grove en of stevige automutilatie; (b) patiënten met een manifeste psychotische-problematiek-ontwikkelingsstoornis of mentale handicap. In samenspraak met de betrokken onderzoeksafdelingen werd een bijkomend exclusie criterium gehanteerd: het, op basis van anamnesegegevens, ingeschatte risico dat een interview over automutilatie een latent probleem van automutilatie zou kunnen triggeren en terug manifest maken.

Inclusiecriteria voor de verpleegkundigen was: 'binnen het team verpleegkundigen gezien worden als iemand die zowel over affiniteit als expertise beschikt in het omgaan met automutilatie'.

Datacollectie en data-analyse verliepen in een cyclisch proces. In eerste instantie werden patiënten en verpleegkundigen gerekruteerd op basis van variabiliteit in kenmerken zoals geslacht, leeftijd, voorgeschiedenis van of ervaring met automutilatie-

	Aantal	Geslacht	Leeftijd	Behandelsetting	Behandelingsfase	Automutilatie-frequentie
Patiënten	8	1: mannelijk 7: vrouwelijk	16-50 jaar	5: volwassenen-afdeling 3: jongerenafdeling	1: vroege behandelingsfase 6: behandelingsfase 1: ontslagfase	1: gestopt 2: maandelijks 2: wekelijks 3: dagelijks
Verpleegkundigen	5	1: mannelijk 4: vrouwelijk	25-60 jaar	3: volwassenen-afdeling 2: jongerenafdeling		

Tabel 1: Kenmerken van de participanten.

ren. Op basis van de analyses werd de rekrutering gericht. Er werd meer specifiek gezocht naar respondenten die door hun eigenheid en door specifieke kenmerken, zoals opleiding of frequentie van automutileren, de inzichten uit de eerste analyses konden verdiepen en verfijnen. In totaal werden acht patiënten en vijf verpleegkundigen geïnterviewd.

Ethische aspecten

Voor de meewerkende patiënten werd eerst toestemming gevraagd aan de psychiater. De hoofdverpleegkundige informeerde de patiënten zowel schriftelijk als mondeling over het onderzoek. Voor de afname van een interview nam de onderzoeker eerst contact op met de hoofdverpleegkundige of met de persoonlijk begeleider van de patiënt. Doel hiervan was om na te gaan of het interviewtijdstip niet storend was voor het individuele behandelingsplan. Alle patiënten kozen ervoor om het interview te laten plaatsvinden in een gesprekslokaal van hun afdeling. Voor het uitvoeren van de studie werd de goedkeuring verkregen van een onafhankelijk ethisch comité (15 juli 2008 erkenningsnummer OG135). Iedere deelnemer aan het onderzoek heeft een geïnformeerde toestemming ondertekend.

Datacollectie

Datacollectie gebeurde via semigestructureerde interviews. De focus in de interviews lag op: begrijpen wat automutilatie voor patiënten betekent en hoe ze automutilatie ervaren; zicht krijgen op de verpleegkundige-patiëntrelatie en op de omgevingscontext waarin automutilatie zich voordoet. Hiervoor werd gebruikgemaakt van een topiclijst. Deze topiclijst werd gebaseerd op literatuur en verfijnd en aangevuld door een verpleegkundig onderzoeker en door zes (hoofd)verpleegkundigen die ervaring hebben met het verplegen van patiënten die automutileren. In totaal werden dertien interviews

afgenomen (acht van patiënten en vijf van verpleegkundigen). Zoals eigen aan een grounded-theorybenadering waren de eerste interviews relatief open. Naarmate meer interviews afgenomen werden en de analyses vorderden, werden de interviews meer gestructureerd. De gemiddelde interviewtijd bedroeg 40 minuten. In tabel 1 worden de kenmerken van de verpleegkundigen en patiënten weergegeven.

Data-analyse en methodologische kwaliteit

De interviews werden op band opgenomen en getranscribeerd. Ze werden gecodeerd met het softwareprogramma QSR N6. Voor de analyse werd gebruikgemaakt van de constante comparatieve methode (19). Voor het coderen werden de stappen zoals geschetst door Wester (22) gebruikt. Data-analyse en datacollectie werden nauwkeurig gevolgd door een tweede onderzoeker (S.V.). Deze onderzoeker las alle interviews na op interviewtechniek en op inhoud. Ze maakte een eigen analyse van de interviews en op regelmatige tijdstippen werden de analyses van beide onderzoekers naast elkaar gelegd en besproken. Ideeën en elementen die in de discussie naar voor kwamen werden getoetst aan de data. Op basis van deze discussierondes en de toetsing ervan werd een analysetekst uitgeschreven. Deze tekst werd meerdere keren voorgelegd aan twee hulpverleners gespecialiseerd in zorg bij automutilatie (P.V. en J.C.) en aan een senior onderzoeker met specifieke vaardigheden in kwalitatief onderzoek (M.G.). Discussies tussen de onderzoekers en de hulpverleners leidden tot het uiteindelijke verslag van de resultaten.

Om de validiteit van de data, de analyses en het onderzoeksproces te bewaken, werd gebruikgemaakt van: onderzoekertriangulatie, audit en 'decision trail', peer debriefing en peer review.

Resultaten

Na een grondige analyse bleek er relevante informatie beschikbaar te zijn op een aantal terreinen. In wat volgt wordt stilgestaan bij factoren die na verwerking van de data als drempelverhogend of drempelverlagend werken voor automutilatie. Vervolgens wordt ingegaan op de manier waarop verpleegkundigen en patiënten automutilatie beleven en hoe ze hun relatie ervaren. Ten slotte wordt besproken wat patiënten en verpleegkundigen als betekenisvolle zorg ervaren.

Factoren die drempelverlagend of drempelverhogend werken voor automutilatie

Uit de data komt naar voor dat de drang van patiënten om te automutileren versterkt wordt als ze zich afgewezen of verlaten voelen, onbegrip ervaren, een kritische opmerking krijgen, zich vervelen of aanhoudend gespannen voelen, opgekropte kwaadheid ervaren, en geconfronteerd worden met strikt gehanteerde leefregels, drukte en een voor hen onverklaarbare inconsequente benadering of zorg. Ook het leefmilieu vormt soms een trigger tot automutilatie. Zo beleven sommige patiënten de afdeling als de plaats waar zich zaken herhalen die in het verleden als traumatiserend beleefd werden. Ook onvrijwillige blootstelling aan automutilatie bij medepatiënten is soms een uitlokkende factor tot zelfverwondend gedrag. Het kan er soms zelfs toe leiden dat niet-automutilerende patiënten experimenteren met zelfverwonding om na te gaan of het een effectieve methode is om zich beter te voelen. Uit de interviews komt naar voren dat dit vooral voorkomt bij jongere patiënten.

Patiënt: 'Ik heb het er moeilijk mee om het zelf altijd te verbergen en dan zijn er mensen op de afdeling die het wel om de aandacht doen. Ze lopen constant met een verbandje rond hun arm. Ze bazuinen

in de rookzaal rond dat ze gesneden hebben en zo. En dan weet je dat het voor aandacht is. (...) En dan zie je de anderen ook beginnen.'

Uit de analyses komen ook factoren naar voor die drempelverhogend kunnen zijn voor automutilatie. Met name een vertrouwde omgeving, beschikbaarheid van hulpverleners, het ervaren van steun en begrip, een zekere discretie en het niet uitvergrooten of stigmatiseren van automutilatie werken beschermend. Een rustige, overzichtelijke en voorspelbare omgeving die voldoende mogelijkheden biedt om zich te ontladen werkt eveneens beschermend. Voor de meeste patiënten is het ervaren van een positieve stemming ook eerder beschermend, hoewel een participant aangeeft dat ook een positief gevoel aanleiding geeft tot automutileren.

Patiënt: 'Als ik gelukkig ben, zou ik me ook durven kwetsen. Ja, hoe moet ik dat zeggen, omdat ik het niet kan geloven. En dan doe ik het toch [automutileren].'

De relatie tussen de verpleegkundige en de patiënt

Alle geïnterviewde patiënten blijken bijzonder gevoelig te zijn voor relaties waarin ze zich niet persoonlijk benaderd voelen of waarin ze zelf weinig invloed of controle ervaren. Patiënten ervaren een onpersoonlijke benadering wanneer bijvoorbeeld de wondzorg op een koele en louter technische manier gebeurt of wanneer ze denken dat de verpleegkundige de zelfverwonding ziet als een manier om aandacht te vragen. Patiënten ervaren een verlies van controle wanneer ze bijvoorbeeld het krasmateriaal na een zelfverwonding moeten afgeven. Zes van de acht geïnterviewde patiënten benoemen expliciet hoe het bij zich hebben van krasmateriaal hun een gevoel van innerlijke rust bezorgt. Het afnemen van het krasmateriaal daarentegen veroorzaakt onrust.

Patiënt: 'Meestal ga ik, als ze alles afgenomen hebben, beginnen te huilen. Ik voel me dan machteloos. Ik voel me klein en verdrietig, precies alsof dit mesje of die schaar mijn vriend is. En als dat weg is, als je dat kwijt bent, dan is dat precies alsof er iets weg is van jezelf.'

Patiënten geven daarom zelden alle krasmateriaal af.

Patiënt: 'Meestal geef ik wel wat materiaal af, maar ik laat nog wat liggen. (...) Ik denk, als ik niets achter de hand kan houden, dat ik rare dingen zou beginnen te doen. Ik zou erg zenuwachtig worden en het zou echt ongelooflijk moeilijk zijn voor mij.'

Ervaringen van controleverlies en onpersoonlijke bejegening zorgen ervoor dat patiënten zich afkeren en afsluiten van het contact met hulpverleners en medepatiënten. Ze trekken zich meer en meer terug in hun eigen wereld en laten soms na om zorg te vragen voor hun zelfverwondingen.

Patiënt: 'Sommige verpleegkundigen vinden dat het alleen maar is om aandacht te krijgen. (...) Omdat ik niet wil dat ze dat van mij denken heb ik mijn benen nooit durven laten hechten. Het is daarom dat ik zo'n grote littekens heb, omdat ik ze nooit heb willen laten verzorgen.'

Als patiënten ervaren dat de verpleegkundigen het zelfverwondend gedrag kunnen zien als gedrag dat een betekenis en een functie heeft, stellen patiënten zich ontvankelijker op tegenover de zorg. Dit geeft de verpleegkundige de ruimte om met de patiënt de achterliggende behoefte en betekenis van automutilatie te exploreren. Ook het samen zoeken naar stressreducerende interventies wordt dan mogelijk. Verpleegkundigen vinden het daarom belangrijk de patiënt goed te kennen. Het goed kennen van de patiënt wordt bemoeilijkt als patiënten een tegenstrijdig beeld van zichzelf naar buiten brengen. Soms stellen patiënten zich stoer en onkwetsbaar op terwijl ze zich broos en kwetsbaar voelen, of mijden ze contact wanneer ze nood hebben aan contact. Deze tegenstrijdigheid is in de ogen van de verpleegkundigen een obstakel voor het opbouwen van een authentieke en eerlijke relatie met de patiënt. Ze vinden het echter moeilijk om hierover te communiceren met de patiënt. Ook communiceren over automutilatie wordt gezien als een moeilijke opdracht. Zeker als de verpleegkundigen de relatie met de patiënt niet in gevaar willen brengen. Verpleegkundigen willen patiënten het gevoel geven dat ze hen begrijpen, maar willen ook aangeven dat ze het automutilerend gedrag niet goedkeuren. Dit duidelijk maken is niet evident.

Verpleegkundige: 'Je hebt dikwijls

patiënten die zeggen: je begrijpt mij niet, maar dat niet begrijpen beleven ze vanuit je neen zeggen op hun gedrag. Maar om de patiënt het onderscheid duidelijk te maken tussen het gedrag en het probleem, dat is moeilijk! Duide-lijk maken: het gedrag dat je stelt, daar zeg ik neen op, maar dat wat je bezighoudt, dat nemen we wel au sérieux en daar proberen we je in te begrijpen en te volgen, dat is moeilijk.'

Voor patiënten staat het ervaren van begrip of onbegrip centraal in de relatie met de verpleegkundigen. Steeds opnieuw geven patiënten aan dat als ze onbegrip ervaren van de verpleegkundige ze meer geneigd zijn tot automutileren. Een relatie waarin de patiënt het gevoel heeft niet begrepen te worden, werkt met andere woorden drempelverlagend voor automutilatie. Patiënten geven ook aan dat wanneer ze ervaren dat ze begrepen worden, ze de neiging hebben om minder of minder erg te automutileren. Dit heeft onder andere te maken met het durven communiceren over hun drang om te krassen of te snijden.

Ook verpleegkundigen vinden het belangrijk om een goede relatie te hebben met patiënten. Ze geven aan dat 'begrip hebben' daarbij cruciaal is. Voeling hebben met de patiënt, luisteren, zaken bespreekbaar maken, begrenzen en alternatieven aanreiken aan patiënten om zich te kunnen ontladen, vinden ze belangrijk. Zoals reeds aangegeven vinden ze de confrontatie met een niet-authentieke patiënt lastig. Maar ook het onvoorspelbare karakter van automutilatie is moeilijk om mee om te gaan.

Verpleegkundigen geven aan dat een relatie opbouwen tijd kost. Het in beslag genomen worden door andere opdrachten bemoeilijkt het tot stand brengen van een goede relatie.

Het bespreekbaar maken van automutilatie

Patiënten staan eerder ambivalent tegenover het bespreekbaar maken van automutilatie. Bovendien hebben patiënten behoefte aan geheimhouding, vaak omwille van ervaren onbegrip voor het automutilatieve gedrag in het verleden. Automutilatie ervaren ze als iets persoonlijks dat in meerdere of mindere mate wordt gekoesterd. Patiënten beschouwen automutilatie ook niet altijd als een probleem. Daarom vinden ze het ook niet noodzakelijk om erover te praten. Ze geven duidelijk aan dat ze

automutilatie slechts bespreekbaar stellen na het ervaren van een volgehouden begrip van de verpleegkundige.

De geïnterviewde verpleegkundigen daarentegen vinden het belangrijk dat automutilatie zo vroeg als mogelijk ter sprake komt binnen de individuele verpleegkundige-patiëntrelatie. Om automutilatie bespreekbaar te kunnen maken met patiënten, is het goed kennen van het non-verbale gedrag heel belangrijk. De data tonen aan dat wanneer verpleegkundigen het non-verbale gedrag van de patiënt goed kennen, ze dreigende automutilatie gemakkelijker bespreekbaar kunnen maken en zelfs kunnen voorkómen. In het bespreekbaar maken van automutilatie met patiënten, vinden de verpleegkundigen het belangrijk om naast aan de emoties van de patiënt ook bewust aandacht te geven aan hun eigen emoties. Verpleegkundigen gebruiken hun eigen gevoelens om inzicht te verwerven in de beleavingswereld van de patiënt. Dit is voor hen niet gemakkelijk. Ze worden in de zorg bij automutilatie immers in een korte tijdspanne vaak blootgesteld aan sterke en tegenstrijdige emoties. Meer positief ervaren gevoelens, zoals betrokkenheid of bezorgdheid, gaan samen met gevoelens van twijfel, angst, onmacht, kwaadheid, vervreemding, gechoqueerd zijn en onrust. Langdurige blootstelling aan deze intense en sterk wisselende gevoelens induceert soms een zekere moeheid bij verpleegkundigen en een gewenning aan automutilatie. Dit verhindert een goed contact met de patiënt.

Kijk op automutilatie

Automutilatie wordt door alle patiënten benoemd en/of beleefd als een verslaving, een niet te controleren innerlijke drang die met de tijd een steeds grotere omvang aanneemt. Patiënten beschrijven het voornamelijk als gedrag dat een sterk ontlastend effect teweegbrengt. Ondanks goede voornemens ervaren patiënten het als bijzonder lastig om vol te houden in hun keuze om niet te automutileren. Niet meer automutileren ervaren ze immers als een verlies van iets wat hun houvast geeft. Het automutileren draagt er direct toe bij dat patiënten zich weer beter voelen, meer 'normaal', minder leeg. Sommige patiënten ervaren het ook als een gevecht met zichzelf.

Patiënt: 'Ik doe echt mijn best om het [automutileren] niet te doen. Maar soms is de drang gewoon zo groot dat je niet anders kunt. Laatst had ik drang. Het was al een tijdje dat ik drang had en ik ging er met iemand van de verpleging over praten omdat het niet meer houdbaar was. De verpleegkundige zei dat ik misschien naar de ergo kon gaan. (...) Daar lag een schroevendraaier. Ik heb die gepakt en op mijn hand gekerfd. Als je materiaal hebt, dan kunnen ze je niet tegenhouden. Als er een cuttermesje gelegen had, dan had ik ook ...'

Eén patiënte benoemt in dit kader ook de rituele functie die het automutileren voor haar had.

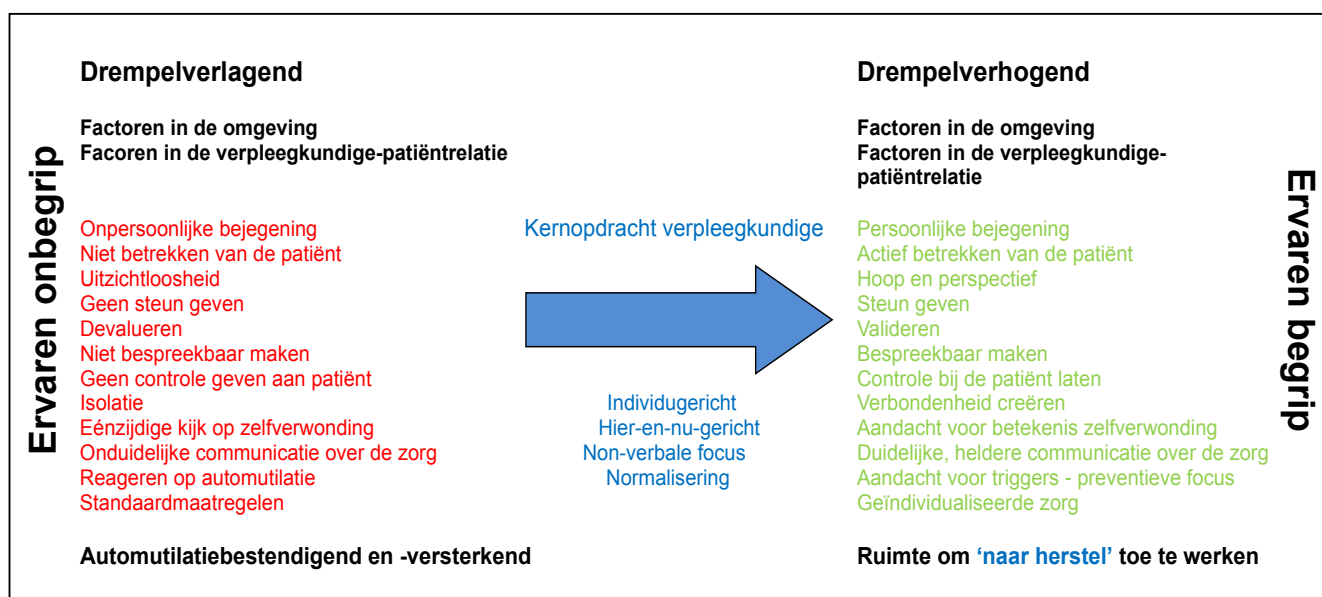
Patiënte: 'Maar dat helpt, snijden

helpt om problemen op te lossen. Bijvoorbeeld thuis vroeger, als ik op school zat, dan zat ik af te tellen "nog zoveel uren voordat ik naar huis mag gaan, dan kan ik snijden". En dan had ik een ritueel, speciale muziek opzetten, materiaal klaarleggen, mijn verzorgingsmateriaal klaarleggen, mijn mesjes klaarleggen, het snijden. Dat duurde dan een half uur, een uur. En dan denk je echt aan niets anders dan dat en dat doet goed. Daarna voel je je schuldig dat je het gedaan hebt, maar je hebt toch een uur rust gehad.'

Verpleegkundigen brengen het bestendige karakter dat automutilatie kenmerkt in verband met een gebrek aan adequate copingstrategieën. In tegenstelling tot bij middelenafhankelijkheid, percipiëren ze automutilatie als een gedrag waar vooral de patiënt onder lijdt, en minder de omgeving.

Goede zorg: minder onbegrip en meer begrip

Goede zorg is voor de geïnterviewde patiënten zorg waarin ze een echt contact ervaren met de verpleegkundige. De verpleegkundige kent de patiënt goed en toont actieve betrokkenheid. De patiënt voelt zich serieus genomen in de betekenis die het automutileren voor hem op dat moment heeft. De verpleegkundige moedigt de patiënt aan om actieve, voor hem betekenisvolle alternatieven uit te bouwen voor automutilatie en voorkomt verdere beschadiging in de ruime betekenis van het woord. De verpleegkundige is voor de patiënt ook iemand die bewaakt dat de con-



Figuur 1: Werkkader 'beleving van de zorg bij automutilatie'.

trole steeds in zijn handen blijft en die bewust aandacht geeft aan de non-verbale aspecten in de relatie. De patiënten brengen in de interviews regelmatig voorbeelden aan van zorg die ze als positief of negatief beleven.

Patiënt: 'Dat ze niet kwaad worden, maar vooral begripvol zijn. Dat ze zien dat je eigenlijk weinig opties hebt als je met de drang zit om te stoppen. De enige optie die ik heb is een Tranxene® nemen. Dat ze helpen zoeken naar andere copingmechanismen. Mijn ander copingmechanisme is overeten, en dat wil ik ook niet.'

Patiënt: 'Ze zeggen dan: "ik ga je goed verzorgen, kom maar mee." Maar je ziet op hun gezicht dat het hen tegensteekt. Dat ze dat eigenlijk niet willen verzorgen. Je ziet dat ook aan de manier waarop ze het verband en zo op tafel gooien. Ze mogen dan nog zeggen dat ze het begrijpen, dat is voor mij toch niet begrijpen hoor.'

Goede zorg: ook zorgen voor de verpleegkundige

Ook de geïnterviewde verpleegkundigen benadrukken dat het belangrijk is om een goede band uit te bouwen met de patiënt. Ze kunnen dit enkel als ze zich gesteund voelen door anderen. Daarom vragen ze aandacht en ondersteuning vanuit het beleid. (Extreme) automutilatie-incidenten hebben namelijk een grote impact op de verpleegkundige. Bepaalde automutilatie-incidenten zijn zelfs zo indringend dat ze blijven(d) nazinderen. Alle verpleegkundigen benoemen de invloed daarvan op het persoonlijk functioneren en de verdere relatie met de patiënt.

Verpleegkundige: 'Je hebt automutileren en automutileren natuurlijk. Als het oppervlakkig krasen is, een beetje snijden dat moet gehecht of geplakt worden, dan is dat allemaal niet erg. Maar we hebben nu een patiënt die echt stukken vlees wegsnijdt, zulke dingen vind ik erg om te verzorgen. Dat blijft bij. Het onmachtgevoel. Iemand die oppervlakkig snijdt, dan zeg je, dat geneest goed, maar iemand die echt begint stukken huid en vlees weg te snijden uit zichzelf, dan heb je iets van, amai, hoe ver kan ze gaan, hoe ver zal ze gaan? (...) En je blijft daarmee bezig, ook thuis. Ik slaap daar soms niet goed van, ik moet daar dan eens over kunnen praten.'

Contact en overleg met collega's is voor verpleegkundigen belangrijk om automutilatie en de zorg ervoor in hun context te (blijven) zien, maar het is eveneens belangrijk om tot een goede afstemming te komen in de zorg. Onvoldoende afstemming van zorg veroorzaakt onzekerheid en irritatie bij zowel verpleegkundigen als patiënten. Bovendien heeft het een negatieve invloed op het vertrouwen dat patiënten in verpleegkundigen stellen.

Patiënt: 'De één ontsmet de wonde en doet er een verbandje rond, de ander wast dat met water en doet er geen verbandje rond. Ik heb het één keer zelf moeten doen. (...) En als ze het voor het wondje nog niet weten, weten ze het dan wel voor andere dingen?'

Een werkkader voor de zorg

Om de relatie tussen de centrale, hierboven aangehaalde, elementen uit de analyses weer te geven, is een werkkader ontworpen (zie figuur 1). De analyse resulteerde in een aantal drempelverhogende en drempelverlagende factoren voor automutilatie. Deze situeren zich vooral in de omgeving van de patiënt en in de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige. Een kerntaak van verpleegkundigen is het creëren van een relatie waarin de patiënt zich begrepen voelt. Het ervaren van begrip blijkt namelijk de sleutel tot open en constructief contact. Door actief in te spelen op factoren in de omgeving en door bewust om te gaan met bepaalde aspecten in de relatie met de patiënt, kan de verpleegkundige bijdragen tot het al of niet ervaren van begrip bij de patiënt. Echter, niet alle factoren zijn door de verpleegkundige steeds te beïnvloeden en goed bedoelde acties van verpleegkundigen kunnen een tegenovergesteld effect hebben op de patiënt waardoor deze onbegrip ervaart. Door persoonsgericht en normaliserend te reageren vanuit het 'hier en nu' en door rekening te houden met verbale en non-verbale signalen, kunnen verpleegkundigen patiënten van een situatie van ervaren onbegrip naar een situatie van ervaren begrip brengen. Alleen dan ontstaat ruimte om met de patiënt stil te staan bij de betekenis van het zelfverwondend gedrag en samen met hem/haar te zoeken naar bijvoorbeeld andere copingmechanismen.

Discussie en conclusie

Om de inhoudelijke aspecten van het onderzoek naar waarde te kunnen

schatten, is het belangrijk de methodologische eigenheden van het onderzoek in overweging te nemen. Het onderzoek is een beperkte, monocentrische studie waarin geen saturatie werd bereikt. Enkel patiënten van wie verwacht werd dat het risico op automutilatie niet zou vergroten door het afnemen van een interview werden gerekruteerd. Toch kunnen de resultaten van dit onderzoek gezien worden als eerste richtinggevende aanwijzingen voor een mogelijk werkkader waarbinnen de zorg voor patiënten die automutileren vorm kan krijgen. Uit de data komen elementen naar voor die in vervolgonderzoek diepgaander onderzocht kunnen worden. Onderzoek naar de rol van non-verbale of contextuele elementen in de relatie tussen de verpleegkundige en de patiënt en naar de manier waarop bepaalde omgevingsfactoren het ervaren van begrip of onbegrip beïnvloeden is nodig. Om het werkkader te kunnen gebruiken als instrument om de zorg bij automutilatie te kaderen is verdere empirische onderbouwing en uitwerking noodzakelijk. Niettegenstaande de methodologische beperkingen van het onderzoek zijn de resultaten richtinggevend. Ze genereren inzicht in de beleving van zorg bij automutilatie. Er werden factoren geïdentificeerd die de verpleegkundige zorg bij automutilatie beïnvloeden. Het ontwikkelde werkkader illustreert hoe deze factoren verweven zijn met aspecten van zorg. De geïnterviewde patiënten blijken bijzonder gevoelig te zijn voor het ervaren van begrip en onbegrip. Voor verpleegkundigen is het niet steeds evident om een volgehouden begrip te communiceren en oog te hebben voor de specifieke functie en betekenis van het automutilatieve gedrag. De zorg voor patiënten die zichzelf verwonden is een emotioneel belastende aangelegenheid die de eigen draagkracht op de proef stelt. Herhaaldelijke blootstelling aan automutilatie kan ertoe leiden dat verpleegkundigen meegezogen worden in een zichzelf versterkend proces van defaitisme en pessimisme. Daardoor staan ze minder stil bij wat zich in het 'hier en nu' afspeelt. Het risico bestaat dat de zorg eerder routinematig en onpersoonlijk verleend wordt. Het gevolg daarvan is dat verpleegkundige en patiënt steeds verder van elkaar komen te staan. Vanuit de literatuur is bekend dat een te grote afstand (maar ook een te grote nabijheid) niet gewenst is (7). De patiënt wordt niet langer actief geconsulteerd en de verpleegkundigen gaan voorbij aan de beleving van de patiënt en aan

de particuliere en persoonlijke betekenis van het zelfverwondend gedrag. Alleen als verpleegkundigen adequaat inspelen op de achterliggende behoeften en in staat zijn om de zorg af te stemmen op de individuele patiënt, is effectieve zorgverlening mogelijk. In dit onderzoek kwam naar voren dat verpleegkundigen niet altijd deze individuele kijk aannemen. Deze bevinding ligt in lijn met wat in de studie van Bosman en Van Meijel naar voren kwam. Daarin werd eveneens een gebrek aan individualisering in de zorg gesignaleerd, met name een tekort aan geïndividualiseerde therapieplannen bij de deelnemende instellingen in hun onderzoek (1). Het is niet uit te sluiten dat dit ook gespeeld heeft in het gevoerde onderzoek. Naast het hebben van aandacht voor en inzicht in de individuele beleving en daaruit voortkomende noden en behoeften van de patiënt, is het van belang dat verpleegkundigen inzicht hebben in de eigen emotionele en cognitieve reacties die de patiënt bij hen oproept. Aandacht hebben voor deze open of meer bedekte reacties die de patiënt ontlokt bij de hulpverlener is van belang om de impliciete bood-

schappen die meespelen in de interactie tussen patiënt en verpleegkundige bloot te leggen. Psychopathologische symptomen zijn immers niet iets op zichzelf staand. Er gaat ook steeds een communicatieve functie van uit (26). Voor verpleegkundigen is het een middel om vat te krijgen op interpersoonlijke automutilatieonderhoudende factoren (12).

Tegen de achtergrond van de twee sleutelbegrippen 'ervaren begrip en ervaren onbegrip' werd in dit onderzoek beschreven hoe alle geïnterviewde patiënten hun zelfverwondend gedrag als een verslaving definieerden. De geïnterviewde verpleegkundigen daarentegen stellen het verslavend karakter van automutilatie veel minder centraal. Dit gegeven verdient wellicht meer aandacht in de zorg van de patiënt die zichzelf verwondt. Erkenning van het verslavende van automutilatie kan aanleiding geven tot meer 'ervaren begrip' bij de patiënten en daardoor meer ruimte creëren voor verpleegkundigen om met patiënten te zoeken naar adequatere manieren om met automutilatie om te gaan. Automutilatie beschouwen als verslavend pleit

ook voor het toepassen van methodieken die in de verslavingszorg gangbaar zijn, zoals functionele analyse, motivatieverhogende interventies en het aanbieden van psycho-educatie in de zorg. Psycho-educatie zou kunnen bijdragen aan het opheffen van de beslotenheid en het taboe rond automutilatie, en kan ertoe leiden dat patiënten steun vinden bij lotgenoten, dat het fysieke beleven van het zelfverwondend gedrag bespreekbaar wordt en dat ze elkaar ondersteunen in het zoeken naar alternatieven voor het zelfverwondend gedrag. Opdat psycho-educatie ook effectief zal bijdragen tot meer 'ervaren begrip' is een voldoende veilige omgeving nodig waarin stigmatisering voorkomen wordt.

Tot slot kan geconcludeerd worden dat dit onderzoek eerder gevoerd onderzoek in dit domein ondersteunt. Het benadrukt het belang van de relatie tussen patiënt en verpleegkundige in de beleving van en de betekenisverlening aan automutilatie. Het geeft handvatten die tot een communiceerbaar werkkader leiden en waaruit concrete (en aan te leren) vaardigheden afgeleid kunnen worden.

Summary

Self-harm: balancing between understanding and misunderstanding. An explorative study

Bart Debyser, Eddy Deproost, Jan Callens and Sofie Verhaeghe

AIM. The purpose of this explorative qualitative study was to gain insight in how nurses and clients experience the nursing care for self-harm.

METHOD. A qualitative study, based on principles of grounded theory, was carried out in a psychiatric hospital in Belgium to explore how nurses and clients with self-injurious behaviour experience the nursing care. Semi-structured interviews were held with eight clients and with five mental health nurses. Diversity was created in the sample. Clients differed from each other in patterns and severity of self-harm, socio-demographic characteristics and duration of hospitalisation. All the interviewed nurses had a well-known experience in caring for clients with self-injurious behaviour. Data-collection and data-analyses followed a cyclic process. Constant comparison was used in data-analysis. The validity of the research process and the results were promoted by researcher triangulation.

FINDINGS. A framework to understand how nursing care was perceived by the participants was developed. Analyses revealed that balancing between (experienced) understanding and (experienced) misunderstanding was the central theme of this framework. Factors in the environment of the client and in the nurse-patient relationship, may increase or lower the threshold to commit self-harm. Feelings of despair, hopelessness or loneliness lead to misunderstanding and can reinforce or sustain the self-injurious behaviour. Understanding can be enhanced by creating a supportive and validating atmosphere, by feeling interconnected with other people and with the nurse, or by inspiring hope and having a perspective. If understanding can be evoked, people can start to recover from self-harm.

DISCUSSION AND CONCLUSION. The developed framework can be a useful tool for nurses to help them build a meaningful relationship with clients with self-injurious behaviour. However, additional research is needed to validate and refine the presented framework.

Keywords: Self-harm, self-injurious behaviour, psychiatric nursing, nurse-patient relationship, inpatient.

Literatuur

1. Bosman M, Van Meijel, B. Perspectives of mental health professionals and patients on self-injury in psychiatry: a literature review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2008;22:180-9.
2. Pembroke L. Self-harm: perspectives from personal experience. Londen: Survivors speak out; 1994.
3. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79:283-9.
4. Rissanen ML, Kylmä J, Laukkanen E. Descriptions of self-mutilation among Finnish adolescents: a qualitative descriptive inquiry. *Issues Ment Health Nurs*. 2008;29:145-63.
5. Wilstrand C, Lindgren B-M, Gilje F, Olofsson B. Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14:72-8.
6. Mangnall J, Yurkovich E. A literature review of deliberate self-harm. *Perspect Psychiatr Care*. 2008;44:175-84.
7. Rayner GC, Allen SL, Johnson M. Countertransference and self-injury: a cognitive behavioural cycle. *J Adv Nurs*. 2005;50:12-9.
8. Smith SE. Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9:595-601.
9. Huckshorn KA. Reducing seclusion and restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs*. 2004;42:22-33.
10. Simpson A. Can mainstream health services provide meaningful care for people who self-harm? A critical reflexion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13:429-36.
11. Reece J. The language of cutting: initial reflections on a study of the experiences of self-injury in a group of women and nurses. *Issues Ment Health Nurs*. 2005;26:561-74.
12. Kool N, Van Meijel B, Bosman M. Behavioral change in patients with severe self-injurious behavior: a patient's perspective. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009;23:25-31.
13. Lindgren B-M, Wilstrand C, Gilje F, Olofsson B. Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004;11:284-91.
14. Fletcher RF. The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1999;6:9-14.
15. Bowles N, Dodds P, Hackney D, Sunderland C, Thomas P. Formal observations and engagement: a discussion paper. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9:255-60.
16. Pengelly N, Ford B, Blenkiron P, Reilly S. Harm minimisation after repeated self-harm: development of a trust handbook. *Psychiatric Bulletin*. 2008;32:60-3.
17. Maso I, Smaling A. Kwalitatief onderzoek: theorie en praktijk. Tweede, gewijzigde druk. Amsterdam: Boom; 1989.
18. Miles M, Huberman A. Qualitative data analyses: a sourcebook of new methods. Thousand Oaks: Sage Publications; 1984.
19. Morse J. Critical issues in qualitative research methods. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
20. Morse J, Field PA. Nursing research; the application of qualitative approaches. Cheltenham: Stanley Thornes; 1996.
21. Verhaeghe S. De confrontatie met traumatisch coma: een onderzoek naar de beleving van familieleden [proefschrift]. Gent: Universiteit Gent; 2007.
22. Wester F. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Muiderberg: Countinho; 1987.
23. Zuuren FJ van. Kwalitatieve onderzoeksmethoden. In: Strien PJ, Van Rappard JFH, redacteurs. Grondvragen van de psychologie. Een handboek: theorie en grondslagen. Assen: Van Gorcum; 1990. p. 292-306.
24. Zuuren FJ van. Het belang van een kwalitatieve benadering bij onderzoek in de sociale gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*. 1995;73:315-21.
25. Zuuren FJ van. Kwalitatieve methoden. In: Schroots JFF, redacteur. Handboek psychologie van de volwassen ontwikkeling en veroudering. Assen: Van Gorcum; 2002. p. 77-95.
26. Hafkenscheid, A. The Impact Message Inventory (IMI-C): generalizability of patients' command and relationship messages across psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005;12:325-32.

Over de auteurs

Bart Debyser, MSc, RN, is wetenschappelijk medewerker van de Kliniek St.-Jozef, Centrum voor psychiatrie en psychotherapie, te Pittem en is tevens lector bachelor Verpleegkunde aan de Katholieke Hogeschool Zuid-West-Vlaanderen, departement Verpleegkunde en Biotechnologie (KATHO HIVB) te Roeselare. Eddy Deproost, MSc, RN, is werkzaam als directeur Patiëntenzorg van de Kliniek St.-Jozef, Centrum voor psychiatrie en psychotherapie, te Pittem en is tevens gastlector bachelor Verpleegkunde aan de KATHO HIVB te Roeselare. Jan Callens, MSc, is als klinisch psycholoog en gedragstherapeut verbonden aan de Kliniek St.-Jozef, Centrum voor psychiatrie en psychotherapie, te Pittem. Sofie Verhaeghe, PhD, MSc, RN, is docent Verplegingswetenschap aan de Universiteit Gent en tevens lector bachelor Verpleegkunde aan de KATHO HIVB te Roeselare.

Correspondenties: Bart Debyser, Kliniek St.-Jozef, Pittem, Centrum voor psychiatrie en psychotherapie, Boterstraat 6, 8740 Pittem (België); bart.debyser@sintjozefpittem.be.