

AUTOMUTULATIE: BEHANDELING VAN WOND EN MENS

M.I. Luger, K.M. Bongers*

Iedereen die op een eerste hulp en/of gipskamer werkt krijgt te maken met mensen die zichzelf dwangmatig verwonden. Op de werkvloer worden ze de "automutilanten" genoemd. Eigenlijk weten we niet hoe we met ze om moeten gaan, omdat dit gedrag voor ons onbekend en onbegrijpelijk is.

Deze patiënten worden door ons, de somatische behandelaars, gezien als hopeloze gevallen en aandachts-trekkers, door ons gebrek aan kennis en inzicht van dit gedrag, onze eigen vooroordelen en de afwezigheid van goede richtlijnen om met deze complexe materie om te gaan.

Vaak krijgen ze uit zogenaamd zelfbeschermend oogpunt een gedwongen gips behandeling.

Naar aanleiding van ons contact met een van deze "hopeloze gevallen" zijn we op zoek gegaan naar meer informatie over dit onderwerp.

Zelfverwondend gedrag wordt gedefinieerd als "gedrag waarbij de persoon zichzelf in een zich herhalend patroon lichamelijke pijn en/of letsel toebrengt met een geringe kans op een dodelijke afloop en zonder bewuste suïcidale intentie".

In de literatuur worden vier verklaringen gegeven voor zelfverwondend gedrag. Ten eerste is het een manier om nare gevoelens als woede, angst en verdriet te verdragen. Met de lichamelijke pijn kan beter worden omgegaan dan met de psychische pijn. Ten tweede kan het gezien worden als uitdrukking van een negatief zelfbeeld, een uiting van zelfhaat. Ten derde is het een poging om door middel van zelfverwondende acties over een chaotische situatie controle te krijgen: de patiënt zelf is verantwoordelijk voor de pijn, niet de omgeving of een ervaring uit het verleden. Ten slotte wordt zelfverwonding gedeut als een manier van communiceren, een taal voor emotie. Op zijn eigen typische manier "automutilatie", dus een manier om het leven aan te kunnen.

In de literatuur worden risicogroepen voor zelfverwondend gedrag genoemd. Het zijn mensen die ernstig getraumatiseerd zijn geraakt door bijvoorbeeld seksueel misbruik, fysiek geweld of verwaarlozing met daarnaast een eetstoornis of een verslaving, een posttraumatische stress stoornis, een dissociatieve stoornis of een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Het Trimbos instituut heeft in 1998 een handboek uitgegeven waarin vijf interventies voor psychiatrische patiënten met zelfverwondend gedrag worden beschreven. Hoewel het merendeel van ons niet voldoende is geschoold om adequaat psychiatrische hulp te verlenen zijn er toch drie van deze vijf interventies die ons kunnen helpen in een betere en respectvolle omgang met patiënten met zelfverwondend gedrag in ons werk. Interventie 1 bestaat uit het vergroten van de veiligheid voor de betrokkene en het reduceren van spanning en angst. Interventie 4 bevat het aanleren van een meer effectieve manier om met anderen om te gaan, door bijvoorbeeld het afdwingende gedrag van de cliënt tegen te gaan door met hem te onderhandelen. En interventie 5 ten slotte, bestaat uit de cliënt te helpen het gevoel van eigenwaarde te vergroten door bijvoorbeeld het vergroten van de zorg voor het eigen lichaam.

Acceptatie van het zelfverwondende gedrag zou het uitgangspunt moeten zijn voor ons handelen. Dat is lastig voor ons omdat het geen plaats heeft binnen ons eigen referentiekader. In het boekje "zelfverwonding begrijpelijk maken" wordt gevraagd om een sportief bondgenootschap met als achterliggende gedachte schuld en veroordeling uit de weg te gaan en de patiënt op een neutrale en respectvolle manier te bejegenen.

Zelfverwondend gedrag stelt een

werkrelatie stevig op de proef. Patiënten hebben vaak negatieve ervaringen met de hulpverlening en zijn het vertrouwen in de reguliere gezondheidszorg kwijt geraakt. Ze voelen zich niet begrepen, niet gerespecteerd en niet geaccepteerd. Langdurige zelfverwonding leidt tot wanhoop, machteloosheid, boosheid en angst voor nog erger.

Reacties als afkeuring, kritiek, irritatie of afwijzing kunnen de frustratie van de patiënt bekrachtigen en het negatieve zelfbeeld versterken. Ook positieve bekrachtigers zoals empathische reacties of extra aandacht, kunnen zelfverwondend gedrag doen toenemen.

Reacties in de trant van "als je de pijn van het verwonden kon verdragen dan moet je de pijn van het hechten ook kunnen verdragen", "je hebt het zelf gedaan, dus moet je de wond ook zelf maar verzorgen" getuigen van weinig respect voor de patiënt, die zich op het moment al ellendig voelt. Nog niet met de zelfverwonding kunnen stoppen betekent niet dat de patiënt geen hulp wil.

Benader de patiënt met een neutrale en respectvolle houding en creëer een veilige setting. Let op privacy en verneder de patiënt niet door de patiënt half naakt achter te laten of te eisen de littekens te laten zien. Bespreek alles luid en duidelijk of buiten gehoorsafstand. Halfverstane gesprekken voeden de argwaan bij de patiënt. Vergeet eigen veronderstel-

lingen en vul geen antwoorden in.

Informeer bij de patiënt door wie hij behandeld wil worden en wat hij van de hulpverlening verwacht. Stel samen een behandelingsplan op waarin de doelen niet te hoog gegrepen zijn met ruimte voor de grenzen van de patiënt. Overleg met de patiënt of deze eventueel een gipsvoorziening wil om de wond te beschermen tegen nieuw zelfverwondend gedrag. De patiënt zelf leren de wond te verzorgen is een optie die kan worden besproken.

Met deze benadering draag je als hulpverlener bij aan de bovenbeschreven interventies. Je draagt bij aan het gevoel van veiligheid, je communiceert op een effectieve manier met de ander en je helpt het gevoel van eigenwaarde te vergroten.

Het multidisciplinair bespreken van je ervaringen in deze patiëntcontacten, helpt je om je vooroordelen hel-

der te krijgen en je eigen gedrag te spiegelen.

Tenslotte, accepteer dat de patiënt terug komt met nieuw letsel van zelfverwondend gedrag en behandel hem dan opnieuw met dezelfde respectvolle en neutrale houding.

* **M.I. Luger, gipsverbandmeester MCH Antoniushove Leidschendam**
m.luger@mchaaglanden.nl
K.M. Bongers, chirurg
Slotervaartziekenhuis, Amsterdam.

LITERATUUR:

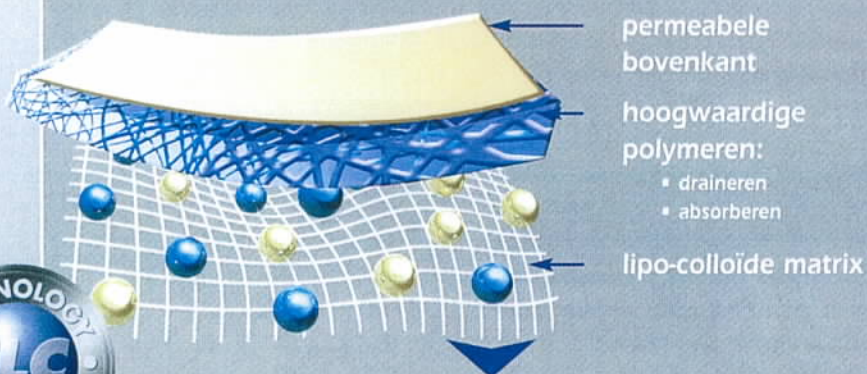
1. Algemeen Dagblad; 21 augustus 2002, Snijden en Krassen, Rob Bruntink.

2. Algemeen Dagblad; 21 september 2002, Pijn is (soms) fijn, Arno Gelder.
3. 'Ik ook van jou', Ronald Giphart
4. TVZ Tijdschrift voor verpleegkundigen, nr. 14 1998,
5. Standaard zelfverwonding in de psychiatrie, Trimbos-instituut, Utrecht.
6. Moderne Psychiatrie, Johan Cullberg, ISBN 90 263 0790
7. Santé, november 2002, 'De bloeddruppels vervangen mijn tranen', Suzanne.
8. 'Zelfverwonding begrijpelijk maken', Wilma Boevink en Sandra Escher. Het boekje is verkrijgbaar door 16 euro over te maken op banknummer 54.40.40.090 tnv de Stichting Positieve Gezondheidszorg in Bemelen o/v van 'Zelfverwonding'.

DE STEUNGROEP ZELFBESCHADIGING IS TE BEREIKEN VIA TEL. 030-2759650 OF E-MAIL: STEUNPUNTZELFBESCHADIGING@HETNET.NL

Cellosorb® met de kracht van een genezende interface

de unieke combinatie van:



sterk en onmiddellijk absorptievermogen

spaart de omliggende huid



- Geen maceratie van de wondranden
- Verticale absorptie van exsudaat en retentie zelfs bij fixatie
- Genezing zonder pijn en trauma



PHARMA DEAL B.V.
Your partner in medical innovation

PHARMADEAL B.V. • POSTBUS 98 • 9640 AB VEENDAM
TEL: 0598-364240 • FAX: 0598-364241 • E-MAIL: INFO@PHARMADEAL.NL

URGO