

PIT studie: onderzoek naar het Protocol Imaginair uitVoeren van zelfbeschadigend gedrag

Gepubliceerd: 13-12-2019 Laatst bijgewerkt: 10-04-2024

Het doel van het onderzoek is om te onderzoeken of het *Protocol imaginair uitvoeren van zelfbeschadigend gedrag* leidt tot vermindering van zelfbeschadigend gedrag en de drang tot zelfbeschadigend gedrag.

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving gestart
Type aandoening	Suïcidaal en automutilerend gedrag NEG
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON48432

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

PIT studie

Aandoening

- Suïcidaal en automutilerend gedrag NEG

Synoniemen aandoening

zelfbeschadiging, zelfverwonding

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Fivoor

Overige ondersteuning: Fivoor

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: drang, gedragsinterventie, werkgeheugenbelasting, zelfbeschadiging

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

1. De frequentie van zelfbeschadigend gedrag
2. De duur van het zelfbeschadigend gedrag
3. De ernst van het zelfbeschadigend gedrag
4. De drang tot zelfbeschadigend gedrag

Secundaire uitkomstmaten

Hoevaak en hoelang patienten het protocol thuis hebben toegepast.

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Zelfbeschadiging is een steeds groter probleem aan het worden. Met zelfbeschadiging wordt bedoeld: het doelbewust toebrengen van schade of pijn aan het eigen lichaam. De International Society for the Study of Self-Injury definieert non-suicidale zelfbeschadiging als volgt: as the deliberate, self-inflicted damage of body tissue without suicidal intent and for purposes not socially or culturally sanctioned (www.itriples.org). Bij zelfbeschadigend gedrag is er altijd fysieke verwonding, wat een verwachte consequentie is van het gedrag. Bij de definitie worden seq. suicidale gevoelens en gedachten niet meegerekend. Tot slot valt onder deze definitie niet: het gedrag dat schade toebrengt aan het lichaam, maar wat geaccepteerd is binnen de maatschappij of onderdeel is van cultureel, spiritueel of religieus rituelen (www.itriples.org). Bij zelfbeschadiging is het de intentie om niet dood te gaan, maar juist om door te gaan met leven. Voorbeelden van zelfbeschadiging zijn opzettelijk snijden, krassen of branden in de eigen huid, zichzelf slaan en met het hoofd tegen een muur bonken. Ook wanneer iemand zichzelf vergiftigt en bijvoorbeeld doelbewust meer dan de voorgeschreven hoeveelheid medicijnen inneemt, kunnen we spreken van zelfbeschadiging (S. de Klerk, A. van Emmerik, A. van Giezen, 2010). Voorwaarde hiervoor is dat de handeling door de persoon zelf niet bedoeld is om aan te overlijden.

Zelfbeschadigend gedrag komt bij mensen van alle leeftijden, sociale klassen en etniciteiten voor, zowel bij vrouwen als bij mannen. Gezien het verschil in definities moeten de prevalentiecijfers met voorzichtigheid worden genoemd. Uit onderzoek blijkt dat zelfbeschadigend gedrag het meest voorkomt bij adolescenten en jong volwassenen; 18-25% van deze groep geeft aan zich minstens een keer in zijn leven te hebben beschadigd (www.trimbos.nl, 2017). In de algemene populatie ligt de incidentie van zelfbeschadigend gedrag tussen de 14 en 600 personen per 100.000.

per jaar. Van de psychiatrische patiënten die zijn opgenomen komt bij 4.3 * 20% zelfbeschadigend gedrag voor en zelfbeschadigend gedrag komt relatief vaker bij vrouwen voor dan bij mannen (Claes et al., 2004).

Zelfbeschadigend gedrag komt vaker voor bij mensen die kampen met psychische klachten, zoals depressie, angst, eetproblemen en problemen met middelengebruik. Echter blijkt ook dat 15-20% van de adolescenten die zichzelf beschadigt, niet aan een psychische stoornis lijdt. Mensen die zichzelf beschadigen zijn gevoeliger voor interpersoonlijke stress en conflicten en hebben meer moeite om hun emoties te reguleren (Andover, MS & Morris, 2014). In de DSM-5 wordt zelfbeschadigend gedrag als criterium van de borderline persoonlijkheidsstoornis genoemd. Tevens is het toegevoegd aan sectie III als *aandoening die verder onderzoek behoeft*.

Er zijn verschillende redenen en motieven voor zelfbeschadigend gedrag en voor mensen kan zelfbeschadigend gedrag meerdere functies hebben. Functies van zelfbeschadigend gedrag zijn onder andere het stoppen van nare gevoelens en gedachten, zichzelf straffen, rust krijgen, iets voelen ook al is het pijn, wanhoop uiten, een dissociatie doorbreken, ergens onderuit komen, het uiten van boosheid, het krijgen van controle, het krijgen van verlichting van overweldigende emoties en het krijgen van hulp (Claes & Vandereycken, 2007). Zelfbeschadigend gedrag is een manier om met ondraaglijke emoties om te gaan (Camp, van I., 2014). Zelfbeschadigende mensen rapporteren vaak misbruik in het verleden.

Het belonend effect van zelfbeschadigend gedrag zorgt ervoor dat het een gewoonte of een verslaving kan worden. Zelfbeschadigend gedrag heeft voordelen op korte termijn, namelijk een snelle, maar kortdurende afname van spanning, angst, verdriet en kwaadheid. Daarbij ervaren sommigen het gevoel van pijn of van warm bloed op hun huid als prettig. De gevoelens van schaamte, schuld en zelfhaat nemen op de langere termijn weer toe wat maakt dat mensen dit gedrag als een probleem ervaren (Claes en Vandereycken, 2006). Zelfbeschadigend gedrag verloopt via de vaste volgorde van een voorafgaande spanningsopbouw, een onweerstaanbare drang zichzelf op een of andere manier te verwonden, en gevoelens van bevrediging achteraf (Van der Linden & van Oppen, 2002).

De zogeheten gedragsverslavingen worden klinisch herkend (Van Rooij et al., 2014) en er wordt ook wel onderzoek naar gedaan. Er lijkt een grote gelijkenis in symptomatologie te bestaan tussen zelfbeschadigend gedrag en

middelenverslaving, zoals escalatie van gebruik, regelmatige terugval, sterk verlangen en preoccupatie met het gedrag. Ook op andere vlakken zijn er overeenkomsten: het betreft vaak mensen met een verhoogde impulsiviteit en psychologische of sociale kwetsbaarheden (Van Rooij et al., 2014). Daarbij worden in voorlopige bevindingen uit onderzoek met hersenscans regelmatig vergelijkingen getrokken tussen de gedragsverslavingen, eetverslaving en middelengebonden verslavingen voor wat betreft de verstoorde werking van de hersenen (Griffiths, 2005; Nijs, Franken & Booij, 2009). Bij verslaving is de trek een belangrijke factor, waarbij bij zelfbeschadigend gedrag de emotionele nood leidend is. Uit een onderzoek van Nixon et. al., (2002) blijkt dat bij adolescenten zelfbeschadigend gedrag verslavingskenmerken toont. Patiënten met geïnternaliseerde agressie hebben een grotere kans om zichzelf te beschadigen. De endorfine die vrijkomt bij zelfbeschadigend gedrag wordt als een van de factoren genoemd als onderdeel van de verslaving.

Qua behandeling van zelfbeschadigend gedrag is er geen specifieke therapie. Doorgaans wordt er in de therapie meer aandacht besteed aan de onderliggende problematiek met de verwachting dat het zelfbeschadigende gedrag dan ook zal verminderen. In de behandelrichtlijnen van bijvoorbeeld angst en depressie zijn de suggesties voor het behandelen van zelfbeschadigende gedrag beperkt. De Klerk, van Emmerik en van Giezen (2010) zijn van mening dat zelfbeschadigend gedrag een specifieke behandeling nodig heeft. Aan de hand hiervan kunnen ook de onderliggende oorzaken worden onderzocht.

In de behandeling bij patiënten die zichzelf beschadigen wordt er door sommige behandelaren gebruik gemaakt van een non-zelfbeschadigingscontract, waarin de patiënt de afspraak maakt zichzelf niet te beschadigen tijdens de behandeling. Uit onderzoek blijkt dat deze contracten vaak worden ingezet om schuld- en/of angstgevoelens bij de therapeut te verminderen. Er is niet uit onderzoek gebleken dat deze contracten effectief zijn bij het verminderen van zelfbeschadigend gedrag. Tevens gaat het aangaan van zo een contract het tegen om het onderwerp zelfbeschadigend gedrag bespreekbaar te maken gedurende de behandeling. Ook durven patiënten vanuit schaamte/schuld niet te vertellen dat ze zichzelf hebben beschadigd (de Klerk, van Emmerik en van Giezen, 2010). Er pleiten dus argumenten tegen het gebruik van zo een contract. In de behandeling is het belangrijk dat de patiënt vaardigheden aanleert om zelfbeschadigend gedrag uiteindelijk te voorkomen of te verminderen. Een band tussen de behandelaar en patiënt waarin steun, vertrouwen en samenwerking centraal staat, is van belang. Uit onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie, gecombineerd met een aantal andere technieken uit andere therapieën werkzaam is in de behandeling van zelfbeschadigend gedrag (de Klerk, van Emmerik en van Giezen, 2010).

In dit onderzoek zal het *protocol imaginair uitvoeren van zelfbeschadigend gedrag* van Doeksen worden onderzocht. Dit protocol is een afgeleide van Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR), dat een gefaseerde vorm van psychotherapie is, dat gestuurd wordt vanuit het adaptive information

processing model van Shapiro (1989). Dit model van Shapiro gaat er vanuit dat aan psychopathologie disfunctioneel opgeslagen herinneringen ten grondslag liggen. Aan deze herinneringen zit veel lading gekoppeld die voelbaar wordt bij het activeren van deze herinneringen. Bij EMDR worden de herinneringen geactiveerd, waardoor de lading voelbaar wordt. Vervolgens wordt een taak aangeboden die het werkgeheugen belast. De Werkgeheugentheorie is de theorie over het werkingsmechanisme van EMDR die op dit moment de meeste empirische steun geniet (Ten Broeke, de Jongh en Oppenheim, 2016). Het uitgangspunt van deze theorie is dat het menselijk korte termijn- of werkgeheugen verschillende taken tegelijkertijd kan uitvoeren. Voorbeelden zijn het plannen van taken, het oplossen van problemen, maar bijvoorbeeld ook het ophalen en het opnieuw vastleggen van herinneringen. Het werkgeheugen heeft echter een beperkte aandachtscapaciteit. Het gevolg daarvan is dat door het uitvoeren van de ene taak de prestaties op een andere taak * zoals het in gedachten ophalen en vasthouden van geheugenbeelden * onder druk komen te staan en worden onderbroken. Ook wordt de aandacht die gericht is op het beoordelen van een herinneringsbeeld afgeleid door de oogbewegingen en wordt er tegelijkertijd afstand gecreëerd tot het herinneringsbeeld door de instructies die tijdens EMDR worden gegeven. Hierdoor vindt er *verval* (desensitisatie) van de herinneringsbeelden plaats en verliest de herinnering steeds meer de emotionele component als deze naar het lange termijn geheugen wordt weggeschreven. De werkgeheugentheorie is ook bij de behandeling van verslaving onderzocht. Uit onderzoek is gebleken dat hunkering naar een middel vermindert bij een positieve flashforward en iemand een dubbele taak moet verrichten. De ervaren trek bij dit positieve beeld vermindert in intensiteit en frequentie als er ten tijde van de trek een visuo-spatiele taak wordt aangeboden (E. Kemps & M. Tiggemann, 2015).

Het *Protocol Imaginair uitvoeren van zelfbeschadigend gedrag* is gebaseerd op EMDR en de werkgeheugentheorie en ontwikkeld door Doeksen, klinisch psycholoog (Doeksen, 2018). Ook in dit protocol wordt gebruik gemaakt van imaginatie, maar op een andere manier dan bij EMDR. Bij dit protocol wordt de patiënt gevraagd om zich in te beelden dat hij/zij het ongewenste gedrag uitvoert. Het gedrag wordt imaginair uitgevoerd en tegelijkertijd wordt er een afleidende taak aangeboden, waarmee het werkgeheugen dubbel wordt belast. Het doel van deze techniek is dat de patiënt minder vervalt in het ongewenste, schadelijke gedrag. Patiënten krijgen de huiswerkopdracht om dit thuis ook te doen en zichzelf af te leiden met bijvoorbeeld een taak als tetris of de Stroop-taak. Doeksen heeft dit protocol bij verschillen-de patiënten met verschillende ernstige, schadelijke gewoontes toegepast, bij wie na 4 we-ken behandeling het schadelijke gedrag was verdwenen. Vanwege succesvolle resultaten is dit protocol ook toegepast bij een patiënt met zelfbeschadigend gedrag, verder bekend met ADHD en PTSS met dissociatieve klachten. Patiënte beschadigde zichzelf inwendig vaginaal en anaal. Na 2 sessies met het protocol is er na 10 weken geen sprake meer van zelfbe-schadigend gedrag (Doeksen & ten Broeke, artikel in voorbereiding).

Bovenstaand protocol heeft overeenkomsten met het Feeling State Addiction Protocol (FSAP), dat is ontwikkeld om (gedrags)verslavingen te behandelen. Dit

protocol is gebaseerd op de Feeling-State Theorie (FST) en deze theorie gaat er vanuit dat verslavingen zijn gecreëerd wanneer een positief gevoel op standvastige wijze gelinkt wordt met een specifieke object of gedrag. Het gelinkte stuk tussen het gevoel en gedrag wordt de feeling-state (FS) genoemd. Wanneer de FS wordt getriggerd, dan wordt het gehele psychofysiologische pad geactiveerd. Deze activatie leidt tot het oncontroleerbare gedrag (Miller, 2012).

Vanwege deze positieve resultaten die als een belangrijke bijdrage worden gezien in de behandeling van o.a. zelfbeschadigend gedrag, zal in dit onderzoek dit *Protocol imaginair uitvoeren van zelfbeschadigend gedrag* bij een groep van 24 patiënten worden onderzocht. Er is een aantal redenen, waarom dit een nuttig en belangrijk onderzoek is. Er is vooralsnog geen specifieke, effectieve behandeling voor zelfbeschadigend gedrag, echter wordt er in de literatuur wel een noodzaak hiertoe beschreven. Zolang het zelfbeschadigend gedrag blijft bestaan, blijft ook het negatieve zelfbeeld gevoed worden, wat vaak een stagnerende werking heeft in de behandeling. De fysieke gevolgen van zelfbeschadigend gedrag kunnen ernstig zijn, waardoor patiënten regelmatig bij de eerste hulp belanden. Naast de negatieve gevoelens die dit bij de patiënten teweeg brengt, leidt dit ook tot een hoge kostenpost voor de zorgverzekeraars.

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om te onderzoeken of het *Protocol imaginair uitvoeren van zelfbeschadigend gedrag* leidt tot vermindering van zelfbeschadigend gedrag en de drang tot zelfbeschadigend gedrag.

Onderzoeksopzet

Het betreft een single-case-experimental design, waarbij het doel is om te onderzoeken of er een functionele relatie is tussen een onafhankelijke en afhankelijke variabele (Horner et al., 2005). De impact van een behandeling wordt onderzocht door veel herhaalde metingen te verrichten en deze data te analyseren (Morley, 2018). Bij single-case wordt de data binnen iedere participant verzameld en dient iedere participant ook als zijn eigen controlegroep. De term single-case betekent niet dat er maar een 1 participant is, maar het refereert naar de wijze van dataverzameling (Neuman & McCormick, 1995). Er dient een afhankelijke variabele te zijn en dat is meestal te observeren en meetbaar gedrag. Ieder meetmoment tijdens de interventieperiode wordt vergeleken met een eerder meetmoment (Horner et al., 2005). Het voordeel van een single-case design boven een randomised controlled trials, is dat per participant de uitkomsten, zoals het verloop en het proces van de therapie, bekeken kunnen worden (Morley, 2018).

Dit onderzoek betreft een non-concurrent multiple baseline design. Multiple baseline designs kunnen de data van meerdere datasets binnen een single-case

experimental design middelen (Neuman & McCormick, 1995). Binnen dit design is het mogelijk om op verschillende momenten participanten te laten instromen in het onderzoek, wat een voordeel is voor dit onderzoek, aangezien de kans bestaat dat er geen 24 participanten tegelijkertijd aanwezig zijn die kunnen deelnemen aan het onderzoek.

In dit design wordt er gestart met een baselineperiode variërend van 7 tot en met 21 dagen, waarbij op gerandomiseerde wijze 5 participanten starten na aanvang van de baselineperiode op dag 8, 5 participanten op dag 11, 5 participanten op dag 15, 5 participanten op dag 18 en 4 participanten op dag 22 met de interventieperiode. De baselineperiode wordt opgevolgd door een interventieperiode (behandelfase) waarin het *protocol imaginair uitvoeren van zelfbeschadigend gedrag* wordt toegepast. Het uitgangspunt van Doeken is dat er 1 of 2 sessies met het protocol nodig zijn om de patient de techniek aan te leren en zo te laten ervaren hoe de drang kan zakken bij het imaginair uitvoeren van het zelfbeschadigende gedrag en tegelijkertijd een werkgeheugentaak uit te voeren. Gezien de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek bij deze doelgroep, die getraumatiseerd en verwaarloosd is, wordt er in dit onderzoek voor gekozen om gedurende 5 weken eenmaal per week een behandelsessie met het protocol aan te bieden, wat neerkomt op in totaal 5 sessies. Naar verwachting zullen de deelnemers hiermee voldoende veiligheid en steun ervaren om het protocol ook zelf toe te passen. De duur van een sessie is afhankelijk van hoeveel drang er op dat moment aanwezig is, maar zal maximaal 60 minuten duren. Tijdens de interventieperiode krijgen de deelnemers de huiswerkopdracht mee om dagelijks te oefenen met de techniek. Steeds als de deelnemer de drang voelt om zichzelf pijn te doen, is het de opdracht om het protocol toe te passen. Na de interventieperiode volgt een follow-up periode van 4 weken waarin dagelijks wordt geregistreerd.

De hele onderzoeksperiode (de baselineperiode, de interventieperiode en de follow-up periode) wordt de patiënten gevraagd om dagelijks te registreren (zie bijlage II) hoe vaak ze zichzelf hebben beschadigd en hoe ernstig dit was. Ook wordt gevraagd te registreren hoe sterk de drang tot zelfbeschadiging was (op een schaal van 0-10). Tevens wordt gevraagd hoelang ze het protocol thuis hebben toegepast.

Bij aanvang van de baselineperiode, voor en na de interventieperiode en na de follow-up periode wordt een zelfrapportage vragenlijst, de Alexian Brothers urge to self-injury scale (ABUSI), afgenomen die vraagt naar de drang naar zelfbeschadiging. Deze vragenlijst is van het Engels vertaald naar het Nederlands en weer terugvertaald door een native speaker. De terugvertaling kwam nagenoeg overeen met de oorspronkelijke vragenlijst en is op dat punt aangepast. Tevens wordt op dezelfde momenten de Zelfcontrole vragenlijst afgenomen, om te meten of de deelnemers na het onderzoek meer zelfcontrole ervaren, dan bij aanvang van het onderzoek.

Onderzoeksproduct en/of interventie

Protocol Imaginair uitvoeren van ongewenste gewoontes, gedurende werk geheugen belasting. Versie: zelfbeschadiging Rationale zelfbeschadiging >Ik ga je zo meteen een methode leren, waardoor je leert in gedachten jezelf pijn te doen en tegelijkertijd je ogen te bewegen, net zolang tot je geen drang meer hebt om jezelf te pijnigen. De oogbewegingen noemen wij Werk Geheugen Belasting en zorgt ervoor dat je steeds minder drang voelt om jezelf in het echt pijn te doen.> Introductie Procedure Imaginair zelfbeschadigen. >Ik ga je straks een aantal vragen stellen over je drang om jezelf pijn te doen. Ik ga je vragen je ogen dicht te doen en naar die plek op je te gaan, waar je de drang om jezelf pijn te doen, het sterkste voelt. Ik vraag je dan, hoe sterk de drang is om jezelf pijn te doen, op een schaal van 0 helemaal geen drang- tot 10 een drang, zo sterk als maar kan. Vervolgens vraag ik je naar die plek te gaan en in gedachten jezelf zo hard pijn te doen, als je maar kunt; tegelijkertijd vraag ik je mijn vingers of de lampjes te volgen.> >Na ongeveer 32 seconden, stop ik met de vingers of de lampjes en vraag ik je hoe sterk de drang om jezelf pijn te doen nog is, op een schaal van 0 =helemaal geen drang, tot 10 een drang, zo sterk als maar kan> Dan opnieuw vraag ik je op die plek, waar de drang nog geen 0 is, in gedachten jezelf pijn te doen, zo hard als je kunt>en weer mijn vingers of de lampjes te volgen> >Dit herhalen we steeds tot de drang om jezelf pijn te doen, op die plek helemaal weg is en je de drang een 0 kunt geven. Als de drang op die plek 0 is, vraag ik je die plek in gedachten> wit> te maken, zodat je weet dat die plek rustig is en je daar klaar bent>. >Vervolgens vraag ik je weer je ogen te sluiten om na te gaan of je je nog op een andere plek wilt pijn doen>. Die plek gaan we op dezelfde manier behandelen: eerst een score vragen van de drang van 0 tot 10 en vervolgens weer in gedachten jezelf pijn te doen, tot de drang 0 is en dan de plek wit te maken.> >We gaan net zolang door totdat je hier in de kamer, geen drang meer voelt om jezelf pijn te doen. We oefenen dit samen in de kamer, zodat je dit thuis, precies op dezelfde manier kunt doen. Wanneer je thuis de drang voelt om jezelf pijn te doen, ga je in gedachten naar die plek toe en ga je, terwijl je je vinger voor je ogen beweegt(of tapt/tetris speelt) jezelf in gedachten pijn te doen, zo hard als je kunt. Net zolang tot de drang 0 is, en je de plek wit kunt maken. Zo werk je alle plekken af. Iedere keer als je jezelf in het echt pijn wilt doen, ga je het op deze manier in gedachten doen. Weet wel dat het thuis oefenen heel erg belangrijk is>. Protocol Introduceer de oogbewegingen. Denk aan de goede afstand en hoog tempo (zo snel als iemand kan volgen) Andere vormen van Werk geheugenbelasting kunnen natuurlijk ook. Stap 1: Plaats van het lichaam om jezelf pijn te doen >Ik vraag je je ogen dicht te doen en mij te vertellen, waar je je nu het liefste pijn zou willen doen.> Patiënt noemt een plek in het lichaam Stap 2: Sterkte van de drang (0-10) >Hoe sterk is de drang om jezelf pijn te doen nu, op deze plek, op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 helemaal geen drang tot 10, zoveel drang als maar kan.> Patiënt noemt een getal boven de 0. Stap 3: Imaginair pijn doen Ga maar naar die plek, doe jezelf pijn (afhankelijk van wat patiënt) doet)..snijd, knijp, sla>etc) zo hard als je kunt, doe wat je lijf wilt doen> en volg mijn vingers of de lampjes. Na circa een halve minuut Herhaling stap 2: Sterkte van de drang >Hoe sterk is de drang om jezelf te>>..(snijden,knijpen,bijten, slaan>) nu, op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 geen drang is en 10 de drang zo sterk als maar kan.> Herhaling stap 3: Imaginair pijn doen >Ga maar naar die plek en doe jezelf pijn>..etc. zo hard als je kunt, doe wat je lijf wilt doen> en kijk naar mijn vingers/de lampjes.> Na circa een halve minuut. Steeds 2 en 3 herhalen totdat de drang om te trekken 0 is. Stap 4: Wit maken van de plek >Ga naar de plek die nu 0 is en maak die in

gedachten wit. Dan weten we dat je daar nu gesneden>etc. hebt en dat die plek nu rustig is>. Herhaling van stap 1 t/m 4 totdat er geen plek meer is aan te wijzen, waar de patiënt nog drang voelt om zichzelf pijn te doen. Stap 5: Positief afsluiten >Wat is het meest positieve of waardevolle dat je deze sessie hebt ervaren> Indien zinvol: wat zegt dat over jou? Hoe noem je zo iemand?> Stap 6: Huiswerk >We hebben nu je hele lichaam rustig gemaakt. Nu vraag ik je dit thuis te oefenen. Steeds als je de drang voelt om jezelf pijn te doen, ga je zitten, je gaat in gedachten naar die plek van je lichaam waar je jezelf pijn wilt doen en doe het in gedachten; zo hard als je maar kunt, je doet wat je lijf eigenlijk wil doen, terwijl je je vingers voor je ogen heen en weer beweegt en je met je ogen je vingers volgt.> Laat de patiënt even de oogbewegingen oefenen. Als het lastig is voor de patiënt, kunnen andere vormen van werk geheugenbelasting worden geoefend; zoals tappen op de benen, Tetris spelen of tafels op zeggen....etc. >Je mag iedere dag op dit registratieformulier bijhouden hoe lang je per dag jezelf in het echt hebt pijn gedaan en hoelang je in gedachten (imaginair) jezelf hebt pijn gedaan. De volgende keer dat je komt mag je dit formulier meenemen>. © Do Doeksen versie 1-2018

Inschatting van belasting en risico

Men kan zich de vraag stellen of patiënten niet op meer ideeën worden gebracht als het in de behandeling expliciet zal gaan over zelfbeschadigend gedrag. In de media heeft er lange tijd een groot taboe gelegen op zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag. Dit dilemma over het wel of niet publiceren over zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag voert terug tot 1774, toen er een boek Het lijden van de jonge Werther werd gepubliceerd van Goethe, waarin de hoofdpersoon zichzelf van het leven beroofde. Als reactie op dit boek volgde er een golf van suïcides in de samenleving. Dit wordt ook wel het Werther *effect genoemd.

Ook in de hulpverlening is zelfbeschadiging een thema waar lang een taboe op heeft gerust. In de hulpverlening was het devies: negeren, dan zou het uiteindelijk wel overgaan. Een belangrijk uitgangspunt van het boek *Omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag* van de Klerk, van Emmerik en van Giezen (2010) is het thema om nadrukkelijk aandacht te geven aan zelfbeschadigend gedrag in plaats van het te negeren of te bagatelliseren. Hierbij sluit het advies van de Landelijke Stichting Zelfbeschadiging om juist over het zelfbeschadigende gedrag te praten aan (Stichting Landelijke Zelfbeschadiging, 2019). Ook is de Ivonne van de Ven Stichting het niet eens met de aanname dat wanneer je met iemand over suïcide praat, je de persoon dan op ideeën brengt. Het praten over de suïcidale gevoelens kan juist de ruimte geven om iemand zijn gevoelens uit te spreken en de steun te ontvangen die iemand nodig heeft. De richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten schrijven voor dat praten over de suïcidale gedachten een essentieel onderdeel van de behandeling is en de richtlijnen benadrukken dat het met een patiënt spreken over suïcide er niet toe zal leiden dat een patiënt op bepaalde gedachten wordt gebracht, maar dat dit vaak ten onrechte wordt verondersteld (A. Kerkhof en B. van Luyn, 2016).

De deelnemers krijgen de opdracht om voor een periode van maximaal 12 weken

dagelijks te registreren. Dit betreft een korte registratieopdracht. Daarnaast wordt van de deelnemers een deelname verwacht aan 5 sessies met het *Protocol imaginair uitvoeren van zelfbeschadigend gedrag*. Dit vergt inspanning van de deelnemers, maar dit wordt als haalbaar ingeschat naast de therapie die ze al krijgen. Een risico is dat de drang tot zelfbeschadigend gedrag sterker gevoeld gaat worden, maar tegelijkertijd krijgen de deelnemers ook een vaardigheid aangeleerd om hiermee om te gaan.

Contactpersonen

Publiek

Fivoor

Fenny ten Boschstraat 23
Den Haag 2553PT
NL

Wetenschappelijk

Fivoor

Fenny ten Boschstraat 23
Den Haag 2553PT
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Volwassenen (18-64 jaar)
65 jaar en ouder

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

- Patiënten gediagnosticeerd met een specifieke persoonlijkheidsstoornis of een onge-specificeerde persoonlijkheidsstoornis, geassocieerd volgens de DSM-IV of DSM-5 criteria;
- Patiënten die soms tot vaak zelfbeschadigend gedrag vertonen;
- Patiënten die soms tot vaak de drang voelen om zichzelf te beschadigen.
- Patiënten die in behandeling zijn bij de afdeling Klinische Groepstherapie van het Centrum voor Intensieve Behandeling (CIB KG), gesloten afdeling en het TRTC.
- Patiënten tussen de 18 en 65 jaar;
- Patiënten met een Westerse en niet-Westerse afkomst;
- Patiënten die de Nederlandse taal machtig zijn.

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

- Patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel volgens de DSM5.
- Patiënten waarbij er sprake is van acute suïcidaliteit;
- Wanneer er sprake is van een psychotisch toestandbeeld.

Onderzoeksopzet

Opzet

Type: Interventie onderzoek

Blindering: Open / niet geblindeerd

Controle: Geen controle groep

Doel: Behandeling / therapie

Deelname

Nederland

Status: Werving gestart

(Verwachte) startdatum: 31-01-2020

Aantal proefpersonen: 24

Type: Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO

Datum: 13-12-2019

Soort: Eerste indiening

Toetsingscommissie: METC Brabant (Tilburg)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL70386.028.19