

Zelfbeschadigend gedrag bij patiënten op een gesloten psychiatrische afdeling

A. Jaspers, B. Stringer, K. Koch, N. Kool

- Achtergrond** Zelfbeschadiging is een veelvoorkomend probleem bij patiënten op gesloten psychiatrische afdelingen. Er is binnen Nederland nog weinig bekend over de prevalentie en kenmerken van zelfbeschadiging en over de uitlokkende factoren die eraan voorafgaan.
- Doel** Inzicht verkrijgen in zelfbeschadigend gedrag van patiënten opgenomen op een gesloten psychiatrische afdeling in de geestelijke gezondheidszorg.
- Methode** Gedurende de periode september 2019 tot januari 2021 werden gegevens verzameld van zelfbeschadigende en agressieve gedragingen naar derden en objecten van 27 patiënten opgenomen op de gesloten afdeling van het Centrum Intensieve Behandeling.
- Resultaten** Bij 20 van de 27 onderzochte patiënten (74%) werden 470 incidenten van zelfbeschadigend gedrag geregistreerd. Hoofdbonken (40,9%) en zelfbeschadiging met banden/touw (29,7%) kwamen het meest voor. Spanning als mogelijke uitlokkende factor werd het vaakst genoemd (19,1%). Zelfbeschadigend gedrag kwam meer voor gedurende de avonduren. Naast zelfbeschadiging werd er ook een hoge mate aan agressieve gedragingen naar derden en objecten geregistreerd.
- Conclusie** Deze studie levert inzicht in zelfbeschadigend gedrag van patiënten op een gesloten afdeling. Dit inzicht kan gebruikt worden voor preventie en behandeling.

Onder zelfbeschadiging wordt verstaan het direct en bewust beschadigen van het eigen lichaam, zonder het doel om te sterven.¹ Het is vooral een signaal van psychisch lijden. Mensen die zichzelf beschadigen, ervaren vaak intense, overweldigende emoties en negatieve gedachten die zij nauwelijks kunnen verdragen.^{2,3} Zelfbeschadiging biedt een vorm van tijdelijke verlichting en voelt als een oplossing voor de emotionele klem waar men in vastzit.⁴ Zelfbeschadiging kan gevoelens van angst, boosheid, somberheid, eenzaamheid, leegte, schuld, schaamte en dissociatie, pijnlijke herinneringen en herbelevingen tijdelijk verminderen.⁵ Zelfbeschadigend gedrag is vaak persistent en moeilijk te behandelen. Het kan zeer ernstige consequenties hebben voor de patiënt; zo vormt het een belangrijke risicofactor voor suïcidepogingen zonder en met dodelijke afloop.^{6,7} Patiënten die zichzelf beschadigen, hebben tevens een groter risico op agressieve gedragingen naar derden en objecten.⁸⁻¹⁰ De meest voorkomende vorm van zelfbeschadiging is snijden, gevolgd door (hoofd)bonken, slaan en branden.¹¹ Zelfbeschadigend gedrag komt vaak voor bij patiënten die zijn opgenomen op een psychiatrische afdeling. Een

omgeving binnen de psychiatrie, zoals een gesloten afdeling met bijbehorende regels en beperkingen, kan van invloed zijn op zelfbeschadigend gedrag. Een patiënt beschikt hier over beperkte mogelijkheden om de eigen autonomie te verdedigen. Een van de weinige uitingen van verzet die dan overblijven, is het beschadigen van het eigen lichaam.⁴ Over de aard en omvang van zelfbeschadiging binnen klinische settingen in Nederland is nog weinig bekend. In een onderzoek van Nijman e.a. naar zelfbeschadigend gedrag van patiënten opgenomen op een psychiatrische afdeling in Nederland gaf 44% van de opgenomen patiënten te kennen zich ooit opzettelijk verwond te hebben.¹² Van de patiënten die zichzelf beschadigden, bleek 74% ook anderen te hebben aangevallen of objecten te hebben beschadigd. Een recente studie naar de prevalentie in de klinische forensische zorg toonde aan dat 11,6% van de patiënten zichzelf beschadigde.¹³ Om de aard van zelfbeschadiging te begrijpen is kennis op incidentniveau nodig. Met deze studie willen we daar een aanzet toe doen door op detailniveau het zelfbeschadigend gedrag van patiënten op een gesloten afdeling te beschrijven.

AUTEURS

Anneke Jaspers, klinisch psycholoog/psychotherapeut, Centrum Intensieve Behandeling, Fivoor, Parnassia Groep.

Barbara Stringer, verplegingswetenschapper, Centrum Intensieve Behandeling, Fivoor, Parnassia Groep, en Centrum voor Consultatie en Expertise.

Karlijn Koch, psychiater, Centrum Intensieve Behandeling, Fivoor, Parnassia Groep.

Nienke Kool, verplegingswetenschapper, Centrum Intensieve Behandeling, Fivoor, Parnassia Groep.

Correspondentie

Nienke Kool (n.kool-goudzwaard@parnassia.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-11-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(4):244-247

METHODE

Onderzoekssetting

Binnen het Centrum Intensieve Behandeling (CIB), onderdeel van zorgorganisatie Fivoor, worden patiënten opgenomen die elders in de ggz in een ontwrichte behandelsituatie terecht zijn gekomen.

Er wordt gesproken van een ontwrichte behandelsituatie als het behandelsysteem zodanig is verstoord dat een behandeling stagneert. Hierbij kan men denken aan patiënten van wie de symptomen en/of het gedrag zoveel vragen en discussie oproepen in een multidisciplinair team, dat het team vastloopt in contact met de patiënt en/of in contact met elkaar. Er is bij deze groep patiënten over het algemeen sprake van ernstige vormen van psychiatrische problematiek. Relatief vaak gaat het om zelfbeschadigend gedrag, agressieve gedragingen naar derden en/of agressieve gedragingen naar objecten. Het CIB bestaat uit een gesloten en open afdeling en een polikliniek. De gesloten afdeling van het CIB heeft 17 behandelplekken.

Populatie

De deelnemers waren patiënten, opgenomen op de gesloten afdeling van het CIB die middels een informeel consent toestemming gaven voor deelname aan dit onderzoek naar zelfbeschadigend gedrag. Van de deelnemers werden tevens enkele achtergrondgegevens verzameld, namelijk sekse, leeftijd in jaren en psychiatrische hoofddiagnose.

Deze studie werd goedgekeurd door de Ethiek Commissie Sociale Wetenschappen (ECSW) van de Radboud Universiteit Nijmegen (dossiernummer ECSW-2019-004).

Instrumenten

Self-Harm Scale. Voor het documenteren van incidenten van zelfbeschadigend gedrag gebruikten we de *Self-Harm Scale*.^{14,15} Dit observatie-instrument is voor zover bekend het enige instrument waarmee men zelfbeschadigend gedrag op een dergelijk incidentniveau onderzoekt.¹⁵

Social Dysfunction and Agression Scale (SDAS). Voor het bepalen van de ernst van agressief gedrag naar derden en objecten gebruikten we de SDAS.¹⁶ De betrouwbaarheid en de validiteit van de SDAS is in diverse studies redelijk tot goed bevonden.^{16,17}

Statistische analyses

We voerden descriptieve analyses uit om de aard, ernst en omstandigheden van de zelfbeschadiging te meten. Om mogelijke verschillen te onderzoeken tussen het tijdstip en de frequentie van zelfbeschadigend gedrag gebruikten we χ^2 -toetsen. De mann-whitneytoets werd gebruikt om mogelijke verschillen in agressieve gedragingen naar derden en objecten te onderzoeken tussen de groep deelnemers die zichzelf wel beschadigde en de groep die dit niet deed. De scores op de twee items van de SDAS over zelfbeschadigend gedrag en suïcidale gedachten en neigingen lieten we hierbij buiten beschouwing. SPSS versie 25 werd gebruikt om de analyses te verrichten.

RESULTATEN

Deelnemers

In totaal namen 27 patiënten aan het onderzoek deel gedurende de onderzoeksperiode van september 2019-december 2020, 61% van het totaal aantal opgenomen patiënten ($n = 44$). De onderzoeksgroep bestond uit 4 mannen en 23 vrouwen (15% resp. 85%) met leeftijden uiteenlopend van 18 tot 73 jaar en een gemiddelde leeftijd van 28,2 jaar ($SD: 11,30$). De borderlinepersoonlijkheidsstoornis was de meest voorkomende hoofddiagnose bij aanvang van opname, gevolgd door een ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis en dissociatieve identiteitsstoornis.

Aantal incidenten van zelfbeschadigend gedrag en tijdstip

Bij 20 van de 27 deelnemers kwam zelfbeschadigend gedrag voor (74% resp. 26%). Er werden in totaal 470

Tabel 1. Beschrijving zelfbeschadigend gedrag volgens de Self-Harm Scale

	% totaal (n = 470)	% zonder uitbijter (n = 240)
Omstandigheden		
Alleen	97,2% (456)	95% (228)
Bijzijn VOV	2,6% (12)	4,6% (11)
Bijzijn patiënten	0,2% (1)	0,4% (1)
Niet ingevuld/onbekend	0,2% (1)	-
Locatie		
In eigen kamer	83,8% (389)	81,2% (194)
In badkamer	7,1% (33)	10,5% (25)
Huiskamer	1,3% (6)	2,1% (5)
Overig	7,8% (42)	6,2% (16)
Uitlokkende factor		
Onduidelijk	27,4% (121)	29,6% (67)
Spanning	20,0% (90)	20,3% (46)
Herbeleving	14,0% (62)	3,0% (6)
Interactie team	11,5% (51)	10,2% (23)
Behandeling	8,6% (38)	5,3% (12)
Interactie patiënten	6,3% (28)	8,0% (18)
Interactie familie/bezoek	5,9% (26)	4,0% (9)
Overig	6,3% (54)	19,6% (59)
Aard zelfbeschadiging		
Hoofdbonken	40,9% (190)	10,5% (25)
Banden/touw	29,7% (138)	38,2% (91)
Scherp voorwerp	11,1% (52)	17,6% (42)
Scheermes	6,7% (31)	13,0% (31)
Inslikken	3,0% (14)	5,9% (14)
Overig	8,6% (45)	14,8% (37)
Gedrag stopt door		
Stopt uit zichzelf	27,7% (129)	44,5% (106)
Verbale interventie	27,0% (126)	7,1% (17)
Met kracht tegenhouden	17,4% (81)	14,7% (35)
Ontnemen voorwerp	16,3% (76)	29,0% (69)
Naderen staf	11,4% (53)	4,6% (11)
Overig	0,2% (5)	0,1% (2)
Directe gevolgen		
Niet zichtbaar	56,6% (248)	24,4% (55)
Schrammen/krassen	14,6% (64)	23,6% (53)
Verwonding behandeling noodzakelijk	14,6% (64)	26,7% (60)
Verwonding geen behandeling nodig	12,6% (55)	21,8% (49)
Overig	1,6% (7)	3,5% (23)
Gevolgen lange termijn		
Geen	82,1% (392)	66,8% (161)
Littekens	15,4% (67)	28,3% (68)
Blijvende beperking	0,9% (4)	1,8% (4)
Overig	1,6% (7)	3,1% (7)

VOV: verpleegkundig, opvoedkundig of verzorgend personeel.

incidenten van zelfbeschadigend gedrag gemeld, gemiddeld 23 per patiënt (uitersten: 1-230). Dit betekent dat een deelnemer bijna 50% van het totaal aantal incidenten had veroorzaakt. We geven de resultaten weer voor de totale onderzoeksgroep. In **tabel 1** geven we de resultaten zowel met als zonder uitbijter weer. Zelfbeschadigend gedrag kwam significant meer voor gedurende de avond ($\chi^2(3) = 163,771$; $p < 0,001$) (zie **figuur 1**).

Aard en omstandigheden van zelfbeschadigend gedrag

Het grootste gedeelte van de zelfbeschadigende incidenten vond plaats op het moment dat de deelnemers alleen waren (97,2%) en in hun eigen kamer (83,8%). De meest voorkomende wijze van zelfbeschadiging was hoofdbonken (40,9%), gevolgd door zelfbeschadiging met banden/touw (29,7%), met een scherp voorwerp (ruim 11%) en een scheermesje (6,7%). Het gedrag stopte in de meeste gevallen uit zichzelf (27,7%) of door een verbale interventie (27%). In 17,4% van de situaties werd het gedrag met kracht tegengehouden.

In meer dan de helft van de zelfbeschadigende incidenten waren er geen zichtbare gevolgen van het gedrag (56,6%). Medische behandeling was noodzakelijk in 14,6% van de gevallen.

Uitlokkende factoren zelfbeschadigend gedrag

Spanning als mogelijke uitlokkende factor werd het meest genoemd (20%), gevolgd door herbelevingen (14%). In 11,5% van de zelfbeschadigende incidenten werd interactie met het team als de mogelijke uitlokkende factor aangegeven. In ruim 12% van de gevallen ging interactie met andere patiënten (6,3%) of interactie met familie/bezoekers (5,9%) aan het zelfbeschadigende gedrag vooraf. In 27,4% van de incidenten werd aangegeven dat de uitlokkende factor onduidelijk was. **Tabel 1** biedt een overzicht van de gescoorde items.

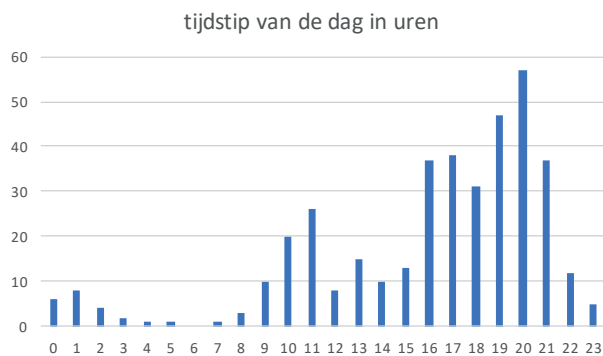
Agressieve gedragingen gemeten met de SDAS

In totaal werd in de onderzoeksperiode 805 maal een SDAS-vragenlijst ingevuld. De gemiddelde totaalscore op de SDAS voor de 27 deelnemers aan dit onderzoek was 15,75 (SD: 9,51), voor de 20 deelnemers met zelfbeschadigend gedrag 18,44 (SD: 8,32) en voor de deelnemers zonder zelfbeschadigend gedrag 15,15 (SD: 9,66). Er was geen significant verschil in de agressieve gedragingen naar derden en objecten tussen deelnemers die zichzelf wel en niet beschadigden (SDAS-9 Me = 12,0; IQR = 10,0 vs. SDAS-9 Me = 11,0; IQR = 12,0; $z = -1,707$; $p = 0,09$).

DISCUSSIE

Zelfbeschadigend gedrag is zorgwekkend en complex gedrag. Binnen Nederland is er nog zeer weinig onderzoek gedaan naar zelfbeschadigend gedrag op incident-niveau binnen de klinische setting van de specialistische

Figuur 1. Tijdstip zelfbeschadiging



ggz. Deze studie binnen een specialistisch behandelcentrum levert een bijdrage aan het onderzoek naar en de kennis over dit complexe en invloedrijke gedrag. Hoofdbonden en het gebruikmaken van banden/touw/oplader- en verlichtingssnoeren kwamen in dit onderzoek het vaakst voor als vorm van zelfbeschadiging. Hoewel dit laatste ook gezien kan worden als suïcidepoging, was dat volgens de medewerkers en patiënten (zo bleek bij navraag) niet het geval. Het was vooral een poging heftige emoties te reguleren. In de literatuur wordt snijden als meest voorkomende methode genoemd, in tegenstelling tot de bevindingen in deze studie.² Mogelijk kunnen messen en andere scherpe voorwerpen gemakkelijker gecontroleerd en verwijderd worden door een team van een gesloten afdeling zoals het CIB.

Zelfbeschadigend gedrag kwam significant meer voor gedurende de avond dan tijdens de rest van de dag. Deze resultaten komen overeen met onderzoek van Nijman en à Campo.¹⁸ Een andere overeenkomst tussen beide onderzoeken is dat het zelfbeschadigende gedrag vooral in de eigen kamer werd uitgevoerd. Een gebrek aan interactie en prikkeling zou de kans op zelfbeschadiging kunnen vergroten. Ook zouden spanningen en frustraties die gedurende het dagprogramma zijn opgelopen juist tot uiting komen wanneer het dagprogramma stopt en er weinig afleiding is.¹⁸

Veel van de patiënten op de gesloten afdeling van het CIB kampen daarnaast met dissociatieve en (complexe) PTSS-klachten. Omdat veel trauma's bij deze groep gerelateerd zijn aan (seksueel) misbruik in de avonduren, worden deze klachten in het donker vaak erger. Een mogelijke verklaring voor dit tijdstip is dat er aan het begin van de avond nog gemakkelijker en sneller medische zorg geboden kan worden dan richting het eind van de avond. In de avonduren zijn er daarnaast minder teamleden aanwezig dan gedurende de rest van de dag. Dit zorgt mogelijk voor minder tijd en ruimte voor het bieden van ondersteuning in de (emotie)regulatie van patiënten dan overdag het geval is.

Patiënten die zichzelf beschadigen, vertoonden meer agressieve gedragingen naar derden en objecten dan patiënten die zichzelf niet beschadigen.¹⁰ Er is echter in dit onderzoek geen significant verschil tussen beide

groepen. Opvallend is de hoge gemiddelde totaalscore op de SDAS in de totale onderzoeksgroep. Om een vergelijking te maken: in een studie onder 127 opgenomen patiënten op een forensisch-psychiatrische afdeling werd een veel lagere gemiddelde score op de SDAS gevonden (M: 3,75; SD: 2,34).¹⁷

Dit betekent dat het personeel van het CIB, waar deze studie plaatsvond, met grote regelmaat geconfronteerd wordt met verschillende vormen van agressie. Dit kan leiden tot sterk verhoogde stress onder het personeel en kan gevolgen hebben op het terrein van fysiek, psychisch en emotioneel functioneren, naast beperkingen op het gebied van arbeidsprestaties.¹⁹ Daarnaast speelt de confrontatie met zelfbeschadigend gedrag, waarvan bekend is dat dit een beroep doet op het incasseringsvermogen van personeel.²¹ Zorg voor de medewerkers, wat daarna terugvloeit in zorg voor de patiënten, is dus van groot belang.

Beperkingen en sterke kanten

Een beperking in deze studie is het aantal respondenten. Een onderzoekspopulatie van 27 patiënten, van wie er bij 20 zelfbeschadigend gedrag was voorgekomen gedurende de onderzoeksperiode, is beperkt. Tegelijkertijd is er over de prevalentie, aard en omstandigheden van zelfbeschadigend gedrag (op een gesloten afdeling) nog zeer weinig bekend. In dit onderzoek is van deze 20 patiënten een groot aantal gegevens van zelfbeschadigend gedrag op incidentniveau verzameld. Naar ons weten is dit (in Nederland) nog niet eerder op deze wijze gebeurd.

Aanbevelingen

Het strekt tot aanbeveling dit onderzoek te herhalen op vergelijkbare afdelingen om populaties te kunnen vergelijken en interventies te kunnen evalueren. Door het analyseren van deze data kunnen er feedbackloops gecreëerd worden die inzicht geven in het effect van interventies.

Een vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op triggers die voorafgaan aan zelfbeschadigend gedrag. Dit leidt tot meer inzicht in deze uitlokkende factoren, waardoor interventies ontwikkeld kunnen worden die het risico op dit gedrag kunnen verkleinen. Het is van groot belang hierover in gesprek te gaan, en te blijven, met betrokken teamleden, maar zeker ook met de patiënten over wie dit onderzoek gaat.

👉 Prof.dr. Henk Nijman, hoogleraar Forensische psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen, adviseerde ons met veel enthousiasme bij dit onderzoek.

LITERATUUR

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen