

10.1% van de Vlaamse meisjes "valt" regelmatig uit een boom

Zelfverwonding bij Vlaamse meisjes van 12 tot 16 jaar;

(H)erkenning in een schoolse context

Mannens Ann



Scriptie voorgedragen tot het bekomen
van het diploma van Bachelor in de
toegepaste psychologie

Academiejaar 2006-2007

Promotor: Mevrouw Sleebus, M.

10.1% van de Vlaamse meisjes "valt" regelmatig uit een boom

Zelfverwonding bij Vlaamse meisjes van 12 tot 16 jaar;

(H)erkenning in een schoolse context

Mannens Ann

Scriptie voorgedragen tot het bekomen
van het diploma van Bachelor in de
toegepaste psychologie

Academiejaar 2006-2007

Promotor: Mevrouw Sleebus, M.

Voorwoord

Zelfverwonding (ZVG) is een fenomeen dat in bepaalde culturen al eeuwen voorkomt en in die context door veel mensen geaccepteerd wordt. Toch merk ik vormen van zelfverwonding op die niet cultuurgebonden zijn en de laatste jaren in onze Westerse maatschappij steeds vaker voorkomen.

De naam op zich verraadt waarvoor zelfverwonding staat: "Zichzelf verwonden", nog specifiek: "Het verwonden van het eigen lichaam". Hoewel zelfverwonding de laatste jaren steeds vaker opduikt in de verschillende media, bestaan er nog veel clichés, misvattingen en vragen rond dit onderwerp. Ook is het niet altijd even duidelijk wanneer het gedrag van iemand onder "zelfverwonding" kan worden geplaatst en wanneer niet. Zeker voor leerkrachten die, naast de kennis over hun leerstof, ook nog met zoveel andere zaken vertrouwd moeten zijn. In deze scriptie richt ik mij vooral tot deze leerkrachten, leerlingenbegeleiders en CLB-medewerkers die het vermoeden hebben met deze problematiek in contact te komen.

Zelfverwonding houdt me al jaren bezig. De keuze voor dit scriptieonderwerp was dan ook snel gemaakt. Hoewel ik heel graag verder was ingegaan op de jongeren en hun problematieken zelf, of de invloed van muziek, internet en media op zelfverwondend gedrag, raadde mijn promotor me aan om te werken in functie van de omgeving van deze jongeren. Voor de omgeving is zelfverwonding vaak een schokkend iets, iets dat ze nooit verwachten tegen te komen en waarvan ze niet goed weten hoe ze ermee moeten omgaan. Hierbij duidde ze op de nood aan een duidelijke signalenkaart die in scholen gebruikt kan worden.

In dit voorwoord wil ik toch graag enkele mensen bedanken die me hebben geholpen met het zoeken en verwerken van informatie en die me tips hebben gegeven over de opmaak van deze scriptie. Om te beginnen mijn ouders die mij zijn blijven steunen tijdens de momenten dat ik het allemaal even niet meer zag zitten. Een vriendin van me die zelf al zeven jaar ZVG stelt en haar ervaringen met me wilde delen. En mijn promotor, mevrouw Sleebus, die de nodig tijd en energie heeft willen opbrengen om mij op weg te helpen en bij te sturen. Zonder hen was deze scriptie niet geworden wat ze nu is.

Mannens Ann, Hoboken, 2, Mei, 2007

Samenvatting

De scriptie richt zich tot leerkrachten, leerlingenbegeleiders en clb-medewerkers van het middelbaar onderwijs die mogelijk geconfronteerd worden met zelfverwondend gedrag (ZVG) bij meisjes.

Uit onderzoek (Van Rijsselberghe, Portzky, & Van Heeringen, 2006) blijkt effectief dat vele Vlaamse meisjes tussen 12 en 16 jaar vaker ZVG stellen dan jongens van dezelfde leeftijd.

Zij stellen dit gedrag vooral 's avonds en op plaatsen waar niemand hen stoort.

Meerdere gedragskenmerken en bijkomend, bepaalde levensgebeurtenissen, zouden indicatief zijn voor dit probleemgedrag.

Met een – nog experimenteel opgezette – signalenkaart wordt een eerste aanzet gegeven tot een vroeger kunnen detecteren van ZVG.

Inhoudsopgave

Voorwoord	p II
Samenvatting	p III
Inhoudsopgave	p IV
Lijst Figuren	p V
Inleiding	p 1
Methode	p 12
Resultaten	p 15
Discussie	p 21
Literatuurlijst	p 22
Bijlage	p 27

Lijst Figuren

Figuur 1: Beslisboom om verschillende vormen van zelfbeschadiging te onderscheiden (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2004, p 183)

Figuur 2: Voorbeelden binnen het Vier-functie model van Nock & Prinstein (2005)

Inleiding

Zelfverwonding, een stand van zaken

Wat is zelfverwonding (ZVG)? Er bestaan uiteenlopende verklaringen voor en definities van deze term (Broers & De Lange, 1998). Ook worden er verschillende termen gebruikt waarmee hetzelfde bedoeld wordt, wat voor verwarring zorgt indien deze niet duidelijk gedefinieerd worden (Duker, 1998). In de Engelse taal zijn er bv. meer dan 33 termen die gebruikt worden om ZVG aan te duiden (Muehlenkamp, 2005).

Zelfbeschadiging of zelfdestructie is de ruime verzameling van manieren waarop je jezelf schade kunt berokkenen. Dit kan bewust of onbewust gebeuren (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2005). Gevaarlijk aan bepaalde vormen van zelfdestructie is dat ze onopgemerkt blijven voor de omgeving terwijl de gezondheid indirect verwaarloosd wordt (Vandereycken, 2001). Voorbeelden hiervan zijn extreem diëten, overmatig drinken en pogingen tot zelfdoding.

Zelfverwonding is gedrag dat mensen opzettelijk stellen en waaraan ze op een directe manier een fysiek letsel overhouden (Claes et al., 2005). Met de term 'direct' wordt bedoeld dat de schade onmiddellijk zichtbaar is. Met dit kenmerk wordt meteen het onderscheid aangeduid met hoger vermelde vormen van zelfbeschadiging of zelfdestructie (Favazza, 1998; Hoogduin & van der Staak, 1999). Bij ZVG gaat het over zelf toegebrachte beschadigingen aan de oppervlakte van de huid en niet over ernstige weefselbeschadiging. Tatoeages en piercings horen hier niet bij omdat het steeds gaat over gedrag dat niet alleen sociaal ongewenst is, maar ook door de persoon zelf als ongewenst ervaren wordt (Hoogduin & van der Staak, 1999; Vandereycken, 2001). Ingeval van ZVG is het niet de bedoeling om via het zelfverwondende gedrag zelfmoord te plegen (Broers & De Lange, 1998; Favazza, 1998; Gratz, 2006). Favazza (1998) deelt ZVG op in drie categorieën: dwangmatige, episodische en zichzelf herhalende zelfverwonding. Dwangmatige zelfverwonding is een handeling die spontaan optreedt en vooral voorkomt bij psychoses, angststoornissen en stoornissen van de impulscontrole, zoals trichotillomanie – het uittrekken van de eigen haren –.

Episodische zelfverwonding is een handeling die optreedt in verschillende stoornissen zoals de posttraumatische stressstoornis (PTSS), de dissociatieve stoornis, eetstoornissen, de borderline stoornis en de antisociale stoornis.

Zichzelf herhalende zelfverwonding zijn episodische handelingen die een ernstigere vorm hebben aangenomen. Vaak nemen de individuen uit deze categorie via hun ZVG een bepaalde identiteit aan, zoals die van krasser, en noemen ze zichzelf verslaafd aan het zelfverwondende gedrag. Waar episodische zelfverwonding volgens Favazza (1998) gezien kan worden als symptoom van een onderliggende stoornis, kan zichzelf herhalende zelfverwonding gezien worden als alleenstaande problematiek. Indien zelfmoordpogingen tóch voorkomen, is het bij deze vorm van ZVG.

Automutilatie of zelfverminking is een zeer zware vorm van zelfverwonding die voorkomt bij allerlei psychiatrische stoornissen. De aanwezigheid van automutilatie duidt op een ernstige onderliggende pathologie (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkemp, 2000). Typerend aan automutilatie is het duidelijk verminkende karakter (Claes et al., 2005). Deze vorm wordt door Favazza en Rosenthal (1993) verder onderverdeeld in drie subcategorieën: ernstige, stereotype en oppervlakkige of matige automutilatie (Broers & De Lange, 1998; Favazza, 1998; Bolognini et al., 2003).

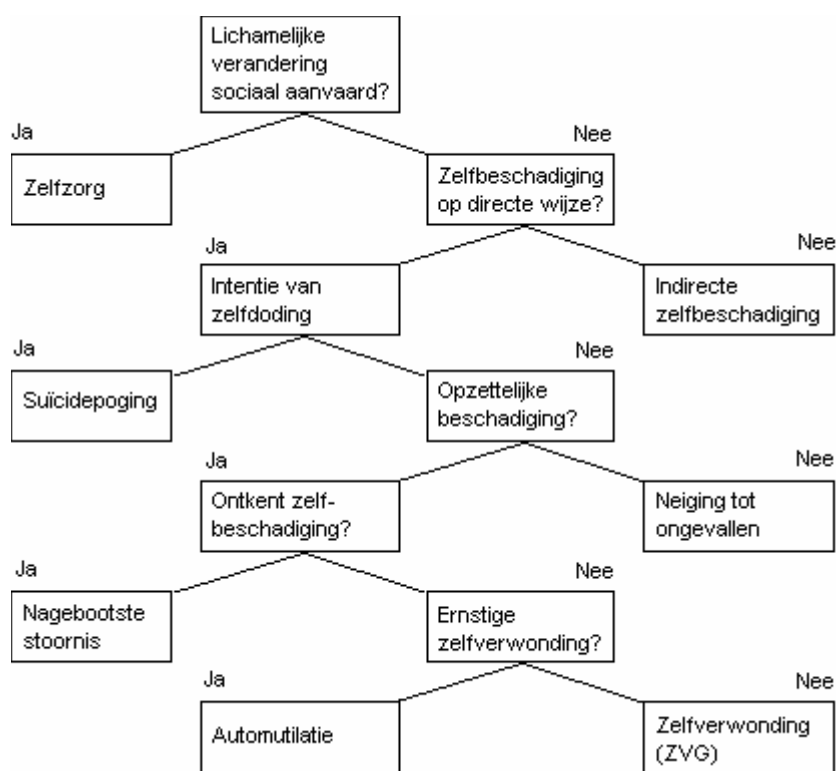
Ernstige automutilatie zijn handelingen die zeer zelden voorkomen maar ernstige gevolgen hebben, zoals het uitsteken van de eigen ogen. Dit gedrag gaat steeds samen met een ernstige weefselbeschadiging en veel bloedverlies (Favazza, 1998), zoals castratie. Deze subcategorie wordt vooral geassocieerd met psychosen en acute intoxicaties en verklaard door seksuele en religieuze motieven.

Stereotype automutilatie omvat handelingen die een vast patroon volgen dat zichzelf steeds weer herhaalt zoals ritmisch hoofdbonken. Dit wordt geassocieerd met het syndroom van Gilles de la Tourette, psychoses, schizofrenie, Lesch-Hyhan syndroom, de Lange syndroom, het syndroom van Rett, autismespectrumstoornis en neuroacanthosis (Favazza, 1998) en met mentale handicaps.

Oppervlakkige of matige automutilatie verwijst naar handelingen die herhaaldelijk terugkeren en een lage kans hebben op een dodelijke afloop, zoals snijden of branden. Deze subcategorie heeft een chronisch karakter en wordt geassocieerd met een veelheid aan psychiatrische diagnoses en betekenissen. In de literatuur wordt door Herpertz (1995) deze term gebruikt voor de definitie die, eerder in dit artikel, aan zelfverwonding gegeven wordt (Broers & De Lange, 1998).

Om de 'etikettering' van de problematieken te vergemakkelijken stelden Claes, Vandereycken & Vertommen (2004) een schematische voorstelling (figuur 1) op. De eerste vraag die gesteld wordt is die naar de mate waarin de beschadigende handeling sociaal aanvaardbaar is, wat het geval is bij bv. borstampuatie bij

kanker, gezien als zelfzorg. Een tweede vraag gaat na of de handeling op langere termijn lichamelijke beschadiging teweegbrengt, zoals bv. bij overmatig drank gebruik, wat kan wijzen op indirecte zelfbeschadiging – zelfmisbruik - in plaats van zelfverwonding. Als derde vraag gaat men na of er een intentie is tot zelfdoding. Indien deze aanwezig is, is er geen sprake van zelfverwonding, maar wel van een suïcidepoging. Vervolgens wordt een onderscheid gemaakt tussen opzettelijke en onopzettelijke beschadiging. Bij onopzettelijke beschadiging kan het gaan over iemand die de neiging heeft veel ongevallen tegen te komen. Daarna wordt nagegaan of men de zelfbeschadiging ontkent. Bij nagebootste stoornissen gaat een patiënt doen alsof hij een bepaald ziektebeeld heeft door zichzelf verwondingen aan te brengen. Bij confrontatie ontkennen deze patiënten hun eigen verwondingen aangebracht te hebben. Tenslotte wordt de ernst van de zelfverwonding nagegaan. Indien de gevolgen ernstig zijn voor de gezondheid van de patiënt, spreken we over automutilatie. Wanneer de gevolgen minder problematisch zijn spreken we over zelfverwonding.



Figuur 1: Beslisboom om verschillende vormen van zelfbeschadiging te onderscheiden (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2004)

Zelfverwonding wordt door sommige auteurs gezien als een symptoom of samenhangende problematiek van andere stoornissen, zoals stoornissen die kunnen wijzen op een slechte impulscontrole wat bij eetstoornissen het geval kan

zijn (Hoogduin & van der Staak, 1999). Want, ook al staat ZVG niet in de lijst symptomen bij eetstoornissen, toch meldt 50 à 60 procent van de patiënten die ZVG stellen dat ze een eetstoornissen hebben of hebben gehad (Muehlenkamp, 2005). Het gaat hier meestal over Bulemia Nervosa (Bolognini et al., 2003). Ruim de helft van de patiënten die zich verwonden, heeft meer dan één psychiatrische diagnose. Vaak gaat het dan over de depressieve stoornis, het posttraumatisch stress-syndroom, de borderline persoonlijkheidsstoornis (Bosman & Van Meijel), de narcistische, de theatrale en de antisociale persoonlijkheidsstoornis, het syndroom van Gilles de la Tourette, schizofrenie, angststoornissen, dissociatieve stoornissen en aanpassingsstoornissen (Hoogduin & van der Staak, 1999).

Andere auteurs plaatsen zelfverwonding als een op zich staande problematiek onder de groep stoornissen van het obsessieve-compulsieve spectrum (Claes et al., 2004). De erkenning van ZVG als een op zichzelf staand klinisch syndroom zou het onderzoek rond dit fenomeen volgens Muehlenkamp (2005) vereenvoudigen. Dan zou iedereen werken met een zelfde terminologie en duidelijk afgebakende symptomen.

Een derde groep auteurs kan zich achter beide visies stellen (Favazza, 1998).

In de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierde editie, Text Revision (DSM-IV-TR) wordt ZVG (met uitsluiting van suïcide en nagebootste stoornis) maar één keer expliciet vermeld. Dit als diagnostisch criterium van de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). De variant trichotillomanie - het uittrekken van de eigen haren - wordt vermeld bij de groep impulscontrolestoornissen en de variant skin picking - het krabben aan de huid - is terug te vinden bij de categorie impulscontrolestoornis niet anders omschreven (Claes et al., 2005). Er zijn in het verleden al pogingen ondernomen om ZVG op te nemen in de DSM-IV-TR, onder de term "deliberate self-harm syndrome (DSH)" maar voorlopig zonder resultaat (Muehlenkamp, 2005; Whitlock et al., 2006).

Ook in de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tiende editie (ICD-10) bestaat er geen aparte categorie voor dit fenomeen, maar wordt het wel als symptoom vermeld van stereotiepe bewegingsstoornissen en als voorbeeld van een nagebootste stoornis (Claes et al., 2005).

Het is met andere woorden niet evident om iemand te diagnosticeren die als hoofdklacht zelfverwondend gedrag heeft (Hoogduin & van der Staak, 1999).

In deze scriptie wordt verder ingegaan op de problematiek van ZVG in een niet-klinische context. Er is (nog) geen sprake van een onderliggende psychische stoornis.

De meest voorkomende vormen van ZVG zijn in 72 procent van de gevallen snijden, in 35 procent van de gevallen zichzelf verbranden door middel van bv. sigarettenpeuken, in 30 à 33 procent van de gevallen slaan, 10 procent trekt de eigen haren uit en 8 procent breekt zijn eigen beenderen (Hoogduin & van der Staak, 1999; Bolognini et al., 2003). Ook worden oppervlakkig krassen en het voorkomen van wondheling vermeld (Muehlenkamp, 2005). Hierbij moet rekening gehouden worden met de datum van onderzoek. Bolognini et al. baseert zijn cijfers op Favazza & Conterio die deze in 1988 neerschreven.

Bij Vlaamse jongeren is in het kader van het "Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE)" recentelijk onderzoek gedaan naar ZVG. Uit deze studie blijkt dat 67.3 procent van de jongeren die ZVG stellen zichzelf snijden of krassen, 26.4 procent een overdosis pillen slikt, 4.1 procent een overdosis alcohol neemt, 3.9 procent zichzelf slaat en 3.7 procent een overdosis 'recreatiedrugs' zoals XTC slikt. Zichzelf verbranden werd door "amper" 0.9 procent van de zichzelf verwondende jongeren gerapporteerd (Van Rijsselberghe et al., 2006).

Verwondingen worden meestal aan de voorkant van het lichaam teruggevonden. Plaatsen op het lichaam waar ZVG het vaakst voorkomt zijn armen, benen, buik en borst, waarschijnlijk omdat deze het makkelijkste te bereiken zijn voor het individu zelf (Favazza, 1998; Muehlenkamp, 2005) en omdat ze door kleding bedekt kunnen worden (Conterio, Lader & Bloom, 1998).

Meestal gebeurt zelfverwonding 's avonds, wanneer ze alleen zijn en dan liefst van al op een plaats waar niemand hen zal storen, zoals de eigen slaapkamer (Bosman & Van Meijel, 2006). Wanneer een individu overdag de drang voelt opkomen om zichzelf te verwonden, trekt hij of zij zich meestal terug uit het gezelschap (Hoogduin & van der Staak, 1999).

Zelfverwondend gedrag is zeker ernstig te nemen. Zoals eerder vermeld, is geweten dat het vaak niet de bedoeling is om een suïcidepoging te ondernemen (Muehlenkamp, 2005), maar eerder om, op een tijdelijke manier, met stress om te kunnen gaan (Whitlock, Powers & Eckenrode, 2006). Iemand die zelfmoord pleegt, probeert ineens een einde te maken aan alle gevoelens, terwijl iemand die zichzelf verwondt probeert om zichzelf beter te voelen (Favazza, 1998). Toch zien we dat

50 tot 80 procent van de patiënten, los van hun verwondend gedrag, ook pogingen onderneemt tot zelfdoding (Hoogduin & van der Staak, 1999).

ZVG heeft een verslavend karakter (Callens, 2006). Het is dan geen impulsieve daad meer, maar een weloverwogen beslissing. Wanneer gedrag op een bepaalde manier het gevoel geeft een oplossing te bieden voor een bepaald probleem, zal dit gedrag herhaald worden (Spaans & Van Meekeren, 2002).

Uit onderzoek blijkt dat ZVG vaak samenhangt met alexithymia, waarbij patiënten het moeilijk hebben om emoties te herkennen en te beschrijven (Muehlenkamp, 2005; Gratz, 2006; Bolognini et al., 2003). Er zou een samenhang zijn tussen de impulsiviteit of de zelfwaardering van een persoon en ZVG, dit zou deels een verklaring kunnen geven waarom adolescenten vaker ZVG stellen dan volwassenen. Adolescenten zijn over het algemeen impulsiever dan volwassenen en hebben vaak ook minder vertrouwen in hun eigen kunnen (Hjelmeland & Grøholt, 2005). Veel mensen die ZVG stellen, melden ook dat ze het gevoel krijgen dat ze van hun lichaam vervreemden. Enkelen melden dat ze angstig worden als anderen te dicht bij hen komen of dat ze hun eigen seksualiteit of geslachtsdelen verachten (Muehlenkamp, 2005).

Andere problematieken (comorbiditeit) die men bij deze patiënten vaak ziet terugkomen zijn middelenmisbruik (Muehlenkamp, 2005), agressiviteit, wisselende seksuele relaties of een eetstoornis (Favazza, 1998).

Meestal begint ZVG vanaf een leeftijd van 13 à 14 jaar (Muehlenkamp, 2005). Het risico op het stellen van dit gedrag is het hoogst in de adolescentie (Hjelmeland & Grøholt, 2005). Ook is er een duidelijk verschil in prevalentie tussen mensen die niet of wel in een psychiatrische instelling verblijven. Nock en Prinstein (2005) onderscheiden 4 procent bij volwassenen en 14 à 39 procent bij adolescenten tegenover 21 procent bij de volwassenen en 40 à 61 procent bij de adolescenten. Mensen ouder dan 65 jaar vormen slechts 5 à 10 procent van de zelfverwondende populatie, maar als ze dit toch doen is de kans groter dat ze ook effectief zelfmoord plegen (Chan, Draper & Banerjee, 2007). Favazza (1998) legt de totale prevalentie van ZVG bij 1,000 op de 100,000 personen.

Sommige bronnen beweren dat ZVG vooral bij vrouwen voorkomt (Hoogduin & van der Staak, 1999; De Leo & Heller, 2004). Uit epidemiologisch onderzoek bleek reeds dat 10 à 15 procent van de vrouwen en 5 à 10 procent van de mannen in hun leven zelfverwondend gedrag stelden (Hjelmeland & Grøholt, 2005). Andere bronnen stellen dat het verschil tussen de twee geslachten niet zo groot zou zijn (Bosman & Van Meijel, 2006; Whitlock et al., 2006), maar dat mannen vaker de

intentie hebben om te sterven en vaker dodelijke wapens, zoals pistolen, gebruiken. Hun zelfverwondend gedrag wordt bij gevolg vaak aanschouwd als een zelfmoordpoging (Nock & Kessler, 2006; Bolognini et al., 2003). Ook wordt een grote groep mannen over het hoofd gezien volgens Bolognini et al. (2003) omdat gevangenen vaak niet in onderzoeken verwerkt worden en dit juist de grootste groep is van mannen die ZVG stellen.

Het reeds vermeld grootschalig Europees onderzoek – CASE-studie – wil ZVG bij jongeren in kaart brengen. In België deden 4500 jongeren mee aan een anonieme vragenlijst, waarvan 2182 meisjes en 2238 jongens uit Oost- en West Vlaanderen. 4431 vragenlijsten waren bruikbaar bij de verwerking van de gegevens. De gemiddelde leeftijd van de jongeren was 15,5 jaar en de leerlingen kwamen uit het ASO, TSO, KSO en BSO. Uit de resultaten bleek dat in Vlaanderen 14.6 procent van de deelnemende meisjes en 6.3 procent van de deelnemende jongens tussen de leeftijd van 14 en 17 jaar zichzelf opzettelijk verwonden en dat hiermee een hoger prevalentiecijfer werd vastgesteld dan in de andere Europese landen die deelnamen aan de studie of dan in Australië (Van Rijsselberghe et al., 2006).

De meeste mensen stoppen uit zichzelf met dit gedrag wanneer ze ouder worden, voor enkele anderen is er een klinische interventie nodig om hen daarbij te helpen (Muehlenkamp, 2005).

Tot de triggers – factoren die bepaald gedrag kunnen uitlokken – van ZVG behoren stressvolle life-events (Whitlock et al., 2006) zoals fysiek of seksueel misbruik, emotionele verwaarlozing, een slechte hechting (Gratz, 2006), aanranding, alcoholmisbruik of depressie bij de ouders of een operatie op jonge leeftijd (Muehlenkamp, 2005). Ook interpersoonlijke factoren zoals het onvermogen om emoties te uiten of deze te benoemen (Gratz, 2006), gevoelens van eenzaamheid, problemen met de eigen seksualiteit (Favazza, 1998), ontevredenheid over het eigen lichaam, psychische problemen en perfectionisme (Muehlenkamp, 2005) kunnen ervoor zorgen dat iemand zelfverwondend gedrag stelt of niet. Onderzoekers suggereren dat ZVG niet het gevolg is van één risicofactor, maar van een combinatie van risicofactoren waarmee het individu wordt geconfronteerd (Gratz, 2006).

In Noorwegen heeft men in 2005 een vergelijkende studie gevoerd onder klinische patiënten. Het doel van de studie was te weten te komen of volwassenen en jongeren dezelfde intenties hebben om ZVG te stellen. De studie werd gevoerd tussen 98 jongeren en 83 volwassenen. De grens tussen deze twee groepen lag op de leeftijd van 20 jaar. Er werden vergelijkingen gemaakt tussen de (medische)

ernst van de daad, de intentie tot zelfdoding, de intenties die hen dreven tot ZVG, de omstandigheden, depressieve factoren, het gevoel van hopeloosheid en zelfwaardering. Men ondervond dat hoofdzakelijk volwassenen gedachten of situaties willen ontlopen die voor hen ondragelijk worden of dat ze op deze manier verzorgd willen worden en aandacht willen krijgen. Bij volwassenen had de ZVG vaak ernstigere medische gevolgen, werden er vaker psychiatrische problemen en middelenmisbruik gemeld. De gevonden verschillen kunnen waarschijnlijk toegeschreven worden aan de leeftijd zelf, zoals het gebrek aan ervaring met aanhoudende problemen. (Hjelmeland & Grøholt, 2005)

Tijdens het stellen van ZVG ervaart het individu zelf niet altijd pijn, sommigen zijn zich niet bewust van hun gedrag op het moment zelf, anderen zeggen de pijn wel te voelen maar deze te negeren (Conterio et al., 1998). Hierbij wordt de kanttekening gemaakt dat het gaat over pijn tijdens het bewust zelfverwondende gedrag. Net zoals alle andere mensen, voelen individuen die zichzelf verwonden pijn als ze zich per ongeluk snijden of verbranden. Daarom is de meest gebruikte Engelse term om ZVG aan te duiden "deliberate self-harm", wat vrij vertaald kan worden als "jezelf zorgvuldig overwogen letsels aanbrengen" (Favazza, 1998).

Los van psychiatrische diagnoses kan ZVG allerlei betekenissen hebben en functies vervullen. Het is een specifieke copingsstrategie die veelvuldige functionele verklaringen kan hebben bij eenzelfde individu (Claes et al., 2004).

Na het zelfverwondende gedrag ervaren ze een onmiddellijk gevoel van opluchting, voldoening of realiteitsbesef (Muehlenkamp, 2005). Echter, doordat de omgeving negatief en afkeurend reageert op ZVG kunnen er gevoelens van schaamte, schuld en spijt ontstaan waardoor een negatieve, neerwaartse spiraal gecreëerd wordt die juist leidt tot meer zelfverwondend gedrag (Gratz, 2006).

Voor de meeste individuen is ZVG dan ook een manier om met ophopende spanningen, bezorgdheid of angst, depersonalisatie of stress om te kunnen gaan, zich minder eenzaam of depressief te voelen, om zichzelf te straffen (Muehlenkamp, 2005), of om te gaan met chaotische gedachten, schuldgevoelens, verveling en afwijzing (Favazza, 1998). Ze proberen om te gaan met innerlijke leegte en ze hebben het gevoel dat ze niet in staat zijn om de dingen op een normale zintuiglijke manier waar te nemen. Door zichzelf te verwonden proberen ze weer te voelen dat ze leven en weer een nuchter realiteitsbesef te krijgen. Er wordt getracht om emotionele pijn te verminderen door het toedienen van fysieke pijn (Bolognini et al., 2003). Een andere – in bepaalde literatuur beschreven als

primaire - functie van zelfverwondend gedrag is het uiten van emoties, zoals woede, die het individu op geen manier verbaal uitgedrukt krijgt (Gratz, 2006).

Op basis van verschillende onderzoeken introduceerden Osuch et al. in 1999 de Self-Injury Motivation Scale (SIMS) die nagaat welke de belangrijkste motivaties zijn om ZVG te stellen. Na toepassing op 99 patiënten kwamen zes factoren duidelijk naar voor, nl. omgaan met emoties of met hevige ervaringen, zelfbestrafing, het beïnvloeden of het manipuleren van anderen en zichzelf prikkelen, om te voelen dat ze leven (Muehlenkamp, 2005).

In een poging om een verklaring te geven voor ZVG trachtten enkele auteurs functionele modellen voor ZVG uit te werken. Sommige auteurs proberen ZVG vanuit één model te verklaren, zoals Nock & Prinstein, anderen doen dit vanuit meerdere functionele modellen die elkaar kunnen overlappen, zoals Claes, Vandereycken & Vertommen.

Nock en Prinstein (2005) stelden een vier-functie model op dat zich baseert op twee dichotome dimensies: gevolgen tegenover zichzelf of sociale gevolgen door positieve bekrachtiging – het aanbieden van een positieve stimulus – of door negatieve bekrachtiging – het wegnemen van een negatieve stimulus -. In onderstaande figuur (figuur 2) worden voorbeelden gegeven van de vier primaire functies van ZVG die uit dit model gehaald kunnen worden.

	Individuegebonden gevolgen	Sociale gevolgen
Positieve bekrachtiging	Bv. iets voelen, ook al is het pijn	Bv. aandacht krijgen
Negatieve bekrachtiging	Bv. slechte gevoelens stoppen	Bv. iets vermijden te doen dat je niet wilt doen

Figuur 2: Voorbeelden binnen het Vier-functie model van Nock & Prinstein (2005)

Claes et al. (2005) gaan uit van zes aparte functionele modellen: het omgevingsmodel te situeren binnen de leertheorie en de systeemtheorie, het antisuïcide model en het seksuele model te plaatsen binnen de psychoanalytische theorie, het affectregulatie model en het dissociatiemodel te zien binnen de ego- en de zelf-psychologie met fundamenteën in de objectrelatietheorie en het grensmodel te benaderen vanuit de zelf-psychologie en de objectrelatietheorie, waarbij de klemtoon op dit laatste ligt.

Het omgevingsmodel stelt dat ZVG reacties vanuit de omgeving opwekt die positief bekrachtigend werken. Conflicten die bedreigend overkomen en onbespreekbaar lijken worden op deze manier uitgedrukt wat bepaalde behoeften van de omgeving bevredigt.

Het antisuïcide model kadert ZVG als compromis tussen de levens- en de doodsdrijf.

Het seksuele model legt de nadruk op een conflictueuze houding tegenover seksualiteit en (de eerste) maandstonden. Via ZVG wordt geprobeerd om seksuele bevrediging te bekomen, een straf te geven voor seksuele gevoelens en acties, een poging te ondernemen om deze gevoelens en acties te vermijden of een poging te zijn om seksualiteit en seksuele ontwikkeling te controleren.

Het affectregulatiemodel komt voort uit de behoefte om emoties zoals angst, woede en pijn uit te drukken of te controleren wanneer deze niet op een verbale manier kenbaar kunnen worden gemaakt.

Het dissociatiemodel geeft aan dat ZVG een manier is om dissociatie te beëindigen of met de effecten ervan om te kunnen gaan.

Het grensmodel probeert via ZVG een onderscheid te maken tussen zichzelf en anderen, persoonlijke grenzen worden afgebakend.

ZVG door A lokt blijkbaar imitatiegedrag uit bij B. Niet alleen in gevangenissen en ziekenhuizen werkt dit gedrag aanstekelijk, ook in scholen wordt geconstateerd dat in een klas waar ZVG aanwezig is vaak meerdere casussen voorkomen (Broers & De Lange, 1998).

De prognoses voor ZVG zijn verontrustend. In 1989 werd door Favazza melding gemaakt dat 12 à 14 procent van de universiteitsstudenten ZVG stelde, tegenover een percentage van 35 procent dat in 2001 werd gemeld door Gratz (Muehlenkamp, 2005; Gratz, 2006). Hierbij maakt Muehlenkamp (2005) wel de kanttekening dat er maar een beperkt aantal studies werd uitgevoerd en dat de cijfers niet volledig zijn. Wonden die gemaakt worden door zelfverwonding zijn vaak niet van die ernst dat ze door een arts verzorgd moeten worden, en worden dus ook niet verwerkt in de statistieken.

In hun boek "Bodily harm" stellen Conterio et al.(1998) dat zelfverwondend gedrag algemeen verspreid is in de Verenigde Staten en dat alles erop wijst dat het aantal casussen blijft stijgen. Toch duiden ze erop dat, hoewel steeds meer mensen ZVG stellen, er nog teveel verkeerde diagnoses worden gesteld en het cijfer nog wordt onderschat (Nicholls & Pearlman, 2000).

Whitlock et al. (2006) zeggen zelfs dat, op basis van verhalen uit de media en cijfers van artsen, therapeuten en medewerkers van scholen, gesteld kan worden dat zelfverwonding "the next teen disorder" – de volgende tienersstoornis - kan worden.

Er is bewezen dat, hoe langer het gedrag zich voordoet, hoe groter de kans is op een dodelijk incident (Favazza, 1998; Muehlenkamp, 2005). Daarom is het belangrijk dat ZVG vroegtijdig ontdekt wordt en het gedrag wordt gestopt. Om preventief te kunnen handelen moet er eerst kennis zijn van de signalen vanuit de persoon zelf en vanuit zijn omgeving die kunnen wijzen op de aanwezigheid van ZVG.

Preventief handelen in schoolse context

In deze scriptie wordt verder vooral ingegaan op het herkennen van signalen van ZVG bij Vlaamse tienermeisjes van 12 tot 16 jaar door leerkrachten, leerlingenbegeleiders en clb-medewerkers in een schoolse context.

In een school komen deze jongeren in contact met verschillende personen in verschillende functies. Wekelijks, vaak dagelijks, contact is er met de klasleerkracht(en) voor wie het het gemakkelijkste lijkt om veranderingen in gedrag vast te stellen. Minder frequent is er contact met een leerlingenbegeleider. De hulp van deze persoon kan ingeroepen worden door de leerkracht als deze een vermoeden heeft van problematisch gedrag. In de meeste gevallen is het contact met de clb-medewerker eerder sporadisch. Nochtans heeft deze persoon vaak een beter zicht op bepaalde problematieken waardoor hij bij een vermoeden van ZVG best wordt ingeschakeld.

Wat zijn de meest voorkomende signalen van ZVG bij de vermelde doelgroep. Zijn sociaal isolement versus ongepast, expliciet outgedrag van de zelfverwonding hier betekenisvol?

Wanneer en waar kunnen signalen bij deze doelgroep ontdekt worden? Komen ze voor op dezelfde momenten en in eenzelfde soort situaties?

Het opstellen van een signalenlijst voor ZVG, als handvat te gebruiken door verantwoordelijken uit de schoolse omgeving, lijkt preventief zinvol.

Vanuit deze veronderstelling wordt een eerste aanzet hiervoor, gericht naar jonge Vlaamse meisjes bij wijze van afsluiting betracht.

Methode

Via het internet op zoek gaan naar informatie over zelfverwonding levert een chaotisch en eindeloze reeks websites op. Zo krijg je bij grote zoekmachines zoals Google voor zoekcriteria als zelfverwonding, zelfbeschadiging en automutilatie respectievelijk 27400, 29200 en 69100 hits aangeboden. Wanneer de Engelse termen self-injury (zelfverwonding), self-harm (zelfbeschadiging) en automutilation (automutilatie) ingevoerd worden komen er nog eens 1050000, 1160000 en 293000 hits bij.

Tijdens het volgen van het symposium "Omgaan met Automutilatie bij jongeren. Een Research into Practice" op 13 oktober 2006 werd kennisgemaakt met Laurence Claes, nationaal en internationaal gerenommeerd in verband met dit onderwerp. Bij het invoeren van haar naam in Google worden 394 hits getoond, 56 hits indien men als tweede zoekterm zelfverwonding opgeeft.

Voor het onderzoeksrapport zelf werd tijdens het symposium de link gelegd naar de website van de universiteit Gent.

Enkele databanken die wetenschappelijk correcte Engelstalige artikels bevatten zijn Psycinfo, Wiley Interscience en PsychArticles (OVID). Zo geeft Psycinfo, bij het stellen van de limieten dat de artikels na 2001 gepubliceerd moeten zijn en volledige teksten gezocht moeten worden, de termen self-injury en self-harm brengen 8 en 14 hits op.

Wiley Interscience geeft 212 hits weer voor self-injury en 177 voor self-harm. Indien hier de term adolescent aan toe gevoegd wordt, worden dit 82 en 77 hits.

Bij PsychArticles (OVID) worden de limieten ingegeven om enkel volledige teksten te zoeken en deze teksten moeten uitgegeven zijn tussen 2000 en 2007. Bij het ingeven van de termen self-injury en self-harm vindt men respectievelijk 121 en 3106 hits. Wanneer deze hits worden vergeleken met de verkregen hits uit de andere twee databanken wordt opgemerkt dat de artikels die interessant kunnen zijn voor deze scriptie al eerder werden gevonden.

Een eerste selectie van artikels gebeurde op basis van hun titel. Titels die duidelijk aangaven dat ze geen link hadden met het onderwerp of de doelgroep, zoals "Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder.", gevonden via Psycinfo, werden genegeerd. Een tweede selectie gebeurde op basis van het abstract. Als uit het abstract bleek dat het

artikel niet aansloot bij het onderwerp of de doelgroep, zoals "Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents", over de resultaten van een studie bij een klinische doelgroep, gevonden via Wiley Interscience, werd dit artikel niet verder gelezen. Ook bij titels die geen duidelijkheid gaven over het onderwerp werd het abstract gelezen, zoals bij "Self-restraint and self-injury: a demonstration of separate functions and response classes".

Bij artikels die interessant blijken voor het onderwerp, omdat ze aansluiten bij de doelgroep, of gaan over de erkenning of herkenning van ZVG, wordt ook de lijst met referenties doorgenomen. Bruikbare bronnen worden op basis van titel en auteur opgezocht via de zoekmachine Google. Vervolgens wordt gelet op het type van site waarop het artikel uiteindelijk gevonden wordt. Is dit een wetenschappelijk onderbouwde site? Op welke bronnen is het artikel gebaseerd? Volgt de auteur de APA-richtlijnen?

Belangrijk om een onderwerp als ZVG te begrijpen zijn ook de vele lotgenotensites die terug te vinden zijn op het internet. Via de verhalen die daarop terug te vinden zijn wordt het gemakkelijker om zich in de leefwereld van deze meisjes te verplaatsen. Op deze communities kunnen soms ook artikels gevonden worden of namen van deskundigen.

Zo werd de naam en het contactadres van Victoria Kress teruggevonden, die twee artikels geschreven heeft over ZVG bij adolescenten. In deze artikels richt ze zich specifiek tot studentenbegeleiders, "Adolescents Who Self-Injure: Implications and Strategies for School Counselors" en "Students Who Self-Injure: School Counselor Ethical and Legal Considerations."

Een belangrijke studie rond ZVG bij jongeren was de eerder aangehaalde CASE-studie uit 2000 - 2001. Deze studie geeft een vrij recent beeld over de jongeren die ZVG stellen. In deze studie werd gebruik gemaakt van een anonieme vragenlijst die de jongeren konden invullen. De jongeren gaven eerst zelf aan of ze ooit al ZVG hadden gesteld en moesten daarna verklaren wat zij verstonden onder ZVG. Nadien oordeelden deskundigen erover of het gedrag van de jongere inderdaad, volgens de gehanteerde definitie, onder ZVG viel of niet. Via dit onderzoek zijn cijfergegevens gevonden voor Vlaanderen (Van Rijsselberghe et al., 2006) en Engeland (Hawton et al., 2002; Rodham, Hawton & Evans, 2005).

Een andere studie werd in 1999 door Meltzer et al. in Groot Brittanië uitgevoerd. "Children and adolescents who try to harm, hurt or kill themselves; A report of further analysis from the national survey of the mental health of children and

adolescents in Great Britain in 1999," is een rapport van de national statistics van Groot Brittanië waarin de resultaten van deze studie genoteerd staan. Hoewel in dit rapport het grootste deel van de jongeren die zichzelf verwonden te kampen heeft met een mentale stoornis zoals depressiviteit of een angststoornis –slechts 1.2% van de jongeren die ZVG meldden hadden geen mentale stoornis, lijkt dit rapport toch interessant voor deze scriptie.

Als basisartikel werd "Adolescents Who Self-Injure: Implications and Strategies for School Counselors" gekozen, aangevuld door het artikel "Students Who Self-Injure: School Counselor Ethical and Legal Considerations.". Deze artikels spreken twee doelgroepen aan die ongeveer overeenkomen met die van deze scriptie, namelijk school counselors (leerlingenadviseurs) en adolescenten, waarbij geen verdere leeftijdscategorie wordt aangeduid.

Vervolgens werden de cijfergegevens uit het Vlaamse en Engelse deel van de CASE-studie met elkaar vergeleken en met cijfers uit het onderzoeksrapport van Meltzer et al. uit Groot Brittanië aangevuld.

Om de informatie te vervolledigen werd deze aangevuld aan de hand van andere gevonden bronnen, zoals het boek "Zelfverwonding bij jongeren; Gids voor leerkrachten, leerlingenbegeleiders, ouders en vrienden" van Nadine Callens, uitgegeven in 2006.

Resultaten

Van alle leeftijdscategorieën worden in de United Kingdom vooral de meisjes tussen 15 en 19 jaar oud opgenomen in ziekenhuizen door de gevolgen van ZVG (Rodham et al., 2005), en meldt 2.1% van de ouders van 11- tot 15-jarige jongeren dat hun kind zichzelf opzettelijk pijn doet of een poging doet tot zelfmoord. Het hoogste cijfer uit deze studie was 3.1% voor meisjes van 13 tot 15 jaar oud (National Statistics, 2001). Ook in de rest van de wereld duiken cijfergegevens op waaruit blijkt dat vooral jongeren zichzelf verwonden en dan voornamelijk meisjes. (Rodham et al., 2005; Callens, 2006). Dit gegeven wordt ook ondersteund door de CASE-studie. In Engeland blijkt dat 11.2% van de meisjes zichzelf verwondt tegenover 3.2% van de jongens (Hawton et al., 2002) in Vlaanderen zou dit om respectievelijk 10.1% en 4.1% van de jongeren gaan (Van Rijsselberghe et al. 2006).

Deze recente cijfers vragen naast curatieve, óók preventieve zorg.

Op welke manier kan zelfverwondend gedrag opgemerkt worden? Vaak worden leerkrachten of leerlingenbegeleiders eerder gewaar dat er zich een probleem voordoet dan familieleden of andere personen buiten de schoolse omgeving. Deze gewaarwordingen kunnen ontstaan op verschillende manieren zoals observaties, fysieke indicaties die naar ZVG wijzen, informatie die de leerlingen zelf melden, zorgen die gemeld worden door (andere) leerkrachten of door de ouders of andere leerlingen die melding doen van ZVG (Kress, Gibson & Reynolds, 2004).

Deze gemelde signalen zijn voor elk individu anders en hoeven niet altijd te wijzen op ZVG (Callens, 2006), wat het moeilijk maakt om het probleem van ZVG te herkennen. Anderzijds blijft het belangrijk om kleine signalen of gedragsveranderingen op te merken. Het is zinvol om signalen en meldingen bij te houden in een apart dossier, en eens meerdere, diverse signalen vastgesteld zijn kan geopteerd worden om de jongere aan te spreken (Callens, 2006).

Bij schoolgaande meisjes tussen 12 en 16 jaar komen bepaalde vormen van ZVG vaker voor dan anderen. Zo worden vooral snijden, maar ook zichzelf krassen, branden en oude wonden openhalen het vaakst vermeld. Andere vormen, zoals de haren uittrekken of extremere vormen van ZVG komen bij deze doelgroep minder vaak voor (Kress et al., 2004). Deze bevindingen worden bevestigd door de CASE-

studie. In Vlaanderen blijkt snijden en krassen bij 72.3% van de Vlaamse meisjes die ZVG vertonen aanwezig. Het nemen van een overdosis pillen, werd voor 28% van de casussen vastgesteld. Een opvallend verschil tussen Vlaanderen en Engeland is dat in Vlaanderen slechts 12% van de jongeren aangaf gecombineerde methoden te gebruiken tegenover 54.8% in Engeland (Hawton et al., 2002; Van Rijsselberghe et al., 2006).

In de inleiding werd kort beschreven op welke plaatsen op het lichaam wonden worden aangebracht. Ook bij jonge meisjes wordt voornamelijk melding gedaan van wonden op de armen, polsen en benen, en in mindere mate op het hoofd, de buik, borst, dijen en genitaliën (Kress, Drouhard & Costin, 2006). Meestal komen deze wonden bij rechtshandige meisjes voor aan de linkerkant van hun lichaam en bij linkshandige meisjes aan de rechterkant (Kress et al., 2004).

Meisjes die zichzelf verwonden voelen hier meestal 's avonds of 's nachts de grootste drang toe, waardoor ze ook vaker op die tijdstippen ZVG zullen stellen. Meestal gebeurt dan dit op een plaats waar ze alleen kunnen zijn zoals de slaapkamer of badkamer (Callens, 2006). De meeste van deze meisjes zullen op andere momenten van de dag proberen te vermijden zich publiekelijk te verwonden en zullen gesprekken met hun directe omgeving over hun ZVG ontwijken en proberen de aandacht ervan af te leiden. Ze trekken zich vaak bewust of onbewust sociaal terug. (Kress et al., 2006). Indien de drang om zichzelf te verwonden bij deze jongeren overdag te groot wordt, zoeken ze meestal toch plaatsen op waar ze relatief ongestoord zitten zoals de toiletten op school. Zelfverwonding kan dus op alle momenten plaatsvinden en op alle plaatsen waar men niet gestoord wordt als daar een scherp voorwerp voor handen is (Callens, 2006).

Het zijn vooral deze meisjes die sociale steun zoeken op het internet door hun verhaal te vertellen op lotgenotensites (Whitlock et al., 2006). Bij deze groep is alertheid gewenst als de jongere plots meer bedekkende kledij gaat dragen ongeacht het type van weer, veel littekens heeft waarvan men de oorsprong moeilijk kan verklaren (Kress et al., 2004), zich sociaal gaat terugtrekken (Whitlock et al., 2006), weigert mee te doen aan de turnlessen indien deze een bepaald uniform vereisen, dagelijks polsbandjes of brede armbanden draagt of vaak somber ingesteld is (Callens, 2006).

Een minderheid van de zelfverwondende meisjes gaat bedekkende kledij juist vermijden en hun wonden tonen, als het ware om aan te geven dat ze met een niet

besproken probleem zitten. Het is als het ware een hulpkreet (Townsend, 2006), hoewel in de praktijk dit gedrag vaak wordt geïnterpreteerd als aandacht trekken. Enkele vormen van spelgedrag vragen ook bij deze minderheid om oplettendheid (Favazza, 1998). Ze dagen elkaar bijvoorbeeld uit om zo lang mogelijk een muntstuk over de huid te wrijven, zoveel mogelijk krassen in de huid te maken met behulp van een pin, mes, passer of een ander scherp voorwerp, of een brandende aansteker tegen hun lichaam te houden. Indien deze meisjes bovendien in een leeftijdsfase van 12 tot 16 jaar zitten, vertonen zij des te meer de neiging te moeten bewijzen dat ze pijn kunnen verdragen. Vooral jongeren tussen 12 en 14 jaar die nog geen weekendwerk kunnen doen en nog aan huisregels gebonden zijn zouden aangetrokken worden door deze genoemde spelletjes. Deze jongeren hebben bovendien doorgaans ouders die werken en die hun vrijheid sterk beperken waardoor ze zichzelf moeten entertainen (Suji & Sunanda, 1990).

Belangrijke gedragskenmerken worden in verband gebracht met zelfverwondend gedrag. Meisjes van 12 tot 16 jaar die zichzelf opzettelijk verwonden maken eerder gebruik van een emotiegerichte copingstijl dan van een probleemgerichte (Van Rijsselberghe et al., 2006). Wanneer deze meisjes ZVG stellen kan dit betekenen dat ze worstelen met hevige emoties die ze op geen enkele manier kunnen uiten of afreageren en omzetten in een waarneembare fysieke pijn. Er kunnen nog andere redenen zijn waarom deze meisjes zichzelf verwonden zoals het gevoel dat men controle over een situatie krijgt of het stoppen van een gevoel van derealisatie, depersonalisatie of dissociatie. ZVG kan ook aangewend worden als middel om met gevoelens van innerlijke leegte of verdriet om te gaan (Kress et al., 2006).

Uit het artikel over de Case-studie van Rodham et al. (2005) bleek dat ZVG een typische copingstijl is van meisjes, die kampen met klachten als depressie, angst en impulsiviteit. Uit de resultaten van de CASE-studie bij Vlaamse meisjes komt ZVG als copingstijl voor angst en depressie bij meisjes naar boven, maar wordt er geen significant verschil gevonden voor de copingstijl rond impulsiviteit (Van Rijsselberghe et al., 2006).

De manier van krassen kan men in sommige gevallen linken aan het af te reageren gevoel. Meisjes die impulsief verwondingen toebrengen door te snijden of te krassen, zetten deze reeks krassen vaker door of naast elkaar omdat het hoofddoel van hun gedrag is dat ze zichzelf kunnen afreageren. Meisjes die niet impulsief handelen kunnen zeer beheerst te werk gaan en de tijd nemen om woorden of tekens in hun huid te krassen. Sommige bedenken op voorhand al het aantal krassen dat ze zichzelf dagelijks willen toebrengen (Callens, 2006).

Wat wil deze doelgroep bereiken door ZVG te stellen? In Vlaanderen geeft het grootste aantal van de onderzochte jongeren aan dat ze door ZVG proberen te ontkomen aan vreselijke gedachten die door hun hoofd gaan. Hier is geen significant sekseverschil te onderscheiden. Omdat de definitie in dit onderzoek niet uitsluit dat ZVG een suïcidepoging kan zijn kwam dit gedrag ook als motief naar voor. Het bleek dat in de Vlaamse onderzoeksgroep de doodswens bij meer dan de helft van de ondervraagden aanwezig was. Zowel bij jongens als bij meisjes was dit het tweede belangrijkste motief. De motieven die vervolgens gegeven werden door de vrouwelijke respondenten waren zelfbestrafing en de nood om te weten of er nog iemand om hen gaf. Verder werd melding gemaakt van het betaald zetten van anderen voor de manier waarop ze hen behandeld hadden, gevoelens van wanhopigheid, aandacht zoeken en anderen bang maken. De meisjes gaven gemiddeld drie motieven op voor het gestelde ZVG (Van Rijsselberghe et al., 2006). De interne motieven kunnen gelinkt worden aan eerder opgesomde psychologische risicofactoren, op uitzondering van impulsiviteit. Zo blijkt dat jongeren met een gebrekkig zelfvertrouwen of met depressieve en angstige gevoelens eerder zelfbestrafing, een doodswens en/of het willen kwijtraken van vreselijke gedachten opgaven als motief voor ZVG. Externe motieven zoals anderen willen bang maken correleren echter met geen enkele psychologische risicofactor.

Als je als leerkracht, leerlingenbegeleider of CLB-medewerker signalen krijgt van ZVG is het bovendien belangrijk alert te zijn voor mogelijk onderliggende of samenhangende levensgebeurtenissen die vaak significant zijn in deze context (Hawton & James, 2005). Gedacht wordt aan het verzwakken van de schoolse prestaties (Fenning, Carlson & Fenning, 1995) de aanwezigheid van een depressie of van gevoelens van hulpeloosheid en hopeloosheid bij de leerling, de gedachten aan, het plannen of het eerder ondernomen hebben van een zelfmoordpoging, de aan- of afwezigheid van sociale steun, een geschiedenis van zelfmoord(pogingen) in de familie en recente stressoren die op de leerling kunnen inwerken, zoals twijfels over de seksuele geaardheid (Kress et al., 2004; Kress et al., 2006). Conterio et al. (1998) voegen hieraan toe dat ook recent verlies, ziektes in de kindertijd, fysiek en seksueel misbruik, ouderlijk geweld, problemen met intimiteit, ruzies met leeftijdsgenoten (pestgedrag op school) en ZVG in de familie als samenhangende problematieken kunnen worden gezien. Ook het voorkomen van ZVG in de vriendenkring of een laag zelfbeeld kunnen risicofactoren zijn om ZVG te stellen (Hawton et al. 2002; Rodham et al., 2005). Specifiek bij meisjes wordt opgemerkt

ook dat de problemen van ZVG zich vervielfvoudigen als er problemen ontstaan met hun verkering (Van Rijsselberghe et al., 2006). Bij meisjes is er wel minder melding van problemen met de politie dan bij de jongens van diezelfde leeftijd (Hawton et al., 2002).

Typerend aan meisjes van 12 tot 16 jaar is dat het gaat over schoolgaande jongeren. Wat is de invloed van stress voor examens of belangrijke opdrachten en gedrag van klasgenoten op ZVG? In Vlaanderen geeft 52.1 procent van de meisjes, die deelnamen aan de CASE-studie, aan dat problemen rond het bijblijven met het werk voor school een directe aanleiding vormen om zichzelf opzettelijk te beschadigen en 12.3 procent geeft als reden pestgedrag aan (Van Rijsselberghe et al., 2006). De vraag is of dit rechtstreekse gevolgen heeft voor spijbelgedrag? De Leo & Heller (2004) merken alvast op dat spijbelgedrag meer voorkomt bij meisjes die ZVG stellen dan bij meisjes die dit niet doen.

Meisjes die aan zelfverwonding doen vertonen vaak ook ander problematisch gedrag. Zo zijn er heel wat jongeren die ZVG stellen en drugs of overvloedig alcohol gebruiken. Meisjes beginnen vaak te roken (Rodham et al., 2005, Van Rijsselberghe et al., 2006). Ook ongezond eten en een gebrek aan fysieke activiteit komen in de CASE-studie vaker voor bij de Vlaamse meisjes die zichzelf verwonden (Van Rijsselberghe et al., 2006).

Een belangrijk secundair probleem bij ZVG, indien het voorvalt in een klas, is de invloed die het gedrag heeft op andere leerlingen. Uit een onderzoek in een klinische setting bleek dat ZVG bij een patiënt andere patiënten kon triggeren waardoor ook zij zichzelf opnieuw begonnen te verwonden (Walsh & Rosen, 1988). Hoewel zij werkten met een klinische populatie, kan de vraag gesteld worden wat het effect is van ZVG binnen een niet-klinische populatie. De CASE-studie onderzocht dit gegeven en kwam tot de constatactie dat er een grote variëteit is van ZVG tussen de deelnemende scholen. Zo waren er twee scholen waarin geen enkel geval van ZVG gemeld werd en was er een school waar 51.6% van de leerlingen aangaf ooit ZVG gesteld te hebben (Van Rijsselberghe et al., 2006). Dit zou kunnen wijzen op het bestaan van een effect van modeling en vereist dus een snelle aanpak wanneer het ZVG opgemerkt wordt.

Hoewel, zoals eerder reeds aangegeven werd, zelfmoord en zelfverwonding niet noodzakelijk verbonden zijn met elkaar, en ZVG enkel als zelfmoordpoging gezien moet worden indien de leerling die zelf aangeeft, is de relatie tussen deze twee

termen zo ingewikkeld dat men, bij het opvangen van de eerste signalen, met beide mogelijkheden rekening dient te houden (Kress et al., 2004).

Discussie

Uit de literatuurstudie blijkt dat meisjes vaker ZVG stellen dan jongens (Hawton et al., 2002; Rodham et al., 2005; Van Rijsselberghe et al., 2006; Callens, 2006).

Signalen zijn opvangbaar door iedereen die regelmatig met de controlegroep omgaat. De meest typerende signalen voor deze doelgroep zijn de bedekkende kledingskeuze (Kress et al., 2004) en het dragen van polsbandjes en armbanden (Callens, 2006).

Meisjes die ZVG vertonen blijken zich bovendien sociaal te isoleren (Kress et al., 2004; Whitlock et al., 2006; Callens, 2006). Zij verkiezen de avond of de nacht, om vervolgens alleen ZVG te stellen.

De belangrijkste tekortkoming in deze studie is het gebrek aan informatie over de 12- en 13-jarige meisjes die ZVG stellen. Hoewel scholen steeds meer aanmeldingen lijken te doen van meisjes die zichzelf verwonden en bovendien de leeftijd waarop het gedrag zich voor het eerst stelt lijkt te dalen, ontbreken de nodige onderzoeken om hier met zekerheid uitspraken over te doen. Een voorbeeld van informatie die ontbreekt is de impact van de gezinssituatie op het stellen van ZVG. Omdat tegenwoordig meer samengestelde gezinnen worden gevormd is het misschien interessant om verder onderzoek te doen naar de invloed van stiefouders op het gedrag van meisjes van 12 tot 16 jaar.

Een tweede bemerking gaat over de CASE-studie. Hier wordt gebruik gemaakt van een definitie van ZVG die pogingen tot zelfmoord niet uitsluit, terwijl de definitie waarmee we in deze scriptie begonnen dit wel doet. De vraag kan gesteld worden of de cijfergegevens in deze scriptie op die manier geen overschatting worden.

Uit de gevonden informatie kan, rekeninghoudend met bovenstaande bemerkingen, een eerste, voorlopige signalenkaart opgesteld worden (bijlage 1). Doel van deze signalenkaart is om een handvat aan te reiken aan de leerkrachten, leerlingenbegeleiders en clb-medewerkers die een vermoeden hebben van ZVG. Echter, is verder onderzoek bij deze doelgroep, en dan meer specifiek bij 12- en 13-jarigen noodzakelijk om de volledigheid, juistheid en bruikbaarheid van deze kaart te garanderen.

Literatuurlijst

Boeken:

Broers, E., & De Lange, J. (1998). *Hulpverlening bij zelfverwonding in de psychiatrie. Achtergronden, verpleegprocessen en keuzen in de zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Callens, N. (2006). *Zelfverwonding bij jongeren; Gids voor leerkrachten, leerlingenbegeleiders, ouders en vrienden*. Garant: Antwerpen – Apeldoorn.

Conterio, K., & Lader, W., & Bloom, J. K. (1998). *Bodily harm: The breakthrough healing program for self-injurers*. New York: Hyperion.

Duker, P.C.C., & Didden, R. (1998). *Behandelingsstrategieën bij zelfverwondend gedrag*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hoogduin, C.A.L., & van der Staak, C.P.F. (1999). *Behandelingsstrategieën. Ziekelijke impuls*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Spaans, J., & Van Meekeren, E. (2002). *Borderline Hulpboek: Zelf leren omgaan met verschijnselen als impulsiviteit, heftige emoties en conflicten*. Amsterdam: Boom.

Townsend, J. (2006). *Boundaries with teens: When to say yes, how to say no*. Michigan: Zondervan.

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2000). *Handboek Psychopathologie. Deel 1: Basisbegrippen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

Walsh, B.W., & Rosen, R. (1988). Self-mutilation: Theory, research, and treatment. In Kress, V.E.W., Gibson, D., & Reynolds, C. (2004). *Adolescents who Self-Injure: Implications and Strategies for School Counselors*. Professional School Counseling, 7 (3). 195 – 201.

Artikels:

Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Stéphan, P., & Halfon, O. (2003). Adolescent self-mutilation – Relationship with dependent behaviour. *Swiss Journal of Psychology*, 62 (4), 241 – 249.

Bosman, M., & Van Meijel, B. (2006). Betekenis en behandeling van zelfverwondend gedrag. *MGv*, 61, 414 – 426.

Buitelaar, J.K. (2001). Zelfverwondend gedrag bij ontwikkelingsstoornissen. *Handboek kinderen & adolescenten*, Augustus. B 050-1 – B 050-16.

Chan, J., Draper, B., & Banerjee, S. (2007). Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (in press).

Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2004). Zelfverwondend gedrag: een overzicht van de varianten en verschillende betekenissen. *Psychopraxis*, 5. 181-187.

Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2005). Zorgelijke preoccupaties en zelfverwonding. *Dth*, 25. 114 – 123.

De Leo, D., Heller, T.S. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *MJA*, 181 (3), 140 – 144.

Favazza, A.R. (1998). The Coming Age of Self-Mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 186 (5), 259 – 268.

Favazza, A.R., & Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 134 – 140. In Broers, E., & De Lange, J. (1998). *Hulpverlening bij zelfverwonding in de psychiatrie. Achtergronden, verpleegprocessen en keuzen in de zorg* (p 2). Utrecht: Trimbos-instituut.

Fenning, S., Carlson, G.A., & Fenning, S. (1995). Letter to the editor: Contagious self-mutilation. In Kress, V.E.W., Gibson, D., & Reynolds, C. (2004). Adolescents who Self-Injure: Implications and Strategies for School Counselors. *Professional School Counseling*, 7 (3). 195 – 201.

Gratz, K.L. (2006). Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among Female College Students: The Role and Interaction of Childhood Maltreatment, Emotional Inexpressivity, and Affect Intensity/Reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (2), 238 - 250.

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 325 (7374), 1207 – 1211.

Hawton, K., James, A. (2005), Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*, 330, 891 – 894.

Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. In Broers, E., & De Lange, J. (1998). *Hulpverlening bij zelfverwonding in de psychiatrie. Achtergronden, verpleegprocessen en keuzen in de zorg* (p 3). Utrecht: Trimbos-instituut.

Hjelmeland, H., & Grøholt, B. (2005). A Comparative Study of Young And Adult Deliberate Self-Harm Patients. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 26 (2). 64 – 72.

Kress, V.E.W., Gibson, D., & Reynolds, C. (2004). Adolescents who Self-Injure: Implications and Strategies for School Counselors. *Professional School Counseling*, 7 (3). 195 – 201.

Kress, V.E.W., Drouhard, N., & Costin, A. (2006). Students Who Self-Injure: School Counselor Ethical and Legal Considerations. *Professional School Counseling*, 10 (2). 203 – 209.

Muehlenkamp, J. (2005). Self-Injurious Behavior as a Seperate Clinical Syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (2), 324 – 333.

Nicholls, S.S., & Pearlman, L.A. (2000). Self-Injury and Self Capacities: Assisting an Individual in Crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (9), 1173 – 1191.

Nock, M.K., & Kessler, R.C. (2006). Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts Versus Suicide Gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (3), 616 – 623.

Nock, M.K., & Prinstein, M.J. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (1), 140 – 146.

Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2005). Deliberate Self-Harm in Adolescents: The Importance of Gender. *Psychiatric Times*, 22 (1), 36 - 41.

Suji, M.L., & Sunanda, B. (1990). Wrist cutting: a dare game among adolescents. *CAN MED ACCOC J*, 142 (2), 131 – 132.

Vandereycken, W. (2001). Aanpak van zelfverwondend gedrag bij psychiatrische patiënten. *Psychopraxis*, 3. 94-98.

Whitlock, J.L., Powers, J.L., & Eckenrode, J. (2006). The Virtual Cutting Edge: The Internet, and Adolescent Self-Injury. *Developmental Psychology*, 42 (3). 407 – 417.

Onderzoeksrapport:

Van Rijsselberghe, L., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2006). *Een onderzoek naar de verspreiding van zelfbeschadigend gedrag en de beïnvloedende factoren door middel van vragenlijstonderzoek in Vlaamse scholen in het kader van het CASE-onderzoek*. Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universitair Ziekenhuis / Universiteit Gent.

National Statistics. (2001). *Children and adolescents who try to harm, hurt or kill themselves*. Londen: National Statistics.

Symposium:

“Omgaan met Automutilatie bij jongeren. Een Research into Practice” symposium.
Gevolgd op 13 oktober 2006, georganiseerd door het Universitair ziekenhuis te Gent.

Bijlage

Signalenkaart zelfverwondend gedrag bij Vlaamse meisjes van 12 tot 16 jaar

Signalenkaart zelfverwonding (ZVG) bij Vlaamse meisjes tussen 12 en 16 jaar (experimentele versie).

De signalen, hieronder vermeld, kunnen allemaal indicatoren zijn voor zelfverwondend gedrag bij meisjes tussen 12 en 16 jaar oud. Een combinatie van meerdere signalen verhogen een vermoeden.

Uiterlijke kenmerken:

- Verwondingen, meestal op armen, polsen of benen
- Vertonen van wonden of littekens waarvoor geen verklaring kan worden gegeven
- Bij rechtshandige meisjes zijn de wonden meestal terug te vinden aan de linkerkant van het lichaam en bij linkshandige aan de rechterkant

Algemene kenmerken:

- Laag zelfbeeld
- Sombere ingesteldheid
- Depressieve gedachten of gevoelens
- De gedachten aan, het plannen van of het eerder ondernomen hebben van een zelfmoordpoging
- Nood aan aandacht
- Gevoel van eenzaamheid of leegte
- Gevoel dat niemand om hen geeft
- Stress ten gevolge van prestatiedruk
- Spijbelgedrag
- Gepest worden op school
- Wraakgevoelens tegenover anderen die niet direct geuit kunnen worden
- Angstgevoelens
- Wanhopigheid
- Gevoel van derealisatie, depersonalisatie of dissociatie
- Gevoel hebben de controle over een situatie kwijt te zijn
- Worstelen met vreselijke gedachten
- Denken een straf te verdienen
- Plezier hebben in het bang maken van anderen

- Gebruiken van drugs of overvloedig alcohol
- (Beginnen met) roken
- Ongezond eten
- Gebrek aan fysieke activiteit

Specifieke gedragskenmerken:

In geval van sociaal isolement:

- Ontwijken van vragen die te maken hebben met zelfverwondend gedrag
- Terugtrekken uit het sociale netwerk
- Voortdurend dragen van kledij die de armen en/of benen bedekt, ongeacht externe factoren zoals de temperatuur
- Moeite hebben met het deelnemen van activiteiten waarbij een welbepaald (onthullend) uniform vereist wordt
- Voortdurend dragen van opvallend dikke polsbandjes of armbanden

In geval van outgedrag:

- Tonen van of opscheppen met wonden en littekens
- Openlijk vertellen over eigen zelfverwondend gedrag
- Het uiten van zelfverwondend spelgedrag

Belangrijke levensgebeurtenissen:

- Geschiedenis van zelfmoord(pogingen) in de familie
- Zelfverwondend gedrag in de familie
- Voorkomen van Zelfverwondend gedrag in de vriendenkring
- Ruzies met leeftijdsgenoten
- De afwezigheid van sociale steun
- Recent verlies
- Verzwakken van de schoolse prestaties
- Ziektes in de kindertijd
- Ouderlijk geweld
- Fysiek en seksueel misbruik
- Problemen met hun verkering.
- Problemen met intimiteit

- Twijfels over de seksuele geaardheid

Opmerking: er wordt meermaals melding gedaan van de doodswens die oorzaak kan zijn van zelfverwondend gedrag. Binnen de definitie die deze scriptie hanteert kan dit echter niet toegevoegd worden op de signalenlijst.

