

Help jezelf, dan word je geholpen: de emotionele reactie van hulpverleners op zelfverwondend gedrag

“Het is bijna niet te begrijpen dat een jonge vrouw zich zo toetakelt (...). Dat roept heel verschillende dingen in je op. Aan de ene kant zorg, van ja, dat kan toch niet, dit moet zo snel mogelijk stoppen (...). Aan de andere kant merk je hoe moeilijk dat is (...). Dus je raakt ook (...) gefrustreerd, je voelt je machteloos.”

(een hulpverlener aan het woord in de documentaire ‘Snijden in je eigen lichaam’, 2003)

Inleiding

Er is de afgelopen jaren veel aandacht ontstaan voor zelfverwondend gedrag bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek.¹ Het gaat hierbij vooral om cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis of verwante problemen, zoals een dissociatieve stoornis of een posttraumatische stress-stoornis. Er is navenant veel literatuur verschenen over de aard, beleving en mogelijke benadering van ZVG, zoals het vaak wordt afgekort.

Voor wie meer wil begrijpen van zelfverwondend gedrag en hoe daarop gereageerd kan worden is -naast praten met mensen die zichzelf verwonden!- bijvoorbeeld Boevink & Escher (2001) een goede, algemene bron, onder andere omdat zowel ervaringsdeskundigen als hulpverleners aan het woord komen. Een andere is Broers & de Lange (1998), die een uitgebreid literatuuroverzicht geven en een standaard voor verpleegkundige interventies bij zelfverwonding presenteren (die overigens ook andere hulpverleners allerlei aanknopingspunten biedt).²

Dit artikel gaat evenwel niet over hoe die hulpverlening vorm zou moeten krijgen, of toch niet direct. Uitgangspunten zijn hier reacties als die van de verpleegkundige in het citaat hierboven en het hulpverlenersgedrag dat daaruit voortvloeit.

Geconfronteerd worden met zelfverwondend gedrag kan een schokkende ervaring zijn en -vooral- tot een gevoel van onmacht leiden. Dat heeft gevolgen voor de relatie met de cliënt, en dus voor de daadwerkelijke hulpverlening. Hoe gaat de hulpverlener met die eigen emoties om?

Onmacht is een gevoel van hulpeloosheid. De hulpverlener die zich zo voelt is dus eigenlijk zelf hulpvrager. Sterker: het gedrag van een hulpverlener in de problemen vertoont in dit soort situaties parallellen met dat van de cliënt. Enerzijds kan die constatering confronterend zijn, anderzijds biedt ze ook houvast: de hulpverlener kan voor zichzelf wat hebben aan de uitgangspunten van de hulpverlening.

Hulpverleners kunnen zichzelf helpen -en daarmee hun cliënten- door gebruik te maken van het meest basale fundament van de cognitieve gedragstherapie. Nee, dat heeft niet te maken met straffen en belonen, maar met inzicht en overzicht, begrip van het eigen gedrag en dat van de ander.

In dit artikel wordt geprobeerd door die bril de incidentele hulpeloosheid van de hulpverlener zichtbaar en inzichtelijk te maken, waarbij het focus ligt op een specifiek, hopelijk herkenbaar voorbeeld. Maar ook: zien is snappen, wat ertoe moet leiden dat de hulpverlener zichzelf en de cliënt effectief verder kan helpen.

Dit stuk richt zich in het bijzonder op verpleegkundigen en andere begeleiders in de psychiatrische 24-uurszorg. Van de diverse hulpverleners zijn zij degenen die het meest direct met ZVG geconfronteerd worden. Anderzijds vraagt het reageren op zelfverwonding vaak om

¹ Zelfverwondend gedrag komt o.a. ook voor bij geestelijk gehandicapten en incidenteel bij ernstig psychotische mensen. Dat blijft hier buiten beschouwing, omdat deze hulpvragers om een andere benadering vragen.

² Beide boeken worden van harte aanbevolen. Met name dat van Broers & de Lange dient ook als algemene referentie voor veel gegevens in dit artikel.

multidisciplinair overleg en handelen. Daarom is in het volgende soms sprake van ‘de verpleegkundige’, soms van ‘de hulpverlener’.³

De emotie van de hulpverlener

Hulpverleners zijn eigenlijk zelden direct getuige van ZVG. Dit speelt zich doorgaans af in de beslotenheid van de eigen ruimte, zoals de eigen kamer in een psychiatrische instelling. Wat het meest voorkomt is dat de verpleegkundige vervolgens geconfronteerd wordt met een cliënt die met bijvoorbeeld bebloede armen naar de verpleegpost komt.⁴

Begeleiders in de psychiatrie zien doorgaans niet dagelijks verwondingen. Maar misschien is het dat niet eens, wat zo schokkend kan zijn, hoe afschuwelijk sommige wonden er ook uit kunnen zien. Het is eerder het weten dat iemand dit zichzelf aandoet, dat heftige emoties oproept.

Voor hulpverleners, net als voor ouders, komt daar wat bij: ze voelen zich verantwoordelijk en interpreteren de zelfverwonding -terecht- als een teken dat het op dat moment niet goed gaat met de cliënt die aan hun zorg is toevertrouwd. Ze voelen zich dus als mens en als hulpverlener aangesproken door het gedrag van de cliënt. In het slechtste geval heeft de verpleegkundige het gevoel gefaald te hebben, in elk geval is het duidelijk dat de zelfverwonding om een reactie vraagt.

Wat niet helpt is dat de zelfverwonding vaak op een lastig tijdstip gebeurt, of althans die reputatie heeft. Informeel wordt bijvoorbeeld vaak de overdracht van de late dienst naar de nachtdienst genoemd.

De reactie van de hulpverlener (1)

Er staan de verpleegkundige acuut twee dingen te doen, en in het nabije vervolg nog wat. Ten eerste moet de wond verzorgd worden. Ten tweede is het de vraag hoe het verblijf van de patiënt op de afdeling verder vorm moet krijgen. Vervolgens, maar dat is iets minder dringend, komt aan bod hoe het contact tussen patiënt en verpleegkundige in de dagen na dit gebeuren verder vorm kan krijgen.

Wie is geprikkeld door de overgang van de vorige paragraaf naar dit stukje? Het lijkt toch zo natuurlijk: eerst gaat het over het gedrag van de cliënt, dan over wat de verpleegkundige doet. Actie en reactie. Handelen. ‘Hulp verlenen.’ De verpleegkundige is een doener. Maar het gaat alweer over de hulpverlening, niet over de hulpverlener.

Hoe de hulpverlening moet zijn? Dat wordt hier voor een keer besproken nadat aan de hulpverlener zelf aandacht is geschonken.

Het gedrag van de cliënt

Marjan van Dussen is in verband met borderline-problematiek opgenomen op een open afdeling van een APZ. Ze heeft vanmiddag van haar ouders gehoord dat die komende zaterdag voor drie weken op vakantie vertrekken. Marjan heeft hier een rotgevoel bij. Ze gunt haar ouders die vakantie wel, maar ze heeft niet zoveel sociale contacten, behalve met een paar medepatiënten, een zus en af en toe een vriendin. Ze voelt zich een beetje in de steek gelaten en heeft een tikje zelfmedelijden; onwillekeurig vraagt ze zich af hoe haar ouders zo lang op vakantie kunnen gaan, terwijl zij het zo moeilijk heeft. Bijna tegelijkertijd schaamt ze zich over die gedachte.

Het houdt haar de verdere middag en avond bezig, ze komt er niet goed uit. Dat ze dit niet los kan laten zit haar ook weer dwars.

Ze kletst wat met een medepatiënte, maar die heeft het zelf erg moeilijk. Uiteindelijk gaat ze op haar eigen kamer t.v. kijken, in de hoop dat dit haar wat af zal leiden. Maar sport interesseert

³ In dit stuk worden alle begeleiders in de 24-uurszorg voor het gemak aangeduid als ‘verpleegkundige’ en ‘hij’. Hulpvragers worden in de ene instelling ‘patiënt’, in de andere ‘cliënt’ genoemd. Hier wordt meestal de term ‘cliënt’ gebruikt en de aanduiding ‘zij’.

⁴ Er zijn veel soorten zelfverwonding, maar dat doet hier niet ter zake.

haar niet en van het nieuws, een bloederige actiefilm of een dramatische soap gaat ze zich alleen maar slechter voelen.

Ze denkt erover om even een praatje te gaan maken met de verpleegkundigen, maar het is al laat en die hebben het vast druk. Ze weet ook niet goed wat ze zou moeten zeggen en wil niet lastig zijn. Hm, die kunnen straks lekker naar huis. Nee, dat is gemeen, ze doen hun best. Ze voelt zich intussen alleen nog maar rotter, kan helemaal geen greep krijgen op wat ze allemaal denkt en voelt en alles stapelt zich alleen maar op. Ze heeft dit al zo vaak meegemaakt en vindt zich soms een mislukkeling.

Tegen elf uur 's avonds is ze als in een spiraal naar beneden in een soort roes geraakt. Zo goed als automatisch pakt ze een scheermesje en zet ze een flinke snee in haar arm.

Daarna keert ze stukje bij beetje terug in de werkelijkheid. Ze voelt zich veel beter, maar schrikt van het bloed op haar arm, kleren en dekbed. Ze wikkelt gauw een handdoek om haar arm en holt naar het kantoor van de verpleging.

De reactie van de hulpverlener (2)

Chris Kuijters gaat zometeen overdragen aan de nachtdienst. Hij heeft wel een lekkere avond gehad. Druk bezig geweest, maar alles wel zo'n beetje afgerond. Straks thuis nog wat eten en drinken, even bijkletsen met zijn vriendin, als die nog op is, en anders is er misschien nog wat leuks op t.v. Vanaf morgen een paar vrije dagen; mooi vooruitzicht..

Dan wordt er op de deur van het kantoor geklopt. Marjan, niet voor het eerst de laatste tijd met een opengesneden arm. Verdomme, daar zat hij niet op te wachten. Hij voelt zich meteen gejaagd, aarzelt toch even en besluit dat hij hier de nachtdienst niet mee kan laten zitten, al helemaal niet omdat dat een leerling is. Hij bekijkt de snee. Niet mooi, maar ook niet zo ernstig dat Marjan naar de SEH moet. Terwijl de nachtdienst binnenkomt verzorgt hij de wond. Gelukkig hebben ze hechtstrips en voldoende verband op de afdeling. Morgen de huisarts toch maar even naar laten kijken.

Als hij klaar is, zegt hij dat Marjan voor de zekerheid toch maar beter de nacht in de separeer door kan brengen. Ze reageert wat aarzelend, protesteert even, maar Chris is beslist. Nachthoofd bellen, leerling de separeer klaar laten maken, Marjan wegbrengen, uitleg aan het nachthoofd, incidentenformulier invullen en rapportage bijwerken, overdragen en de nachtdienst instructies geven voor als Marjan 's nachts belt. O ja, dat ze morgen niet vergeten te overleggen of haar ouders ingelicht moeten worden. Drie kwartier te laat naar huis.

Onderweg een hoofd vol en zijn vriendin is al naar bed. Rotgevoel. Avond toch niet lekker afgesloten. Had hij wel genoeg aandacht aan Marjan besteed? Had ze echt niet even naar de SEH gemoeten? Nee, kan zo wel. Waarom doet ze dat nou net tegen de overdracht? Had ze niet even naar hem toe kunnen komen? Zo'n separeer, dat is toch ook armoe. Derde keer in twee weken dat ze zichzelf verwondt, wat moeten we daar nou mee? Vergeten om Marjan's kamer af te sluiten. Nou ja, maar hopen dat de nachtdienst daarop let.⁵

De reactie van een borderliner

Impulsiviteit is één van de hoofdkenmerken van borderlineproblematiek (A.P.A., 1998). Dit betekent in feite dat borderliners geneigd zijn om nare gevoelens af te reageren in gedrag, zonder er steeds goed over na te denken, zonder altijd stil te kunnen staan bij de gevolgen. Ze zijn niet altijd goed in staat om hun -vaak heftige en plotseling opkomende- emoties een plaats te geven. Ze verkeren dan eigenlijk in crisis, slaan een paar stappen over en handelen dan soms paniekerig.

De reactie van de hulpverlener (3)

Een vrij algemeen geaccepteerd model voor doelmatige hulpverlening in crisissituaties bestaat uit de drie stappen ventileren-valideren-realistieitsoetsing, d.w.z.: de cliënt krijgt de gelegenheid zich te uiten (ventileren), wordt erkend in haar beleving (validatie) en vervolgens wordt gezocht naar de beste manier om in de gegeven situatie te handelen (realiteitssoetsing).

⁵ De namen van de cliënt en de verpleegkundige in de twee vignetten zijn uiteraard verzonden.

dit laatste uiteraard liefst in goede samenwerking tussen hulpvrager en hulpverlener (zie bijvoorbeeld Young, 1994, aangehaald bij van Luyn, 2001).

Hulpverleners kunnen overvallen worden door gevoelens van schok en onmacht bij de confrontatie met zelfverwondend gedrag. Dat is goed, gezond en gewoon. Echter: als ze daarin vast blijven zitten, is de kans groot dat ze vergeten om goed hulp te verlenen volgens bijvoorbeeld bovenstaand model. Ze gaan dan eigenlijk hetzelfde doen als hun cliënten, namelijk ineffectief crisisgedrag vertonen.

Ondoelmatige gedragspatronen in gespannen situaties zijn te koppelen aan drie hanteringsstijlen: overgave, vechten, vluchten (zie bijvoorbeeld Young e.a., 2003). In het geval van hulpverleners die reageren op zelfverwondend gedrag kan dat er bijvoorbeeld als volgt uitzien:

-*Overgave*: de verpleegkundige heeft medelijden met de cliënt, uit overdadige sympathieën bezorgdheid. 'Joh, afschuwelijk, wat heb jij het moeilijk dat je jezelf zo'n pijn moet doen.' Het resultaat hiervan kan zijn dat de patiënt zich nog schuldiger gaat voelen dan ze toch al doet: ze zit niet alleen in de problemen met zichzelf, maar laadt ook anderen met nare gevoelens op. Ook zou zulke liefdevolle aandacht als positieve bekrachtiging kunnen werken. Belangrijker is dat dit medelijden noch voor de cliënt, noch voor de hulpverlener zelf iets oplost. Er wordt (een beetje) geventileerd en (overdadig) gevalideerd, maar niets veranderd aan de realiteit.

-*Vluchten*: de verpleegkundige neemt een zo neutraal mogelijke houding aan, verzorgt de wond en praat verder niet met de patiënt over wat er gebeurd is. Dit werd vroeger -en wordt soms nog wel- toegepast, waarbij de gedachte is dat zoveel mogelijk negeren leidt tot het uitdoven van ongewenst gedrag. In dit geval wordt er niet geventileerd of gevalideerd, alleen maar gehandeld. Het kan ertoe leiden dat hulpverlener en hulpvrager blijven zitten met hun nare gevoelens, als die niet nog groter worden, en amper weten hoe ze het contact de volgende dagen vorm moeten geven.

Een andere vorm van vluchtgedrag door hulpverleners bestaat uit het schorsen of ontslaan van de cliënt, tegen haar zin in. Ook dat leidt doorgaans tot gevoelens van frustratie bij alle betrokkenen, ook al kan er even opluchting heersen. De cliënt schrijft vooral weer een mislukking bij op haar leitje; de hulpverlener heeft wel een daad gesteld, maar geen hulp verleend, en dat is toch waar het om zou moeten gaan en waar de bevrediging in zit.

-*Vechten*: het gedrag móet stoppen, onder controle gebracht worden. De hulpverleners gaan over tot het innemen van gevaarlijke voorwerpen, overplaatsen naar een gesloten afdeling afzonderen, separeren, gebruik van anti-scheurkleding, fixeren, opleggen van contracten en verboden, straffen en belonen middels het geven en intrekken van vrijheden enzovoort. Ook in dit geval is er geen sprake van ventileren en valideren, maar alleen van het veranderen van de realiteit. Het is begrijpelijk vanuit een traditie van 'veiligheid en structuur bieden', die soms zo nodig kan zijn in het werk met cliënten die niet direct in staat zijn zelf de controle terug te vinden, bijvoorbeeld psychotische mensen.

Het effect op patiënten met borderlineproblematiek is echter vaak averechts: ze verliezen nog meer controle dan ze al hadden, raken hierover nog meer gespannen dan ze al waren en reageren dit af in nog meer ineffectief gedrag (zie bijvoorbeeld Dawson & McMillan, 1993). Het effect voor hulpverleners is navenant: steeds grotere machteloosheid, steeds meer frustratie, steeds meer het gevoel te falen. In het slechtste geval leidt dit tot steeds meer repressieve maatregelen (zie bijvoorbeeld Broers, 2001). Dat is geen vicieuze cirkel, maar een draaikolk: de enige uitgang is helemaal onderaan, op de bodem.

De hulpverlener beantwoordt zo gedrag met gedrag en vergeet vooral ruimte te bieden aan de beleving van zowel de cliënt als zichzelf. Hij probeert een dijk op te werpen tegen een overstroming, terwijl er vaak vooral sprake is van een druppel die over de rand van een volle emmer stroomt; zelfverwondend gedrag heeft als eerste functie om hier en nu spanning af te laten vloeien (zie bijvoorbeeld Draijer, 2001). Dit is wederzijds crisisgedrag en het netto resultaat is dus negatief, voor de patiënt en voor de hulpverlener zelf.

De hulpverlener geholpen

“Op het moment dat je niet vanuit een soort theoretisch kader d’r handen en voeten aan kunt geven (...), zit je vast, want dan zit je als hulpverlener ‘Ja, ik kan het niet’, en als de cliënt het kon, deed-ie het niet.”

(een hulpverlener, in ‘Snijden in je eigen lichaam’)

Als de hulpverlener dan eigenlijk op dezelfde manier als de patiënt in de problemen raakt door ineffectief handelen, wat kan de hulpverlener zelf dan leren van de hulpverlening? Hoe kan de hulpverlener zichzelf helpen?

De meeste gangbare behandelvormen voor mensen met persoonlijkheidsproblemen (o.a. Linehan, 1993; van Meekeren, 1998; Young, 2003) zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. De kern daarvan is dat de cliënt zelf zicht en grip krijgt op de opeenvolgende situatie-aanleiding-gedachte-gevoel-gedrag-gevolgen.

Kort toegepast op het voorbeeld van de cliënt hierboven: Marjan Dussen verblijft in een psychiatrische instelling (situatie); haar ouders kondigen aan dat ze op vakantie gaan (aanleiding); Marjan voelt zich in de steek gelaten (emotie); ze ziet dat o.a. als een bevestiging van het idee dat ze niet meetelt (gedachte) en verwondt zichzelf (gedrag), zonder goed stil te staan bij de gevolgen (even ontspanning, maar daarna wellicht schuldgevoelens, schaamte en een verslechterde relatie met het behandelteam, wat zich bijvoorbeeld kan uiten in overplaatsing naar een gesloten afdeling). Wat de therapie onder meer beoogt is om deze mensen naar dit totaalplaatje te leren kijken, zodat ze begrip voor en grip op hun eigen gedrag krijgen.

Toegepast op het voorbeeld van de verpleegkundige hierboven, ziet het er in grote lijnen als volgt uit: Chris bereidt zich tevreden voor op een paar vrije dagen, nadat hij zodadelijk overgedragen heeft (situatie); Marjan klopt aan met een bebloede arm (aanleiding); Chris interpreteert de situatie als één waarin hij weinig tijd heeft, maar wel de volle verantwoordelijkheid draagt voor cliënt en onervaren collega (gedachte); hij voelt zich in eerste instantie gejaagd, omdat hij onverwacht nog veel moet doen in weinig tijd (emotie); hij handelt als in het vignet hierboven beschreven (gedrag) en blijft in tweede instantie zitten met een onplezierig en ontevreden gevoel (gevolgen).

Eerder is vastgesteld dat ineffectieve hulpverlening bij zelfverwonding eigenlijk op hetzelfde principe is gebaseerd als de zelfverwonding die daar de aanleiding voor was: impulsiviteit berust op het stellen van een daad na het ervaren van forse, negatieve gevoelens, zonder goed stil te staan bij waar die emoties vandaan komen, wat er de aanleiding van is, hoe de situatie geïnterpreteerd wordt, wat de gevolgen van verschillende vormen van ingrijpen kunnen zijn. Wat zo vooral duidelijk wordt is hoe breed en diep, hoe complex, en ingrijpend de interactie tussen hulpvragers en hulpverleners rondom zelfverwondend gedrag kan zijn. Hulpverleners doen soms hetzelfde als waar hulpvragers jarenlang voor in therapie kunnen zijn.

Dat betekent niet dat hulpverleners ook in therapie moeten: ze hebben geen persoonlijkheidsproblematiek te overwinnen. Wel echter zijn ze met hun hele persoon betrokken in een hulpverleningssituatie als waar het in dit artikel om gaat.

Bijgevolg is praten over de patiënt onvoldoende en is kennis van de problematiek uiteraard wezenlijk, maar uiteindelijk ontoereikend, want alleen cognitief: kennis alleen doet geen recht aan de hele beleving.

Ook de hulpverlener moet kunnen ventileren, gevalideerd worden en de gelegenheid hebben om, met steun van collega’s, te onderzoeken hoe de situatie in elkaar stak en hoe in dergelijke omstandigheden het meest effectief gehandeld kan worden.

Linehan (1993) stelt hierom dat supervisie en intervisie bij de behandeling van mensen met borderlineproblematiek onontkoombaar zijn. Bepeliten dat hulpverleners zich kwetsbaar mogen opstellen en zich open op moeten stellen tegenover elkaar (zie bijvoorbeeld Enzlin,

1997) volstaat in dat verband niet. Het is strijdig met de fundamentele, op de ander gerichte houding van veel hulpverleners en geeft geen houvast; het is wel een uitdaging, maar er is onvoldoende veiligheid om die aan te gaan. Loughrey e.a. (1998) geven aan dat een verpleegkundige die om moet gaan met zelfverwondend gedrag niet alleen over kennis moet beschikken, maar ook over “ondersteuning en een buitengewoon goed samenwerkend team om niet toe te geven aan de stress of geen ongezond copinggedrag te ontwikkelen”. Hoe die stress en dat ongezonde copinggedrag tot stand komen is hierboven beschreven aan de hand van een cognitief-gedragstherapeutisch model. Daaruit kan ook afgeleid worden hoe de ondersteuning binnen dat goed samenwerkende team vorm kan krijgen.

Met andere woorden: hetzelfde hulpverleningsmodel kan dus een goede basis zijn voor onderlinge besprekingen tussen hulpverleners. Het biedt gelegenheid om een crisis-achtige situatie rondom (bijvoorbeeld) zelfverwonding te analyseren, waarbij wel de hele beleving van de hulpverlener in de gegeven situatie in ogenschouw genomen wordt, maar de persoon zelf niet ter discussie staat. Het model ligt als gereedschap op tafel, tussen de aanwezigen in. Er is gelegenheid om te ventileren, te valideren en effectief gedrag voor een volgende situatie te bedenken.

De enige voorwaarde is dat er minstens één of een paar collega's zijn die beschikken over kennis over en inzicht in borderline-problematiek.

Weer toegepast op het voorbeeld van de verpleegkundige hierboven, maar nu gecombineerd met opmerkingen zoals die in een bespreking ter tafel zouden kunnen komen:

De hulpverlening aan de hulpverlener

Alle teamleden die dienst hebben zijn aanwezig. Het uitgangspunt voor de bespreking is *niet* dat Marjan zich heeft verwond en hoe daarmee omgegaan moet worden, maar de situatie *zoals Chris die heeft meegemaakt*. Hij wordt gevraagd bij het begin te beginnen, dat wil zeggen: voordat Marjan aanklopte.

Situatie:

Chris vertelt dat hij een goede avond had gehad en uitzag naar een paar vrije dagen. Hij was redelijk voldaan en verwachtte geen problemen meer; het enige wat hem nog te doen stond was een zorgvuldige overdracht (ventileren). Een collega stelt vast dat hij voor zijn gevoel zijn werkdag dus eigenlijk al zo'n beetje had afgerond (validatie).

Aanleiding:

Marjan klopt aan met een bebloede arm. Zijn verwachting en tevredenheid werden dus fors doorkruist; hij wist meteen dat er nog het nodige van hem verwacht werd (ventileren). Teamleden benoemen dit als herkenbaar en begrijpelijk (validatie).

Gevoel, emotie:

Hij voelde zich acuut gejaagd, omdat hij nog snel veel moest doen (ventileren). Een collega vraagt of daar misschien ook wel een zekere angst een rol in speelt: gaat hij de situatie nog zó op kunnen lossen dat er straks, wanneer hij daar geen zicht meer op heeft, niets meer fout gaat? Ja, daar zit wel wat in (validatie). Het zat hem ook meteen dwars dat dit niet de eerste keer was, de laatste tijd en achteraf knaagde er een gevoel misschien ergens tekort te zijn geschoten (ventileren). Zeer herkenbaar gevoel voor iedereen. En nee: hij heeft op dat moment naar beste vermogen en vanuit een gevoel van verantwoordelijkheid gehandeld. (validatie).

Besproken wordt dat zelfverwonding vaak het eindresultaat is van een lang opgebouwde spanning en uiteindelijk nogal eens in een roes gebeurt. Het is dus lang niet zeker dat Chris ook maar iets had kunnen doen om dit te voorkomen. Als hij eerder op de dag aanvoelt dat er spanning is bij Marjan, kan het nuttig zijn hier contact over te maken en te kijken of er iets aan te doen is. Hij heeft haar wel gezien, bij het avondeten, maar er viel hem toen niets bijzonders op. (Gelegenheid tot ventileren en validatie voor haar, validatie en realiteitstoetsing voor hem.)

Tenslotte geeft Chris aan dat hij toch ook wel irritatie voelde, omdat Marjan op zo'n lastig moment aankwam, en dat hij zich daar dan ook wel weer schuldig over voelt, omdat hij er toch niet van uit mag gaan dat ze dat moment met opzet kiest?

Er wordt opgemerkt dat die irritatie, gezien het tijdstip, beslist begrijpelijk is en dat het moment waarop Marjan naar hem toekomt wel drie betekenissen kan hebben: toeval, een zeker verwijt dat hij te weinig aandacht aan haar besteed zou hebben die avond, of het heeft iets te maken met verlatingsangst, toch een wezenlijke eigenschap van veel borderliners. Het is waarschijnlijk het beste -voor hem en voor haar- dit gewoon eens na te vragen en met haar te bespreken. (Hier zit alles in, voor beide partijen: ventileren, valideren en realiteitstoetsing)

Gedachte, interpretatie:

Chris ziet de situatie als één waarin hij weinig tijd heeft, maar wel de volle verantwoordelijkheid draagt voor cliënt en onervaren collega. Dat hij weinig tijd heeft is hier inderdaad een gegeven, dus zijn wat opgejaagde gevoel is begrijpelijk en in deze situatie waarschijnlijk niet te voorkomen. Dat hij zich aangesproken voelt in zijn verantwoordelijkheid getuigt van zijn professionaliteit. Wat betreft zijn onervaren collega kan hij ook niets anders doen dan de situatie zelf beheersbaar maken. (Allemaal validerend.) Zijn gevoel van verantwoordelijkheid voor de cliënt is op zich natuurlijk ook terecht; de vraag is alleen of dat betekent dat hij haar gedrag moet proberen te controleren, als er op dat moment nog iets gecontroleerd moet worden en als dat al mogelijk is.

Zelfverwonding leidt doorgaans tot ontspanning en zeer waarschijnlijk gaat Marjan hierna rustig slapen. De wond moet natuurlijk wel goed verzorgd worden, maar wat er verder moet gebeuren kan dus morgen bekeken worden. Borderliners hebben geen behoefte aan controle door anderen -reageren daar vaak juist verkeerd op-, maar soms wel aan ondersteuning in de zin dat iemand met ze meekijkt hoe ze de controle zelf kunnen herwinnen. Het is dus verstandig om hier een volgende keer rekening mee te houden. (Realiteitstoetsing.)

Gedrag:

Hij handelde als beschreven, vanuit de interpretatie dat hij verantwoordelijk was voor de hele situatie.

Het was goed dat hij ervan uitging dat hij zijn onervaren collega uit de wind moest zetten. Over de beste manier van wondverzorging zou hij direct in overleg kunnen gaan met de cliënt: die heeft daar veel ervaring mee, en bovendien geeft hij haar daarmee meteen een stukje beheersing terug; tenslotte maakt hij op die manier meteen duidelijk ondersteunend voor haar aanwezig te willen zijn. Meer tijd dan het zelf verzorgen van de wond hoeft dat amper te kosten.

Daarna had hij met haar kunnen overleggen hoe de nacht verder moest verlopen; hij had daarbij zijn eigen twijfels kunnen uiten. Ze had hem dan wellicht uitgelegd dat ze nu ontspannen was, goed zou slapen en dat het niet waarschijnlijk was dat er vannacht nog eens zelfverwonding plaats zou vinden. Op die wijze had hij haar duidelijk gemaakt dat hij stil stond bij de moeilijke situatie waarin ze verkeerde. Door zijn eigen twijfels te uiten had hij haar bovendien in de gelegenheid gesteld vorm te geven aan haar eigen verantwoordelijkheid en haar dus aangesproken op haar sterke kant. Dit alles had overigens ook veel tijd bespaard (Validatie voor haar, vooral realiteitstoetsing voor hem.)

Gevolgen:

Hij had een onvoldaan gevoel, o.a. omdat de hulpverlening alleen gericht was op het direct (en wellicht niet op de meest effectieve manier) beheersen van de situatie.

Aan zijn wat gejaagde gevoel en zijn irritatie was in de gegeven omstandigheden waarschijnlijk niets te doen. Zijn verantwoordelijkheidsgevoel voor zijn collega was terecht. Vanuit een wat ander perspectief had hij aan zijn verantwoordelijkheidsgevoel voor zijn cliënt vorm kunnen geven door de hele aanpak van de situatie met haar te overleggen, wat haar meteen het gevoel had gegeven dat ze gezien en gehoord werd. Dat zou ook een goede basis geven voor verder contact, in de dagen na de zelfverwonding. Hij was dan waarschijnlijk met een misschien nog bezorgd, maar beslist geruster en tevredener gevoel naar huis gegaan.

Een bespreking als hierboven beschreven geeft de hulpverlener houvast. Hij krijgt de ruimte om zich te uiten na een emotionele gebeurtenis en een algemeen gevoel van onvrede met de

gang van zaken wordt genuanceerd: veel van wat hij deed komt voort vanuit een positieve intentie, is begrijpelijk en deels goed onderbouwd. Hij zal dan ook ontvankelijker zijn voor aanvullende informatie, wat leidt tot meer inzicht en begrip. Er wordt veiligheid gecreëerd; dat is een noodzakelijke basis om een uitdaging aan te durven gaan: verder kijken naar verbeteringen in de benadering. Daar profiteren alle betrokkenen van.

Het aardige van de hier geschetste benadering is tenslotte dat dezelfde werkwijze een goed kader geeft om het verdere contact met de hulpvrager vorm te geven: onderzoekend praten over haar beleving van de situatie, de aanleiding, gedachten, gevoelens, gedragingen en gevolgen is zorgvuldige, aandachtige, opbouwende en steunende hulpverlening.

Samenvatting en besluit

“Je moet er de tijd voor nemen, je moet het niet erg vinden, je moet het niet willen stoppen.”
(een hulpverlener, in ‘Snijden in je eigen lichaam’)

Het wezen van dit artikel zit in de drie citaten uit ‘Snijden in je eigen lichaam’. De eerste hulpverlener is zo geschokt door de confrontatie met zelfverwondend gedrag dat hij *acuut* wil handelen: *hij* wil het gedrag laten stoppen. Vervolgens constateert hij dat dit moeilijk is en blijft hij zitten met machteloosheid. In dit stuk werd betoogd dat dit precies is wat de cliënt zelf ook doet: impulsief en uiteindelijk ineffectief handelen.

De tweede hulpverlener stelt dat de hulpverlener een fundament onder zijn handelen moet leggen, door zich een kader te verschaffen. In dit artikel wordt gesteld dat hulpverleners dit kunnen doen door niet alleen naar het gedrag van de patiënt, maar door vooral ook naar hun eigen gedrag te kijken door een cognitief-gedragstherapeutische bril: geef aandacht aan je emoties en de oorzaak daarvan; daarna kun je inzicht een plaats geven tussen gevoel en gedrag. Zo krijg je overzicht, dus ook zicht op de gevolgen van je interventies. Help jezelf overzicht te krijgen, dan kun je vervolgens de cliënt helpen controle te krijgen. Dat leidt als vanzelf tot de conclusie van de derde hulpverlener: je moet het *niet* willen stoppen. Dat kan alleen de cliënt. Niet ingrijpen, maar -jezelf en haar- begrijpen.

Jean Keizer, verpleegkundige/verpleegkundig specialist i.o., oktober 2004

Bronnen

Snijden in je eigen lichaam, documentaire van Szabinka Dudevszky en Zoli Schwarz, uitgezonden door de IKON op 26-3-03 in de serie ‘Het andere gezicht’.

American Psychiatric Association, *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*, Swets & Zeitlinger, Lisse, 1998

Boevink, W. & Escher, S. (red.), *Zelfverwonding begrijpelijk maken: ervaringsdeskundigen, onderzoekers en therapeuten aan het woord*, Stichting positieve gezondheidzorg, Bemelen, 2001

Broers, E., *Zelfverwonding en de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener*. In: Boevink, W. & Escher, S., 2001

Broers, E. & de Lange, J., *Hulpverlening bij zelfverwonding in de psychiatrie: achtergronden, verpleegproces en keuzen in de zorg*, Trimbos-instituut, Utrecht, 1998

Dawson, D. & McMillan, H., *Relationship management of the borderline patiënt: from understanding to treatment*, Brunner/Mazel, New York, 1993

Draijer, N., *Zelfbeschadiging: fenomenologie, achtergronden en behandeling*. In: Boevink, W. & Escher, S., 2001

Enzlin, M., In chaos plakt pleeg pleisters, *Verpleegkunde nieuws*, 11, nr. 7, 18-21, 1998

Linehan, M., *Borderline persoonlijkheidsstoornis: handleiding voor training en therapie*, Swets & Zeitlinger, Lisse, 1993

Loughrey, L., Jackson, J., Molla, P. & Wobbleton, J., Zelfmutilatie door de patiënt: wanneer verplegen een nachtmerrie wordt, *Verpleegkundig perspectief*, 14, nr. 2, 56-64, 1998

Luyn, B. van, Crisisinterventie bij borderline patiënten, *Directieve therapie*, 21, 286-306, 2001

Meekeren, E. van, *De borderline stoornis: crises in hechten en onthechten*, Synthesis, Amsterdam, 1998

Young, J., *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*, Professional Resource Press, Sarasota, 1994

Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M., *Schema therapy: a practitioner's guide*, The Guildford Press, New York/London, 2003