

Automutilatie en huidtherapeutische behandelingen

Is er behoefte aan een vergroting van de bekendheid wat betreft huidtherapeutische behandeling van de littekens bij (ex)-automutilanten en hulpverleners?



Sylvie Dekker
Kristie van der Heijden

Mei 2008 / 2009
Utrecht

Afstudeerproject HBO Huidtherapie
Hogeschool Utrecht

© Niets uit dit verslag mag worden vermenigvuldigd of opgeslagen in een gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s) of van de hogeschool.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	1
Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 Automutilatie	8
1.1 Automutilatie	8
1.2 Oorzaken van automutilatie	8
1.3 Prevalentie van automutilatie	9
1.4 Verschillende typen automutilatie	9
1.4.1 Ernstige zelfbeschadiging	9
1.4.2 Stereotiepe zelfbeschadiging	9
1.4.3 Oppervlakkige of matige zelfbeschadiging	10
1.4.3.1 Compulsieve zelfbeschadiging	10
1.4.3.2 Episodische zelfbeschadiging	10
1.4.3.3 Repeterende zelfbeschadiging	10
1.5 Functie van automutilatie	10
1.6 Lichaamsreacties op automutilatie	11
1.7 Littekens	11
1.8 Herstel	11
1.9 Bejegening automutilanten	12
Hoofdstuk 2 Gevolgen van automutilatie	13
2.1 Wonden en wondgenezing	13
2.2 Gevolgen van automutilatie op de huid	14
2.2.1 Sclerotische littekens	14
2.2.2 Verklevingen	14
2.2.3 Contractuurvorming	14
2.2.4 Atrofische littekens	15
2.2.5 Hypertrofische littekens	15
2.2.6 Keloïd littekens	15
2.2.7 Postinflammatoire hyperpigmentatie	15
2.2.8 Postinflammatoire hypopigmentatie	15
Hoofdstuk 3 Huidtherapeutische behandelingen	16
3.1 Huidtherapeutische behandelingen	16
3.1.1 Siliconengels en siliconensheets	16
3.1.2 Manuele en machinale littekenmassage	17
3.1.2.1 Behandeling van atrofische littekens	17
3.1.2.2 Behandeling van sclerotische littekens	17
3.1.2.3 Behandeling van hypertrofische littekens	18
3.1.2.4 Behandeling van contractuurvorming in littekens	18
3.1.2.5 Preventie van het ontstaan van hypertrofie, keloïd en contractuurvorming	18
3.1.3 Chemische peeling	18
3.1.4 Medische camouflage	19
3.1.5 Dermatografie	19
3.1.6 Lasertherapie	19
3.1.6.1 Behandeling van hypertrofische, keloïd en atrofische littekens	20
3.1.6.2 Behandeling van postinflammatoire hyperpigmentatie	21
3.1.7 LED-therapie	21
3.1.8 Microdermabrasie	22
3.1.9 Lokaal gebruik vitamine E	22
Hoofdstuk 4 Samenvattingen belangrijkste wetenschappelijke artikelen	23
4.1 Skegg K. Self-harm 2005	23
4.2 Hintikka J, Tolmumen T et al 2009	23
4.3 Skegg K, Nada-Raja S et al 2003	23

4.4	Brown BC, McKenna SP et al 2008	24
4.5	Berman B, Perez OA et al 2007	24
4.6	Tanzi EL, Lupton JR et al 2003	25
Hoofdstuk 5 Voorlopige conclusie		26
Hoofdstuk 6 Hulpverlener enquête		28
6.1	Probleemstelling	28
6.2	Doelstelling	28
6.3	Vraagstelling	28
6.3.1	Deelvragen	28
6.4	Opzet	28
6.4.1	Onderzoekstype	28
6.4.2	Populatie	29
6.4.3	Wijze van benaderen	29
6.4.4	Verwerking gegevens	29
6.5	Resultaten enquête	29
Hoofdstuk 7 Patiënten enquête		31
7.1	Probleemstelling	31
7.2	Doelstelling	31
7.3	Vraagstelling	31
7.3.1	Deelvragen	31
7.4	Opzet	31
7.4.1	Onderzoekstype	31
7.4.2	Populatie	32
7.4.3	Wijze van benaderen	32
7.4.4	Verwerking gegevens	32
7.5	Resultaten enquête	32
Hoofdstuk 8 Eindconclusie		34
Hoofdstuk 9 Discussie		36
Literatuurlijst		37
Nawoord		40
Bijlage I	Vocabulaire	41
Bijlage II	Enquête hulpverleners	44
Bijlage III	Grafieken enquête hulpverleners	46
Bijlage IV	Enquête patiënten	48
Bijlage V	Grafieken enquête patiënten	50

Voorwoord

Deze scriptie heeft als onderwerp automutilatie en huidtherapeutische littekenbehandeling. Tijdens stages in de huidtherapeutische praktijk zijn wij patiënten tegen gekomen die zichzelf hebben beschadigd, dit heeft onze interesse gewekt voor deze doelgroep. Voor dit onderzoek is gekozen, doordat er nog veel onwetendheid is over de mogelijkheid van littekentherapie onder deze doelgroep.

Wij willen tevens van dit voorwoord gebruik maken om alle mensen te bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan de realisatie van dit onderzoeksrapport. Allereerst willen wij de respondenten bedanken voor de grote respons die wij hebben ontvangen op de enquêtes, die wij hebben uitgezet onder hulpverleners en mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd. Wij willen Marije van der Poel bedanken voor het deskundige commentaar. Daarnaast willen wij Suzanne de Klerk en Gea Kuut bedanken voor het verstrekken van informatie over het onderwerp zelfbeschadiging. Verder willen wij Ruud van Triet bedanken voor de begeleiding vanuit de opleiding. Alsmede willen wij José de Kuijer en Melanie van der Heijden en alle anderen bedanken die ons hebben gesteund bij het maken van deze scriptie, waarbij wij doelen op onze familie, vrienden, praktijkbegeleiders et cetera.

Veel leesplezier gewenst,

Sylvie Dekker en Kristie van der Heijden

Inleiding

Mutilatie betekent letterlijk verminking. Automutilatie is een breed begrip en omvat alle gedragingen die verwondingen of letsels aan de eigen huid of het lichaam veroorzaken. Dit onderzoek richt zich alleen op zelftoegebrachte verwondingen aan de huid. Automutilatie wordt officieel niet erkend als een stoornis, vaak komt het voor in samenhang met psychische problematiek, zoals borderline persoonlijkheidsstoornis, dissociatieve identiteitsstoornis, anorexia nervosa, depressie, psychotische aanvallen en obsessief-compulsieve stoornis. De ledematen worden het meest frequent aangetast. Het percentage vrouwen dat zichzelf beschadigt, ligt hoger dan het percentage mannen dat zichzelf beschadigt. Dit komt waarschijnlijk doordat mannen agressie vaak naar buiten richten en vrouwen naar binnen, waardoor agressie naar zichzelf ontstaat. Ongeveer 700.000 jongeren in Nederland automutileren. Automutilatieve handelingen geschieden meestal ter ontlasting van een spanningstoestand. Mensen die zichzelf beschadigen geven aan, dat als het bloed weg vloeit, de spanning verdwijnt. Het helpt intieme gevoelens te beëindigen of nare herinneringen op afstand te houden. Risicogroepen voor het ontstaan van zelfbeschadiging zijn mensen die ernstig getraumatiseerd zijn, door bijvoorbeeld seksueel misbruik of fysieke mishandeling en mensen met een van de eerdergenoemde psychische problematieken. Tevens het gevoel niet geliefd te zijn, met affectieve verwaarlozing en vroege verlaten kunnen aanleiding geven tot automutileren. Een hoog percentage van mensen die zichzelf beschadigen is te vinden onder bepaalde subcultuur, in het bijzonder onder homo- en biseksuele mensen en gothics.

In tegenstelling tot andere psychische stoornissen blijven door automutilatie letterlijk littekens achter, een blijvend resultaat van het verleden. Voor ex-patiënten, die zich niet langer verwonden, zijn de littekens het meest zichtbare en in het oog springende stigma waar deze doelgroep mee moet leren omgaan. Littekens geven vaak beperkingen bij de kledingkeuzes, omstanders kijken subjectief naar deze groep mensen, waarbij er wordt gesuggereerd dat het een aandachtskwestie is.

Probleemomschrijving

Zoals hierboven is beschreven is het omgaan met de littekens ten gevolge van de zelfbeschadigingen voor automutilanten veelal zeer confronterend. Vooral voor het percentage ex-automutilanten dat op een andere manier leert om te gaan met spanningen, zorgt de dagelijkse confrontatie met de littekens vaak voor belemmeringen in het dagelijks leven. Om het leven weer op te pakken, na een periode van zelfbeschadiging, is het van belang dat de littekens zo min mogelijk opvallen en er esthetisch zo mooi mogelijk uit zien. Over de behandeling van littekens wordt in de literatuur en op internet echter zeer summier informatie gegeven. Veelal wordt er verwezen naar camouflerende behandelingen en dure, invasieve chirurgische ingrepen. Over goedkopere en over het algemeen non-invasieve behandelingen, die een huidtherapeut kan uitvoeren, wordt echter nauwelijks gesproken. Naar de effectiviteit van huidtherapeutische behandelingen van littekens bij (ex)-automutilanten zijn ook geen wetenschappelijke onderzoeken gedaan.

Vraagstelling

Naar aanleiding van dit probleem hebben de auteurs het volgende willen onderzoeken, door middel van een praktijk- en een literatuuronderzoek:

Is er behoefte aan een vergroting van de bekendheid wat betreft huidtherapeutische behandeling van de littekens bij (ex)-automutilanten en hulpverleners?

Het literatuurgedeelte bestaat uit de volgende subvragen:

1. Wat is automutilatie?
2. Wat zijn de gevolgen van automutilatie voor de huid?
3. Welke huidtherapeutische behandelingen kunnen zinvol zijn bij (ex)-automutilanten?

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om informatie te vergaren over huidtherapeutische behandelingen van littekens bij (ex)-automutilanten. Alsmede om erachter te komen hoe groot de bekendheid van huidtherapie onder de psychische hulpverlening en onder de automutilerende medemens is. Het heeft ook als doel informatie te vergaren over de subjectieve beleving van de littekens onder (ex)-automutilanten en de behoefte om deze te laten behandelen.

Met dit onderzoek willen de auteurs bereiken dat de bekendheid vergroot wordt en mensen nieuwsgierig worden naar de discipline huidtherapie. Wanneer blijkt dat de bekendheid niet zeer groot is onder deze doelgroepen, zal er actie ondernomen dienen te worden door de beroepsgroep en eventueel door individuele huidtherapeuten.

Met deze scriptie zullen ook veel collega huidtherapeuten worden geïnformeerd over deze groep patiënten, waardoor vooroordelend en veroordelend gedrag voorkomen kan worden.

Aanpak

Om een brug te vormen tussen huidtherapeutische behandelingen en (ex)-automutilanten en het zo correct en compleet mogelijk te kunnen beantwoorden van de hoofdvraag is gekozen voor een praktijk- en literatuuronderzoek.

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag is er gebruik gemaakt van verschillende wetenschappelijke artikelen uit verschillende databanken. De artikelen komen hoofdzakelijk uit PubMed, alsmede uit Academic Search Premier, Cochrane Library en van de site www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.

Er is gebruik gemaakt van verschillende trefwoorden, al dan niet in combinatie met elkaar.

Gebruikte zoektermen zijn: self mutilation, deliberate self harm, self cutting, self harm, self injurious behavior, goth en sexual behavior, cicatrix, therapy, surgical procedures/ operative, lasertherapy, silicone gels/ therapeutic use, glycolic acid, hyperpigmentation, acids/ therapeutic use, massage, dermabrasion, LED-therapy, camouflage, vitamin A and E, keloid/ radiotherapy en skin transplantation.

De belangrijkste informatie bronnen die gebruikt zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn:

- Skegg K. Self-harm. Lancet 2005, 366: 1471-1483

Dit onderzoek is niveau 2, een systematische review, gebaseerd op 163 betrouwbare onderzoeken.

- Hintikka J, Tolmumen T, Rissanen M-L, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental disorder in self-cutting adolescents. Journal of Adolescent Health 2009, 10 (3): 1- 4

In deze gecontroleerde studie, niveau 5, is er een steekproef gehouden onder 80 respondenten inclusief een controlegroep.

- Skegg K, nada-raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and woman. AM J Psychiatry 2003, 160: 541-546

In deze grote observationele studie, niveau 3, werden 946 respondenten langdurig bestudeerd.

- Brown BC, McKenna SP, Siddhi K, McGrouther DA, Bayat A. The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring. Journ Plas Rec Aes Surg 2008, 61: 1049-1058.

Dit onderzoek is een survey waarbij bij een kleine groep, 34 respondenten, door middel van interviews gegevens zijn verzameld. Patiënten zijn echter allemaal geworven via specialistische klinieken waar littekenbehandeling uitgevoerd wordt. Hierdoor is de onderzoeksgroep waarschijnlijk niet goed vergelijkbaar met de algemene populatie. Het niveau van dit onderzoek is niveau 5 of 6.

- Berman B, Perez OA, Konda S, Kohut BE, Viera MH, Delgado S, et al. A review of the biological effects, clinical efficacy, and safety of silicone elastomer sheeting for hypertrophic and keloid scar treatment and management. *Dermatol Surg* 2007, 33 (11): 1291-1303

Dit artikel is een systematische review, niveau 2, gebaseerd op 119 betrouwbare onderzoeken.

- Tanzi EL, Lupton JR, Alster TS. Laser in dermatology: four decades of progress. *J Am Acad Dermatol* 2003, 49 (1): 1-34

Dit is een systematische review met een statistische pooling, niveau 1, gebaseerd op 528 betrouwbare onderzoeken.

Hoofdstuk indeling

Deze scriptie bestaat uit negen hoofdstukken. In hoofdstuk één tot en met vijf wordt het literatuurdeel beschreven. In hoofdstuk één wordt een globaal beeld gegeven van automutilatie. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen en worden de oorzaken en de prevalentie van zelfbeschadiging besproken. De gevolgen van automutilatie, de wondgenezing en de soorten littekens worden in hoofdstuk twee beschreven. Hoofdstuk drie omvat informatie over de verschillende huidtherapeutische behandelingen. Samenvattingen van de belangrijkste zes artikelen, die gebruikt zijn voor het beantwoorden van de hoofdvraag, worden in hoofdstuk vier gegeven. De voorlopige conclusie wordt besproken in hoofdstuk vijf.

De praktijkonderzoeken worden besproken in hoofdstuk zes en zeven. In hoofdstuk zes wordt het praktijkonderzoek van de psychische hulpverlening besproken en in hoofdstuk zeven het praktijkonderzoek van de patiënten.

Al deze hoofdstukken vormen gezamenlijk het antwoord op de onderzoeksvraag, die in de conclusie, in hoofdstuk acht, uitgebreid wordt beantwoord. In hoofdstuk negen wordt er aandacht besteed aan de discussie. Voor lastige begrippen wordt doorverwezen naar de vocabulaire in bijlage nummer één. In bijlage nummer twee wordt de enquête van de hulpverleners weergegeven. De grafieken behorend bij deze enquête worden weergegeven in bijlage nummer drie. De patiëntenenquête wordt weergegeven in bijlage nummer vier. De grafieken behorend bij deze enquête worden weergegeven in bijlage nummer vijf.

Praktijkonderzoek

Gemeenschappelijke vraagstellingen literatuur en praktijkonderzoek:

Is er behoefte aan een vergroting van de bekendheid wat betreft huidtherapeutische behandeling van de littekens bij (ex)-automutilanten en hulpverleners?

Als aanvulling op het literatuuronderzoek is er een praktijkonderzoek uitgevoerd onder hulpverleners werkzaam in de psychische gezondheidszorg, waarbij de volgende subvragen zijn getracht te beantwoorden:

1. Is huidtherapie bekend bij de psychische hulpverlening?
2. Hoe denken deze disciplines over huidtherapie voor de behandeling van littekens bij mensen die aan automutilatie doen of hebben gedaan?
3. Is er behoefte aan informatie over het beroep huidtherapie bij hulpverleners die hiermee onbekend zijn?

Daarnaast is er een praktijkonderzoek uitgevoerd onder mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd, waarbij de volgende subvragen zijn getracht te beantwoorden:

4. Is huidtherapie bekend bij mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd?
5. Is er behoefte aan huidtherapeutische behandeling van de littekens bij deze groep?
6. Wat is volgens de patiënten de invloed van de verminderde zichtbaarheid van de littekens door middel van huidtherapeutische behandelingen op het dagelijks leven?

Patiënten en hulpverleners zijn door middel van hun gegevens op internet en hyves benaderd, via e-mail of post, met de vraag om een digitale of papieren enquête in te vullen.

Hoofdstuk 1 Automutilatie

1.1 Automutilatie

Automutilatie is een breed begrip en omvat alle gedragingen die verwondingen of letsel aan de eigen huid of het lichaam veroorzaken. Er wordt onderscheid gemaakt tussen indirecte en directe schade. Met het criterium direct of indirect kan het verschil worden aangegeven tussen zelfmisbruik en zelfbeschadiging. Tot zelfmisbruik rekent men gedragingen die *indirect* of op termijn schadelijk kunnen zijn voor het lichaam, zoals hongeren, onregelmatig eten, het innemen van niet-dodelijke drugs en vergif, roken, alcohol drinken of het inslikken van vreemde voorwerpen. Onder automutilatie verstaan we gedragingen die *direct* leiden tot letsel, verandering of vernietiging van de huid of het lichaam zonder dat er sprake is van een bewuste suïcide intentie.¹

Automutilatie wordt in de psychiatrie gezien als een symptoom en is geen erkende stoornis volgens de DSM IV classificatie.² Het kan helpen nare gevoelens te beëindigen of nare herinneringen op afstand te houden en werkt mogelijk verslavend. Automutilatieve handelingen kunnen plaats vinden ter ontlasting van een ondragelijke spanningstoestand door een onvermogen om impulsen op een andere manier te beheersen en reguleren.³ Vaak wordt zelfverwonding toegepast als psychologische verdediging. Het kan voorkomen als een substituuut voor boosheid jegens een ander en het is mogelijk dat zelfbeschadiging onbewust bedoeld is om die ander pijn te willen doen.⁴

Automutilatie komt vaak voor in samenhang met psychische problematiek. Uit diverse onderzoeken blijkt dat 50 tot 54% van de patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis zelfverwondend gedrag vertoont. Meestal heeft deze patiëntengroep een reeks andere klachten en symptomen, zoals stemmingswisselingen, affect-reguleringsproblemen, heftigheid, impulsiviteit, negatief zelfgevoel et cetera.⁵ Bij dissociatieve identiteitsstoornis ligt het percentage zelfverwonding tussen de 33 en 48%. 10 tot 15% van de eetstoornispatiënten vertonen zelfverwondend gedrag. Bij depressie gepaard gaande met angsten, vertoont 37% van de patiënten zelfverwondend gedrag. Automutilatie wordt ook gezien bij autisme spectrum stoornissen, geestelijk gehandicapten en dementie.⁶

1.2 Oorzaken van automutilatie

Automutilatie is bewust of onbewust gericht op het benadelen van de persoon. Het is meestal moeilijk om te achterhalen onder welke omstandigheden dit gebeurt en wanneer het voor het eerst heeft plaatsgevonden. Dit komt doordat in vele gevallen zowel de daad als de problemen opvallend consequent verdrongen en verloochend worden. In enkele gevallen wordt het jaren verborgen gehouden, door middel van het dragen van lange mouwen.⁷ Zelfbeschadigend gedrag ontstaat meestal tijdens de puberteit, rond de menarche en tijdens de adolescentie.⁸ Waarschijnlijk doordat het lichaam en de persoonlijkheid in die tijd grote veranderingen doormaakt. Automutilatie kan incidenteel voorkomen na een relatie of verlating of chronisch, wat vaak gepaard gaat met bepaalde psychische stoornissen (1.1.). Predisponerende factoren zijn een verleden met ernstige trauma's, zoals seksueel misbruik en fysieke mishandeling. Naarmate de traumatisering ernstiger is en het trauma op jongere leeftijd startte, neemt de kans op psychische klachten en automutilerend gedrag toe. Van alle

¹ Broers E, de Lange J. Hulpverlening bij zelfverwonding in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut; 1998

² Levenkron, S. Zelfbeschadiging. Amsterdam: uitgevrij SWP; 2006

³ Steures P, Rinne T. Automutilatie: een functioneel model. Tijdschrift voor psychiatrie 2006, 48 (2): 159-160

⁴ Levenkron, S. Zelfbeschadiging. Amsterdam: uitgevrij SWP; 2006

⁵ Boevink W, Escher S. Zelfverwonding begrijpelijk maken. Bemelen :St Positieve Gezondheidszorg; 2001

⁶ Levenkron, S. Zelfbeschadiging. Amsterdam: uitgevrij SWP; 2006

⁷ Benjaminin J. & Virginia A Sadock's. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, volume one. 8^e ed. Philadelphia (USA): Lippincott Williams and Wilkins; 2005

⁸ Hintikka J, Tolmumen T, Rissanen M-L, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental disorder in self-cutting adolescents. Journal of Adolescent Health 2009, 10 (3): 1- 4

trauma's is seksueel misbruik het sterkst gerelateerd aan automutilerend gedrag.^{9 10} Andere predisponerende factoren zijn het gevoel niet geliefd te zijn, affectieve verwaarlozing en vroege verlaten in de jeugd. Alsmede het hebben van een lage sociaal-economische status, zoals laag opgeleide mensen, mensen met lage inkomens en mensen die in armoede leven.^{11 12} De prevalentie van automutilatie is groter onder bepaalde subculturen, zoals bij homo- en biseksuele mensen en gothics. Het aantal vrouwen dat zelfverwondend gedrag vertoont ligt hoger dan het aantal mannen. Mannen plegen eerder suïcide.

1.3 Prevalentie van automutilatie

Recente studies onder de Nederlandse bevolking hebben aangetoond dat automutilatie bij 4,3% van de vijftien tot twintig jarigen voorkomt, bij 2,6% van de achttien tot vierentwintig jarigen en bij 2,9% van de vijfentwintig tot vierendertig jarigen.¹³ Uit onderzoek is gebleken dat 47% van de gothics zelfverwondend gedrag vertoont.¹⁴

1.4 Verschillende typen automutilatie

Er zijn verschillende typen van automutilatie te onderscheiden. Automutilatie vindt vooral plaats op de armen en benen. De gebieden van het lichaam die zelden worden berokkend, zijn het gelaat, de ogen, de genitaliën en borsten bij vrouwen. Over het algemeen, verwonden mensen deze lichaamsgebieden in geval van psychotische decompensaties of trauma's, bijvoorbeeld na seksueel misbruik.¹⁵

Zelfbeschadiging kan in meerdere klassen onderverdeeld worden. Enerzijds oppervlakkige wonden die zijn aangebracht zonder bijkomende suïcidale intentie en anderzijds diepe en gevaarlijke wonden waarbij de patiënt suïcidale intentie had. Bij dit laatste is er vaak sprake van ernstige psychische problemen, zoals bijvoorbeeld bij een psychose of het snijden onder invloed van stemmen. Zelfbeschadiging heeft over het algemeen geen suïcide als doeleinde en resulteert zelden in sterfte.¹⁶

Automutilatie kan in drie subcategorieën onderscheiden worden zoals ernstige, stereotype en oppervlakkige of matige zelfbeschadiging. Zelfbeschadiging vindt meestal plaats wanneer men alleen is.

1.4.1 Ernstige zelfbeschadiging

Dit is een relatief zeldzaam fenomeen in vergelijking met minder ernstige vormen van zelfbeschadiging. Het leidt tot duidelijk zichtbare weefselschade, die dodelijk kan zijn, bijvoorbeeld enucleatie, acute vergiftigingen, autocastratie, door druk geïmpulseerde ecchymosen of amputatie van borsten of ledematen. Deze vorm van zelfbeschadiging komt vooral voor bij psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen. Seksuele en religieuze motieven zijn vaak de verklaring voor dit gedrag.

1.4.2 Stereotiepe zelfbeschadiging

Deze vorm omvat gedragingen als bonken met het hoofd, slaan met de vuisten tegen het eigen hoofd of tegen de muur, op de oogballen drukken en op vingers, lippen of de

⁹ Broers E, de Lange J. Hulpverlening bij zelfverwonding in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut; 1998

¹⁰ Brown L, Houck C, Hadley W, Lascano C. Self-cutting and sexual risk among adolescents in intensive psychiatric treatment. *Psychiatric services* 2005, 56 (2): 216- 218

¹¹ Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005, 366: 1471-1483

¹² Bracke D, van Leeuwen K, Verhulst-feneve I. Comorbiditeit van zelfverwondend gedrag dissociatieve symptomen bij vrouwelijke psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2001, 43 (10): 673 - 682

¹³ Wilde de, The Client Satisfaction Questionnaire: psychometric properties in a Dutch addict population. *European addiction research* 2005, 11 (4): 157-162

¹⁴ Young R, Sweeting H, West P. Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture. *BMJ* 2006, 332: 1058- 1061

¹⁵ Boevink W, Escher S. Zelfverwonding begrijpelijk maken. Bemelen :St Positieve Gezondheidszorg; 2001

¹⁶ Walsh B. Clinical assesement of self-jury: a practical guide. *Journal of clinical psychology* 2007, 63 (11): 1057 -1068

binnenzijde van de wang bijten. Het is repeterend en ritmisch van karakter en het volgt grotendeels een vast gedragspatroon. Het komt vaak voor bij patiënten met een verstandelijke handicap, autisme en andere neuro-psychiatrische ontwikkelingsstoornissen. Ook bij het syndroom van Gilles de la Tourette wordt deze vorm van zelfbeschadiging relatief vaak waargenomen.

1.4.3 Oppervlakkige of matige zelfbeschadiging

Oppervlakkige/matige zelfbeschadiging omvat herhaaldelijk terugkerende gedragingen die resulteren in relatief geringe weefselbeschadiging met een lage kans op een dodelijk afloop. Dit is het meest gevarieerde en bekende type in de psychiatrie. Deze vorm heeft een chronisch karakter en wordt geassocieerd met verschillende psychiatrische diagnoses.¹⁷ Oppervlakkige of matige zelfbeschadiging wordt onderverdeeld in drie vormen, namelijk compulsieve, episodische en repeterende zelfbeschadiging. Bij deze verschillende vormen van oppervlakkige zelfbeschadiging is er sprake van verschillen in de gedragspatronen.

1.4.3.1 Compulsieve zelfbeschadiging

Deze vorm omvat gedragspatronen die meestal meerdere malen per dag, dwangmatig plaatsvinden, zoals trichotillomanie, acne excoriée, onychofagie, dermatozoënwaaan, dermatitis artefacta of cutane phatomimie.

1.4.3.2 Episodische zelfbeschadiging

Deze vorm omvat gedragingen als het beschadigen van de huid door snijden, krassen, branden, besmetten van wonden zodat genezing uitblijft, prikken met naalden, het inslikken van onverteerbare objecten en chemische beschadiging door applicaties van zuren, logen of toxische producten die tijdelijk of in episodes uitgevoerd worden.¹⁸ Minder voorkomend zijn het zichzelf stompen, voorwerpen in het urinekanaal inbrengen of de vagina of penis verwonden. Vaak worden meerdere methoden gebruikt om zichzelf te beschadigen. Het is het meest gevarieerde en bekende type in de psychiatrie. Deze vorm heeft een chronisch karakter en wordt geassocieerd met verschillende psychiatrische diagnoses.

1.4.3.3 Repeterende zelfbeschadiging

Bij deze vorm van zelfbeschadiging kunnen patiënten uren- of zelfs dagenlang bezig zijn en zich overgeven aan een rituele reeks van gedragingen. Rituele gedragingen kunnen bestaan uit het zoeken van plaatsen op de huid of de benodigde attributen op een speciale volgorde rangschikken.¹⁹

1.5 Functie van automutilatie

Automutilatie komt vaak voor in combinatie met plotselinge stemmingswisselingen, waarbij de heftige negatieve gevoelens niet goed gereguleerd kunnen worden. Zelfverwondend gedrag kan een vorm van zelfstraf zijn. Deze patiënten kunnen slachtoffer zijn van incest en denken dat het misbruik aan zich zelf te wijten is. Dwangmatige automutilatie houdt pijnlijke herinneringen weg, evenals gevoelens van spanning, onverdraaglijke leegte en psychische pijn.²⁰ Het heeft vaak een functie in de afweer en de regulering van het zelfgevoel, waarbij bepaalde emoties door middel van zelfbeschadiging tot uitdrukking komen en deze gevoelens niet bewust beleefd hoeven te worden. Verder kan het een functie hebben in het weghouden van gevoelens van leegte, negatieve gevoelens, negatieve herinneringen en depressiviteit.²¹ Automutilatie kan ook een vorm van aandacht trekken zijn, waarbij men

¹⁷ Broers E, de Lange J. Hulpverlening bij zelfverwonding in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut; 1998

¹⁸ van Joost T, Trijsburg R, Naafs B, Stronks D. Zelfbeschadiging in het bijzonder de huid. Nederlands Tijdschrift geneeskunde 1992, 136 (8): 362ñ 366

¹⁹ <http://www.zelfbeschadiging.info>

²⁰ Brown L, Houck C, Hadley W, Lascano C. Self-cutting and sexual risk among adolescents in intensive psychiatric treatment. Psychiatric services 2005, 56 (2): 216- 218

²¹ Skegg K. Self-harm. Lancet 2005, 366: 1471-1483

troost, aandacht of zorg wil ontlokken. Dit komt vooral voor bij het Münchhausen-syndroom. Automutilatie kan verslavend werken, maar dit is niet bij iedereen zo. Het geeft een fysieke stimulatie, om te ontsnappen aan een situatie van depersonalisatie of om het gevoel te krijgen nog levend te zijn.²²

1.6 Lichaamsreacties op automutilatie

Door automutileren wordt in de meeste gevallen geestelijke pijn bestreden. Endorfine is de natuurlijke pijnstillert van het lichaam die op het moment van mutilatie vrijkomt. Endorfine bestrijdt psychische pijn, angst, opwindend en depressie. Er wordt in feite lichamelijke pijn gebruikt, om emotionele pijn op afstand te houden. Door het vrijkomen van deze natuurlijke pijnstillert kan een verslaving ontstaan aan de lichaamseigen *endorfine*.²³

1.7 Littekens

In tegenstelling tot andere psychische stoornissen blijven er door zelfbeschadiging letterlijk littekens achter. Voor ex-automutilanten, zijn de littekens het meest zichtbare en in het oog springende stigma waar deze doelgroep mee moet leren omgaan.²⁴ Deze kunnen bijvoorbeeld beperkingen geven bij de kledingkeuzes, wanneer automutilanten deze willen verbergen. Om te voorkomen dat omstanders subjectief en beoordelend naar deze groep kijken.²⁵ In dit onderzoek wordt expliciet aandacht besteed aan externe zelfverwonding. Verschillende vormen van zelfbeschadiging, zorgen voor verschillende soorten wonden en uiteindelijk verschillende soorten littekens. Sommige littekens vormen woorden, symbolen of andere patronen.²⁶ Mechanische of thermische beschadiging zorgen vaak voor afwijkingen met een scherpe en hoekige begrenzing. Bij gebruik van chemische middelen ontstaan er vaak littekens met bizarre vormen. Worden vloeistoffen met sterk toxische eigenschappen gebruikt, dan ontstaan er vaak necrotische en ulcerieuze defecten. Bij geconcentreerde huishoudmiddelen of cosmetica ontstaan er bullae en erytheem.²⁷

Over de behandeling van littekens is echter nog weinig bekend. In bepaalde boeken wordt er verwezen naar huidcamouflage en chirurgische ingrepen. In Engeland is er een *National Selfharm Network* speciaal voor mensen gericht op automutilatie en het camoufleren van de littekens.

1.8 Herstel

Zelfverwonding accepteren is de eerste stap op weg naar het herstel. Een tweede stap is het leren omgaan met trauma's, deze te benoemen, erover te praten en te verwerken. Effectieve behandeling van automutilatie zijn naast de reguliere therapieën, dialectische gedragstherapie, individuele cognitieve gedragstherapieën of mindfulness trainingen in groepsverband.

Reguliere therapie bestaat uit het behandelen van de psychische stoornis door medicatie en/of psychotherapie. Bij dialectische gedragstherapie van Linehan wordt er een evenwicht gezocht tussen de aanvaarding en bevestiging van het gedrag. Daarbij staat gedragsontregeling, zoals impulsiviteit en parasuïcidaliteit centraal. De impulsiviteit uit zich meestal in de vorm van agressie en risicovol gedrag. Parasuïcidaliteit verwijst naar niet-fataal zelfdestructief gedrag. Tijdens de therapie wordt er een hiërarchie van destructief

22

<http://www.zelfbeschadiging.nl/bestellijst/files/products/32.%20Zelfverwonding,%20onderhuids%20leed.pdf> Zelfverwonding, onderhuids leed

²³ Levenkron, S. Zelfbeschadiging. Amsterdam: uitgevrij SWP; 2006

²⁴ Levenkron, S. Zelfbeschadiging. Amsterdam: uitgevrij SWP; 2006

²⁵ Boevink W, Escher S. Zelfverwonding begrijpelijk maken. Bemelen :St Positieve Gezondheidszorg; 2001

²⁶ Walsh B. Clinical assesement of self-jury: a practical guide. Journal of clinical psychology 2007, 63 (11): 1057 -1068

²⁷ van Joost T, Trijsburg R, Naafs B, Stronks D. Zelfbeschadiging in het bijzonder de huid. Nederlands Tijdschrift geneeskunde 1992, 136 (8): 362-366

gedrag gemaakt die telkens uitdrukkelijk aandacht krijgt. Als tweede wordt aandacht gericht op het hanteerbaar en leefbaar maken van posttraumatische stressresponsen. In de derde fase is het doel het zelfrespect te vergroten en individuele problemen te verminderen, waardoor de kwaliteit van leven aanvaardbaar wordt. In de laatste fase wordt er gewerkt aan zelfbewustwording. Diverse onderzoeken wijzen uit dat parasuïcidale gedragingen sterker afnemen bij patiënten die behandeld waren met dialectische gedragstherapie, dan bij de controlegroep.²⁸

Onlangs is er een onderzoek gedaan naar de effectiviteit van cognitief gedragsmatige behandeling (CGT). Hieraan deden 90 respondenten mee, waarvan 95% vrouwen die aan zelfbeschadiging doen, variërend in leeftijd van 15 tot 35 jaar. De patiëntengroep die aanvullend met CGT behandeld werd vertoonde minder zelfbeschadigende gedrag, depressiviteit, angstklachten en suïcidale gedachten, dan de controlegroep die alleen reguliere therapie onderging.²⁹ Deze therapie bestaat uit twaalf sessies, waarin zelfverwonding centraal staat.³⁰

Op dit moment wordt er onderzoek verricht naar het effect van mindfulness training voor zelfbeschadigende jongeren. Deze therapie bestaat uit acht sessies, waarbij bewust aandacht gericht wordt op het hier en nu. Het is een meditatievorm die zelftransformatie door zelfobservatie tot doel heeft. De therapie resulteert in het los laten van automatische reactiepatronen, waardoor er bewustwording optreedt in het waarnemen en handelen. De laatste stap bestaat uit het oppakken van het eigen leven op een manier die zo bevredigend mogelijk is.^{31 32}

1.9 Bejegening automutilanten

Voor vele hulpverleners is het moeilijk te begrijpen en te accepteren waarom mensen zichzelf beschadigen. Dit kan er voor zorgen dat hulpverleners het moeilijk en ingewikkeld vinden om deze patiëntengroep met respect, onbeoordelend en onveroordelend te behandelen en hulp te verlenen. Voor de mensen die zichzelf beschadigen is het vaak een grote stap om hulp te zoeken, doordat er vaak sprake is van een groot schaamtegevoel ten opzichte van de zelfbeschadigingen.

Deze groep is zeer kwetsbaar en heeft vaak een zeer laag gevoel voor eigenwaarde. Goede medische zorg wordt verleend wanneer de nadruk op het hanteerbaar maken van de gevolgen van automutilatie ligt. Hierbij is het vooral belangrijk dat deze patiënten met respect en geduld behandeld worden. Het draait vooral om eerlijkheid, openheid en gelijkwaardigheid, zonder betuttelend te zijn. Door de juiste aandacht te schenken, waarbij veiligheid, vertrouwen en een luisterend oor centraal staan en zelfbeschadiging niet genegeerd wordt, zal de patiënt zich gesteund voelen. Hierbij is het belangrijk dat de patiënt het tempo bepaalt.^{33 34}

²⁸ Hauwerd A, Pieters G. Cognitieve gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis. Tijdschrift voor psychiatrie 2001, 43 (1): 31-40

²⁹ <http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/nieuws/nieuwe-therapie-bij-zelfbeschadiging.jsp> 16 maart 2009

³⁰ <http://www.nieuwsarchief.leidenuniv.nl/index.php3?c=2259&m=3> 3 maart 2009

³¹ Boevink W, Escher S. Zelfverwonding begrijpelijk maken. Bemelen :St Positieve Gezondheidszorg; 2001

³² www.ccg.nl 16 maart 2009

³³ Landelijke Stichting Zelfbeschadiging. Aandachtspunten voor de juiste bejegening en behandeling bij zelfbeschadiging. Utrecht: Landelijke Stichting Zelfbeschadiging; 2000

³⁴ Landelijke Stichting Zelfbeschadiging. Hoe we behandeld willen worden. Utrecht: Landelijke Stichting Zelfbeschadiging; 2000

Hoofdstuk 2 Gevolgen van automutilatie

2.1 Wonden en wondgenezing

Bij automutilatie is er sprake van weefselbeschadigingen die zich kunnen beperken tot de epidermis of verder reiken tot de dermis en subcutis. Afhankelijk van de grootte van het letsel, bloedvoorziening, voedingsstatus, celleeftijd en regeneratievermogen, kunnen wonden op verschillende manieren genezen, namelijk door middel van regeneratie of reparatie.

Bij regeneratie vindt genezing plaats vanuit het eigen weefsel. Dit gebeurt bij beschadigingen van de epidermis en oppervlakkige dermis. Hierbij worden de beschadigde cellen vervangen door cellen met een gelijke structuur en functie, waardoor er geen litteken ontstaat.

Bij reparatie worden beschadigde cellen vervangen door andere cellen. Hierbij ontstaat een litteken. Deze wonden kunnen per primam of per secundam genezen. Bij genezing per primam wordt de wond primair gesloten, zoals bij hechtingen, waarbij de wondranden glad zijn. Bij deze wonden zijn complicaties over het algemeen uitgesloten door afwezigheid van necrose en contaminatie.

Bij genezing per secundam is primaire sluiting niet mogelijk doordat er sprake is van necrose, contaminatie en rafelige en gescheurde wondranden. Deze vorm van genezing vergt hierdoor meer tijd. Het heeft een grotere kans op het ontstaan van complicaties, waardoor esthetisch minder geaccepteerde littekens ontstaan.

Genezing door middel van reparatie verloopt via verschillende fasen: de inflammatie/ontstekingsfase, de granulatie/proliferatiefase en de maturatie/organisatiefase, die eindigen in littekenvorming.³⁵

Tijdens de inflammatie/ontstekingsfase vinden acute ontstekingsreacties plaats door het vrijkomen van ontstekingsmediatoren uit beschadigde cellen. Deze fase duurt één tot vier dagen. Hierdoor wordt onder andere vasodilatatie van de arteriën en pijnsensatie in het wondgebied bewerkstelligd. Ook worden leukocyten en fibroblasten aangetrokken. De leukocyten zorgen voor de fagocytose van weefselresten en micro-organismen. Bloeding ontstaat door vasodilatatie van de arteriën, waardoor de capillaire druk in de arteriën daalt en bloed uittreedt naar het wondgebied. Het stelpen van de bloeding vindt plaats door aggregatie van trombocyten in het wondgebied. Deze trombocyten produceren fibrinogeen, waaruit fibrinedraden worden gevormd. Deze rangschikken tot een fibrinenetwerk, wat het stolsel vormt. De macrofagen zorgen na een paar dagen voor opruiming van het bloedstolsel, waardoor de fibroblasten vrij kunnen bewegen in het wondgebied.

In de granulatie/proliferatiefase wordt nieuw bindweefsel en bloedvaten gevormd. Deze fase begint na ongeveer vier dagen en duurt ongeveer drie tot vier weken. Allereerst is het in deze fase zeer belangrijk om zo snel mogelijk de wond te dichten, later in deze fase is het vooral belangrijk dat het littekenweefsel wordt aangepast aan de trekrichting van de mechanische belasting van de huid.

Vorming van bindweefsel vindt plaats door fibroblasten, die naar het wondgebied zijn gemigreerd door de ontstekingsmediatoren en het anaërobe wondmilieu. Aan het begin van deze fase produceren zij de zwakke collageen type III vezels, die een ongeorganiseerd netwerk vormen. Ter verkleining van het wondgebied differentiëren een aantal fibroblasten in het wondgebied zich tot myofibroblasten, waarna wondcontractie plaatsvindt.

De collageen type III vezels worden later vervangen en geremodelleerd door de sterkere type I vezels. Om informatie in te winnen over de trekspanningen- en richtingen in het

³⁵ Vrijenhoek JH. Pathologie en geneeskunde voor fysiotherapie, bewegingstherapie en ergotherapie. 5^{de} editie. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2005.

littekengebied hechten de fibroblasten zich aan de collageenfibriellen. Door middel van deze informatie kunnen de collageen I vezels gerangschikt worden.

Nieuwe bloedvaten worden gevormd uit weefselknoppen bestaande uit endotheelcellen, die zich bevinden aan de uiteinden van de beschadigde capillairen. Deze groeien vervolgens in het collageennetwerk om een capillair netwerk te vormen. Dit proces van neovascularisatie zorgt voor de aan- en afvoer van zuurstof, voeding- en afvalstoffen.

Tijdens de maturatie/organisatiefase vindt bindweefselreorganisatie, wondcontractie en epithelialisatie plaats. Deze fase kan maanden tot jaren duren. Bindweefselreorganisatie vindt plaats door de vorming van een evenwicht tussen de collageen afbraak en aanmaak, het dikker worden en het remodeleren van de collageenvezels. Epithelialisatie geschiedt door migratie van epitheelcellen in het wondoppervlak, vanuit de basale cellen uit de wondrand, haarfollikels, sebum- en zweetklieren. Tevens vindt groei van zenuwweefsel in het littekenweefsel plaats.

Littekenvorming is het laatste stadium van de regeneratiefase. Hierbij neemt het litteken zijn uiteindelijke aspect aan en rijpt het collageen. De uiteindelijke treksterkte in het litteken bereikt hooguit 65 tot 85% van het gezonde weefsel.^{36 37}

2.2 Gevolgen van automutilatie op de huid

Bij de meeste vormen van automutilatie worden er littekens gevormd. Wanneer de wondgenezing verstoord raakt, kunnen er bijvoorbeeld keloïdale, sclerotische, verkleefde, atrofische of hypertrofische littekens ontstaan. Tevens kan er contractuurvorming optreden of kunnen de littekens gepigmenteerd of juist gedepigmenteerd zijn. De kans op een verstoring van de wondgenezing is afhankelijk van het type, de diepte, de locatie en de grootte van de wond. Alsmede van de graad van contaminatie, eigenschappen en de bloedtoevoer van de wondomgeving. Ook de leeftijd, het medicatie- en eventuele drugsgebruik, onderliggende aandoeningen, de voedingstoestand en de psychische en mentale toestand van de patiënt zijn van invloed op het verloop van de wondgenezing.^{38 39}

2.2.1 Sclerotische littekens

Sclerotische littekens worden gekenmerkt door een toename van collageen. Dit zorgt voor celarme, droge en harde littekens, die vaak dik en moeilijk plooibaar zijn.⁴⁰

2.2.2 Verklevingen

Bij verklevingen is er in het littekenweefsel geen onderscheid meer tussen de verschillende lichaamsweefsels en huidlagen. Normaliter kunnen de verschillende lagen van de huid verschuiven ten opzichte van elkaar. Doordat er geen onderscheid meer bestaat tussen de verschillende lagen en weefsels, vermindert de natuurlijke verschuifbaarheid van de onderliggende lagen van de huid, waardoor bewegingsbeperking kan ontstaan.

2.2.3 Contractuurvorming

Contractuurvorming in het litteken wordt veroorzaakt door samentrekking van myofibroblasten en een verminderde beschikbaarheid van elastische collageenvezels in de littekens. Dit zorgt voor een continue spanning in het littekengebied en gaat vaak gepaard met pijn in het litteken. Dit kan tot gevolg hebben dat er een verminderde beweeglijkheid van de littekens op de huid ontstaat en dat de mobiliteit van de gewrichten wordt belemmerd, waardoor bewegingsbeperking kan ontstaan. Alsmede kunnen hierdoor deformiteiten

³⁶ Wit-Gele Kruis Vlaanderen. Handboek wondzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2004.

³⁷ Morree JJ. Dynamiek van het menselijk bindweefsel. 3^{de} editie. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum; 2000

³⁸ Wit-Gele Kruis Vlaanderen. Handboek wondzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2004.

³⁹ Morree JJ. Dynamiek van het menselijk bindweefsel. 3^{de} editie. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum; 2000

⁴⁰ Hogeschool Utrecht. Littekenmassage. Bijlage HZD bij wondproblemen 2006-2007, Blok B2

ontstaan. Predisponerende factoren zijn de locatie van de wond op beweeglijke huddelen, zoals gewrichten en loodrecht op de natuurlijke huidlijnen (tensielijnen).

2.2.4 Atrofische littekens

Atrofische littekens worden gekenmerkt door de afwezigheid van structuren onder de epidermis. Deze littekens zijn zeer dun, droog en zacht fijnrimpelig door een afname van bindweefsel in de dermis en subcutis. Predisponerende factoren zijn post-traumatisch verlies van dermaal-epidermaal weefsel, skin-grafting, mechanische krachten op de randen van de wond en verwijdering van naevi op de rug.

2.2.5 Hypertrofische littekens

Hypertrofische littekens worden gekenmerkt door een overmatige hoeveelheid collageenvezels binnen de littekenranden, door progressieve groei van collageenvezels. Dit proces start doorgaans vier tot zes weken na het trauma, groeit door tot drie tot zeven maanden na het trauma en stabiliseert zich na ongeveer één jaar. De precieze oorzaak is onbekend. Predisponerende factoren zijn locatie van de wond op de thorax, nek, ledematen en loodrecht op natuurlijke huidlijnen, gewrichten en andere sterk beweeglijke huidgebieden. Hypertrofische littekens zijn harde, erythemateuze, verdikte littekens bedekt met dun epitheel en matige inflammatie van omringend weefsel, die al dan niet in combinatie met pijn en jeuk voorkomen.

2.2.6 Keloïd littekens

Keloïd littekens worden gekenmerkt door een overmatige vorming van collageenvezels, die buiten de littekenranden treden. Dit wordt ook wel pseudo-tumor groei genoemd. Dit proces start doorgaans vier tot zes weken na het trauma en groeit continu door tot ongeveer zes maanden hierna. De precieze oorzaak is niet bekend. Predisponerende factoren zijn genetische aanleg, donkere huidskleur en leeftijd onder de dertig jaar. Over het algemeen worden deze littekens gekenmerkt door zeer duidelijk aanwezig erytheem en verdikking van het litteken. Ze zijn vaak pijnlijk en jeuken.⁴¹

2.2.7 Postinflammatoire hyperpigmentatie

Postinflammatoire hyperpigmentatie wordt gekenmerkt door een toename van de melanine productie of een abnormale distributie van melanine pigment. Dit ontstaat waarschijnlijk door het vrijkomen van chemotactische stoffen als reactie op een trauma of ontstekingen van de huid. De kleur van de hyperpigmentatie varieert door de locatie van het melanine in de huid. Melanine in de epidermis kleurt doorgaans bruin en in de dermis blauw/grijs. Predisponerende factoren zijn een donkere huidskleur.⁴²

2.2.8 Postinflammatoire hypopigmentatie

Postinflammatoire hypopigmentatie wordt gekenmerkt door een afname van de melanine productie zodat lichte(re) plekken op de huid ontstaan. Deze vorm van hypopigmentatie wordt waarschijnlijk ook veroorzaakt door het vrijkomen van chemotactische stoffen en komt vaker voor bij mensen met een donkere huidskleur.⁴³

⁴¹ Téot L. Clinical evaluation of scars. *Wound Rep Regen* 2002, 10 (2):93-97

⁴² Halder RM, Nandedkar MA, Neal KW. Pigmentary disorders in ethnic skin. *Dermatol Clin* 2003, 21 (4): 617-628

⁴³ Halder RM, Nandedkar MA, Neal KW. Pigmentary disorders in ethnic skin. *Dermatol Clin* 2003, 21 (4): 617-628

Hoofdstuk 3 Huidtherapeutische behandelingen

3.1 Huidtherapeutische behandelingen

Volgens onderzoek kunnen littekens op de huid grote gevolgen hebben op de kwaliteit van leven. De meerderheid van de respondenten heeft het gevoel minder geaccepteerd te worden door zichzelf en door anderen en beperkt te zijn in het sociale functioneren. Ook heeft de meerderheid van de respondenten een verminderd geestelijk welbevinden wat zich uit in een laag zelfbeeld en weinig zelfvertrouwen. De confrontatie met de littekens zorgt voor een constante herinnering aan het trauma, waardoor de littekens veroorzaakt zijn. Patiënten hebben de neiging de littekens te verstoppen en te compenseren.⁴⁴

Er bestaan verschillende therapieën voor de behandeling van littekens. Deze behandelingen kunnen de littekens echter niet volledig laten verdwijnen. Er kunnen wel grote verbeteringen optreden in de esthetische van de littekens, waardoor deze minder opvallen en patiënten minder beperkt zullen worden. Huidtherapeuten kunnen littekens behandelen met siliconengels en siliconenpleisters, manuele en machinale littekenmassage, medische camouflage, dermatografie, chemische peeling, microdermabrasie, laser en LED-therapie. Bij iedere patiënt staat een ander behandeldoel centraal.

Deze doelen kunnen zijn:

- Verbeteren van de wondgenezing en de stofwisseling in de huid;
- Egaliseren van de afwijkende huidskleur en abnormaal huidrelief;
- Verminderen of voorkomen van littekenhypertrofie en contracturen;
- Verminderen van pijn en jeuk;
- Normaliseren van de huidmobiliteit.⁴⁵

Deze vormen van littekenbehandelingen zijn over het algemeen minder invasief, dan bijvoorbeeld chirurgische behandeling, waarbij littekens behandeld worden door middel van skin grafting. Hierbij wordt huid van partiële dikte of van volledige dikte uit gezond huidgebied verwijderd en in het beschadigde huidgebied aangebracht, waarna dit weefsel ingroeit. Er zitten veel nadelen aan deze methode. De kans op het ontstaan van contractuurvorming en een moeilijke ingroei van het donorweefsel is groot. Skin grafting is alleen geschikt voor kleine gebieden, waarbij er niet alleen een beschadiging gemaakt wordt in het te behandelen huidgebied, maar ook in het donorgebied. Complicaties die kunnen optreden zijn hematomen, infectie en terugkeer van de contractuurvorming.⁴⁶

3.1.1 Siliconengels en siliconenpleisters

Voor de behandeling van hypertrofische en keloïd littekens wordt veel gebruik gemaakt van siliconen. Deze zijn in verschillende vormen en maten bij verschillende fabrikanten verkrijgbaar. Het belangrijkste bestanddeel zijn siliconen polymeren die kruislinks aan elkaar gekoppeld zijn. Ze dienen voor tenminste 12 tot 24 uur per dag voor 2-6 maanden op de huid aangebracht te worden.

De werking van siliconengels is nog niet wetenschappelijk bewezen, van siliconenpleisters echter wel.^{47 48} Het precieze werkingsmechanisme is nog onbekend. De praktijk heeft echter uitgewezen dat het een veilige methode is ter preventie en als behandeling van

⁴⁴ Brown BC, McKenna SP, Siddhi K, McGrouther DA, Bayat A. The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring. *Journ Plas Rec Aesth Surg* 2008, 61: 1049-1058.

⁴⁵ Hogeschool Utrecht. Littekenmassage. Bijlage HZD bij wondproblemen 2006-2007, Blok B2

⁴⁶ Ismail A, Jarvi K, Canal ACE. Successful resurfacing of scars from previous deliberate self-harm using Integra dermal matrix substitute. *J of Plast Rec Aesth Surg* 2008, 61: 839-841

⁴⁷ Berman B, Perez OA, Konda S, Kohut BE, Viera MH, Delgado S, et al. A review of the biological effects, clinically efficacy, and safety of silicone elastomer sheeting for hypertrophic and keloid scar treatment and management. *Dermatol Surg* 2007, 33 (11): 1291-1303

⁴⁸ Li-Tsang CWP, Lau JCM, Choi J, Chan CCC, Jianan L. A prospective randomized clinical trial to investigate the effect of silicone gel sheeting (Cica-Care) on post-traumatic hypertrophic scar among the Chinese population. *Burns* 2006, 32: 678-683

hypertrofische en keloïd littekens. Deze littekens kunnen hierdoor vlakker, zachter, blanker en beweeglijker worden, waardoor een esthetisch meer geaccepteerd litteken ontstaat. Alsmede kan de jeuk en pijn verminderen.

De kans op bijwerkingen, zoals jeuk, contactallergie, maceratie en droogheid van de huid is bij deze therapie minimaal. Bijwerkingen kunnen meestal eenvoudig worden verholpen door het stoppen van de behandeling of het verbeteren van de gebruikershygiëne.^{49 50} Deze vorm van therapie is minder invasief en veiliger dan sommige alternatieve therapieën, zoals chirurgie, lasertherapie, injecties met corticosteroïden en bestraling.^{51 52}

3.1.2 Manuele en machinale littekenmassage

Littekenmassage wordt in de praktijk veelvuldig toegepast voor de behandeling van atrofische, sclerotische, pijnlijke, slecht beweeglijke en hypertrofische littekens. De werking van manuele en machinale littekenmassage is gebaseerd op praktijkervaringen en niet op wetenschappelijke onderzoek. Er is één onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van manuele littekenmassage en bestraling met Ultrasound-golven voor hypertrofische littekens. Dit onderzoek is uitgevoerd onder zestien patiënten met hypertrofische littekens. De ene helft van de groep is behandeld met littekenmassage, voorafgaand aan bestraling met Ultrasound-golven en de andere groep is niet behandeld. Bij beide groepen is verbetering opgetreden, bij de behandelde groep was het reductie percentage 29% tegen 15% bij de onbehandelde patiënten. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is zeer klein, omdat het verschil in reductie percentage tussen beide groepen zeer klein is. Ook was de onderzoekspopulatie zeer klein en is het niet duidelijk of de verbetering wordt veroorzaakt door de massage of door de Ultrasound-golven.⁵³

Door middel van verschillende handgrepen en verschillen in de intensiteit van de uitvoering worden verschillende doelen nagestreefd. Deze doelen kunnen zijn hyperaëmisering, stimulering, ontspanning en kalmering, pijnstilling, tonusnormalisatie, mobilisering en zelden desquamatie. Alsmede kan het zorgen voor een verbetering van de relatie van de patiënt met de huid en het acceptatieproces. Massage zorgt ook voor een bevordering van de kwaliteit en de hydratatie van de huid.

(relatieve) Contra-indicaties zijn fragiele huiden, wonden, infecties, ontstekingen, maligne tumoren, trombose, keloïd en heftige pijn in het te behandelen gebied. Tevens koorts, oedeemvorming en een niet te overwinnen angst of afkeer van aanraking. De kans op bijwerkingen bij deze therapie is verwaarloosbaar.⁵⁴

3.1.2.1 Behandeling van atrofische littekens

Bij de behandeling van atrofische littekens is het doel van de massage hyperaëmisering en mobilisering. Dit zorgt voor een verbetering van de consistentie van het bindweefsel, waardoor het litteken opgevuld wordt en minder diep zal zijn. Ook kan het een verbetering van de mobiliteit van het litteken geven, waardoor deze eventueel minder pijnlijk zal zijn.

3.1.2.2 Behandeling van sclerotische littekens

Bij de behandeling van sclerotische littekens is het doel van de massage mobilisering en hyperaëmisering. Dit zorgt voor rangschikking en remodelering van collageenvezels,

⁴⁹ Berman B, Perez OA, Konda S, Kohut BE, Viera MH, Delgado S, et al. A review of the biological effects, clinically efficacy, and safety of silicone elastomer sheeting for hypertrophic and keloid scar treatment and management. *Dermatol Surg* 2007, 33 (11): 1291-1303

⁵⁰ Li-Tsang CWP, Lau JCM, Choi J, Chan CCC, Jianan L. A prospective randomized clinical trial to investigate the effect of silicone gel sheeting (Cica-Care) on post-traumatic hypertrophic scar among the Chinese population. *Burns* 2006, 32: 678-683

⁵¹ <http://www.nvpc.nl/littekencorrectie.php>

⁵² Tsao SS, Dover JS, Arndt KA, Kaminer MS. Scar management: keloid, hypertrophic, atrophic, and acne scars. *Sem Cut Med Surg* 2002, 21 (1): 46-75

⁵³ Hakze H, Neumann MD. *J. Appl. Cosmetol* 2000, 18: 155-165

⁵⁴ Roques C. Massage applied to scars. *Wound Rep Regen* 2002, 10 (2): 126-128

ontspanning van myofibroblasten en opheffing van verklevingen. Hierdoor worden de littekens mobieler, celrijker en minder droog en hard.

3.1.2.3 Behandeling van hypertrofische littekens

Hypertrofische littekens kunnen het beste binnen zes maanden worden behandeld met als doel hyperaëmisering. Ter voorkoming van extra stimulatie van de aanmaak van collageenvezels, dient alleen de omgeving rondom het litteken behandeld te worden. Wanneer de roodheid in het litteken dermate is verminderd kan gestart worden met hyperaëmisering van het litteken zelf.⁵⁵

3.1.2.4 Behandeling van contractuurvorming in littekens

Contractuurvorming wordt in vele revalidatiecentra voor brandwondenpatiënten behandeld door middel van littekenmassage, met als doel mobilisering en hyperaëmisering.⁵⁶ Het rekken van contracturen in littekens is echter zeer pijnlijk en kan leiden tot hypertrofie en gewrichtsbeschadigingen.

3.1.2.5 Preventie van het ontstaan van hypertrofie, keloïd en contractuurvorming

Manuele lymfedrainage van de omgeving van de wond in de granulatie- en maturatiefase is zinvol ter preventie van het ontstaan van contractuurvorming in het litteken, hypertrofische en keloïd littekens. Door de stimulatie van de afvoer van het weefsel infiltraat wordt de optimale weefseldruk behouden en de activiteit van de mestcellen afgeremd, zodat uit de mestcellen minder ontstekingsmediatoren vrijkomen. Alsmede wordt de vermeerdering van het aantal collageenvezels geremd.^{57 58}

3.1.3 Chemische peeling

Behandeling van de huid door middel van chemische peeling is een effectieve behandeling voor postinflammatoire hyperpigmentatie. Deze hyperpigmentatie kan op verschillende niveaus van de huid plaatsvinden, dermaal of epidermaal.

De effectiviteit van de behandeling van postinflammatoire hyperpigmentatie hangt af van de diepteligging van het pigment en de dieptewerking van de peelingagent. Chemische peelings kunnen verschillende dieptes bereiken, te weten superfcieel (epidermaal), middeldiep (papillaire dermis) en diep (reticulaire dermis). De keuze voor de dieptewerking is afhankelijk van het gewenste effect en het huidtype van de patiënt. Bij de behandeling van hyperpigmentatie is het zeer belangrijk dat de patiënt zich levenslang beschermt tegen de zon, omdat hyperpigmentatie kan recidiveren onder invloed van zonlicht.

Chemische peelingagents hebben een hydraterend, anti-oxiderend, keratolytisch en exfoliërend effect op de behandelde huid.^{59 60} Door applicatie van peelingagents worden de collageen en elastine vezels geremodelleerd en neemt de hoeveelheid melanine in de huid af. Dit kan een positief effect hebben op de esthetische van littekens en hyperpigmentatie. (relatieve) Contra-indicaties voor het gebruik van chemische peeling zijn hypertrofisch en keloïd littekens, donker huidtype, actieve of recidiverende herpes simplex virus, het gebruik van orale isotretinoïne tijdens de voorgaande zes maanden, HIV-positiviteit, maligniteiten, radiodermatosen en open wonden in het te behandelen gebied en patiënten overgevoelig voor aspirine of rokende patiënten.

⁵⁵ Hogeschool Utrecht. Littekenmassage. Bijlage HZD bij wondproblemen 2006-2007, Blok B2

⁵⁶ Roques C. Massage applied to scars. Wound Rep Regen 2002, 10 (2): 126-128

⁵⁷ Hogeschool Utrecht. Littekenmassage. Bijlage HZD bij wondproblemen 2006-2007, Blok B2

⁵⁸ Hogeschool Utrecht. Klassieke massage. Bijlage HZD bij talg- en zweetklierproblematiek 2005-2006, Blok C1

⁵⁹ Halder RM, Nandedkar MA, Neal KW. Pigmentary disorders in ethnic skin. Dermatol Clin 2003, 21 (4): 617-628

⁶⁰ Hogeschool Utrecht. Informatie AHA. Bijlage -B HZD bij talg- en zweetklierproblematiek 2005-2006, Blok C1

Bij mensen met een donker huidtype (huidtype III of hoger) bestaat er een groot risico op het verergeren van de hyperpigmentatie en het ontstaan van hypopigmentatie. Daarom is het bij deze huidtypen verstandig om alleen superficiële peelings met een lage concentratie toe te passen. Alleen epidermale postinflammatoire hyperpigmentatie kan bij deze huidtypen behandeld worden.⁶¹

Onderzoek heeft uitgewezen dat behandeling van postinflammatoire hyperpigmentatie, ten gevolge van acne vulgaris, met glycolzuur (Û-hydroxyzuur) en met salicylzuur (Û-hydroxyzuur en †-hydroxyzuur) beiden effectief zijn. Deze peelings zijn superficiële peelings die zes keer om de twee weken aangebracht zijn. Na 24 weken was er bij 46,3% van de patiënten behandeld met glycolzuur en 59,8% van de patiënten behandeld met salicylzuur verbetering van de postinflammatoire hyperpigmentatie.⁶²

3.1.4 Medische camouflage

Camouflage therapie is een effectieve behandeling voor het tijdelijk minder zichtbaar maken van kleurverschillen en oneffenheden in de huid, zoals bij littekens, erytheem en hyper- en hypopigmentatie. Waarbij er gebruik wordt gemaakt van speciale camouflageproducten in verschillende kleurtinten om de huidskleur na te bootsen. Deze middelen geven niet af en zijn waterbestendig. Het accent van camouflagetherapie ligt op het aanleren van het aanbrengen van de camouflage aan de gebruiker.

(relatieve) Contra-indicaties zijn eczeem, actieve acne, overbeharing, psoriasis, open wonden, ontstekingen, tumoren en onrealistische verwachtingen.

Onderzoek heeft uitgewezen dat het camoufleren van verscheidene huidaandoeningen zorgt voor een verbetering van de kwaliteit van leven. De meerderheid van de respondenten gaf aan minder onzeker te zijn, minder last te hebben van sociale en seksuele problemen en minder de behoefte te hebben om de huidaandoening te verbergen met kleding na camouflage van de huidaandoening.⁶³

3.1.5 Dermatografie

Dermatografie is een invasieve behandeling waarbij inerte, non-toxische, non-allergene en oplosbare pigmenten in de dermis worden ingebracht met drie tot zeven steriele, roestvaste stalen naalden. Deze pigmenten dienen de huidskleur zoveel mogelijk na te bootsen, waarna littekens en hypopigmentatie esthetisch gecamoufleerd kunnen worden. Door dermatografie ontstaat er een semi-permanente tatoeage die na verloop van tijd geleidelijk verdwijnt. Het is een effectieve, veilige behandeling voor het camoufleren van postinflammatoire hypopigmentatie en littekens.⁶⁴

Complicaties die kunnen optreden zijn ecchymosis, crustae, oedeem voor twee tot drie dagen, secundaire bacteriële infectie en contactallergie voor de pigmenten in de eerste week van de behandeling. Bij het gebruik van zware metalen is er kans op het ontstaan van maligne tumoren in het behandelgebied, deze pigmenten worden echter nog zeer zelden gebruikt.

3.1.6 Lasertherapie

In de dermatologie wordt er veelvuldig gebruik gemaakt van lasers en intense pulsed light (IPL) voor de behandeling van verschillende huidaandoeningen. De werking van lasertherapie is gebaseerd op de unieke eigenschappen van laser licht en complexe laser-weefsel interacties. Bij de interactie tussen laser licht en weefsel kunnen er drie verschillende processen plaatsvinden te weten reflectie, verstrooiing en absorptie.

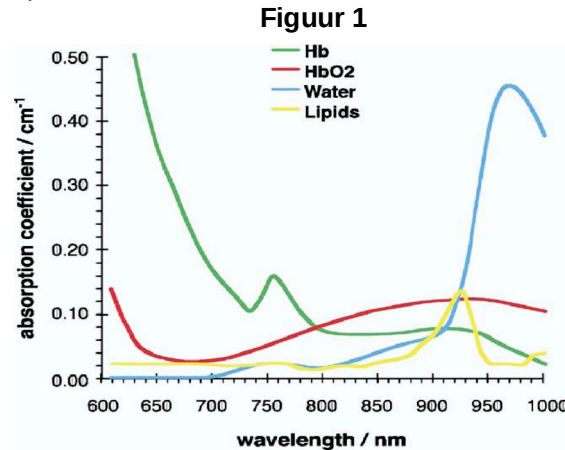
⁶¹ Wolkerstorfer. Behandeling van de donkere huid. Congres Huidtherapeuten 27 maart 2009

⁶² Garg VK, Sinha S, Sarkar R. Glycolic acid peels versus salicylic-mandelic acid peels in active acne vulgaris and post-acne scarring and hyperpigmentation: a comparative study. *Dermatol Surg* 2009, 35 (1): 59-65

⁶³ Holme SA, Beattie PA, Fleming CJ. Cosmetic camouflage advice improves quality of life. *Brit Journ Derm* 2002, 147: 946-949

⁶⁴ Garg G, Thami GP. Micropigmentation: tattooing for medical purposes. *Dermatol Surg* 2005, 31 (8): 928-931

Bij absorptie geeft de laser zijn energie af aan specifieke chromoforen en targets in het weefsel. Bekende chromoforen zijn melanine, hemoglobine en water. De mate van absorptie hangt af van de hoeveelheid chromoforen in de huid en de specifieke golflengte van de laser, die dient te corresponderen met de absorptie karakteristieken van het chromofoor (zie figuur 1).



Absorptie van laser in het weefsel heeft drie basis effecten, fothermolyse, fotochemie en fotomechanie. Lasertherapie in de behandeling van bepaalde huidaandoeningen is vooral gebaseerd op gecontroleerde selectieve fothermale reacties van specifieke chromoforen. Bij de behandeling van hyperpigmentatie is het zeer belangrijk dat de patiënt zich levenslang beschermt tegen de zon, omdat hyperpigmentatie kan recidiveren onder invloed van zonlicht. Complicaties van laserbehandeling vlak na de therapie zijn intens erytheem, oedeem en afstoting van de huid. Andere complicaties zijn infectie, het ontstaan van acne en milia's en hyper- en hypopigmentatie.⁶⁵

3.1.6.1 Behandeling van hypertrofische, keloïd en atrofische littekens

Lasertherapie is een effectieve behandeling voor hypertrofische en keloïd littekens. Het werkingsmechanisme is onbekend. Meerdere onderzoeken hebben uitgewezen dat behandeling met de 585nm Pulsed Dye laser zorgt voor verbetering van de mobiliteit, textuur en de gevoelswaarneming van het litteken. Daarbij verminderd het erytheem en de dikte van de littekens. Binnen een tot twee behandelingen is er al klinische verbetering waar te nemen, met minimale complicaties. Keloïd en erg dikke proliferatieve hypertrofische littekens hebben meerdere behandelingen nodig, eventueel in combinatie met intralaesionale corticosteroïd injecties.^{66 67}

Complicaties die kunnen optreden zijn een aantal dagen aanhoudende purpura en het ontstaan van hyper- en hypopigmentatie, wat vooral gezien wordt bij donkere huiden.

Behandeling met de 1320nm Nd-Yag en de 1450nm Diode laser is een effectieve behandeling voor atrofische littekens. Door toediening van de hoge golflengte in extreem korte pulses, treedt weefselverdamming op met beperkte verwarming van de omgeving.

Figuur 1: Tanzi EL, Lupton JR, Alster TS. Laser in dermatology: four decades of progress. J am Acad Dermatol 2003, 49 (1): 1-34

⁶⁵ Tanzi EL, Lupton JR, Alster TS. Laser in dermatology: four decades of progress. J am Acad Dermatol 2003, 49 (1): 1-34

⁶⁶ Tanzi EL, Lupton JR, Alster TS. Laser in dermatology: four decades of progress. J am Acad Dermatol 2003, 49 (1): 1-34

⁶⁷ Tanzi TL, Alster Ts. Laser treatment of scars. Dermatol Surg 2004, 9 (1): 4-7

Hierdoor krimpen en remodeleren collageenbundels en ontstaat er neocollagenese. Hierdoor nemen de bindweefselcellen in deze littekens toe.⁶⁸

3.1.6.2 Behandeling van postinflammatoire hyperpigmentatie

Lasertherapie is een effectieve behandeling voor postinflammatoire hyperpigmentatie. De voorkeur bij de behandeling van hyperpigmentatie gaat uit naar non-ablatieve lasers, die in vergelijking met ablatieve (verdampende) lasers minder schade aan de huid toebrengen. Waardoor het risico verminderd op het ontstaan van postinflammatoire hyperpigmentatie, hypopigmentatie en litteken hypertrofie als gevolg van de laserbehandelingen.⁶⁹ Complicaties die kunnen optreden zijn een aantal dagen aanhoudende purpura, asgrauwe verkleuring van de huid, verandering in de pigmentatie en structuur van de huid en crustae.

Melanine heeft een zeer breed absorptie spectrum, waardoor er veel verschillende lasers gebruikt kunnen worden voor de behandeling van pigmentafwijkingen. De 510-578nm CW laser en de 488-10,600nm Quasi CW laser worden gebruikt voor het verwijderen van epidermale laesies. Doordat de tijd die nodig is om het melanine te verhitten, kleiner is dan de tijd die nodig is om het melanine af te koelen, is er kans op het ontstaan van littekens bij het verwijderen van dermale laesies. De 510 Pulsed Dye laser wordt gebruikt voor de behandeling van epidermale laesies, door de vernietiging van superficiële melanosomen. De 488-755nm QS laser wordt gebruikt voor de behandeling van epidermale en dermale laesies. De werking van deze lasers is gebaseerd op fotomechanische reacties. Door het gebruik van een zeer korte pulsduur stijgt de temperatuur van melanine explosief, waardoor deze beschadigen. Ook IPL (intens pulsed light) is effectief voor het behandelen van epidermale en dermale hyperpigmentatie.

Wanneer patiënten adequaat geselecteerd zijn en standaard behandel parameters opgevolgd worden, dan is het verwijderen van de meeste gepigmenteerde laesies mogelijk met een mooi resultaat en een minimaal risico op het ontstaan van bijwerkingen. Echter dient voor het behandelen van gepigmenteerde, atypische laesies altijd een biopsie gedaan te worden, ter voorkoming van het behandelen van maligniteiten.⁷⁰ Bij de behandeling van postinflammatoire hyperpigmentatie bij donkere huiden is voorzichtigheid geboden. Bij deze groep is de kans op verergering en het ontstaan van hypopigmentatie zeer groot.⁷¹

3.1.7 LED-therapie

LED (light emitted diode) zet elektrische stroom om in een klein lichtspectrum, met golflengten tussen de 247 en 1300nm. Door de absorptie van lichtenergie in de mitochondriën en celmembranen in de huid, kunnen intracellulaire fotobiochemische reacties in gang worden gezet. Door de stimulatie van de celstofwisseling vinden er een aantal cellulaire reacties plaats, zoals modulatie van reactieve zuurstofmoleculen, reductie en preventie van apoptose, stimulatie van de angiogenese en een toename van de bloedsomloop. Dit leidt tot een toename van de celproliferatie en migratie, modulatie van cytokinen, groeifactoren en ontstekingsmediatoren en een toename van anti-apoptose proteïnen.

Onderzoek heeft uitgewezen dat bestraling van wonden met LED-licht, met polychromatische golflengten tussen zichtbaar rood licht en infrarood licht positieve effecten heeft op de wondgenezing. Het zorgt voor een versnelling van het genezingsproces en een toename van de epithelialisatie in de wond. Behandeling met 660nm LED-therapie kan preventief werken tegen het ontstaan van postinflammatoire hyperpigmentatie. Bestraling

⁶⁸ Tanzi TL, Alster TS. Laser treatment of scars. *Dermatol Surg* 2004, 9 (1): 4-7

⁶⁹ Wolkerstorfer. Behandeling van de donkere huid. Congres Huidtherapeuten 27 maart 2009

⁷⁰ Tanzi EL, Lupton JR, Alster TS. Laser in dermatology: four decades of progress. *J am Acad Dermatol* 2003, 49 (1): 1-34

⁷¹ Wolkerstorfer. Behandeling van de donkere huid. Congres Huidtherapeuten 27 maart 2009

van het wondgebied een tot twee weken voor het ontstaan van het trauma zorgt voor een vermindering van het ontstaan van hyperpigmentatie als reactie op het trauma.

Waarschijnlijk zou LED-therapie ook preventief kunnen werken tegen het ontstaan van hypertrofische en keloïd littekens. Bij het ontstaan van deze littekens speelt interleukinen (IL)-6 waarschijnlijk een centrale rol. LED-therapie kan waarschijnlijk zorgen voor een afname van dit interleukinen (IL)-6 niveau, waardoor complicaties in de littekenvorming voorkomen kunnen worden.⁷²

3.1.8 Microdermabrasie

Microdermabrasie is een weinig effectieve, simpele en zeer milde behandelingsmethode voor hyperpigmentatie en littekens. De werking is gebaseerd op minimaal wetenschappelijk onderzoek, waaraan een zeer kleine hoeveelheid mensen hebben meegedaan en zeer milde resultaten behaald zijn. Microdermabrasie trekt de huid vacuüm, waarna er chemisch inerte kristallen of andere schurende middelen op de huid worden geblazen. De dieptewerking is vergelijkbaar met een superficiële chemische peeling. Het werkingsmechanisme is onbekend, maar wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het vacuüm trekken van de huid. Er wordt aanhoudend oedeem, vasodilatatie en perivasculaire inflammatie veroorzaakt in de diepe dermis. In de epidermis ontstaat verdikking, regulatie van de distributie van de melanosomen en een verminderde aanmaak van melanine. Complicaties kunnen zijn het ontstaan van hyperpigmentatie door een verkeerde dieptebepaling in de behandelde huid.⁷³

⁷⁴

3.1.9 Lokaal gebruik vitamine E

Vitamine E wordt relatief vaak voorgeschreven ter bevordering van de wondgenezing en als behandeling van littekens. Het is een vloeibaar anti-oxidant, die positieve effecten op de wondgenezing uit zou oefenen, onder andere door het penetratie vermogen in de reticulaire dermis. De effectiviteit van lokale applicatie van vitamine E ter bevordering van de wondgenezing en de littekenvorming is echter twijfelachtig. Bepaalde onderzoeken onderbouwen de werking van vitamine E en andere spreken dit tegen. Mede hierdoor en door de hoge kans op contactdermatitis is het gebruik van vitamine E crème niet aan te raden. Onderzoek waarbij wonden bij normale en diabetische ratten met een sub-familie van vitamine E behandeld werden, heeft uitgewezen dat het zorgt voor een versnelling van de wondgenezing. Onderzoek naar de behandeling van siliconenpleisters met en zonder vitamine E bij hypertrofische littekens heeft uitgewezen dat bij 95% van de hypertrofische littekens behandeld met siliconenpleisters met vitamine E verbetering optrad, tegenover 75% van de controlegroep. Twee andere onderzoeken hebben aangetoond dat lokale applicatie van vitamine E voor de cosmetische verbetering van littekens niet effectief is.^{75 76}

Figuur 2: Bhalla M, Thami GP. Microdermabrasion,; reappraisal and brief review of literature. *Dermatol Surg* 2006, 32 (6): 809-814

⁷² Barolet D. Light-Emitting Diodes (LEDs) in dermatology. *Semin Cutan Med Surg* 2008, 27: 227-238

⁷³ Bhalla M, Thami GP. Microdermabrasion: reappraisal and brief review of literature. *Dermatol Surg* 2006, 32 (6): 809-814

⁷⁴ Spencer JM. Microdermabrasion. *Am J Clin Dermatol* 2005; 6 (2): 89-92

⁷⁵ Khoosal D, Goldman RD. Vitamin E for treating children's scars - Does it help reduce scarring?. *Can Fam Physician* 2006, 52: 855-856

⁷⁶ Zurada JM, Kriegel D, Davis IC. Topical treatments for hypertrophic scars. *J Am Acad Dermatol* 2006, 55 (6):1024-1031

Hoofdstuk 4 Samenvattingen belangrijkste wetenschappelijke artikelen

4.1 Skegg K. Self-harm. Lancet 2005, 366: 1471-1483

Dit onderzoek is een systematische review, niveau twee, gebaseerd op 163 betrouwbare onderzoeken. Waarbij de resultaten van deze verschillende onderzoeken geordend zijn. Deze review is zeer uitgebreid, waarbij onder andere onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende soorten automutilatie. De predisponerende factoren voor het ontstaan van zelfbeschadiging worden besproken, alsmede de factoren die zelfbeschadiging eventueel kunnen voorkomen.

Risicofactoren voor het ontstaan van zelfbeschadiging zijn onder andere een lage sociaal-economische status, psychische stoornissen, slechte thuissituatie, trauma's en bepaalde lichamelijke ziekten. Sociale en familiale steun kunnen het ontstaan van zelfbeschadiging voorkomen. Behandeling na zelfbeschadiging dient te bestaan uit het opbouwen van een vertrouwensband met de patiënt, hulp in crisissituaties en behandeling van eventuele psychische stoornissen.

4.2 Hintikka J, Tolmumen T, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental disorder in self-cutting adolescents. Journal of Adolescent Health 2009, 10 (3): 1- 4

Het doel van deze studie was te onderzoeken wat de prevalentie is van psychische stoornissen en bepaalde predisponerende factoren onder Finse adolescenten die aan zelfbeschadiging doen. Deze gecontroleerde studie, niveau vijf, is verricht onder 80 zichzelf beschadigende Finse adolescenten en 4125 die niet aan zelf beschadiging doen of hebben gedaan, in de leeftijd van dertien tot achttien jaar. Voor het uiteindelijk onderzoek zijn 41 meisjes en drie jongens, met een gemiddelde leeftijd van vijftien jaar in beide groepen onderzocht.

Gevonden is, dat meisjes die zichzelf beschadigen vaker een psychische stoornis hebben dan de controlegroep die niet aan zelfbeschadiging doet. Geen van de jongens had een psychische stoornis. 63 procent van de zelfbeschadigende meisjes, tegenover vijf procent van de controle groep had last van depressie. 37 procent van de zelfbeschadigende meisjes, tegenover twaalf procent van de controle groep had last van angststoornissen. Vijftien procent van de automutilerende meisjes, tegenover nul procent van de controle groep had last van eetstoornissen. Over de eventuele predisponerende factoren voor het ontstaan van zelfbeschadigend gedrag, zoals alcohol- en cannabismisbruik kan met de resultaten uit deze studie weinig geconcludeerd worden.

De relatief kleine populatie zorgt voor een vermindering van de betrouwbaarheid van de resultaten. Doordat het onderzoek is gedaan onder dertien tot achttien jarigen was voor een bepaalde groep respondenten een toestemmingverklaring van de ouders nodig om mee te mogen doen aan het onderzoek. Waarschijnlijk hebben veel ouders het nut niet gezien van de studie, waardoor er sprake was van een lage participatie. Dit kan geleid hebben tot een onderschatting van de frequentie van zelfbeschadiging en de psychische stoornissen.

4.3 Skegg K, nada-raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and woman. AM J Psychiatry 2003, 160: 541-546

Het doel van dit onderzoek was de associatie tussen homoseksualiteit en zelfbeschadiging te onderzoeken onder Nieuw-Zeelandse jonge mannen en vrouwen. Deze grote observationele studie, niveau drie, is verricht onder 946 jonge respondenten met verschillende seksuele oriëntaties, uit de provincie Otago. Zij zijn langdurig bestudeerd naar hun seksuele oriëntatie, zelfbeschadigend gedrag, depressiviteit, misbruik in het verleden en hun demografische gegevens.

Gevonden is, dat homoseksuele mannen en vrouwen vaker suïcidale gevoelens hebben en vaker daadwerkelijk suïcide pogingen hebben gedaan, dan heteroseksuele mannen en

vrouwen. Zo doen zij vaker aan zelfbeschadiging gedrag, zijn vaker misbruikt in het verleden en zoeken vaker psychologische hulp. Echter hebben homo seksuele mannen een groter risico op het bestaan van zelfbeschadigend gedrag en heeft deze groep vaker een zelfmoordpoging ondernomen, dan homoseksuele vrouwen.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat homoseksualiteit op de één of andere manier bijdraagt aan het ontstaan van suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag.

De relatief kleine groep homoseksuele respondenten zorgt voor een vermindering van de betrouwbaarheid van de resultaten van het onderzoek. Aan het onderzoek deden 770 heteroseksuele mannen en vrouwen mee, 17 homo seksuele mannen en vrouwen en 155 mannen en vrouwen met biseksuele geaardheid.

4.4 Brown BC, McKenna SP, Siddhi K, McGrouther DA, Bayat A. The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring. *Journ Plas Rec Aes Surg* 2008, 61: 1049-1058.

Dit onderzoek is een survey, niveau vijf of zes, waarbij bij een kleine groep van 34 respondenten, door middel van interviews gegevens zijn verzameld omtrent de kwaliteit van leven. Het doel van dit onderzoek was te onderzoeken wat de invloed is van littekens op de kwaliteit van leven van patiënten. Dit onderzoek is uitgevoerd onder patiënten met verscheidene soorten littekens in een kliniek die gespecialiseerd is in littekenbehandelingen. Waarbij onderzoek is gedaan naar het lichamelijk functioneren, de acceptatie, het sociaal functioneren, het vertrouwen in het lichaam en de behandeling en het emotioneel welbevinden van de patiënten.

Een meerderheid van de respondenten heeft het gevoel verminderd geaccepteerd te worden door zichzelf en door anderen en beperkt te zijn in het sociale functioneren. Ook heeft een meerderheid van de respondenten een verminderd geestelijk welbevinden, dit uit zich in een laag zelfbeeld en weinig zelfvertrouwen. Veelal werkt de confrontatie met de littekens als een constante herinnering aan het trauma waardoor de littekens veroorzaakt zijn en hebben patiënten de neiging de littekens te verstoppen en te compenseren.

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is verminderd doordat de patiëntengroep geworven is via specialistische klinieken waar zij reeds littekenbehandeling ondergaan. Hierdoor is de onderzoeksgroep waarschijnlijk niet goed vergelijkbaar met de rest van het volk.

4.5 Berman B, Perez OA, Konda S, Kohut BE, Viera MH, Delgado S, et al. A review of the biological effects, clinically efficacy, and safety of silicone elastomer sheeting for hypertrophic and keloid scar treatment and management. *Dermatol Surg* 2007, 33 (11): 1291-1303

Dit artikel is een systematische review, niveau twee, die is gebaseerd op 119 verschillende betrouwbare onderzoeken. Waarbij de resultaten van deze verschillende onderzoeken geordend zijn aan de hand van verschillende onderwerpen met betrekking tot siliconenpleisters en -gels. Zo zijn verschillende hypothesen, uit verschillende onderzoeken, wat betreft het werkingsmechanismen van siliconenpleisters en -gels geordend. Alsmede de klinische efficiëntie en de preventieve werking tegen hypertrofie en keloïd bij gebruik van deze producten. De bijwerkingen en de indicaties van het gebruik van siliconen zijn ook aan bod gekomen.

Hypertrofische en keloïdale littekens kunnen door siliconen applicatie vlakker, zachter, blanker en beweeglijker worden. Alsmede kan de jeuk en pijn verminderen, waardoor een esthetisch meer geaccepteerd litteken ontstaat. Hiervoor dienen deze tenminste 12 tot 24 uur voor 2-6 maanden op de huid worden aangebracht door middel van gels of pleisters. Het precieze werkingsmechanisme van deze non-invasieve methode van littekenbehandeling is nog onbekend, maar de praktijk heeft uitgewezen dat het een veilige methode is ter preventie van hypertrofische en keloïdale littekens en voor de behandeling van deze littekens. De kans op bijwerkingen is minimaal en kan meestal eenvoudig worden verholpen door het stoppen van de behandeling of verbetering van de gebruikershygiëne.

4.6 Tanzi EL, Lupton JR, Alster TS. Laser in dermatology: four decades of progress. J am Acad Dermatol 2003, 49 (1): 1-34

Dit is een systematische review met een statistische pooling, niveau één, gebaseerd op 528 betrouwbare onderzoeken. Doel van dit onderzoek is de lezer te informeren over verschillende beschikbare lasersystemen, de indicaties, de behandel efficiëntie en de veiligheid.

Het werkingsmechanisme van lasersystemen voor de behandeling van bepaalde huidaandoeningen wordt in dit onderzoek uitgebreid behandeld. Informatie is geordend op de verschillende indicaties, waarna de behandeling van deze indicaties met de verschillende lasersystemen uitgebreid wordt besproken. Er wordt aandacht besteed aan de behandeling van vasculaire afwijkingen, verschillende soorten littekens, pigmentstoornissen en overbeharing. Alsmede aan foto dynamische therapie, laser veiligheid, gebruik van anaesthetica en de bijwerkingen.

Laserbehandeling wordt onder andere gebruikt voor de behandeling van benigne, vasculair en gepigmenteerde congenitale huidafwijkingen, hypertrofische en keloïdale littekens, en overbeharing. Alsmede voor de verwijdering van tatoeages. Esthetische laserbehandeling wordt steeds meer verfijnd.

Hoofdstuk 5 Voorlopige conclusie literatuuroordeel

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

Is er behoefte aan een vergroting van de bekendheid wat betreft huidtherapeutische behandeling van de littekens bij (ex)-automutilanten en hulpverleners?

De beantwoording van deze vraag zal besproken worden in de eindconclusie daar deze niet beantwoord kan worden door middel van de informatie uit het literatuuronderzoek. In het literatuurgedeelte is er getracht antwoord te geven op de volgende subvragen:

1. Wat is automutilatie?
2. Wat zijn de gevolgen van automutilatie voor de huid?
3. Welke huidtherapeutische behandelingen kunnen zinvol zijn bij (ex)-automutilanten?

Naar aanleiding van deze subvragen kan geconcludeerd worden dat automutilatie een gevolg is van directe schade die aan de huid berokkend wordt, wat door letsel, verandering of vernietiging tot stand kan komen zonder dat er sprake is van een bewuste suïcide intentie.

Automutilatie kan helpen nare gevoelens te beëindigen of op afstand te houden. Automutilatieve handelingen kunnen plaatsvinden ter ontlasting van ondragelijke spanningstoestand, door een onvermogen om impulsen op een andere manier te beheersen en reguleren. Vaak wordt het toegepast als psychologische verdediging. Het kan voorkomen als een substituuut voor boosheid jegens een ander en het is mogelijk dat zelfbeschadiging onbewust bedoeld is om die andere pijn te willen doen. Het wordt vaak gezien in samenhang met psychische problematiek, bij mensen met ernstige trauma's en onder bepaalde subculturen.

In tegenstelling tot andere psychische stoornissen blijven er door zelfbeschadiging letterlijk littekens achter, een blijvend resultaat van de stoornis. Voor mensen die zichzelf niet langer verwonden, zijn de littekens het meest zichtbare en in het oog springende stigma waar deze doelgroep mee moet leren omgaan. Confrontatie met de littekens wordt geassocieerd met een constante herinnering aan het trauma. Onderzoek heeft uitgewezen dat de aanwezigheid van littekens op de huid grote gevolgen heeft voor de kwaliteit van leven.

Weefselbeschade kan zich beperken tot de epidermis of verder reiken tot de dermis en subcutis. Een normale wondgenezing geschiedt zonder complicaties. Daarnaast is het mogelijk dat er een verstoorde wondgenezing plaatsvindt. Dit kan leiden tot sclerotische, verkleefde, atrofische, hypertrofische of keloïdale littekens. Tevens kan er hyper- of hypopigmentatie optreden.

Veel huidtherapeutische behandelingen kunnen zinvol zijn voor de behandeling van de gevolgen van automutilatie op de huid. De werking van sommige behandelingen is alleen gebaseerd op praktijkervaringen en niet op wetenschappelijke bewijzen, doordat deze onderzoeken niet betrouwbaar of (nog) niet uitgevoerd zijn. Behandelingen die een huidtherapeut uitvoert zijn therapie met siliconengels en siliconenpleisters, littekenmassage, chemische peeling, camouflage, dermatografie, lasertherapie, LED-therapie en microdermabrasie.

De behandeling en preventie van hypertrofische en keloïdale littekens met siliconenpleisters zijn wetenschappelijk onderbouwd en de kans op complicaties is hierbij klein. Alsmede de behandeling van postinflammatoire hyperpigmentatie door middel van chemische peelings, waarbij de effectiviteit afhangt van de diepteligging van het pigment en de dieptewerking van het gebruikte peelingagent. Onderzoeken wijzen ook uit dat de behandeling van hypertrofische, keloïd en atrofische littekens en postinflammatoire hyperpigmentatie door

middel van lasertherapie effectief is. Bij de behandeling van postinflammatoire hyperpigmentatie door middel van chemische peeling of lasertherapie is de kans op verergering van de hyperpigmentatie aanwezig. Onderzoek heeft uitgewezen dat de bestraling van wonden met LED-licht positieve effecten heeft op de wondgenezing en preventief werkt tegen het ontstaan van postinflammatoire hyperpigmentatie. Camouflage van verscheidene huidaandoeningen zorgt voor een verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten. Het camoufleren van littekens kan geschieden door middel van medische camouflage, of semipermanent door middel van dermatografie.

De werking van manuele en machinale littekenmassage is alleen gebaseerd op praktijkervaringen en niet op betrouwbare wetenschappelijke onderzoeken. Het heeft een stimulerende werking op de stofwisseling en een sederende invloed op het zenuwstelsel, waardoor de kwaliteit van weefsel in de verschillende soorten littekens kan verbeteren. De werking van microdermabrasie is gebaseerd op wetenschappelijke onderzoeken, waarbij minimale resultaten behaald zijn.

Het is belangrijk om stil te staan bij het feit dat geen enkele vorm van littekentherapie de littekens volledig kan verwijderen. De behandeling van de littekens kan voor de groep mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd echter zorgen voor een grote verbetering van de kwaliteit van leven, door verbetering van de esthetische en vermindering van de beperking.

Hoofdstuk 6 Hulpverlener enquêtes

6.1 Probleemstelling

Het omgaan met de littekens ten gevolge van de zelfbeschadigingen is voor automutilanten veelal zeer confronterend. Over de behandeling van littekens wordt in de literatuur en op internet zeer summier informatie gegeven. Veelal wordt er verwezen naar camouflerende behandelingen en dure, invasieve chirurgische ingrepen. Over goedkopere, minder invasieve en non-invasieve behandelingen, die een huidtherapeut kan uitvoeren, wordt echter nauwelijks gesproken. Dit omdat er geen wetenschappelijk onderzoeken bestaan over huidtherapeutische behandelingen van littekens bij personen die zichzelf beschadigen.

6.2 Doelstelling

Het praktijkonderzoek is uitgevoerd met als doel informatie te vergaren over onder andere de bekendheid van het beroep huidtherapie onder hulpverleners werkzaam in de psychische hulpverlening, die automutilanten behandelen. Alsmede om een brug te vormen tussen huidtherapeutische behandelingen en zelfbeschadiging, om de hoofdvraag zo correct en compleet mogelijk te kunnen beantwoorden. Doel van dit onderzoek is ook om kennis te verzamelen over de eventuele doorverwijzingen voor de behandeling van littekens. Wanneer huidtherapie redelijk onbekend blijkt te zijn, kan er doelgericht actie worden ondernomen om dit bekender te maken. Door bijvoorbeeld presentaties bij de doelgroep te houden, folders te verspreiden voor de verwijzers (NVH) of het eindartikel of scriptie op te sturen naar de hulpverleners die daar interesse in hebben. Dit onderzoek zorgt ook al voor een prikkeling van de interesse van mensen, waardoor de bekendheid vanzelf groter wordt.

6.3 Vraagstelling

Is er behoefte aan een vergroting van de bekendheid wat betreft huidtherapeutische behandeling van de littekens bij (ex)-automutilanten en hulpverleners?

6.3.1 Deelvragen

1. Is huidtherapie bekend bij de psychische hulpverlening?
2. Hoe denken deze disciplines over huidtherapie voor de behandeling van littekens bij mensen die aan automutilatie doen of hebben gedaan?
3. Is er behoefte aan informatie over het beroep huidtherapie bij hulpverleners die hiermee onbekend zijn?

Deze deelvragen zullen terugkomen in de enquête, die bestaat uit gesloten vragen met geprecodeerde antwoorden, waar bij sommige vragen open antwoordcategorieën zijn opgenomen.⁷⁷

6.4 Opzet

Hier wordt het onderzoeksdesign besproken van een praktijkonderzoek. Waarbij er nader wordt ingegaan op het onderzoekstype, de populatie, wijze van benadering en de verwerking van de gegevens.⁷⁸

6.4.1 Onderzoekstype

Het onderzoekstype van deze praktijkstudie is een beschrijvend onderzoek. De vraagstelling van dit onderzoek bestaat uit een gesloten vraag, die enkel met twee antwoorden beantwoordt kan worden.

Een beschrijvend onderzoek is een onderzoek waarbij het gaat om registratie en systematische ordening van wat zich voordoet op een bepaald gebied, aan de hand van een

⁷⁷ Baarde, De Goede, Basisboek methoden en technieken ñ Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. 3^{de} druk. Groningen: Stenfert Kroese; 2001

⁷⁸ Baarde, De Goede, Basisboek methoden en technieken ñ Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. 3^{de} druk. Groningen: Stenfert Kroese; 2001

vooraf gegeven systematiek, waarbij niet wordt gestreefd naar de ontwikkeling van een theorie of het formuleren van een hypothese.⁷⁹

6.4.2 Populatie

De onderzoekspopulatie omvat alle hulpverleners in de psychische zorgverlening die bekend zijn met de behandeling van patiënten die zichzelf beschadigen. Omdat het niet mogelijk is alle hulpverleners te enquêteren, is er gebruik gemaakt van een selecte steekproef. Waarbij er contact is opgenomen met alle hulpverleners die hun e-mailadres en naam openbaar op internet hebben staan.

Desondanks kan er een tamelijk betrouwbare uitspraak worden gedaan over de gehele populatie zelf.

6.4.3 Wijze van benaderen

Om informatie te vergaren onder psychisch hulpverleners is er een survey afgenomen, in de vorm van een enquête. De onderzoekspopulatie is benaderd door middel van de gegevens op internet, waarna via e-mail contact met deze groep is opgenomen. Door middel van een begeleidende brief en een link naar de digitaal in te vullen enquête. Ook zijn er hulpverleners via de post benaderd, door middel van een begeleidende brief, een papierenenquête en een gefrankeerde envelop om de ingevulde enquête mee terug te kunnen sturen. De gegevens van deze hulpverleners zijn ook via internet opgezocht.

6.4.4 Verwerking gegevens

Voor het onderzoek is er gebruik gemaakt van papieren en digitale enquêtes. De laatst genoemde zijn door middel van de internetsite www.thesistools.com op internet zijn gezet, waar respondenten deze enquête digitaal konden invullen. De verwerking van de gegevens van de enquête worden door deze site verwerkt in Excel, waarna deze zullen worden weergegeven in tabellen en grafieken.

6.5 Resultaten enquête

Ter verduidelijking van de resultaten afkomstig uit de enquêtes zijn grafieken samengesteld. Deze grafieken zijn ondergebracht in bijlage nummer III, de enquête staat in bijlage nummer II.

In totaal hebben 71 respondenten de enquête ingevuld, waarvan 57 respondenten automutilerende patiënten onder behandeling hebben of hebben gehad. Hiervan is 44% (n=24) werkzaam als psycholoog, 13% (n=7) als psychiater, 25% (n=14) als psychotherapeut, 4% (n=2) als psychologische verpleegkundige en 15% (n=8) als een andere discipline. Onder andere disciplines vallen begeleider, orthopedagoog, kinderpsycholoog, klinisch psycholoog, registeragoog, casemanager ambulante psychiatrie, psychosociaal therapeut en GZ-psycholoog.

Van alle respondenten verwijst 32% (n=18) wel eens patiënten door voor de gemaakte littekens, tegenover 68% (n=39) die dit niet doen.

De 18 respondenten die wel eens patiënten doorsturen, verwijzen in 47% (n=10) van de gevallen door naar een huisarts, 24% (n=5) naar een plastisch chirurg, 14% (n=3) naar een dermatoloog, 10% (n=2) naar een andere discipline en 5% (n=1) naar een huidtherapeut. Onder andere disciplines vallen de GGZ, het brandwondencentrum, de EHBO en de psychiater.

65% (n=37) van de respondenten is niet bekend met het beroep huidtherapie tegenover 35% (n=20) die hier wel bekend mee is.

⁷⁹ Baarde, De Goede, Basisboek methoden en technieken ñ Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. 3^{de} druk. Groningen: Stenfort Kroese; 2001

93% (n=52) van de respondenten is van mening dat de verminderde zichtbaarheid van de littekens door middel van huidtherapeutische behandelingen bij zal dragen aan vermindering van confrontatie en schaamtegevoelens wat betreft de littekens bij (ex)-automutilanten, tegenover 7% (n=4) die denkt van niet.

Drie respondenten (5%) denken dat huidtherapie geen aanvulling zal zijn voor littekenbehandeling bij mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd. De redenen die hiervoor worden gegeven zijn dat, het automutilerend gedrag meestal aanhoudt, maar voor een enkele die ervan genezen is zou het wel een uitkomst kunnen bieden. Daarbij kan de reden zijn dat littekens, als consequentie van de zelfbeschadiging, vaak gebruikt worden in therapie om met de beschadigingen te stoppen. Tevens is onwetendheid een reden waarom hulpverleners denken dat huidtherapie geen aanvulling is.

64% (n=36) van de respondenten heeft interesse in de eindresultaten van het onderzoek, tegenover 36% (n=20) die dit niet heeft.

Hoofdstuk 7 Patiënten enquêtes

7.1 Probleemstelling

Het omgaan met de littekens ten gevolge van de zelfbeschadigingen is voor automutilanten veelal zeer confronterend. Over de behandeling van littekens wordt in de literatuur en op internet zeer summier informatie gegeven. Veelal wordt er verwezen naar camouflerende behandelingen en dure, invasieve chirurgische ingrepen. Over goedkopere, minder invasieve en non-invasieve behandelingen, die een huidtherapeut kan uitvoeren, wordt echter nauwelijks gesproken. Dit omdat er geen wetenschappelijk onderzoek bestaat over huidtherapeutische behandelingen van littekens bij personen die zichzelf beschadigen.

7.2 Doelstelling

Het praktijkonderzoek is uitgevoerd met als doel informatie te vergaren over de bekendheid van het beroep huidtherapie onder personen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd. Alsmede om een brug te vormen tussen huidtherapeutische behandelingen en zelfbeschadiging, om de hoofdvraag zo correct en compleet mogelijk te kunnen beantwoorden. Doel van het onderzoek is ook het verkrijgen van kennis en inzicht over de subjectieve beleving van de littekens bij deze doelgroep en de behoefte om deze te laten behandelen.

Wanneer de vraag naar littekenbehandelingen groot is en huidtherapie blijkt redelijk onbekend te zijn, dan kan er doelgericht actie worden ondernomen om dit bekender te maken. Door bijvoorbeeld presentaties te houden op lot- en bondgenotendagen, algemene folders te verspreiden of het eindartikel op de verschillende hyves-pagina's en op de site van de landelijke stichting zelfbeschadiging te plaatsen. Dit onderzoek zorgt ook al voor een prikkeling van de interesse van mensen, waardoor de bekendheid vanzelf groter wordt.

7.3 Vraagstelling

Is er behoefte aan een vergroting van de bekendheid wat betreft huidtherapeutische behandeling van de littekens bij (ex)-automutilanten en hulpverleners?

7.3.1 Deelvragen

1. Is huidtherapie bekend bij mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd?
2. Is er behoefte aan huidtherapeutische behandeling van de littekens bij deze groep?
3. Wat is volgens de patiënten de invloed van de verminderde zichtbaarheid van de littekens door middel van huidtherapeutische behandelingen op het dagelijks leven?

Deze deelvragen zullen terugkomen in de enquête, die bestaat uit gesloten vragen met geprecodeerde antwoorden, waarbij bij sommige vragen open antwoordcategorieën zijn opgenomen. In de enquête is één open vraag opgenomen.⁸⁰

7.4 Opzet

Hier wordt het onderzoeksdesign besproken van het praktijkonderzoek. Waarbij er nader wordt ingegaan op het onderzoekstype, de populatie, wijze van benadering en de verwerking van de gegevens.⁸¹

7.4.1 Onderzoekstype

Het onderzoekstype van deze praktijkstudie is een beschrijvend onderzoek. De vraagstelling van dit onderzoek bestaat uit een gesloten vraag, die met enkel twee antwoorden beantwoordt kan worden.

Een beschrijvend onderzoek is een onderzoek waarbij het gaat om registratie en systematische ordening van wat zich voordoet op een bepaald gebied, aan de hand van een

⁸⁰ Baarde, De Goede, Basisboek methoden en technieken ñ Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. 3^{de} druk. Groningen: Stenfert Kroese; 2001

⁸¹ Baarde, De Goede, Basisboek methoden en technieken ñ Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. 3^{de} druk. Groningen: Stenfert Kroese; 2001

vooraf gegeven systematiek, waarbij niet wordt gestreefd naar de ontwikkeling van een theorie of het formuleren van een hypothese.⁸²

7.4.2 Populatie

De onderzoekspopulatie omvat alle mensen die zichzelf beschadigen. Ter beperking van de onderzoekspopulatie, is de populatie beperkt tot de mensen die lid zijn van de hyves-pagina's voor mensen die aan zelfbeschadiging doen. De betrouwbaarheid van de uitspraken over de gehele populatie is minder, dan bij de enquête onder de psychisch hulpverleners. Dit komt doordat de populatie afkomstig is van hyves, dit is een online netwerk van vrienden, waarvan vooral jongeren lid zijn. De mensen die aangemeld zijn bij deze specifieke hyves hebben waarschijnlijk minder last van schaamte, dan de groep die hierbij niet is aangemeld.

7.4.3 Wijze van benaderen

Om informatie te vergaren onder mensen die zichzelf beschadigen is er een survey afgenomen, in de vorm van een enquête. De onderzoekspopulatie is benaderd door middel van de gegevens op hyves, waarna via e-mail contact met deze groep is opgenomen. Met in deze e-mails een korte onderzoeksuitleg, waarin tevens een link naar de digitale enquête vermeld was.

7.4.4 Verwerking gegevens

Voor het onderzoek is er gebruik gemaakt van digitale enquêtes. Die door middel van de internetsite www.thesistools.com op internet zijn gezet, waar respondenten deze enquête digitaal konden invullen. De verwerking van de gegevens van de enquête worden door deze site verwerkt in Excel, waarna deze zullen worden weergegeven in tabellen en grafieken.

7.5 Resultaten enquête

Ter verduidelijking van de resultaten afkomstig uit de enquêtes zijn grafieken samengesteld. Deze grafieken zijn ondergebracht in de bijlage nummer V, de enquête staat in bijlage nummer IV.

In totaal hebben 97 respondenten de enquête ingevuld, de uiteindelijke respons bestaat uit 96 respondenten. Hiervan is 8% (n=8) man en 92% (n=88) vrouw. De leeftijd van de respondenten loopt uiteen van 14 tot 47 jaar, waarbij de gemiddelde leeftijd 22 jaar is. 31% (n=30) van de respondenten zijn in behandeling voor de automutilatie, bij welke hulpverleners in de psychische hulpverlening deze respondenten in behandeling zijn is niet bekend.

91% (n=87) van de respondenten is niet bekend met het beroep huidtherapie tegenover 9% (n=9) die hier wel bekend mee is.

Het totaal aantal respondenten dat zich aan de littekens stoort is 93%, waarvan (n=50) 53% niet aan alle littekens en (n=38) 40% zich aan alle littekens stoort. De groep die zich helemaal niet aan de littekens stoort is (n=7) 7%.

Voor de verdere verwerking van de resultaten zijn de groep respondenten die zich niet aan de littekens storen buiten beschouwing gelaten. Relevant voor dit onderzoek is dat de respondenten zich storen aan de littekens, waarbij er uitgegaan wordt van totaal 88 respondenten.

Van de 88 respondenten worden bij 13% (n=11) van de mensen de littekens reeds behandeld, waarbij zowel zelftherapie als reguliere therapie mee zijn geteld. De

⁸² Baarde, De Goede, Basisboek methoden en technieken ñ Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. 3^{de} druk. Groningen: Stenfert Kroese; 2001

verschillende therapieën die worden toegepast zijn dermatografie en lasertherapie. Maar ook de thuisbehandelingen zoals litteken crème, hormoonzalf, lavendelzalf, zalf uit Egypte en tarwekiemolie die aangebracht worden op de huid.

87% (n=77) van de respondenten is niet onder behandeling voor de littekens. Van deze 77 mensen, wil 70% (n=54) wel iets aan de littekens laten doen, tegen 30% (n=23) die niets aan hun littekens willen laten doen.

Van de 54 respondenten, die iets aan hun littekens willen laten doen, vindt 36% (n=47) de vermindering van de zichtbaarheid van de littekens het belangrijkste. 20% (n=27) vindt het belangrijk dat de felle rode en verdikte littekens verminderd worden. 17% (n=23) vindt vermindering van het contrast tussen de lichte en donkere plekken van de huid door de beschadiging belangrijk en 11% (n=14) de vermindering van het jeukende schrijnende gevoel van de littekens. 9% (n=12) vindt het verminderen van de tastbaarheid van de littekens (zoals de verhevenheid van de littekens) belangrijk en 7% (n=9) vermindering van de pijnsensatie in de littekens.

Van de 54 respondenten die iets aan hun littekens willen laten doen, geeft 34% (n=37) aan dat een vermindering van de zichtbaarheid van de littekens meewerkt aan een vermindering van de confrontatie met het verleden. In 29% (n=34) van de gevallen een vermindering van het schaamtegevoel met betrekking tot de littekens en in 31% (n=31) een vermindering van de confrontatie met de littekens. 2% (n=2) van de respondenten geeft aan dat dit geen invloed heeft en 4% (n=4) geeft andere invloeden aan. Onder de andere invloeden vallen invloeden als betere kansen voor het toekomstige beroep, het beter in je vel zitten, zekerder en gelukkiger worden, mooiere armen en een tatoeage eroverheen kunnen zetten.

Hoofdstuk 8 Eindconclusie

De vraagstelling van dit onderzoek luidt:

Is er behoefte aan een vergroting van de bekendheid wat betreft huidtherapeutische behandeling van de littekens bij (ex)-automutilanten en hulpverleners?

De daarbij behorende praktijk subvragen luiden:

1. Is huidtherapie bekend bij de psychische hulpverlening?
2. Hoe denken deze disciplines over huidtherapie voor de behandeling van littekens bij mensen die aan automutilatie doen of hebben gedaan?
3. Is er behoefte aan informatie over het beroep huidtherapie bij hulpverleners die hiermee onbekend zijn?
4. Is huidtherapie bekend bij mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd?
5. Is er behoefte aan huidtherapeutische behandeling van de littekens bij deze groep?
6. Wat is de mening van patiënten over de invloed van de verminderde zichtbaarheid van de littekens door middel van huidtherapeutische behandelingen op het dagelijks leven?

In de literatuur is beschreven dat de littekens die achterblijven na zelfbeschadiging het meest zichtbare en in het oog springende stigma zijn waar automutilanten mee om moeten leren gaan. Vooral voor de ex-automutilanten die op een andere manier leren om te gaan met spanningen, zorgt de dagelijkse confrontatie met de littekens vaak voor belemmeringen in het dagelijks leven. Om het leven weer op te pakken na een periode van zelfbeschadiging, is het van belang dat de littekens zo min mogelijk opvallen en er esthetisch zo mooi mogelijk uit zien.

De resultaten uit de praktijkonderzoeken ondersteunen deze beweringen. Maar liefst 93% van de ondervraagden die aan zelfbeschadiging doen of hebben gedaan stoort zich aan de littekens die achterblijven op de huid. Hiervan is 13% reeds onder behandeling voor de littekens, door zelftherapie of reguliere therapie. 70% van de respondenten die niet onder de behandeling zijn voor de littekens zou wel iets aan de littekens willen doen. Waarbij 36% vooral vermindering van de zichtbaarheid zeer belangrijk vindt, 20% vindt het belangrijk dat de felle rode en verdikte littekens verminderd worden en 17% vindt vermindering van het contrast tussen de lichte en donkere plekken van de huid door de beschadiging belangrijk. Minder belangrijk worden gevonden het verminderen van het jeukende schrijnende gevoel van de littekens (11%), het verminderen van de tastbaarheid van de littekens (9%) en het verminderen van de pijnsensatie in de littekens (7%).

34% hiervan geeft aan dat een vermindering van de zichtbaarheid van de littekens meewerkt aan een vermindering van de confrontatie met het verleden. In 29% van de gevallen een vermindering van het schaamtegevoel met betrekking tot de littekens en in 31% een vermindering van de confrontatie met de littekens. 2% van de respondenten geeft aan dat dit geen invloed heeft en 4% geeft andere invloeden aan.

32% van de ondervraagde hulpverleners stuurt wel eens patiënten door naar andere disciplines voor de behandeling van de littekens. De respondenten verwijzen het meest naar een huisarts (47%), vervolgens naar een plastisch chirurg (24%), 14% naar een dermatoloog en 5% naar een huidtherapeut. Daarbij stuurt 10% de patiënten naar andere disciplines, waaronder de GGZ, het brandwondencentrum, de EHBO en de psychiater vallen.

95% van de respondenten denkt dat huidtherapie een aanvulling zou kunnen zijn voor de behandeling van littekens bij jongeren die aan automutilatie doen of hebben gedaan. Hierbij geeft 93% van de hulpverleners aan dat de verminderde zichtbaarheid van de littekens bij kan dragen aan een vermindering van de confrontatie en schaamtegevoelens bij mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd.

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat zeer veel mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd moeite hebben met de littekens die achter blijven op de huid en deze behandeld willen hebben. De littekens zorgen voor een constante herinnering aan het verleden. Een meerderheid van de respondenten heeft aangegeven zich te schamen voor de littekens en vermindering van de zichtbaarheid van de littekens zeer belangrijk te vinden. Hieruit blijkt dat er een zeer grote behoefte bestaat aan behandeling van de littekens onder mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd en onder hulpverleners.

Huidtherapie is bij beide populaties zeer onbekend gebleken. Dit wijst erop dat er wel degelijk een behoefte bestaat aan een vergroting van de bekendheid wat betreft huidtherapeutische behandeling van de littekens onder mensen die zichzelf beschadigen en onder hulpverleners. 65% van de hulpverleners is niet bekend met het beroep huidtherapie, tegenover 91% van de mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd. 64% van de hulpverleners heeft aangegeven geïnteresseerd te zijn in de eindresultaten van het onderzoek en daarmee in het beroep huidtherapie.

Uit bovenstaande gegevens blijkt ook dat een verminderde zichtbaarheid van de littekens door middel van huidtherapeutische behandelingen een grote invloed kan hebben op het dagelijks leven van mensen die zichzelf beschadigen of hebben beschadigd. Een vermindering van de zichtbaarheid van de littekens zal bijdragen aan een vermindering van de confrontatie met het verleden, een vermindering van het schaamtegevoel met betrekking tot de littekens en een vermindering van de confrontatie met de littekens.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat de potentiële vraag naar littekenbehandelingen zeer groot is en de bekendheid zeer klein. Er bestaat dus zeker een zeer grote behoefte aan het vergroten van de bekendheid van het beroep huidtherapie.

Hoofdstuk 9 Discussie

Over percentages van mensen die leren om zichzelf niet meer te beschadigen is niets bekend. Uit ervaring kan gezegd worden dat er wel degelijk een groep is die stopt met het automutileren. Juist voor deze groep mensen is het belangrijk dat er meer bekendheid ontstaat over de mogelijkheden van de behandelingen van de littekens.

Voor de beantwoording van de hoofdvraag van dit onderzoek is er gebruik gemaakt van enquêtes. Bij de enquêtes onder hulpverleners in de psychische gezondheidszorg kan er een tamelijk betrouwbare uitspraak worden gedaan over de gehele populatie. Bij de (ex)-automutilanten die geënuquêteerd zijn, kan de betrouwbaarheid van de uitspraak over de gehele populatie verminderd zijn. Dit komt door de wijze waarop de onderzoekspopulatie geworven is. Een meerderheid van de mensen die zichzelf beschadigen proberen dit zoveel mogelijk te verbergen en schamen zich hiervoor. De respondenten zijn verzameld op publiekelijke hyves-pagina's over zelfbeschadiging. Andere mensen kunnen hierdoor zien dat deze groep mensen bij deze hyves-pagina's aangesloten zijn. Dit zou kunnen betekenen dat de respondenten met een minder groot schaamtegevoel te maken hebben, dan de complete populatie van (ex)-automutilanten. Dit zou kunnen betekenen dat de resultaten uit de enquête niet geheel overeenkomen met de gehele populatie.

Vragen die in dit onderzoek onbeantwoord zijn gebleven, draaien vooral om het gemis aan wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van bepaalde behandelingen. Hierdoor is het van groot belang dat er verder onderzoek wordt verricht naar de werking van bijvoorbeeld littekenmassage, LPG en siliconengels en de daadwerkelijke invloed die huidtherapeutische littekenbehandeling op de kwaliteit van leven van deze patiënten heeft.

Voor de groep mensen die zichzelf nog steeds beschadigen worden de littekens als gevolg van het automutileren, vaak gebruikt in therapieën om zelfbeschadiging te voorkomen. Hierdoor zou een vergroting van de bekendheid van littekenbehandelingen op deze groep mensen een negatieve invloed kunnen hebben. Onbekend is nog, wat de precieze invloed is van een vergroting van de bekendheid van littekenbehandelingen op deze groep mensen. Alsmede over cijfers van de daadwerkelijke hoeveelheid mensen die stoppen met het automutileren. Ook hier zou verder onderzoek naar verricht moeten worden. Verder is onbeantwoord gebleven wat de vergoedingen zijn van bepaalde littekenbehandelingen door een huidtherapeut en door andere disciplines. Hier zou ook onderzoek naar gedaan kunnen worden, zodat een transparanter beeld zou ontstaan.

Als vervolg op dit onderzoek zou de bekendheid moeten worden vergroot bij (ex)-automutilanten en de psychische hulpverlening. Dit kan bereikt worden door bijvoorbeeld presentaties te houden op lot- en bondgenotendagen, algemene folders te verspreiden onder de psychische hulpverleners, het eindartikel op de verschillende hyves-pagina's en op de site van de landelijke stichting zelfbeschadiging te plaatsen en het eindartikel of scriptie op te sturen naar de hulpverleners die daar interesse in hebben.

Literatuurlijst

Wetenschappelijke artikelen

- Barolet D. Light-Emitting Diodes (LEDs) in dermatology. *Semin Cutan Med Surg* 2008, 27: 227-238
- Berman B, Perez OA, Konda S, Kohut BE, Viera MH, Delgado S, et al. A review of the biological effects, clinical efficacy, and safety of silicone elastomer sheeting for hypertrophic and keloid scar treatment and management. *Dermatol Surg* 2007, 33 (11): 1291-1303
- Bhalla M, Thami GP. Microdermabrasion: reappraisal and brief review of literature. *Dermatol Surg* 2006, 32 (6): 809-814
- Bracke D, van Leeuwen K, Verhofstadt-deneve I. Comorbiditeit van zelfverwondend gedrag dissociatieve symptomen bij vrouwelijke psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2001, 43 (10): 673-682
- Brown BC, McKenna SP, Siddhi K, McGrouther DA, Bayat A. The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring. *Journ Plas Rec Aes Surg* 2008, 61: 1049-1058.
- Brown L, Houck C, Hadley W, Lascano C. Self-cutting and sexual risk among adolescents in intensive psychiatric treatment. *Psychiatric services* 2005, 56 (2): 216-218
- Garg G, Thami GP. Micropigmentation: tattooing for medical purposes. *Dermatol Surg* 2005, 31 (8): 928-931
- Hakze H, Neumann MD. *J. Appl. Cosmetol* 2000, 18: 155-165
- Halder RM, Nandedkar MA, Neal KW. Pigmentary disorders in ethnic skin. *Dermatol Clin* 2003, 21: 617-628
- Hauwerd A, Pieters G. Cognitieve gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2001, 43 (1): 31-40
- Hintikka J, Tolmumen T, Rissanen M-L, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental disorder in self-cutting adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2009, 10 (3): 1-4
- Holme SA, Beattie PA, Fleming CJ. Cosmetic camouflage advice improves quality of life. *Brit Journ Derm* 2002, 147: 946-949
- Ismail A, Jarvi K, Canal ACE. Successful resurfacing of scars from previous deliberate self-harm using Integra dermal matrix substitute. *J of Plast Rec Aesth Surg* 2008, 61: 839-841
- Joost van T, Trijsburg R, Naafs B, Stronks D. Zelfbeschadiging in het bijzonder de huid. *Nederlands Tijdschrift geneeskunde* 1992, 136 (8): 362-366
- Khoosal D, Goldman RD. Vitamin E for treating children's scars - Does it help reduce scarring?. *Can Fam Physician* 2006, 52: 855-856
- Li-Tsang CWP, Lau JCM, Choi J, Chan CCC, Jianan L. A prospective randomized clinical trial to investigate the effect of silicone gel sheeting (Cica-Care) on post-traumatic hypertrophic scar among the Chinese population. *Burns* 2006, 32: 678-683
- Moffeart van M, Rooijmans H. Cutane automutilatie ; beloop en behandeling. *Nederlands Tijdschrift geneeskunde* 1992, 136 (8): 360-362
- Roques C. Massage applied to scars. *Wound Rep Regen* 2002, 10 (2): 126-128
- Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005, 366: 1471-1483
- Skegg K, nada-raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and woman. *AM J Psychiatry* 2003, 160: 541-546
- Spencer JM. Microdermabrasion. *Am J Clin Dermatol* 2005; 6 (2): 89-92
- Steures P, Rinne T. Automutilatie: een functioneel model. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2006, 48 (2): 159-160
- Tanzi TL, Alster Ts. Laser treatment of scars. *Dermatol Surg* 2004, 9 (1): 4-7
- Tanzi EL, Lupton JR, Alster TS. Laser in dermatology: four decades of progress. *J am Acad Dermatol* 2003, 49 (1): 1-34
- Téot L. Clinical evaluation of scars. *Wound Rep Regen* 2002, 10 (2): 93-97

- Tsao SS, Dover JS, Arndt KA, Kaminer MS. Scar management: keloid, hypertrophic, atrophic, and acne scars. *Sem Cut Med Surg* 2002, 21 (1): 46-75
- Walsh B. Clinical assessment of self-harm: a practical guide. *Journal of clinical psychology* 2007, 63 (11): 1057-1068
- Wilde de, The Client Satisfaction Questionnaire: psychometric properties in a Dutch addict population. *European addiction research* 2005, 11 (4): 157-162
- Young R, Sweeting H, West P. Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture. *BMJ* 2006, 332: 1058-1061
- Zurada JM, Kriegel D, Davis IC. Topical treatments for hypertrophic scars. *J Am Acad Dermatol* 2006, 55 (6):1024-1031

Boeken

- Benjamin J. & Virginia A Sadock. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, volume one. 8^e ed. Philadelphia (USA): Lippincott Williams and Wilkins; 2005
- Boevink W, Escher S. Zelfverwonding begrijpelijk maken. Bemelen: St Positieve Gezondheidszorg; 2001.
- Broers E, de Lange J. Hulpverlening bij zelfverwonding in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut; 1998
- Levenkron, S. Zelfbeschadiging. Amsterdam: uitgeverij SWP; 2006
- De Schampheleire W, Van Loooveren I. De techniek van de enquête. 8^{ste} ed. Leuven (België): Acco; 1995.
- Vrijenhoek JH. Pathologie en geneeskunde voor fysiotherapie, bewegingstherapie en ergotherapie. 5^{de} editie. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2005.
- Wit-Gele Kruis Vlaanderen. Handboek wondzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2004.

Bijlagen Huidtherapie Hogeschool Utrecht

- Hogeschool Utrecht. Littekenmassage. Bijlage HZD bij wondproblemen 2006-2007, Blok B2
- Hogeschool Utrecht. Klassieke massage. Bijlage HZD bij talg- en zweetklierproblematiek 2005-2006, Blok C1
- Hogeschool Utrecht. Informatie AHA. Bijlage -B HZD bij talg- en zweetklierproblematiek 2005-2006, Blok C1

Artikelen Landelijke Stichting Zelfbeschadiging

- Landelijke Stichting Zelfbeschadiging. Aandachtspunten voor de juiste bejegening en behandeling bij zelfbeschadiging. Utrecht: Landelijke Stichting Zelfbeschadiging; 2000
- Landelijke Stichting Zelfbeschadiging. Hoe we behandeld willen worden. Utrecht: Landelijke Stichting Zelfbeschadiging; 2000
- Landelijke Stichting Zelfbeschadiging. Zelfverwonding: Onderhuidsleed. Utrecht: Landelijke Stichting Zelfbeschadiging
- Landelijke Stichting Zelfbeschadiging. Wat is zelfbeschadiging. Utrecht: Landelijke Stichting Zelfbeschadiging; 2004

Internet

- www.ccg.nl, 16 maart 2009
- <http://www.nieuwsarchief.leidenuniv.nl/index.php3?c=2259&m>, 3 maart 2009
- <http://www.nvpc.nl/littekencorrectie.php>, 13 maart 2009
- <http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/nieuws/nieuwe-therapie-bij-zelfbeschadiging.jsp>, 16 maart 2009
- <http://www.zelfbeschadiging.info/vormen.html>, 17 februari 2009

Illustratie voorpagina

- <http://i20.photobucket.com/albums/b243/clary1/automutilatie2.jpg>, 16 januari 2009

Illustratie hoofdstuk 3 figuur 1

- Tanzi EL, Lupton JR, Alster TS. Laser in dermatology: four decades of progress. J am Acad Dermatol 2003, 49 (1): 1-34

Congres Huidtherapeuten 27 maart 2009

- Wolkerstorfer. Behandeling van de donkere huid. Congres Huidtherapeuten 27 maart 2009

Nawoord

Tijdens het schrijven van onze scriptie waren we beiden vol van enthousiasme. Vooral door de grote en vooral zeer snelle respons die we kregen na het uitzetten van onze enquêtes. Voor ons werd hierdoor duidelijk hoe groot de interesse was in ons onderwerp, waardoor wij zeer gedreven werden om de scriptie tot een goed einde te brengen. Daarom danken wij nogmaals onze respondenten. Zonder hen was het niet mogelijk een optimaal beeld te vormen van de bekendheid en behoefte aan huidtherapeutische behandelingen.

Wij kijken met een zeer tevreden gevoel terug op het produceren van deze scriptie en hopen hiermee een bijdrage geleverd te hebben aan een vergroting van de bekendheid van de behandelmogelijkheden. Zodat er voor mensen die zichzelf beschadigen meer behandelopties bekend worden, dan alleen de dure, invasieve behandelingen en camouflagetherapie.

Sylvie Dekker en Kristie van der Heijden

Bijlage I Vocabulaire

- *Affect-reguleringsproblemen*: stoornis waarbij er sprake is van een storing in de regulering van de verschillende emoties.
- *Aggregatie*: samenklonteren.
- *Anaëroob*: zonder zuurstof kunnen leven of zuurstof niet kunnen verdragen.
- *Apoptose*: geprogrammeerde celdood als onderdeel van de steeds doorgaande verjonging van de weefsels en afstoting van dood weefsel.
- *Autocastratie*: ontmanning of ontvrouwing, beschadiging of verwijdering van bepaalde delen van de geslachtsorganen, bij desbetreffende persoon.
- *Chemotaxis*: beweging van sommige levende wezens in een richting naar een scheikundige oplossing toe of andersom.
- *Collagenase*: enzym dat collageen afbreekt.
- *Contaminatie*: besmetting; het overbrengen van levende, in engere zin pathogene, micro-organismen van de ene plaats naar de andere.
- *Contracturen*: blijvende samentrekking, schrompeling of verkorting van weefsel, waardoor verkromping ontstaat door dwangstand van een of meer gewrichten.
- *Cross-linking*: kruislinks rangschikken van bepaalde bindweefselsubstanties.
- *Cutane phatomimie*: valt net als dermatitis artefacta onder de nagebootste stoornissen, waarbij door de patiënt zelf geprovoceerde huidlaesies ontstaan, welke als een echte dermatose worden gepresenteerd.
- *Cytokinen*: polypeptiden, die biologische signalen van cel tot cel kunnen doorgeven, en met andere stoffen een complex vormen ten behoeve van biologische afweerreactie; ze worden vooral geproduceerd door monocyten, macrofagen en lymfocyten.
- *Borderline persoonlijkheidsstoornis*: persoonlijkheidsstoornis die wordt gekenmerkt door een voortdurende instabiliteit van stemmingen, relaties en het zelfbeeld. Dit kan tot uiting komen door middel van affectlabiliteit, dreigingen met zelfdoding, impulsief gedrag, gebrek aan beheersing van woede, wisselvallige relaties, onzekere identiteit en chronisch gevoel van leegte.
- *Deformiteit*: misvorming.
- *Dermatitis artefacta*: vorm van nagebootste stoornissen, waarbij door de betrokkene uitgelokte huidletsels bestaan, die als echte huidletsels worden getoond.
- *Dermatozoënwaaan*: bij drugsgebruikers voorkomende waan waarbij de gebruiker het idee heeft dat er kleine insecten onder de huid bewegen; door eindeloos plukken en krabben kunnen flinke huidbeschadigingen optreden.
- *Dissociatieve identiteitsstoornis*: stoornis, niet veroorzaakt door het gebruik van een middel of een lichamelijke aandoening, gekenmerkt door het aanwezig zijn van ten minste twee duidelijk te onderscheiden persoonlijkheden (met een duidelijke eigenheid en constantheid) die regelmatig het gedrag bepalen (waarbij de ene persoonlijkheid een amnesie voor de andere kan hebben) en een amnesie voor belangrijke persoonlijke feiten.
- *Ecchymosen*: in de regel door stoten of kneuzen veroorzaakte bloeditstoringen in huid of slijmvliezen, zichtbaar als rode tot blauwgroene vlekken of strepen.
- *Enucleatie*: uitdrukken van de oogbol.
- *Epithelialisatie*: vorming van weefsel, bepaalde epitheelcellen, uit bestaande epitheelcellen.
- *Fagocytose*: de vernietiging van in het organisme binnengedrongen bacteriën, virusdeeltjes en dergelijke en andere schadelijke elementen door fagocyten.
- *Fotothermolyse*: hierbij wordt bij lasertherapie een target vernietigd door de omzetting van de geabsorbeerde energie in warmte.

- *Fotochemische reactie*: hierbij worden bij lasertherapie fotosensibele reacties in het weefsel bereikt, zoals bij fotodynamische therapie, waarbij bepaalde cellen extreem gevoelig worden voor licht, waardoor deze afsterven.
- *Fotomechanische reacties*: hierbij wordt bij lasertherapie een extreem snelle warmte toename bereikt, waardoor door akoestische golflengten fotomechanische weefseldestructie plaatsvindt.
- *Hematomen*: bloeditstorting in de huid, onder de huid of in de weefsels, bloedgezwel.
- *Hemoglobine*: bloedkleurstof, de ijzerhoudende kleurstof van de rode bloedcellen.
- *Hyperaëmisering*: overmatige bloedgehalte van een orgaan of lichaamsdeel.
- *Interleukinen*: laagmoleculaire eiwitten die dienst doen als boodschapperstoffen tussen leucocyten en andere lichaamscellen. Interleukinen stimuleren onder andere T-lymfocyten, activeren B-lymfocyten en regelen de celtgroei; wanneer de productie van interleukinen door een antigeen wordt verhinderd komt de immuniteit in gevaar; de interleukinen vormen een onderdeel van de groep van cytokinen.
- *Invasief*: alle ingrepen die voor de patiënt als belastend kunnen worden beschouwd bv. prik, lichte narcose, waarbij iets het lichaam binnendringt.
- *Maceratie*: verweking.
- *Melanine*: bruin tot zwarte korreltjes die het pigment vormen waaraan de huid, haren en ogen hun kleur ontleen.
- *Menarche*: eerste menstruatie.
- *Migratie*: verplaatsen van bepaalde stoffen, cellen et cetera.
- *Mitochondriën*: ovale of bolvormige celorganellen die van grote betekenis zijn voor de celstofwisseling, omdat hierin de verbrandingsprocessen plaatsvinden waarbij de energierijke verbinding APT wordt gevormd.
- *Monochromatisch licht*: licht bestaande uit één exacte golflengte.
- *Münchhausen-syndroom*: psychische stoornis, behorend tot de nagebootste stoornissen, waarbij de patiënt zichzelf letsel toebrengt of overdreven, dramatische ziektebeelden opwekt, met als doel een waarschijnlijke neurotische angst te onderdrukken.
- *Myofibroblasten*: gedifferentieerde fibroblasten, welke zich gedragen als gladde spiercellen en kunnen contracteren.
- *Naevi*: goedaardig gezwel ontstaan uit pigmentcellen.
- *Necrose*: versterf, niet gepaard gaande met rotting soms ten onrechte droog gangreen genoemd, het plaatselijk afsterven van weefsel; kan worden veroorzaakt door schadelijke invloeden van buiten af, belemmering in de toevoer van voeding of bloed naar weefsel enzovoorts.
- *Neocollagenese*: nieuwvorming van de bindweefsel substantie collageen.
- *Neuro-psychiatrische ontwikkelingsstoornissen*: beperking in de lichamelijk of geestelijke ontwikkeling, veroorzaakt door een functiestoornis in het centraal zenuwstelsel, zoals ADHD, PDD-NOS, Tourette stoornis, autisme et cetera.
- *Onychofagie*: nagelbijten.
- *Parasuïciditeit*: op zelfmoord gelijkende daad, bedoeld om de aandacht te trekken en rust te vinden, waarbij niet de intentie bestond om daadwerkelijk het leven te willen beëindigen.
- *Partieel*: gedeeltelijk.
- *Perivasculair*: zich rond de vaten bevindend.
- *Proliferatie*: woekering, uitbreiding.
- *Pseudo-tumor*: schijngezwel, op een tumor gelijkende zwelling, die vanzelf geleidelijk verdwijnt.
- *Radiodermatosen*: huidaandoeningen welke ontstaan ten gevolge van radiotherapie.
- *Skin-grafting*: chirurgische behandeling waarbij huid van partiële dikte of van volledige dikte uit gezond huidgebied wordt verwijderd en in het te behandelen gebied wordt aangebracht, waarna het de bedoeling is dat het weefsel hier ingroeit.

- *Trichotillomanie*: stoornis in de impulscontrole, niet het gevolg van een lichamelijke aandoening, gekenmerkt door het uittrekken van haren zodanig dat waarneembaar haarverlies optreedt.
- *Vasodilatatie*: verwijding van de vaten.
- *Wondcontractie*: samentrekking van de wond.

Bijlage II Enquête hulpverleners

Wij zijn Sylvie Dekker en Kristie van der Heijden en zijn 4^e jaars studenten huidtherapie aan de Hogeschool Utrecht.

Huidtherapeuten zijn gespecialiseerd in het behandelen van de zieke en beschadigde huid. Wij behandelen onder andere patiënten met littekens, brandwonden, acne, overbeharing en oedeem met als doel het opheffen, verminderen of voorkomen van een stoornis of beperking als gevolg van de huidaandoening. Huidtherapie is een beschermd paramedisch beroep welke is geregeld in de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG; artikel 34).

Wij doen een onderzoek naar de bekendheid wat betreft huidtherapeutische behandelingen van de littekens bij jongeren welke aan zelfbeschadiging doen of hebben gedaan, bij patiënten en hulpverleners.

Graag willen wij u een aantal vragen stellen over de bekendheid van huidtherapie.

Deze enquête is geheel anoniem en zal de privacy rechten in acht nemen en niet aan derden worden geschonken.

De enquête zal bestaan uit 9 vragen.

Er is tevens een digitale versie van de enquête te vinden op

<http://www.thesistools.com/?qid=70167&ln=ned>

De papieren of de digitale enquête graag uiterlijk 10 maart 2009 in te vullen en op te sturen.

De papieren enquête kunt u terug sturen in bijgeleverde gefrankeerde envelop.

Voor meer informatie mailen naar scriptie-ks@hotmail.com

Gelieve aankruisen wat van toepassing is

Personalia

1. Bent u werkzaam als

- ☐ Psycholoog
- ☐ Psychiater
- ☐ Psychotherapeut
- ☐ Psychologisch verpleegkundige
- ☐ Andersë ..ë .

De volgende vragen gaan over de therapie

2. Zijn er bij u in de praktijk wel eens patiënten onder behandeling, welke aan automutilatie doen of hebben gedaan?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, hartelijk dank voor uw medewerking

3. Verwijst u deze patiënten wel eens door voor de gemaakte littekens?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

4. Naar welke discipline verwijst u deze patiënten?

- ☐ Huidtherapeut
- ☐ Plastisch chirurg
- ☐ Dermatoloog
- ☐ Huisarts

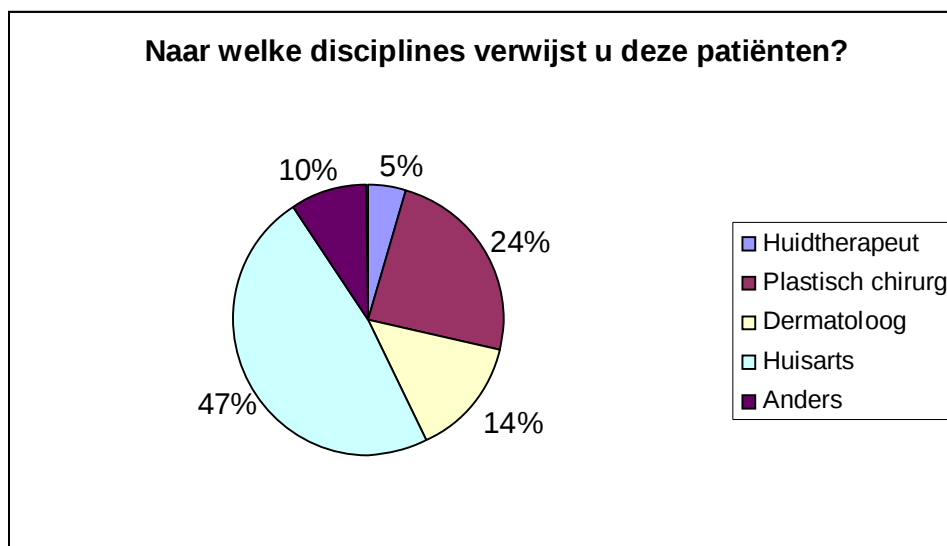
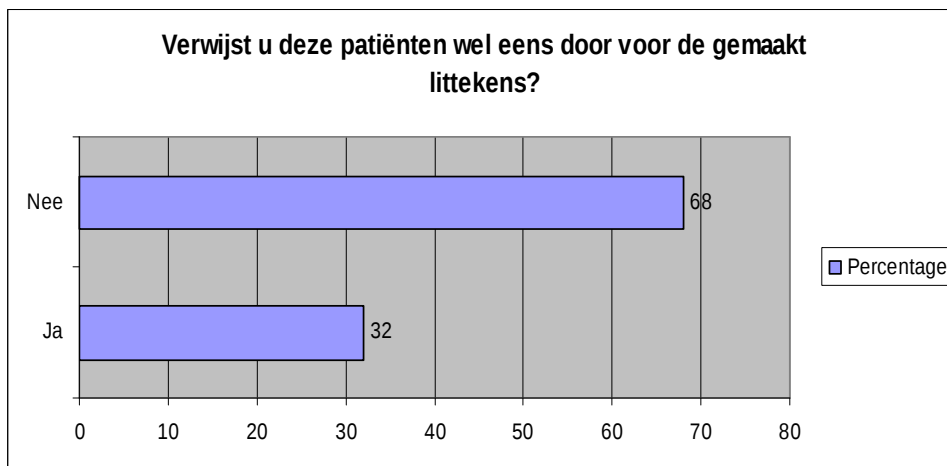
- De volgende vragen gaan over huidtherapie

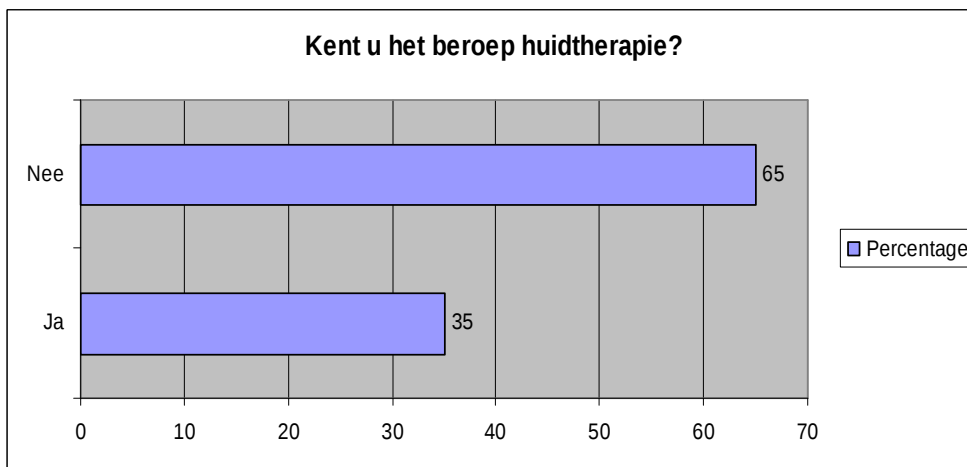
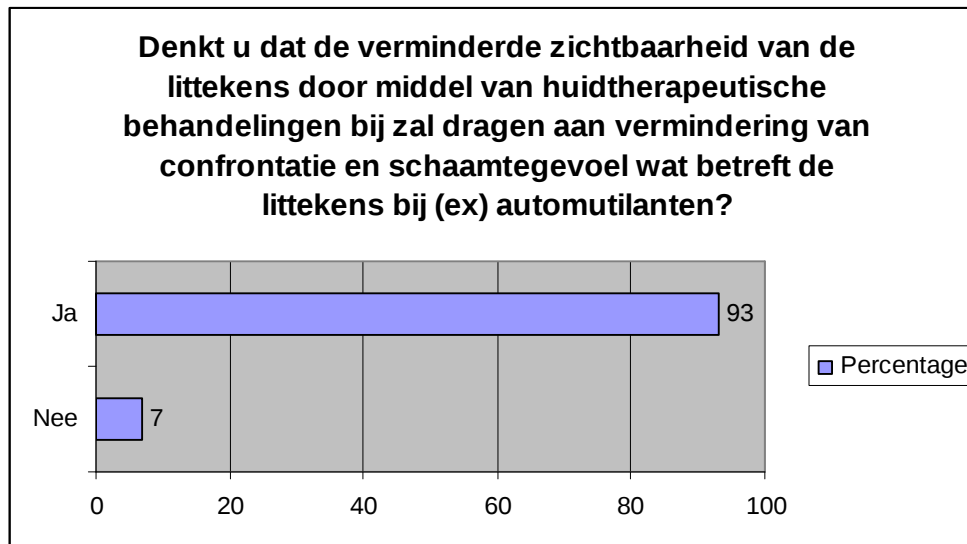
- Hartelijk dank voor uw medewerking

Naam instelling:ë
Naam:ë
Adres:ë
Postcode:ë
Plaats:ë
Telefoonnummer:ë
E-mailadres:ë ë

Bijlage III Grafieken enquête hulpverleners

De hier onder getoonde grafieken zijn samengesteld door middel van gegevens afkomstig van de hulpverleners enquête.





Bijlage IV Enquête patiënten

Wij zijn Sylvie Dekker en Kristie van der Heijden en zijn 4-jaars studenten Huidtherapie aan de Hogeschool Utrecht.

Huidtherapeuten zijn gespecialiseerd in het behandelen van de zieke en beschadigde huid. Wij behandelen onder andere patiënten met littekens, brandwonden, acne, overbeharing en oedeem met als doel het opheffen, verminderen of voorkomen van een stoornis of beperking als gevolg van de huidaandoening. Huidtherapie is een beschermd paramedisch beroep welke is geregeld in de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG; artikel 34).

Wij doen een onderzoek naar de bekendheid wat betreft huidtherapeutische behandelingen van de littekens bij jongeren welke aan zelfbeschadiging doen of hebben gedaan, bij patiënten en hulpverleners
Graag willen wij u een aantal vragen stellen over de bekendheid van huidtherapie.
Deze enquête is geheel anoniem en zal de privacy rechten in acht nemen en niet aan derden worden geschonken.

De enquête zal bestaan uit 11 vragen.

Er is tevens een digitale versie van de enquête te vinden op

<http://www.thesistools.com/?qid=70159&ln=ned>

De papieren of de digitale enquête graag uiterlijk 10 maart 2009 in te vullen en op te sturen.

De papieren enquête kunt u terug sturen in bijgeleverde gefrankeerde envelop.

Voor vragen kunt u mailen naar scriptie-ks@hotmail.com

Meer weten over huidtherapie? www.huidtherapie.nl

Gelieve aankruisen wat van toepassing is

Personalia

1. Wat is uw geboortejaar?
ë ë ë ë ë ë ë ë ë ë ë ë
2. Wat is uw geslacht?
☐ Man
☐ Vrouw

De volgende vragen zullen gaan over de therapie

3. Bent u momenteel in behandeling voor uw zelfbeschadiging?
☐ Ja
☐ Nee
4. Stoort u zich aan de littekens aanwezig op uw huid?
☐ Ja
☐ Niet allemaal
☐ Nee, hartelijk dank voor uw medewerking
5. Doet u momenteel iets aan uw littekens?
☐ Ja
☐ Nee
6. Zou u wat aan uw littekens willen doen?
☐ Ja
☐ Nee

7. Bij wie bent u in behandeling voor de littekens?

- ☐ Huidtherapeut
- ☐ Plastisch chirurg
- ☐ Dermatoloog
- ☐ Huisarts
- ☐ Niet van toepassing
- ☐ Anders ë

8. Door middel van welke behandeling worden de littekens behandeld?

- ☐ Niet van toepassing
- ☐ Anders ë

De volgende vragen gaan over huidtherapeutische behandelingen

9. Bent u bekend met huidtherapie?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

10. Bent u geïnteresseerd in een van de onderstaande behandelmogelijkheden voor de littekens? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Vermindering van de zichtbaarheid van de littekens
- ☐ Vermindering van de felle rode en verdikte littekens
- ☐ Vermindering van de pijnsensatie in de littekens
- ☐ Vermindering van het jeukende schijnende gevoel van de littekens
- ☐ Vermindering van het contrast tussen de lichte en donkere plekken van de huid door de beschadiging
- ☐ Verminderen van de tastbaarheid van de littekens (zoals de verhevenheid van de littekens)
- ☐ Niet van toepassing

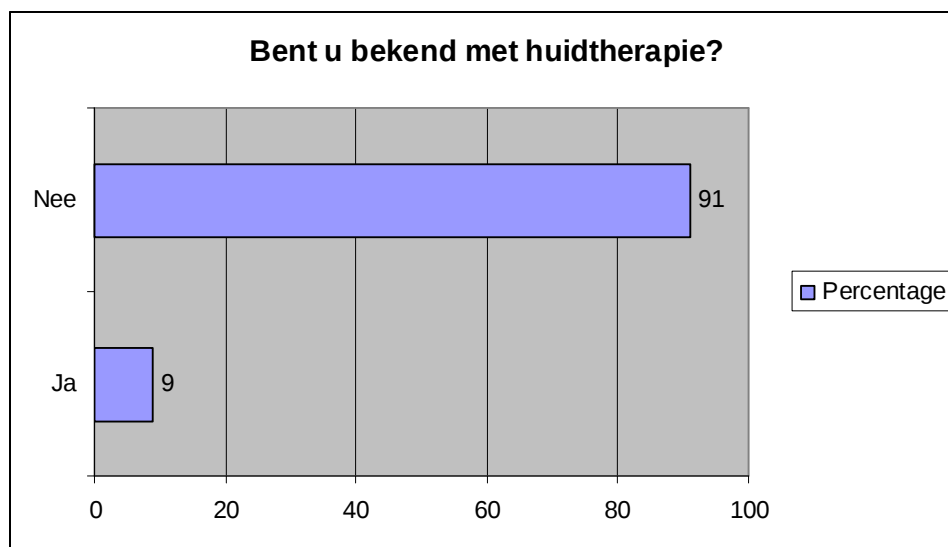
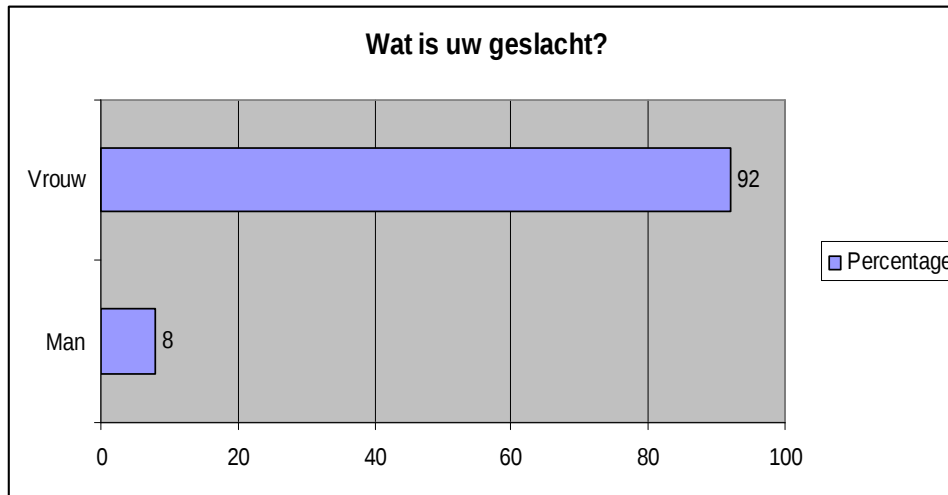
11. Wat denkt u dat de verminderde zichtbaarheid van de littekens door middel van huidtherapeutische behandelingen voor invloed zal hebben? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Vermindering van het schaamtegevoel met betrekking tot de littekens
- ☐ Vermindering van de confrontatie met de littekens
- ☐ Vermindering van de confrontatie met het verleden
- ☐ Geen invloed
- ☐ Anders ë .

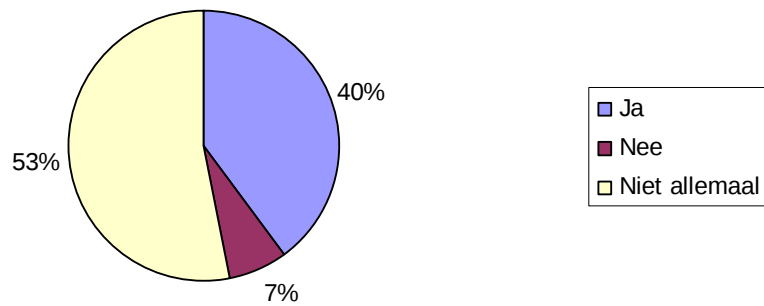
Hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage V Grafieken enquête patiënten

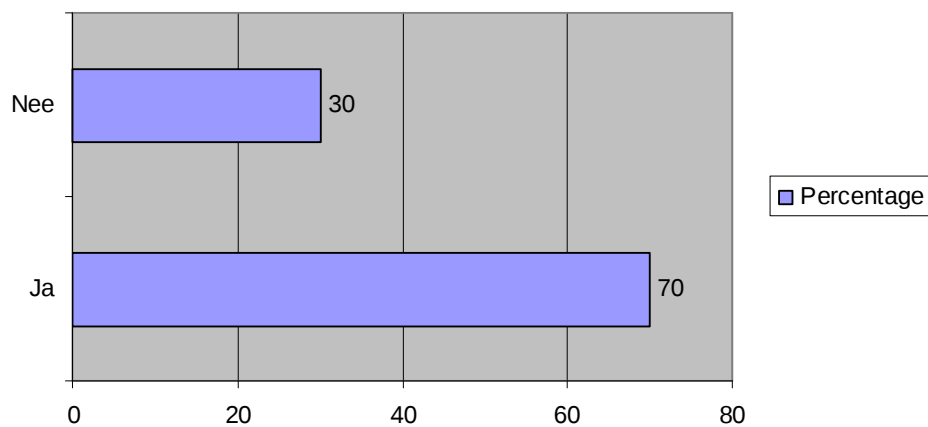
De hier onder getoonde grafieken zijn samengesteld door middel van gegevens afkomstig van de hulpverleners enquête.



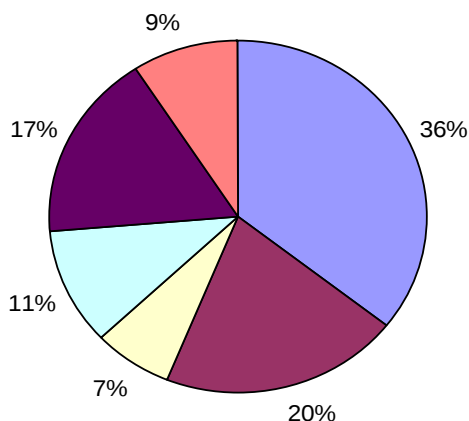
Stoort u zich aan de littekens op de huid?



Zou u wat aan uw littekens willen doen?

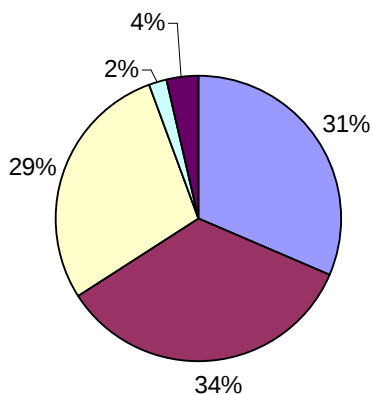


Bent u geïnteresseerd in een van de onderstaande behandel mogelijkheden voor de littekens?



- ☐ Vermindering zichtbaarheid
- ☐ Vermindering roodheid en verdikking
- ☐ Vermindering pijsensatie
- ☐ Vermindering van het jeukende schrijnende gevoel
- ☐ Vermindering contrast tussen de lichte en donkere plekken
- ☐ Verminderen van de tastbaarheid

Wat denkt u dat de verminderde zichtbaarheid van de littekens door middel van huidtherapeutische behandelingen voor invloed zal hebben?



- ☐ Vermindering van het schaamtegevoel met betrekking tot de littekens
- ☐ Vermindering van de confrontatie met de littekens
- ☐ Vermindering van de confrontatie met het verleden
- ☐ Geen invloed
- ☐ Anders