

MADE IN  
WEST-  
VLAANDEREN

**howest**

De Hogeschool West-Vlaanderen

**Bloed om rust? Detectie van vroegtijdige signalen van automutilatie bij jongeren via de online chathulpverlening binnen het CAW Ieper.**

Campus St.-Jorisstraat

**Auteur:** Shauni Pattyn

**Begeleider:** Mietje Craeynest

**Bachelorproef voorgedragen tot het behalen van  
het diploma Bachelor in de Toegepaste Psychologie**

Jaar: 2013 - 2014

## Dankwoord

Dit onderzoek zou eerst en vooral niet mogelijk geweest zijn zonder de goedkeuring van de medewerkers binnen het CAW te Ieper. Ik wil hiervoor deze organisatie bedanken en in het bijzonder Dominique Meesseman voor het nalezen en het helpen sturen van het onderzoek. Dankzij haar, Sofie Vanackere en Andy Vanstechelman werden chatgesprekken verzameld, die gebruikt werden voor het onderzoek. Ook zij worden daarvoor bedankt.

Daarnaast wil ik ook graag mijn begeleidster Mietje Craeynest bedanken die ondanks mijn vele vragen toch steeds de moeite deed om deze te beantwoorden. Dankzij haar kennis en advies werd dit onderzoek in goede banen geleid.

Als laatsten wil ik mijn zus Shelsey bedanken voor haar advies rond vormgeving van de signaalkaart en mijn vader Thierry die de hele paper grondig heeft nagelezen.

# Inhoudstafel

Dankwoord .....	1
Abstract .....	3
Algemene Situering .....	3
Inleiding .....	4
1. Automutilatie.....	4
1.1. Omschrijving.....	4
1.2. Differentiaaldiagnose .....	5
1.3. Prevalentie.....	6
1.4. Determinanten van zelfverwondend gedrag .....	9
2. Eerstelijnszorg .....	12
2.1. Omschrijving.....	12
2.2. Gebruikers van eerstelijnszorg .....	13
2.3. Psychologische eerstelijnszorg .....	14
3. Online hulpverlening .....	16
3.1. omschrijving .....	16
3.2. Onderzoek naar automutilatie in de online eerstelijnszorg.....	18
Onderzoeksdoel.....	22
Methode.....	22
1. Deelnemers .....	22
2. Meetinstrumenten .....	23
3. Procedure .....	23
4. Data analyse .....	24
Resultaten .....	25
Discussie .....	33
Referentielijst .....	37
Bijlagen .....	40
Bijlage 1: toestemmingsformulier gebruik van chatgesprekken.....	40
Bijlage 2: signaalkaart automutilatie.....	41
Bijlage 3: kernlabels met onderverdeling, ter informatie. ....	42

## **Abstract**

Het onderzoek had tot doel een signaalkaart samen te stellen met onderwerpen die, door jongeren die automutileren, vaak worden aangebracht op de chathulpverlening. In dit onderzoek ging dit specifiek over jongeren die chatten op de chat van het CAW. Deze kaart kan gebruikt worden door hulpverleners om preventief op te treden.

Heel wat onderzoekers hebben kunnen achterhalen waarom en hoe jongeren zichzelf verwonden. In het onderstaande onderzoek werd een andere wending genomen en werd er gefocust op de eerstelijns hulp (CAW) en de online hulpverlening. Langs dit kanaal werd nog geen onderzoek gedaan naar terugkerende patronen door automutilerende jongeren.

De structuur van deze bachelorproef ziet er als volgt uit: in de inleiding wordt er stilgestaan bij de definitie van automutilatie en verscheidene bestaande onderzoeken over dit onderwerp. Daarin wordt de focus gelegd op onderzoeken die bij jongeren gebeurden. In de methode wordt uitgelegd op welke manier het onderzoek werd uitgevoerd en hoe de groep deelnemers werden gekozen. De resultaten bestaat uit een uitgebreide toelichting van wat het onderzoek heeft opgebracht. Daarin worden eerst de grootste noemers besproken om te eindigen met de minst voorkomende signalen. Tenslotte wordt in de discussie over het onderzoek gereflecteerd en worden de sterktes en zwaktes van het eindproduct verduidelijkt.

## **Algemene Situering**

Automutilatie is een term waar ik doorheen mijn leven al veel mee te maken heb gehad, waardoor mijn interesse voor dit onderwerp, altijd aanwezig is geweest.

In mijn dichte omgeving kende ik mensen die in moeilijke periodes grepen naar een voorwerp om zichzelf te verwonden. Toen al had ik vragen over de redenen en de effecten van dit gedrag. Ik startte mijn opleiding aan Howest als Bachelor Toegepaste Psychologie waar automutilatie werd toegelicht tijdens de lessen. Toen ik tijdens deze opleiding stage liep in het CAW te Ieper (toen nog CAW de Papaver) werd er vaak gesproken over chatgesprekken waar jongeren het onderwerp snijden en opzettelijk pijnigen ter sprake brachten. Dit heeft me, samen met enkele collega's binnen het CAW, op het idee gebracht om daar iets mee te doen. Het zou een meerwaarde zijn voor de hulpverleners als zij in de chathulpverlening zouden

beschikken over een signaalkaart over automutilatie. Een signaalkaart is een kaart die opvallende tekenen weergeeft van jongeren die automutileren. Daarin staan uitspraken die zij vaak maken en problemen waarover velen van hen praten. Een dergelijke kaart voor suïcide bestaat al binnen het CAW. Op deze manier zouden ze mogelijks preventief kunnen optreden.

In wat volgt, gaan we eerst aan de hand van een literatuurstudie dieper in op automutilatie en online hulpverlening.

## **Inleiding**

### **1. Automutilatie**

#### **1.1. Omschrijving**

Claes en Vandereycken (2007) omschrijven automutilatie als het zichzelf opzettelijk verwonden zonder de intentie te hebben zelfmoord te plegen. Afhankelijk van hoe extreem de persoon zichzelf wonden toebrengt, heeft dit een blijvende verminking tot gevolg, of verdwijnen de wonden na verloop van tijd.

Zichzelf verwonden kan op heel wat manieren gebeuren. De vorm van automutilatie die het vaakst voorkomt is nog steeds zichzelf snijden, vaak op plaatsen waar dit voor de buitenwereld niet zichtbaar is. Zo gaat men zichzelf meestal snijden op de armen, bovenbenen, buik, schouders of heupen.

In principe kan alles wat kan snijden gebruikt worden voor het veroorzaken van wonden. Doorgaans gebeurt dit echter met glasscherven, passers of scheermesjes,... Andere manier van verwonden zijn brandwonden veroorzaakt door sigaretten, de huid openwrijven met euromunten, vuisten ergens tegenaan slaan tot het gaat bloeden, zichzelf de haren uittrekken, schadelijke stoffen innemen,... Er bestaan dus heel wat manieren waarop mensen zichzelf opzettelijk kunnen verwonden (Callens, 2007).

## 1.2. Differentiaaldiagnose

Automutilatie is niet altijd gemakkelijk te herkennen. Automutilatie dient evenwel steeds onderscheiden te worden van een poging tot zelfdoding enerzijds, en als uiting van een nagebootste stoornis anderzijds.

Wat betreft het onderscheid met zelfdoding, dient men goed voor ogen te houden dat automutilatie louter gericht is op zelfverwonding, maar niet op zelfdoding. Als mensen zichzelf verwonden, is het echter soms niet duidelijk of dit om een zelfmoordpoging gaat of louter een manier is om slechts tijdelijk aan psychische pijn te ontsnappen. In het geval van automutilatie is het belangrijk te weten dat mensen dit gedrag niet stellen om te sterven, waardoor ze zich dus ook meestal niet op gevaarlijke plaatsen zullen snijden of verwonden, zoals op de slagader. Mensen die wel de intentie hebben zelfmoord te plegen zullen zich eerder richten op kwetsbare plaatsen van hun lichaam (Demyttenaere, 2006). In het geval van het snijden van de polsen, is het onderscheid echter vaak niet duidelijk. Het is immers zo dat men erg diep in de polsen moet snijden om de polsslagader te raken, waardoor zelfmoordpogingen vaak mislukken. Wanneer iemand dan wonden op zijn/haar polsen vertoont, is het vaak moeilijk uit te maken of dit het gevolg is van zelfverwonding of van een zelfmoordpoging (Verzele, 1994).

Naast zelfdoding, dient automutilatie ook onderscheiden te worden van een nagebootste stoornis. De DSM- IV beschrijft een nagebootste stoornis als een psychische aandoening waarbij de persoon zichzelf opzettelijk verwondingen toebrengt of ziektes en lichamelijke of mentale klachten veinst met de bedoeling de aandacht van anderen te krijgen. Men stelt dit gedrag omdat ze de rol van 'zieke' op zich willen nemen (First, 2004). Het syndroom van Munchhausen is een dergelijke stoornis waarbij medische problemen geveinsd worden. In sommige gevallen brengen mensen deze verwondingen en ziektesimulatie toe bij anderen, maar steeds met het doel om de aandacht op zichzelf te vestigen. In dat laatste geval spreekt men van Munchhausen by proxy. Een voorbeeld hiervan is een moeder die haar kind verwondingen toebrengt, om naar het ziekenhuis te kunnen gaan, enkel om aandacht te krijgen (Jeffrey, 2012). Het verschil met automutilatie is in beide gevallen evenwel duidelijk: bij automutilatie willen mensen niet dat anderen hun wonden kunnen zien. Bij een nagebootste stoornis wil men net wel dat de wonden zichtbaar zijn voor anderen, omdat dit de aandacht trekt.

Een ticstoornis, zoals Het syndroom van Gilles de la Tourette, kan in sommige gevallen ook leiden tot het zichzelf verwonden. Dit verloopt dan in de vorm van dwanggedrag, zoals hoofdbonzen, op je vingers bijten of kauwen. Maar toch is in zo'n geval geen sprake van automutilatie omdat ze dit gedrag niet onder controle hebben. Het hoort bij hun stoornis (Zitman, 1992).

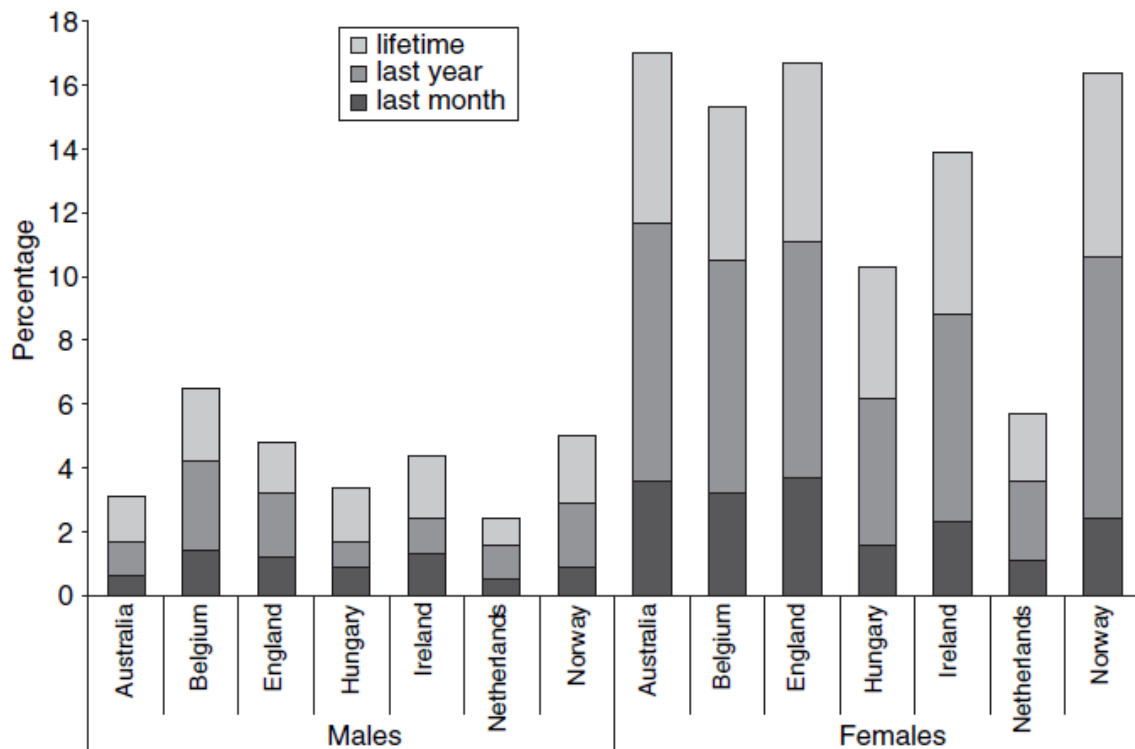
### **1.3. Prevalentie**

In 2008 deed Madge een onderzoek naar automutilatie bij jongeren in zeven verschillende landen, waaronder België. Men legde 30 476 jongeren van 15 en 16 jaar uit Australië, België, Engeland, Hongarije, Ierland, Nederland en Noorwegen op school een anonieme vragenlijst voor. Per land lieten ze 4000 jongeren deze invullen. Daarvan waren 51,3 % jongens en 48,7% meisjes. In de standaardvragenlijst stelde men vragen over zelfbeschadigend gedrag, gezondheid en levensstijl, levensgebeurtenissen en problemen, persoonlijkheid (ook persoonlijkheidsproblemen waarbij professionele hulp nodig is of was), angst en depressie, zelfvertrouwen, impulsiviteit, attitude tegenover automutilatie bij jongeren. De vragenlijst werd in een klas afgenomen door ofwel een leerkracht of een onderzoeker. Het doel van dit onderzoek was om na te gaan in welke periodes men zichzelf verwondt, om de prevalentie van automutilatie vast te stellen (zowel actie als gedachten), de gebruikte methodes na te gaan, de mate waarin de jongere dit gedrag herhaalt te kennen, redenen te achterhalen, vaststellen van de associatie met alcohol en drugs, opnames in het ziekenhuis te vernemen en om te weten te komen of andere mensen over hun verwondingen weten.

Uit dit onderzoek kon men afleiden dat 1 op de 10 jongeren zichzelf al eens opzettelijk had verwond. Er waren dubbel zoveel meisjes als jongens. Zoals je in tabel 1 kunt zien, komen deze verschillen tussen jongens en meisjes ook voor in België.

In een onderzoek van Moonen (2009) waarbij jongeren uit Utrecht tussen 12 en 25 jaar kunnen mailen over hun problemen naar de jongerenhelpdesk Pandora, krijgt men andere resultaten als het gaat over de man-vrouw verhouding. Men had 60 mails geanalyseerd, waarvan de helft meisjes en de helft jongens. Daarvan automutileerden 23 % meisjes en 29,1 % jongens. De verhouding tussen jongens en meisjes in Nederland is dus heel wat anders dan de verhouding in België. Er moet dus altijd kritisch worden gekeken naar cijfers van uit Nederland, want er kunnen altijd verschillen zijn met België.

Tabel 1

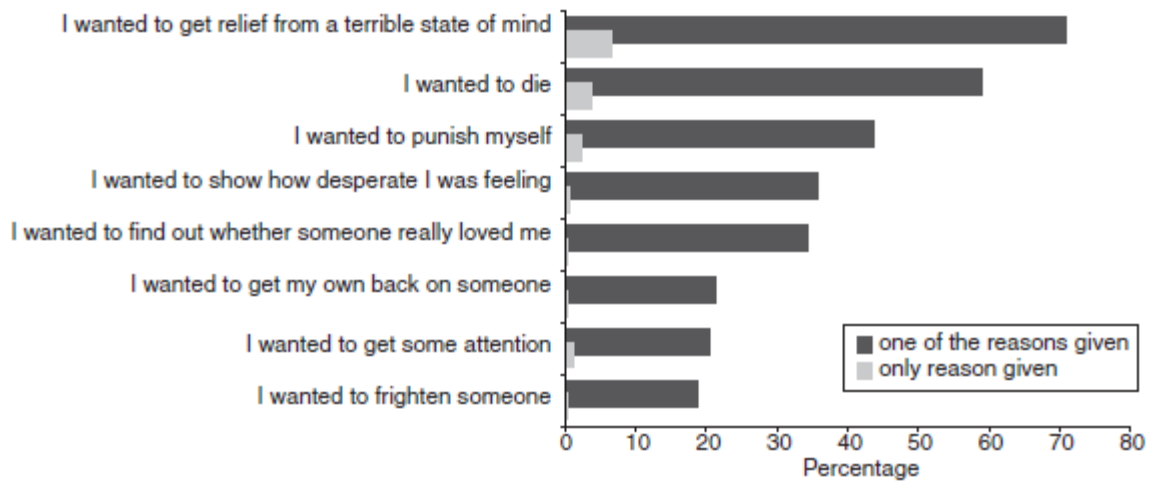


*Notitie.* Prevalentiepercentage van automutilatie bij Europese jongeren geordend volgens land en geslacht. Overgenomen uit “Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study,” Door Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., De Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., . . . (ed), 2008, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49, p. 4. Copyright 2008 bij de auteurs.

Uit het onderzoek van Madge (2008) bleek dat de voornaamste reden waarom jongeren zichzelf verwonden is om geruststelling te krijgen wanneer men zich slecht voelt (70,9 %). Deze cijfers zijn in tabel 2 te zien. De jongeren gaven aan dat ze dit gedrag stellen om zich weer beter te voelen. De tweede meest gegeven reden was om te kunnen sterven (59 %). De derde meest gegeven reden was om zichzelf te straffen (43,6 %). Andere redenen om te automutileren waren aandacht krijgen, een schreeuw om hulp uit te roepen, nagaan of de ander van hem houdt, wraak nemen of om anderen bang te maken. Bij 6,3 % van de jongeren was de enige reden om te automutileren om verlost te worden van een slecht gevoel, 3,7% om te willen sterven en 2,2 % om zichzelf te straffen. Meer vrouwen (88,3 %) gaven aan dat ze zelfbeschadigend gedrag stellen om verscheidene redenen. Bij mannen lag dat iets lager (72,6 %).



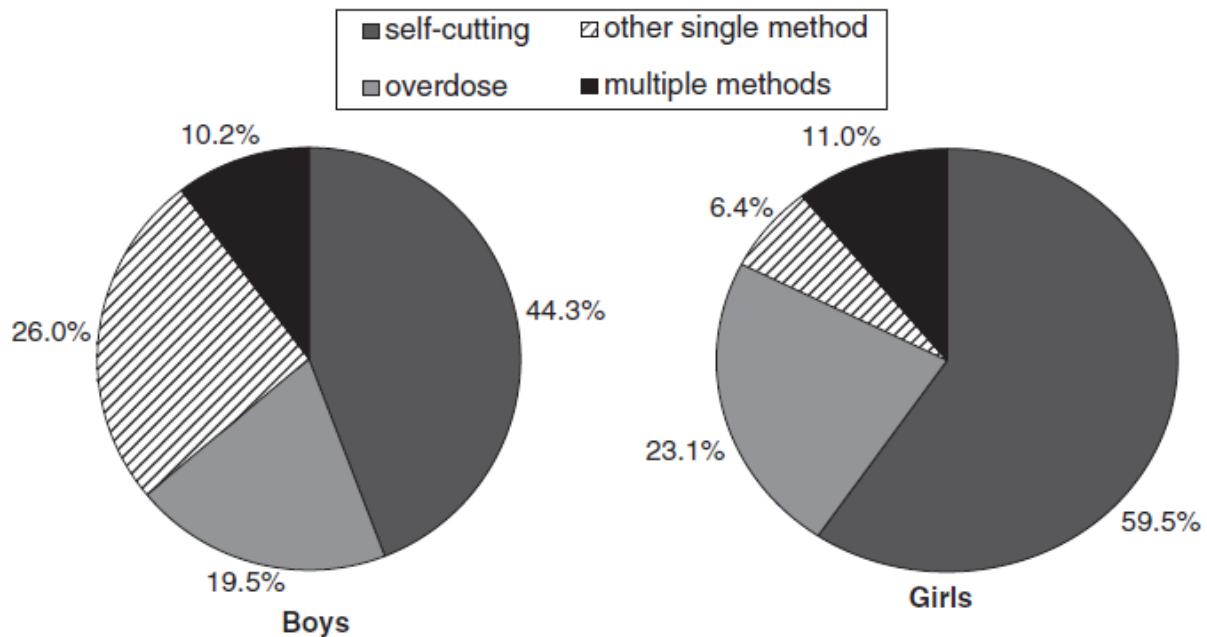
Tabel 2



*Notitie.* Overzicht van de voornaamste redenen die jongeren aangeven om te automutileren. Overgenomen uit “Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study,” Door Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., De Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., . . . (ed), 2008, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49, p. 6. Copyright 2008 bij de auteurs.

Madge (2008) onderzocht ook of er verschillen tussen de geslachten zijn in de manieren om zichzelf te verwonden. In dit onderzoek kwamen allerlei gebruikte methoden naar voor, zoals zichzelf wurgen, verstikking, elektrocutie, alcoholgebruik, zichzelf verbranden, zichzelf uithongeren, stopzetting van noodzakelijke medicatie of giftige dingen slikken, ... In tabel 3 krijg je een duidelijk beeld van de methodes die automutilerende vrouwen en mannen voornamelijk gebruiken. Zichzelf snijden is de meest gebruikte manier van opzettelijke zelfverwonding die naar voor kwam in dit onderzoek, maar komt meer voor bij meisjes (59,5 %) dan jongens (44,3 %).

Tabel 3



*Notitie.* Manieren van automutileren bij jongeren, volgens geslacht. Overgenomen uit “Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study,” Door Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., De Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., . . . (ed), 2008, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49, p. 6. Copyright 2008 bij de auteurs.

#### 1.4. Determinanten van zelfverwondend gedrag

Er zijn heel wat redenen die ertoe kunnen leiden dat een jongere ervoor kiest om zichzelf te verwonden. Volgens Claes (2007) is het vooral een samenloop van negatieve ervaringen die de jongere er toe aanzet om zichzelf te pijnigen. Daarnaast zorgen de lichamelijke veranderingen tijdens de puberteit en psychologische eigenschappen voor een kwetsbaarheid bij de jongere.

Jongeren doorlopen in hun puberteit lichamelijke, psychische en sociale veranderingen die erg ingrijpend kunnen zijn, waardoor deze periode hen extra kwetsbaar maakt voor het ontwikkelen van psychische problemen. Deze veranderingen gebeuren onder invloed van hormonen die actief worden. Het lichaam gaat zich met andere woorden vormen als voorbereiding op seksueel contact (Delfos, 1994). Jongeren moeten hieraan wennen, wat niet altijd een makkelijke taak is. Deze veranderingen kunnen dan ook verwarring, twijfels en negatieve gevoelens over de eigen identiteit en het uiterlijk met zich meebrengen. Bij

sommige jongeren kan dit uit de hand lopen en gaan zich problemen ontwikkelen, zoals het nemen van drugs, overmatig gebruik van alcohol, eetstoornissen, depressiviteit en ook zelfverwonding (Claes & Vandereyken, 2007, p. 26).

Madge (2011) onderzocht of ook psychologische karaktereigenschappen een invloed konden hebben op het wel of niet automutileren. Er werd aan 30 000 jongeren tussen 15 en 16 jaar uit 7 verschillende landen (Australië, België, Engeland, Hongarije, Ierland, Nederland en Noorwegen) op school een vragenlijst voorgelegd met 4 verschillende psychologische schalen. Er was een schaal voor angst, depressie, zelfvertrouwen en impulsiviteit. Uit dit onderzoek concludeerde Madge dat karaktereigenschappen niet noodzakelijk betekenen dat de jongere automutileert. Jongeren die met negatieve karaktereigenschappen zoals angstig zijn, depressie, en andere te maken kregen, waren enkel kwetsbaarder om zichzelf opzettelijk te verwonden. Het is dus wel belangrijk in het achterhoofd te houden dat deze eigenschappen een vergrootte kans kunnen zijn tot automutilatie.

Eén van de belangrijke psychologische eigenschappen uit dit onderzoek die kunnen bijdragen tot automutilatie, is impulsiviteit. Impulsiviteit betekent het falen bij een persoon om een impuls of verleiding te weerstaan. Deze impulsen kunnen schadelijk zijn voor het individu zelf (automutilatie) of voor anderen. Een impulsief persoon is dus iemand die niet tot staat is om zijn eigen gedrag en gedachten te controleren. Er wordt niet nagedacht voor aan iets wordt begonnen. Wanneer ze dan in contact komen met een conflict tussen onmiddellijke positieve gevolgen en toekomstige negatieve gevolgen, kiezen deze voor het directe voordeel. Ze gaan dus sneller risicogedrag vertonen doordat ze niet kunnen nadenken over de consequenties (Goosensen, 2006). Jongeren die impulsief zijn gaan zichzelf sneller verwonden door een opwelling van het moment, maar staan niet stil bij de gevolgen. Impulsiviteit is een kenmerk van een borderline persoonlijkheidsstoornis, waardoor deze psychologische eigenschap zich in de volwassen leeftijd kan ontwikkelen tot een dergelijke persoonlijkheidsstoornis. Een impulsief persoon is niet noodzakelijk iemand met deze stoornis (Claes, 2007). Deze stoornis omvat ook stemmingswisselingen, zelfverwonding en de aanwezigheid van impulsiviteit (Krijnen, 2000).

Een andere psychologische eigenschap die vaak bijbrengt tot automutileren, is het hebben van een negatief zelfbeeld en weinig zelfvertrouwen. Een negatief zelfbeeld kan vanuit persoonlijke factoren of sociale factoren tot stand komen of aanwezig blijven. Persoonlijke factoren houden in dat de jongere een negatief zelfbeeld heeft over zichzelf, zoals aanhoudende twijfels, zwart-wit denken, hoge eisen stellen aan zichzelf, gedachten lezen van

anderen. Dit betekent dat de jongere denkt te weten wat een ander denkt. Hiermee ontwikkelt de jongere denkfouten. Sociale factoren zijn omstandigheden waaraan de jongere zelf niet meteen iets kan doen. Zoals misbruik (zowel emotioneel, lichamelijk als seksueel) en verwaarlozing.

Uit ditzelfde onderzoek van Madge (2011) werd ook nagegaan wat de invloed van negatieve of stressvolle gebeurtenissen was. Om deze gebeurtenissen te bevragen, kregen de jongeren 20 vragen over de afgelopen 12 maanden. Daarin werd naar negatieve gebeurtenissen gepeild bij vrienden, familie, ouders, serieuze ziektes in de omgeving, sterfte van een dierbaar iemand, pesten, schoolproblemen,... Declercq (2009) beschreef enkele negatieve gebeurtenissen die vaak voorkomen bij mensen die automutileren of die er de oorzaak van kunnen zijn. Ten eerste kunnen pesterijen de jongere een slecht gevoel geven waardoor hij een ontlading nodig heeft om van deze negatieve gevoelens af te geraken. Deze ontlading kan gebeuren in de vorm van automutilatie. In het gezin kunnen ook allerlei gebeurtenissen zorgen voor een nood aan ontlading, zoals verwaarlozing, de schuld krijgen voor bepaalde problemen of getuige of zelf slachtoffer zijn van fysiek geweld en/of seksueel misbruik. Bij deze laatste voelt de jongere zich vaak schuldig en durft hij/zij er met niemand over te praten (Declercq, 2009). Jongeren komen dikwijls in contact met hevige emoties, zoals walging, woede, angst en schuldgevoelens. Daarbij zien we een verschil tussen vrouwen en mannen. Vooreerst komen vrouwen vaker in contact met seksueel misbruik dan mannen. Daarnaast vinden ze het doorgaans moeilijker om met de ermee gepaard gaande hevige emoties naar buiten te komen. In de plaats daarvan richten ze die sneller op zichzelf in de vorm van automutilatie, vanuit de nood om zichzelf te straffen of om tijdelijk verlost te geraken van negatieve gevoelens. Mannen daarentegen, richten die hevige emoties vaker naar de buitenwereld dan zichzelf (Moonen, 2009). Madge concludeerde uit zijn onderzoek dat deze negatieve gebeurtenissen doorheen het leven van een jongere niet noodzakelijk een oorzaak zijn tot zelfverwonding, maar dat het wel kwetsbaarheden zijn die dit gedrag kunnen veroorzaken.

Callens (2007) besluit dat er bepaalde redenen zijn waarom jongeren automutileren. Als de vraag zou gesteld worden aan een grote groep jongeren die automutileren of aan hulpverleners wat zelfverwonding betekent of welk effect het heeft, dan zouden er enkele grote noemers naar boven komen. Daaronder wordt begrepen dat ze dit gedrag stellen om te kunnen ontsnappen aan negatieve gedachten, om deze weg te duwen of zichzelf te kalmeren. Andere mogelijke effecten zijn het kwijt geraken van spanning en uiten van kwade gevoelens, psychische pijn omzetten in fysieke pijn of om zichzelf te straffen. Een andere mogelijkheid is

voor het verkrijgen van aandacht, al behoort deze groep tot de minderheid. Mensen met een lage zelfwaarde, kunnen dit gedrag stellen om zich trots te voelen. In dat geval hebben ze het gevoel dat ze ook iets durven wat anderen misschien helemaal niet durven, en dat kan voldoening geven. Het kan ook een poging zijn om erbij te horen. Als een groep jongeren zichzelf snijdt, kan het gebeuren dat een jongere met een lage zelfwaarde zich ook begint te snijden om er bij te horen. Dit laatste komt wel minder vaak voor. De hoofdreden waarom jongeren dit gedrag stellen blijft nog steeds om te kunnen ontsnappen aan negatieve gevoelens en om psychische pijn te verdrijven.

Volgens Callens (2007) willen sommige jongeren bij automutilatie de door automutilatie teweeggebrachte pijn bewust voelen. Een deel van de jongeren geeft aan dat ze de pijn haast niet voelen. Pijn zorgt namelijk voor het vrijkomen van endorfines, waardoor je lichaam een beetje verdoofd wordt en je de lichamelijke pijn iets minder voelt. Dit weerhoudt niet dat je wel degelijk pijn voelt.

Opvallend is dat automutilatie belonend werkt. Het belonende effect is toe schrijven aan het feit dat de psychische pijn verdwijnt. Op die manier geeft het gedrag een zekere mate van voldoening, genot of een kick. In dat belonende effect zit precies het gevaar dat het automutileren voortgezet wordt. In sommige gevallen kan dit een gewoonte worden of zelfs een verslaving. Eens iemand zich in dit stadium bevindt is het vaak moeilijk dit gedrag af te leren (Claes, 2007).

## **2. Eerstelijnszorg**

### **2.1. Omschrijving**

Automutilatie is een problematiek die vaak voorkomt in de hulpverlening. In de hulpverlening bestaan er gradaties afhankelijk van hoe ernstig de hulpvraag van de cliënt is. Deze worden geschetst aan de hand van lijnen, die lopen van de nulde lijn tot de derde lijn.

De laagst mogelijke manier van inschakelen van zorg is de nulde lijn, die gekend staat als mantelzorg. Dit is de meest voorkomende vorm van zorg die wordt gegeven in Vlaanderen. Deze zorg wordt uitgevoerd door een familielid of iemand die erg dicht staat bij de zorgbehoevende persoon. Pas wanneer deze zorg niet meer genoeg is of niet mogelijk is, wordt de stap naar de eerstelijnszorg gezet (Bakker, 2000).

Nouws (2009) beschrijft de eerstelijnszorg als iedere niet-gespecialiseerde en vrij toegankelijke voorziening of organisatie in de gezondheidssector en hulpverlening. Ook de huisarts speelt hier een centrale rol in. Het is dus de eerste stap naar hulp die gegeven wordt door een deskundige. Voorbeelden van instanties die tot de eerstelijnszorg behoren, zijn de huisarts en de apotheker, ergotherapeuten, diëtisten, verloskundigen, psychologen, tandartsen,...

Er wordt tweedelijnszorg ingeschakeld wanneer de hulpverleners uit de eerstelijnszorg de cliënt niet genoeg kunnen helpen, omwille van een te ernstige problematiek. De GGZ is een voorbeeld van een instantie die tweedelijnszorg biedt.

Met de derdelijnszorg wordt bedoeld dat gespecialiseerde centra ingeschakeld worden om de zorg voor de cliënt op zich te nemen. Een voorbeeld hiervan is UZ Gent. Derdelijnszorg is zorg die wordt geraadpleegd als iedere andere vorm van hulp niet meer helpt (Van der Burgt, 2005).

De zorgvraag naar eerstehulpverlening neemt met de jaren toe en ook het aanbod ontwikkelt zich verder (Rivm, 2005). Daarbij rijst de vraag, wie raadpleegt deze zorg?

## **2.2. Gebruikers van eerstelijnszorg**

Forrest (2001) voerde een onderzoek uit bij 78 107 mensen uit Amerika en Canada. Er werd nagegaan wat de leeftijd en het geslacht was van de cliënten bij een eerste bezoek aan de eerstelijnszorg. De groep tussen 18 en 44 jaar bleek de groep te zijn waarbij de meeste mensen voor de eerste maal gebruik maken van de eerstelijnszorg (28,1 %). Bij de jongeren tussen 11 en 17 jaar zijn er weinig die voor de eerste maal gebruik maken van deze vorm van zorg (6,9 %). De gemiddelde leeftijd die voor de eerste maal gebruik maakt van de eerstelijnszorg is 36,3 jaar. Vrouwen (57,5 %) zetten iets meer dan de mannen (42,5 %) de stap naar hulpverlening. Meestal gaat dit om medische problemen (69,1 %) gevolgd door de vraag naar operaties (25,1 %). De vraag om andere hulp ligt heel wat lager met 5,8 %.

In ditzelfde onderzoek van Forrest (2001) werd ook onderzocht hoeveel bezoeken nodig zijn om het probleem van de cliënt op te lossen bij een hulpverlener uit de eerstelijnszorg. Over het algemeen hebben cliënten 4,1 bezoeken nodig aan de hulpverlener. Diegene die de minste bezoeken nodig hebben, zijn cliënten tussen 0 en 10 jaar (2,1 bezoeken). De cliënten tussen 45 en 64 jaar hebben de meeste bezoeken nodig (5,0 bezoeken). Mannen (4,5 bezoeken)

brengen meer bezoeken aan de eerstelijnszorg om van een klacht of probleem af te geraken dan vrouwen (3,9 bezoeken). Meestal is er een hoge comorbiditeit aanwezig. Bij 7,3 % bezoeken van een cliënt is dit het geval. Dit betekent dat meerdere zaken aan de hand zijn bij de cliënt, het gaat niet om een enkele klacht, maar om een samenhang tussen klachten. 2,2 % van de bezoeken gaat om lage comorbiditeit en bij 2,9 van de bezoeken hangt het zowat tussen lage en hoge comorbiditeit. De bezoeken van een cliënt gaan eerder om operaties (5,8 %) dan om medische aandoeningen (3,1 %).

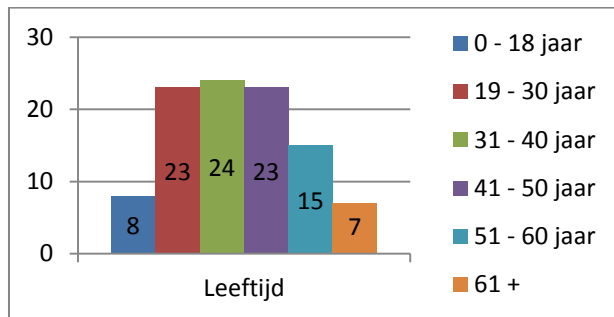
Deze cijfers zijn niet erg recent meer en komen uit Amerika. Belgische cijfers hierover zijn niet aanwezig, dus daarover kunnen geen gegevens worden geraadpleegd. Er kunnen dus wel verschillen zijn tussen België en Amerika, wat betekent dat er kritisch gekeken moet worden naar deze gegevens.

### **2.3. Psychologische eerstelijnszorg**

Verhaak (2011) bevroeg 664 Nederlandse eerstelijnspsychologen inzake de kenmerken van cliënten die zich bij hen hadden aangemeld in 2009. Psychologische eerstelijnszorg gebeurt vaak in samenwerking met de huisarts van de cliënt, en is doorgaans kortdurend. Uit de resultaten kwam naar voren dat ongeveer tweederde van de cliënten vrouw is (65 %). Cliënten tussen 31 en 40 jaar zijn in de meerderheid bij de vraag naar hulp. Mensen die gehuwd zijn of samenwonen (57 %) raadplegen ook meer de psychologische eerstelijnszorg dan mensen die ongehuwd zijn (31 %), mensen die gescheiden zijn (10 %) en mensen die verweduwd zijn (2 %). Daarnaast is er ook een verschil inzake het opleidingsniveau van de cliënten: cliënten met een midden diploma (40 %) zijn eerder geneigd hulp in te schakelen dan mensen met een laag diploma (25 %) en mensen met een hoog diploma (35 %). Mensen die werken met een loondienst raadplegen sneller hulp (56 %), gevolgd door werklozen (19 %) en schoolgaanden (14 %). Als we kijken naar het land van herkomst, dan zijn ook daar heel wat verschillen op te tekenen. Autochtone mensen uit Nederland raadplegen eerstelijns hulp heel frequent met 92 %, terwijl Nederlandse allochtonen dat slechts in 8 % van de gevallen doen.

Tabel 4

Leeftijd van cliënten die eerstelijns hulp raadplegen.



De aanmeldingsklachten zijn hoofdzakelijk interpersoonlijke problemen (23 %) gevolgd door aanpassings- of verwerkingsproblemen (21%). Andere veel aangegeven problemen zijn stemmingsproblematieken, zoals depressie (13 %) en angsten (12 %).

Verhaak (2011) concludeerde dat psychologische eerstelijnszorg over het algemeen wel een verbetering brengt bij de cliënt. Bij de meesten is deze behandeling afgesloten na 8 of minder sessies, wat relatief snel is. Van alle aanmeldingsklachten hebben werk- en studieproblemen en aanpassings- en verwerkingsproblemen de beste prognose. Dit gaat om problemen die niet als psychiatrisch probleem worden erkend en dus niet vanuit de DSM-IV (of -V) worden bekeken. Toch zijn deze problemen belangrijk om op te volgen zodat ze niet tot meer ziekteverzuim of huisartsbezoeken zouden leiden. Bij problemen die wel vanuit de DSM-IV of DSM-V kunnen worden bekeken, ziet men ook wel verbetering bij een behandeling in de eerstelijnszorg, maar toch gebeurt het bij dergelijke problemen vaker dat deze cliënten worden doorverwezen. Voorbeelden hiervan zijn stemmingsproblemen zoals angst en depressie en verslavingsproblematieken. Deze problemen worden eerst aangepakt in de eerstelijnszorg, om met de meest laagdrempelige zorg te beginnen. Pas als deze behandeling niet helpt wordt deze cliënt verwezen naar een specialistische setting.

De gegevens uit dit onderzoek komen uit Nederland, waardoor er dus wel met enige kritische blik naar gekeken moet worden. Belgische cijfers hierover zijn niet bekend. Over automutilatie zijn geen specifieke cijfers te vinden, er wordt meer gefocust op overkoepelende problemen uit de eerstelijnszorg.



## 3. Online hulpverlening

### 3.1. omschrijving

Een opkomend aanbod van eerstelijnszorg is de online hulpverlening. Online hulpverlening houdt in dat psychische hulp wordt aangeboden door een hulpverlener via het internet.

Vaak gebruikt men verschillende benamingen voor online hulpverlening. Veel gebruikte verwijzingen zijn e-Health of e-hulp. Nikken (2007) omschrijft dit begrip als het bieden van informatie, ondersteuning en advies via het internet op vlak van welzijn, zorg, preventie, behandeling of nazorg.

Online hulp kan op verscheidene manieren worden doorlopen. De hulpzoeker kan via een discussieforum hulp vragen aan andere lotgenoten, er kan via e-mail contact gehouden worden met een hulpverlener of er kan gechat worden met een hulpverlener. Voor sommigen is informatie opzoeken via internet al genoeg (Nikken, 2007).

De voordelen van online hulpverlening zijn uitgebreid, zowel voor de hulpverlener als voor de hulpvrager: online hulpverlening komt tegemoet aan de verbetering en toegankelijkheid van de zorg en wordt gezien als een oplossing voor de groeiende zorgvraag door hulpbehoevenden. Er kunnen meer cliënten behandeld worden via internet, doordat deze meestal sneller kunnen worden afgerond.

Voor de hulpverlener is de chat voordelig doordat men meer tijd krijgt om moeilijke hulpvragen te beantwoorden (Nikken, 2007). Voor de cliënt is het een manier om sneller hulp te durven vragen, aangezien online hulpverlening veel laagdrempeliger is dan face-to-face hulpverlening (van Deth, 2007).

Uit het onderzoek van Verhaak (2011) dat eerder werd besproken, kwam naar voor dat jongeren tot 18 jaar in de minderheid zijn voor het raadplegen van face-to-face hulpverlening. Eén van de redenen hiervoor is dat face-to-face hulpverlening vooral voor hen een stap is die ze moeilijk zetten. Door de laagdrempeligheid van de chat is hulp vragen voor hen minder beangstigend. Bovendien zijn de huidige jongeren erg vertrouwd met internet en hebben ze er erg gemakkelijk toegang tot. Ze zijn geboren in een wereld vol elektronica en kunnen er dus

doorgaans goed mee overweg. De meesten hebben thuis een computer ter beschikking en wanneer dit niet het geval is, dan kunnen ze terecht in de bibliotheek, bij vrienden, op school of op andere plaatsen. Momenteel kun je zelfs op je gsm of smartphone al internet raadplegen.

Naast laagdrempeligheid, is online hulpverlening ook erg toegankelijk. Vooreerst hoeft de cliënt het huis niet uit. Jongeren willen niet altijd dat hun ouders weten dat ze hulp raadplegen. Als ze het huis verlaten gaat dit vaak moeilijk zonder de ouders in te lichten waar ze heen gaan, ofwel zou de jongere al moeten liegen. Dat je gewoon van thuis uit hulp kunt raadplegen kan voor de jongere dus een groot voordeel zijn. Een tweede vorm van toegankelijkheid betreft het feit dat online hulpverlening vaak 24 op 24 raadpleegbaar is. Dit is handig doordat de hulpbehoevende de hulp kan raadplegen wanneer de persoon deze het hardst nodig heeft.

De anonimiteit van de online hulpverlening draagt op zich al enkele voordelen met zich mee. Het kan een veiligheidsgevoel brengen bij de jongere. In sommige gevallen kun je eventueel je leeftijd en naam invullen, maar dan nog vul je in wat je wilt en hoef je niet eerlijk te zijn. Er zit niet iemand fysiek voor je die je kunt zien en horen, waardoor jongeren sneller open zijn over zichzelf. Dat zorgt er voor dat er soms sneller een oplossing gevonden kan worden, want problemen en gevoelens worden door de cliënt sneller benoemd. Naast het feit dat de anonimiteit zorgt voor meer openheid, wordt ook een andere doelgroep bereikt. De veiligheid van de chatruimte zorgt er voor dat mensen die zich schamen voor hun probleem of vragen er toch ergens over kunnen praten. Wanneer er echt een hulpverlener voor hen zit, klappen ze toe of durven ze dit probleem niet te bespreken. Online hulpverlening biedt voor deze mensen een alternatieve oplossing.

Doordat de hulpverlener en de cliënt elkaar niet zien, is er ook geen kans op statusverschil. Er worden minder snel vooroordelen gemaakt. De hulpverlener kan niet oordelen op basis van kledij, geur, uiterlijk, want hij kan de cliënt niet zien (Schalken, 2010).

Anderen vinden het een heel gedoe om bij een hulpverlener te komen. Ze moeten vrij nemen van het werk en in sommige gevallen is er een verwijfsbrief nodig van de huisarts. Dit is een hoge drempel waarover ze heen moeten. Via het internet moeten ze al deze regelingen niet treffen om hulp te zoeken. Een groep die zich hierbij aansluit, zijn de mensen die minder mobiel zijn of een auditieve beperking hebben. Via online hulpverlening kan hulp zoeken vergemakkelijkt worden.

Naast de voordelen zijn er echter ook wel enkele belangrijke nadelen verbonden aan online hulpverlening. Zo gaat het non-verbale aspect verloren. Je kunt geen intonatie en pauzes van de stem horen, of gezichtsuitdrukkingen en de houding en motoriek van de cliënt zien. De hulpverlener kan hier dus niet op ingaan. Hierdoor is het soms moeilijker om de ernst van de situatie in te schatten.

Omwille van de anonimiteit is het voor de hulpverlener bovendien moeilijker om in te grijpen bij levensbedreigende situaties (Nikken, 2007).

Tenslotte kunnen af en toe technische storingen optreden die de online hulpverlening kunnen verhinderen waardoor deze niet vlot verloopt. Daardoor kunnen misverstanden ontstaan (Schalken, 2010).

### **3.2. Onderzoek naar automutilatie in de online eerstelijnszorg.**

Mitchel (2007) onderzocht of Noord-Amerikaanse jongeren die automutileren een typisch gedrag stellen op het internet. Daarvoor ging ze bij 1500 10- tot 17-jarigen gedurende drie maanden hun internetgebruik na. Dit werd gedaan via telefoongesprekken. Tijdens een dergelijk gesprek werd nagegaan in welke mate de jongeren zichzelf opzettelijk verwonden en op welke manier ze internet gebruikten. Daaruit bleek dat jongeren die in de laatste zes maanden aan automutilatie deden meer dan andere jongeren een seksueel-geïntereerd chatnaam gebruikten tijdens het online praten met anderen, en/of ook meer (35 %) dan anderen (5 %) met bekenden over een seksueel onderwerp spraken. Het viel ook op dat de jongeren die automutileerden meer (57 %) gebruik maken van chatruimtes dan jongeren die zichzelf niet verwonden (29 %). Er was nauwelijks een verschil tussen chatters die chatten met bekende mensen en chatters die chatten met onbekenden. Wel gingen jongeren die zichzelf verwonden sneller een hechte relatie aan met iemand die ze online hadden ontmoet (38 %) dan jongeren die dit gedrag niet stelden (10 %). Zo'n 76 % procent van de automutilerende jongeren maakte hun zelf verwondend gedrag via de chat aan anderen bekend.

Op internet zijn ook zelfhulpgroepen aanwezig voor mensen die aan automutilatie doen. In zo'n groep wordt elke deelnemer als gelijke gezien en steunen en helpen ze elkaar doorheen de moeilijkheden. Het is een veilige omgeving waar iedereen elkaar accepteert en waar je open je gevoelens kunt delen. Smith (2003) ging na in welke mate deze groepen een hulp kunnen zijn voor jongeren die automutileren. Om een groot aantal mensen te bereiken, werd vooreerst een vragenlijst gebruikt. Om dieper op bepaalde onderwerpen in te gaan, werd

vervolgens een klein aantal mensen geïnterviewd. De vragenlijst bestond uit twee delen. Het eerste deel was voor mensen die onlangs een zelfhulpgroep hadden bijgewoond. Het tweede deel was voor mensen die ooit al eens een zelfhulpgroep hadden bijgewoond, maar daar nu geen deel meer van uitmaakten. In beide delen kwamen dezelfde vragen naar voor, maar deel twee had nog een extra vraag die de redenen voor het verlaten van de zelfhulpgroep bevroeg. De vragen in de vragenlijst waren meerkeuzevragen waarbij ze een antwoord moesten aankruisen. Er werden 45 vragenlijsten verzonden waarvan er 34 ingevuld werden teruggezonden. Uit deze kandidaten werd een selectie gemaakt van 12 personen. Om financiële en afstandsredenen werden de interviews via telefoon afgenomen.

Uit de vragenlijsten kwam naar voren dat 22 van de 34 kandidaten tot een zelfhulpgroep behoorde. Een groep van 11 kandidaten had ooit een dergelijke groep geraadpleegd en een kandidaat zat in een zelfhulpgroep maar die had niet specifiek betrekking op automutilatie. De meest gegeven reden voor het raadplegen van een zelfhulpgroep rond automutilatie was voor het vinden van steun bij anderen. Andere veel gegeven redenen waren om zich minder geïsoleerd te voelen en om bij mensen te zijn die ook aan zelfverwonding deden.

Naast de motieven werd ook onderzocht welk effect het bezoeken van deze websites nu precies had op de individuen. De meest gegeven reden was dat ze zich er minder door geïsoleerd voelden. De deelnemers gaven aan dat het veilig voelt om te praten en dat ze zich bovendien geaccepteerd voelden. Andere redenen waren het vinden van nieuwe vrienden en het krijgen van steun die ze ergens anders niet verkregen.

Uit deze resultaten blijkt dat deze websites tot iets goeds kunnen bijdragen voor deze mensen die deelnamen aan het onderzoek. Ze voelen zich er over het algemeen begrepen en comfortabel (Smith, 2003).

Het bestaande onderzoek richt zich vooral tot zelfhulpgroepen. Voor zover geweten is er geen onderzoek gepubliceerd over de effecten van andere vormen van online hulpverlening in het algemeen, en via chatsessies in het bijzonder.

Het CAW (Centrum Algemeen Welzijnsdienst) is een setting in de eerstelijnszorg waar iedereen terecht kan met zijn vragen voor advies, hulp, begeleiding,... Mensen worden ontvangen in het onthaal waar het probleem wordt verkend en dan, indien gewenst door de cliënt, doorverwezen naar een geschikte begeleider. Deze verwijzing is mogelijk binnen het

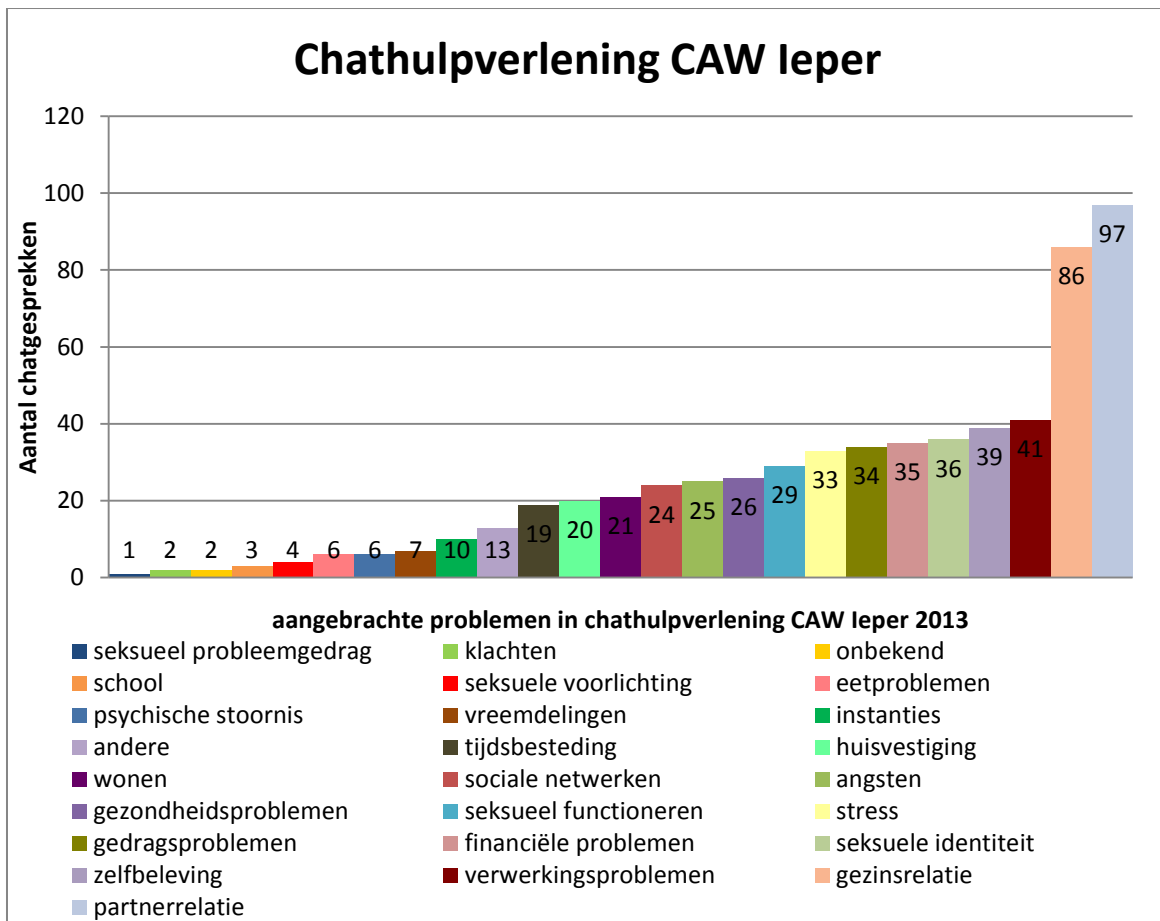
CAW als de hulp geboden kan worden vanuit eerstelijnszorg. Zoniet, dan wordt doorverwezen naar een tweedelijnsdienst of een gespecialiseerde dienst voor het probleem.

In de meeste CAW's wordt, naast fysieke contacten, ook aan hulpverlening gedaan via een chatprogramma. Eén programma richt zich op volwassenen en een ander richt zich op jongeren. Zij kunnen zich aanmelden op de chat en indien gewenst kunnen ze een naam, leeftijd en woonplaats opgeven. Dit is niet verplicht, dus de keuze voor anonimiteit ligt bij de hulpvrager. Als hulpverlener kan het IP-adres van de cliënt geraadpleegd worden, maar dat wordt alleen genoteerd in noodgevallen, zoals bij dreiging tot zelfmoord. De jongeren kunnen in de werkweek chatten tot 19u 's avonds en op maandag tot 20u. De hulpverlener verkent het probleem en gaat dan samen met de jongere op zoek naar oplossingen voor het probleem. Het is steeds de bedoeling om de jongere verder te helpen, zodat hij iets aan het gesprek heeft gehad.

Elk jaar houdt het CAW te Ieper bij wat de inhoud van de problematieken uit de chatgesprekken waren. Telkens wanneer een chatgesprek wordt afgerond door een hulpverlener, wordt een registratieformulier ingevuld met de aangebrachte problematieken. Meestal komt wel meer dan één problematiek naar boven in een gesprek. In dat geval worden alle respectievelijke categorieën aangevinkt. Eerst en vooral dient men dan de hoofdproblematieken aan te klikken, waarna er vervolgens nog een onderverdeling te zien is, zodat de hulpverlener specifieker kan aanklikken wat de inhoud van het gesprek was.

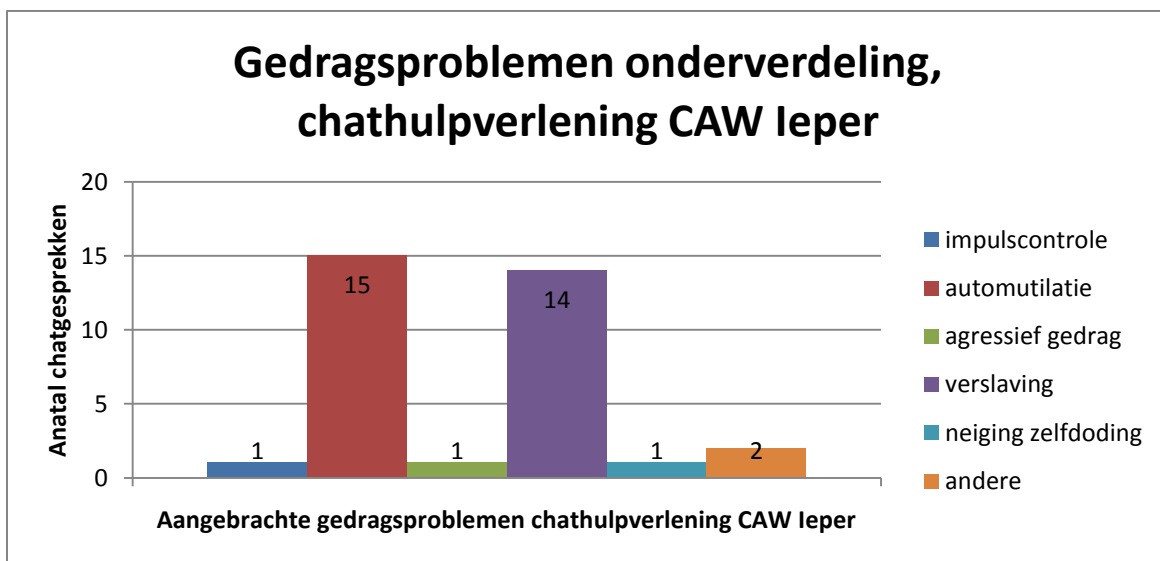
Ook in 2013 werden deze gegevens bijgehouden in een registratieprogramma. Tabel 5 biedt een overzicht van alle hoofdproblematieken en hoe vaak deze voorkwamen in 2013. Daaruit blijkt dat van de 619 geregistreerde onderwerpen die besproken werden gezins- (86) en partnerrelaties (97) de meest voorkomende zijn. Er waren 34 personen die het onderwerp gedragsproblemen hebben aangebracht. Binnen deze categorie, kunnen nog enkele onderverdelingen worden gemaakt, waaronder ook automutilatie. In tabel 6 is duidelijk te zien dat automutilatie het meest voorkomende gespreksonderwerp is binnen de gedragsproblemen, gevolgd door de verslavingsproblematieken.

Tabel 5



Notitie: aantal chatgesprekken per aangebracht probleem in de chathulpverlening in CAW te Ieper van 2013.

Tabel 6



Notitie: Aangebrachte gedragsproblemen in de chathulpverlening CAW Ieper 2013.

## Onderzoeksdoel

Er werd al heel wat onderzoek gevoerd naar het thema automutilatie. Veel van deze onderzoeken richten zich op de oorzaken die jongeren tot dit gedrag aanzetten. Sommige onderzoeken gaan na op welke manieren de jongeren zichzelf verwonden of richten zich op verschillen tussen mannen en vrouwen. Vanuit het CAW te Ieper kwam de vraag welke signalen in de chatgesprekken kunnen duiden op automutilatie of op een mogelijkheid tot automutileren. Met deze gegevens kan een signaalkaart aangemaakt worden. Als de hulpverleners deze kaart bij zich kunnen houden of altijd kunnen raadplegen, dan kan er ook op een preventieve manier gewerkt worden. Wat valt op, waar moet op gelet worden tijdens de chatgesprekken? Wat zijn tekenen die mogelijks een signaal van zelfverwonding zijn? Dit zijn vragen die de aanzet geworden zijn van dit onderzoek.

Er werd onderzoek gedaan naar signalen bij automutilerende jongeren op de chathulpverlening in de regio Ieper aan de hand van een inhoudsanalyse. In dit onderzoek werden de problemen bijgehouden waarover de jongeren praatten en verder werd gelet op welke emoties ze zelf verwoorden en opvallende terugkomende patronen. De resultaten van de analyse worden verderop besproken.

## Methode

### 1. Deelnemers

Dit onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met het CAW te Ieper. Chatgesprekken van 12 jongeren werden tijdens een periode van 5 maanden verzameld door 4 chattende hulpverleners binnen het CAW. Zij waren in deze gesprekken zelf de chattende hulpverlener. Dit waren 3 hulpverleners die het statuut van sociaal werker droegen en 1 stagiaire Toegepaste Psychologie. De 3 hulpverleners uit het CAW waren sociaal werkers, waarvan 2 vrouwen (59 en 30 jaar) en 1 man (35 jaar). De stagiaire volgde stage in het Onthaal en was zelf 21 jaar. Vanuit het CAW moet een opleiding tot chathulpverlening gevolgd worden voor daadwerkelijk gechat mag worden. Alle 3 deze hulpverleners hadden dan ook deze opleiding gevolgd om daarvoor de toestemming te krijgen. De stagiaire chatte onder begeleiding van de mannelijke hulpverlener, maar genoot geen opleiding. Er werd door een medewerker binnen

het CAW toestemming verleend om de chatgesprekken te gebruiken voor dit onderzoek door middel van een informed consent die in de bijlagen staat (bijlage 1).

De jongeren bevonden zich tussen de leeftijd van 12 tot 18 jaar en waren allemaal afkomstig uit regio Ieper. Het waren voornamelijk meisjes, slechts één van de 12 chatters was een jongen.

## **2. Meetinstrumenten**

Voor het onderzoek werd geopteerd voor een documentenstudie, waarbij de transcripten van de chatsessies als document in het onderzoek werden opgenomen. De chatsessies draaien op Livecom, een programma dat binnen het CAW wordt gebruikt om als hulpverlener met hulpvragers te chatten.

De chatgesprekken werden geanalyseerd aan de hand van inhoudsanalyse om terugkerende patronen op te sporen en opvallende signalen op te vangen. Op deze manier kan worden nagegaan of een rode draad te vinden is doorheen de verschillende chatgesprekken. Zijn er gelijkenissen tussen de verschillende jongeren?

## **3. Procedure**

In dit onderzoek werd niet rechtstreeks met deelnemers gewerkt, maar met getypte documenten, namelijk chatgesprekken. De chatgesprekken rond automutilatie die in het CAW werden afgerond, werden in de periode oktober 2013 tot eind februari 2014 bijgehouden. Tijdens deze periode werden in totaal 12 chatgesprekken over dit onderwerp verzameld, door drie verschillende hulpverleners uit het CAW te Ieper. Deze chatgesprekken werden allemaal voor het onderzoek gebruikt. Het was de bedoeling 12 chatgesprekken lukraak te trekken uit de beschikbare gesprekken, maar door gebrek aan gesprekken rond automutilatie, werden de 12 aanwezige gesprekken gebruikt. Er werd dus niet volgens een bepaald criterium gewerkt.

Met toestemming van de Kinderrechtentelefoon mogen de chatgesprekken bekend gemaakt worden zolang deze worden geanonimiseerd. Uit de chatgesprekken werden de woonplaats, naam en andere demografische gegevens verwijderd. Leeftijd mocht wel nog bekend blijven. Vooraf werd wel gecontroleerd of de jongeren effectief de gewenste leeftijd hadden voor het onderzoek en of ze uit de regio Ieper aanwezig waren en daarna werden deze gegevens verwijderd uit het chatgesprek.



## 4. Data analyse

De 12 chatgesprekken die werden weerhouden, werden enkele keren grondig doorgenomen, zodat de onderzoeker vertrouwd werd met de inhoud ervan. Daarna werden ze overgetypt in Excel, omdat de meeste chatgesprekken afgedrukt bijgehouden werden door de hulpverleners en niet meer digitaal beschikbaar waren. De gesprekken die wel digitaal te vinden waren, werden door middel van knippen en plakken in Excel geplaatst. In lijn met de privacyrichtlijnen van de Kinderrechtentelefoon werden de niet-relevante persoonlijke gegevens van de jongere weggelaten. Deze richtlijnen werden telefonisch besproken (Van den Acker, 2006).

De inhoudsanalyse werd gestart met het fragmenteren van de teksten. Dit proces startte reeds bij het overtypen van de chatgesprekken. Daarbij werd ieder stukje tekst dat met een ander onderwerp te maken had, in een ander fragment opgedeeld. Tijdens het fragmenteren kun je al bepaalde patronen waarnemen die belangrijk zijn voor het onderzoek (Mac Dougall, 2007). Bij de meeste van de chatgesprekken werd het gesprek opgedeeld in meer dan 30 fragmenten, uitgezonderd bij twee van de gesprekken waren er slechts tot 12 of minder fragmenten. Dit waren gesprekken die niet werden afgerond, maar door de jongere abrupt werden afgesloten. Dit kan mogelijks door internetproblemen veroorzaakt zijn, maar de precieze redenen zijn verder niet bekend.

Om de interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid van dit fragmenteringsproces te waarborgen werden de in fragmenten opgedeelde chatgesprekken afgedrukt en nagelezen door een controlepersoon uit het CAW. Deze persoon heeft de meeste ervaring in het CAW en is één van de hulpverleners die chatgesprekken verzamelde voor het onderzoek. Samen met haar werd de onderzoeksvraag opgesteld.

Nadat ieder fragment op punt stond, werden ruwe labels toegekend aan elk individueel fragment. Onder een label wordt verstaan; de problemen die de jongere aanbracht of de emoties die door de jongere werden benoemd. Deze labels werden op een apart document opgesteld, gelinkt aan het juiste fragment. Op deze manier kregen we een document met een lijst aan labels van ieder chatgesprek afzonderlijk. Wanneer elk fragment een label had gekregen, werd nagegaan of er labels waren die synoniemen waren van elkaar of een verwoording hadden met eenzelfde betekenis. Deze synoniemen kregen dan dezelfde benaming, zodat elk bestaand label een andere betekenis had. Nadat de labels een vaste

formulering hadden gekregen, werd ieder fragment nog eens gecontroleerd en kregen sommige labels een andere verwoording, zodat ze vlotter in de oren klinken. Vervolgens werd op een apart formulier in Excel elk label geturfd, om na te gaan in hoeveel van de chatgesprekken een dergelijk probleem of emotie voorkomt. Ten slotte werden de labels, na het turven, in een Word bestand samengevoegd tot overkoepelende problemen of emoties. Er werd gezocht naar hoofdlabels die een samenvattend woord hadden voor een groepje labels. Zo werd een overzicht gecreëerd van alle labels met een hoofdlabel bovenaan. Deze labels en overkoepelende labels werden opnieuw gecontroleerd door de controlepersoon. Er werden enkele aanpassingen gedaan in de onderverdeling en de bewoording. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen problemen die een oorzaak zijn voor het automutuleren en voor slechte gevoelens en gevolgen van de problemen die de jongere meemaakt.

## **Resultaten**

Om een signaalkaart voor automutilatie bij jongeren tussen 12 en 18 jaar samen te stellen, werden uit de verschillende gesprekken verschillende aangekaarte problemen en patronen gedestilleerd. De verschillende problemen worden hieronder één voor één overlopen.

### *1. Kenmerken van het automutuleren*

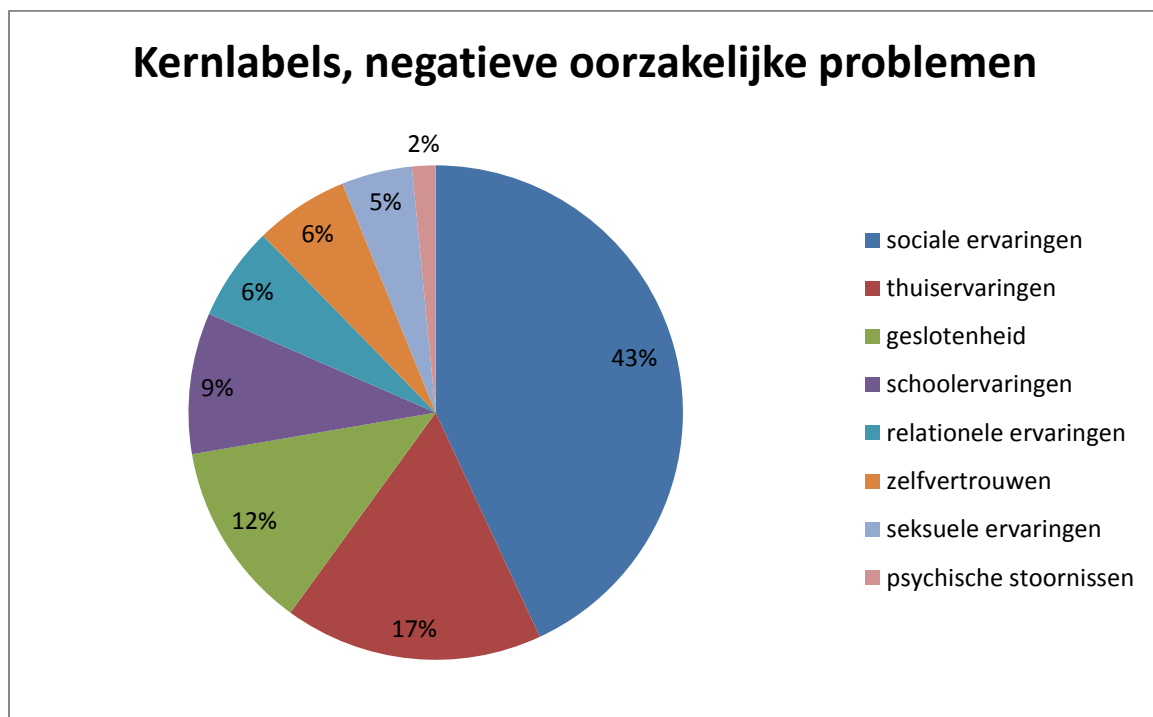
De manier van automutuleren gebeurde in deze steekproef bij elf van de twaalf jongeren door middel van snijden. Niet elke jongere ging hier dieper op in, maar bij diegenen die er wel over spraken, gebeurde het snijden op de armen. Slechts bij één van hen werd er ook op de billen en heupen gesneden. In een poging om het snijden tegen te gaan klampte een van hen zich stevig vast aan zichzelf, in de foetushouding, waardoor ze zichzelf krabde op de rug. Één van de twaalf jongeren automutileerde door bij zichzelf brandwonden te schuren. Dit is een andere vorm van automutuleren, er werd dus niet door iedereen gekozen om zichzelf te verwonden door zichzelf te snijden.

Het materiaal waarmee het verwonden gebeurde, is niet gekend. Naast zelfverwonding werd bij een van deze jongeren ook nog gas ingeademd. Bij de anderen was geen sprake van verslavingen en drugsproblematiek.

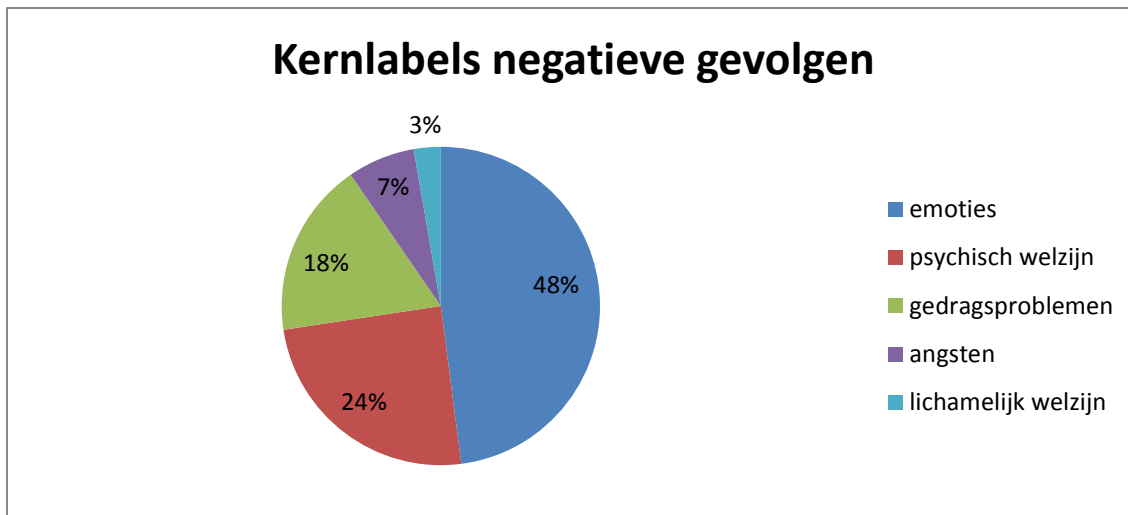
Slechts één van hen besprak de plaats waar ze dit gedrag stelde. Telkens wanneer ze 's nachts wakker ligt in bed, begint ze zichzelf te verwonden.

Drie jongeren vertellen hoe lang ze dit gedrag al stellen. Bij iemand begon het automutieren 7 jaar geleden, bij iemand anders 4 jaar geleden en bij nog een andere jongere startte de zelfverwonding slechts enkele maanden geleden. Hoe frequent ze het gedrag stellen werd door niet veel van hen besproken. Er is een jongere die toegaf elke dag te automutieren. Twee jongeren zeiden dat ze al een tijd gestopt waren met dit gedrag. Uitzonderlijk was er een jongere die zei maar één keer zichzelf gesneden te hebben, maar dit nooit meer zou doen. Voor hem/haar ging het om een eenmalige actie.

Uit dit onderzoek konden 13 kernthema's worden onderscheiden, waarvan acht betrekking hadden op oorzakelijke problemen en vijf op manier van omgaan met de problemen. Met deze laatste worden de gevolgen bedoeld van hun problemen. Bijvoorbeeld, iemand die een dierbaar iemand heeft verloren door sterfte, rouwt om deze persoon. Rouwen is hier dan het gevolg van zijn verlies. De kernthema's worden respectievelijk in figuren 7 en 8 afgebeeld. Er werd beslist om de oorzaken en gevolgen in de analyses van elkaar te scheiden, zodat de hulpverlener zowel bij de gebeurtenissen als bij de gevolgen van de problemen zou kunnen stil staan. Op die manier kunnen dan patronen gevonden worden in bepaalde gebeurtenissen die de jongere overkomt, maar ook in de manier van omgaan met het probleem.



*Figuur 7:* Kernlabels van de negatieve gebeurtenissen die door automutilerende chatters tijdens een chatgesprek werden benoemd.



*Figuur 8:* Kernlabels van de negatieve gevolgen die door automutilerende chatters tijdens een chatgesprek werden benoemd.

## 2. Oorzakelijke problemen

### *2.1. Sociale ervaringen*

Zoals te zien is in figuur 7, wordt het vaakst gechat over negatieve sociale ervaringen. De grootste klacht daarin is het tekort aan steun van de omgeving. Negen van de twaalf jongeren gaven aan geen steun te ervaren vanuit de omgeving. Van deze jongeren gaven zeven effectief aan geen steun te ervaren en twee werden door hun omgeving niet geloofd en op zich dus ook niet gesteund. De jongeren gaven aan dat ze hun verhaal met niemand kunnen delen. Een van de jongeren zei letterlijk dat haar mama haar niet gelooft.

Een ander veel besproken onderwerp is de pestproblematiek. Drie jongeren gaven aan gepest te worden, één kreeg kritiek van anderen en twee anderen zeiden uitgescholden te worden door mensen uit de omgeving, maar noemden dat niet expliciet pesten.

Naast pestproblemen waren er ook vijf jongeren die een dierbaar iemand hadden verloren. Bij drie jongeren ging het daarbij om een vriend die was overleden en de andere twee hadden het overlijden van een familielid meegemaakt.

Verder werd er ook gepraat over ziekte in de omgeving. Bij één jongere ging het om een zieke opa, en bij één om een zus met een depressie.

Enkel een van de twaalf jongeren werd informatie achtergehouden door familie, waar zij recht op had. Zij werd onwetend gehouden door haar omgeving.

## *2.2. Thuiservaringen*

Negatieve sociale ervaringen worden gevolgd door problemen in de ‘thuisituatie’ als tweede meest voorkomende chatonderwerp. Ook hier gaven veel van de automutilerende jongeren aan negatieve ervaringen te hebben. Vooral een negatieve band met de ouders is hier een grote noemer.

Van de twaalf jongeren hadden vijf een slechte band met hun ouders. Een jongere vertelde dat hij had gesneden door een ruzie met zijn ouders. Een andere jongere vertelde het volgende over zijn thuisituatie: ‘Thuis word ik constant afgeblaft, ik kan niets goeds doen. Ik word constant gecommandeerd.’

Naast het hebben van een negatieve band met de ouders chatten drie van de twaalf jongeren over het hebben van strenge ouders. Een van deze jongeren had ouders die veel van haar eisen op school qua prestaties en de twee andere jongeren werden afgestraft wegens slechte punten.

Onder de rubriek ‘thuisituatie’ werd ook eenmalig gechat over een weggelopen familielid en eenmalig over het alleen thuis zijn. Een van de jongeren had het moeilijk met de scheiding van haar ouders.

## *2.3. Geslotenheid*

Veel van de automutilerende jongeren spraken ook over een tekort aan vertrouwen, opkroppen van gevoelens en moeite met het uiten van problemen.

Van de twaalf jongeren hadden drie het moeilijk om anderen te vertrouwen. Dit werd ook door alle drie effectief benoemd. Er waren vijf van de twaalf jongeren die hun problemen opkropten, waardoor ze geen uitlaatklep hadden. Vaak ging dit samen met geen steun ervaren, waardoor ze ook nergens terecht konden. Een van deze jongeren wou niet over de negatieve gebeurtenis praten met mensen uit haar omgeving en een andere jongere had contact gehad met een psycholoog, maar had dit stopgezet en keerde zich weer in zichzelf.

## *2.4. Negatieve schoolervaringen*

Binnen de school hadden enkele jongeren problemen.

Van de twaalf jongeren gaven twee aan dat ze zich ongelukkig voelden op school. Ze voelden zich er niet thuis. Een van de jongeren had een slecht rapport en zag dit zelf als een probleem. Ook enkele andere jongeren gaven aan slechte punten te hebben, maar zagen dit niet als een

probleem. Bij deze jongeren was het probleem de manier waarop de ouders reageerden, zoals eerder werd aangegeven bij strenge ouders. Een van de jongeren vertelde dat hij in een verkeerde studierichting zat, een ander persoon zei een leerachterstand te hebben en nog een andere had een voorsprong op school door een jaar te mogen overslaan. Deze zei dat hij dit niet zo heel leuk vindt om een jaar hoger te zitten.

### *2.5. Negatieve relationele ervaringen*

Er werden vier relationele onderwerpen besproken door de jongeren.

Drie van deze onderwerpen werden door eenzelfde persoon verwoord. Deze jongere was verliefd en dat had voor hem negatieve gevolgen omdat hij afgewezen werd. Diezelfde persoon hunkerde op een seksuele manier naar die andere persoon. Bij een andere jongere werd de relatie beëindigd.

In dit onderzoek zorgen relationele ervaringen niet meteen voor de opvallendste signalen, doordat maar twee jongeren hierover praatten.

### *2.6. Zelfvertrouwen*

Bij drie van de twaalf jongeren kwam het duidelijk naar voor dat er geen zelfvertrouwen aanwezig was.

Door twee van hen werd dit letterlijk zo geformuleerd. Een van deze drie jongeren was ook niet tevreden met haar uiterlijk, doordat ze bijgekomen zou zijn. Het is mogelijk dat er nog meer jongeren waren die weinig zelfvertrouwen hadden, maar dit werd niet expliciet benoemd en uit de chatgesprekken kon dit niet met zekerheid worden gehaald.

### *2.7. Seksuele ervaringen*

Seksueel misbruik werd door minder jongeren besproken, maar is op zich toch een veel voorkomend probleem.

Van de twaalf deelnemers werd een jongere aangerand en twee andere jongeren werden verkracht. Dit betekent dat een op de vier van de deelnemers te maken heeft gehad met seksueel misbruik, wat op zich toch opmerkelijk is. Een van deze jongeren werd regelmatig verkracht door een familielid en werd niet geloofd door haar omgeving, wat de situatie nog erger maakte.

## *2.8. Psychische stoornissen*

De laatste en ook de minst besproken problematiek zijn psychische stoornissen.

Enkel een van de jongeren vertelde dat hij manisch depressief was. Deze diagnose werd ook daadwerkelijk gesteld. Over stoornissen bij de andere jongeren was geen informatie beschikbaar. Er is kans dat er nog meer van de jongeren aan een psychische stoornis leden, maar dit werd niet besproken en uit de chatgesprekken kon dit niet worden afgeleid.

## *3. Manier van omgaan met problemen*

Er zijn verschillende manieren waarop omgegaan wordt met de problemen en gebeurtenissen die de jongere meemaakt. Dit uit zich in lichamelijke of psychologische symptomen die optreden ten gevolge van wat de jongere heeft meegemaakt.

### *3.1 Emoties*

‘Emoties’ is hierbij duidelijk het grootste overkoepelende label zoals in figuur 8 duidelijk af te leiden valt. Er werd dus zeer vaak gereageerd met gevoelens en emoties op problemen. De grootste noemer hierbij zijn de emoties die op zichzelf gericht zijn.

Van de twaalf jongeren zaten drie jongeren met schuldgevoelens. Bij een van deze jongeren werd gechat over een aanranding en zij geloofde dat deze gebeurtenis werkelijk haar schuld was. Een andere jongere voelde zich schuldig over haar snijgedrag, omdat ze vond dat ze dat eigenlijk niet meer mocht doen.

Er was ook een iemand boos op zichzelf omwille van het feit dat ze al 7 jaar wordt verkracht door een familielid, maar dat ze daar nog niets aan had gedaan, en drie zijn zichzelf beu. Een van hen verwoordde dit als volgt; ‘Het klinkt misschien een beetje raar, maar ik ben mezelf beu.’

Een jongere had het gevoel gefaald te hebben en drie schaamden zich. Een schaamde zich om een aanranding en durfde er niet goed over praten met anderen, terwijl een ander zich schaamde voor haar automutilatiegedrag.

Naast de gevoelens die op de persoon zelf gericht zijn, worden ook andere gevoelens besproken door de jongeren. Zo kwamen er ook enkele zwarte gevoelens naar boven, zoals kwaadheid dat door drie jongeren werd aangebracht en twee spraken over haat. Een van hen

sprak over haat gericht op de persoon die haar had verkracht. Bij een iemand waren er ook frustraties aanwezig.

Sommigen chatten over gevoelens die met verdriet te maken hadden. Van de twaalf jongeren waren vier emotioneel in momenten. Twee jongeren voelden zich verdrietig en een andere jongere rouwde om een verlies. Dit ging hand in hand met iemand missen. Diegene die rouwde miste deze persoon die hij had verloren.

Een jongere die een vriendschap kwijt was, sprak ook over het gemis van deze vriendschap. Twee jongeren kampten met spijtgevoelens. Er werd gesproken over spijt omdat hij zijn liefde had bekend, maar deze negatief werd beantwoord. Diezelfde persoon voelde ook geen bevrediging. Hij had behoefte aan deze relatie, daardoor voelde hij zich onbevredigd. Dat ging hand in hand met teleurstelling die hij voelde omdat deze liefde negatief werd beantwoord.

Naast deze gevoelens hadden nog twee jongeren te maken met verwarde gevoelens en drie jongeren piekerden vaak. Elke chatter bracht steeds meer dan één negatief gevoel naar boven. Zo kwamen er in elk chatgesprek afzonderlijk heel wat verschillende emoties ter sprake.

### *3.2. Psychisch welzijn*

Het overkoepelende label dat gevolgd wordt door emoties is ‘psychisch welzijn’.

In deze categorie springt ‘verslagen zijn’ er bovenuit met vijf jongeren. Zij gaven aan dat ze op zijn, dat ze niet meer kunnen.

Van de twaalf jongeren hadden twee te maken met concentratieproblemen wat gevolgen had voor hen op school. Het lukte hen moeilijker om op te letten.

Er waren twee jongeren die spraken over het hebben van depressieve gevoelens en drie hadden zelfs zelfmoordgedachten. Bij een van deze jongeren ging het zelfs zo ver dat ze al zelfmoordpogingen had ondernomen in het verleden.

Twee jongeren gaven aan dat ze hopeloos waren, dat ze de hoop hadden opgegeven. Een van deze jongeren zei dat ze geen moed meer had om iets aan haar probleem te doen, het ander meisje zei alles al geprobeerd te hebben en het niet meer zo goed te weten. Ze kwam naar de chat om raad te vragen.



Een van de twaalf jongeren had moeite om een aanranding te verwerken, een ander persoon had stress en als laatste was er een van de jongeren die zich ongelukkig voelde, maar nog niet in deze mate dat er van een depressie gesproken kon worden.

### *3.3. Angsten*

Door vijf verschillende jongeren werd telkens een andere angst benoemd. Angsten blijken bij automutilatie dan toch een symptoom dat zich op de achtergrond bevindt.

Een jongere was bang van zichzelf door haar automutilatiegedrag, een andere jongere was bang van mannen en durfde niet met hen praten.

Een van de jongeren was bang om hulp te raadplegen, ze was bang voor de reacties en ze wou ook niet dat haar ouders dit te weten zouden komen.

Bij een iemand was er sprake van faalangst, zij was bang dat ze zou falen voor haar examen. De laatste besproken angst, was de angst om zwanger te worden nadat deze jongere werd verkracht.

### *3.4. Lichamelijk welzijn*

Er werden zeer weinig lichamelijke klachten besproken, het bleef bij slaapproblemen en dit was een symptoom waarmee twee jongeren te maken hadden.

## 4. Conclusie resultaten

Uit de resultaten valt op dat er wel enkele zaken vaak aan bod komen bij deze automutilerende jongeren. De meeste ervaringen die worden besproken zijn ervaringen met andere mensen (sociale negatieve ervaringen). Vooral het tekort aan steun door de omgeving lijkt bij meer dan de helft van deze jongeren een grote factor. Als er gechat wordt met iemand die zegt dat hij bij niemand terecht kan of nergens zijn verhaal kwijt kan, dan kan er al een lichtje gaan branden, dat er kans is dat deze jongere automutileert of gaat automutileren in de toekomst. Op deze manier kan er preventief worden ingespeeld op deze signalen. Bij heel wat jongeren komt het ook vaak voor dat er een negatieve thuissituatie aanwezig is bij de jongere, wat mogelijks een aanzet kan zijn tot automutilatie. De meesten hadden ook te maken met een gesloten manier van omgaan met hun problemen. Ze kunnen anderen moeilijk vertrouwen of kroppen alles op. Daarnaast worden ook heel wat negatieve emoties aangebracht. Dit was erg uitgebreid. Heel wat emoties werden benoemd van verdriet tot schuldgevoel tot haat.

Uit het onderzoek zijn dus wel enkele opvallende resultaten naar boven gekomen die hierboven net werden vermeld. Daarnaast kwamen ook enkele interessante gegevens naar boven van uit het logboek. Het viel op dat de meesten aangaven dat hun omgeving vond dat ze veranderd waren de laatste tijd. Een van de jongeren had een vriend, die zei over hem, dat hij niet meer helder kon denken. Veel van de jongeren hadden daarnaast het gevoel dat enkel zij deze problemen hadden. Dit verwoordden ze als volgt: “Het is altijd ik die zoiets tegen kom,” of “Ik heb nog nooit geluk gehad in mijn leven.” Hun visie op het leven lijkt erg star, ze zien zichzelf zowat als het zwarte schaap. Dit zijn ook wel signalen die belangrijk zijn om mee te nemen, ook al zijn dit opmerkelijke factoren die werden opgemerkt naast de lijnen van het onderzoek.

Met deze resultaten werd een signaalkaart opgesteld die in de bijlagen werd opgenomen (bijlage 2). Deze kaart werd opgedeeld in enkele onderverdelingen. Er is een sectie met veel gebruikte uitspraken en een sectie met de besproken problemen. Deze werden gerangschikt van veel voorkomend tot minder voorkomend. Ook de beschreven emoties staan op de signaalkaart en dan is er nog een kleine onderverdeling van lichamelijke problemen. Deze kaart kan nu door chattende hulpverleners als leidraad gebruikt worden tijdens de chat.

## Discussie

Dit onderzoek werd opgestart met de bedoeling een signaalkaart voor automutilatie bij jongeren samen te stellen voor hulpverleners binnen het CAW. Zo kunnen ze preventief optreden als ze merken dat er enkele belangrijke signalen worden afgegeven.

Uit de bevindingen kwam naar voren dat deze jongeren vaak te maken krijgen met negatieve sociale ervaringen. Ze ervaren vooral geen steun van hun omgeving. Ook is er bij velen van hen sprake van problemen in de thuissituatie. Een deel van hen geeft aan een slechte band met de ouders te hebben. De meesten zijn gesloten, dit houdt in dat het moeilijk ligt anderen te vertrouwen en dan zijn er ook nog enkelen die hun hun problemen opkroppen. Tenslotte komen heel wat emoties naar boven in de chatgesprekken. Dit zijn de meest opvallende signalen, waar de chathulpverleners rekening mee kunnen houden.

Volgens Madge (2011) zijn psychologische eigenschappen zoals angst, depressie, zelfvertrouwen en impulsiviteit eigenschappen die een extra kwetsbaarheid zijn voor jongeren om met zelfverwonding te beginnen. In de chatgesprekken werden deze eigenschappen

inderdaad door jongeren aangegeven, wat een bevestiging kan zijn voor het onderzoek van Madge. Of er dan ook sprake is van een borderline persoonlijkheidsstoornis bij elk van deze jongeren was moeilijker te zeggen. Dit werd niet expliciet benoemd en op basis van de chatsessies kon dat moeilijk worden achterhaald. Er moet dus voorzichtig met deze diagnose worden omgegaan. Het feit dat een jongere snijdt betekent niet noodzakelijk dat de jongere ook werkelijk deze stoornis heeft.

Naast psychologische eigenschappen beschreef Madge (2011) ook negatieve gebeurtenissen als kwetsbaarheden om te automutileren. In dit onderzoek werd de nadruk gelegd op negatieve gebeurtenissen met vrienden, familie, ouders, ziektes van belangrijke personen, sterfte van dierbare personen, gepest worden, schoolproblemen,... Declerq (2009) beschreef nog meer mogelijke oorzaken die tot zelfverwonding kunnen leiden. Hij sprak over gepest worden, fysiek geweld, verwaarlozing, onterecht beschuldigd worden, seksueel misbruik, in contact komen met hevige emoties als woede, angst en schuldgevoelens. Deze hevige emoties zijn dan vaak al een gevolg van wat de jongere allemaal heeft meegemaakt. Opvallend is dat de meeste van deze onderwerpen ook door de chatters in dit onderzoek werden aangebracht. Er werd onder andere gepraat over gepest worden, over seksueel misbruik, negatieve sociale gebeurtenissen en schoolproblemen. Hiermee worden hun stellingen bevestigd. In dit onderzoek wordt daar bijkomend vastgesteld welke negatieve gebeurtenissen het vaakst aan bod komen. Er zijn ook enkele opvallende vaststellingen die in geen van deze onderzoeken aan bod kwam, zoals geen steun ervaren uit de omgeving. Ook over de opvallende signalen die naast de lijnen van het onderzoek werden vastgesteld, werd in deze onderzoeken niet gesproken.

De resultaten kunnen vergeleken worden met het onderzoek Mitchel (2007), waarbij hij onderzoek deed naar automutilerende jongeren via chatsessies met andere niet-hulpverleners. Daar kwam men tot de conclusie dat jongeren die automutileren vaker een seksueel getinte chatnaam gebruiken. In ons onderzoek was dit niet het geval. De 12 deelnemers in dit onderzoek hadden elk hun eigen naam gebruikt om te chatten met een hulpverlener van het CAW. Enkel een van de jongeren gebruikte een individuele letter als chatnaam, wat nog steeds geen seksueel getinte chatnaam is. Het feit dat de jongeren uit ons onderzoek geen seksueel getinte schuilnamen gebruikten, kan te maken hebben met het feit dat ze zich tot hulpverleners richtten door wie ze au sérieux wilden worden genomen.

Samengevat kan gesteld worden dat de resultaten uit dit onderzoek grotendeels in lijn liggen met voorgaande onderzoeken, al wordt er in dit onderzoek nog wat aan toegevoegd. In de vorige onderzoeken werd niet nagegaan welke problemen het meest werden besproken door automutulerende jongeren en daarbij was er geen onderzoek beschikbaar waarin men het chatgebruik van automutulerende jongeren onderzocht door middel van chatgesprekken. Tijdens gesprekken face-to-face met een jongere kom je meestal meer details te weten, waardoor je sneller op een preventieve manier kunt handelen. Bij online hulpverlening verlies je vaak bepaalde signalen, de persoon zit niet voor je. Daarom is het handig om weet te hebben van signalen die deze jongeren geven langs de chat om zo ook op een preventieve manier te kunnen handelen. Op deze manier kan dit onderzoek wel een meerwaarde betekenen voor chathulpverleners.

Naast het feit dat er wel enkele bruikbare signalen naar boven kwamen, is het toch belangrijk om ook rekening te houden met zwaktes van het onderzoek. Het onderzoek gebeurde in samenwerking met het CAW te Ieper en de vraag kwam ook vanuit deze instantie. Daarom werd besloten het onderzoek te voeren met jongeren uit de regio Ieper. Het was de bedoeling dat er een steekproef zou genomen worden uit de aanwezig chatgesprekken met jongeren uit de regio Ieper, maar door een tekort aan gesprekken, werden enkel de beschikbare gebruikt. De representativiteit van het onderzoek gaat hierdoor wel wat dalen. Het onderzoek zou representatiever zijn als meer chatgesprekken gebruikt zouden worden geweest. Er zouden waarschijnlijk nog meer negatieve gebeurtenissen besproken worden die in dit onderzoek nu nog niet aanwezig zijn. Er moet dus wel onthouden worden dat de opgestelde lijst van signalen een leidraad is, maar dat er mogelijks nog meer oorzakelijke problemen bestaan bij automutulerende jongeren die in deze lijst niet aanwezig zijn. Het is moeilijk om elk oorzakelijk probleem in deze lijst te zetten als maar 12 chatgesprekken werden geanalyseerd. Het zou een meerwaarde voor het onderzoek zijn geweest als meer chatgesprekken aanwezig zouden zijn geweest. Het is dus niet zeker of de resultaten doorgetrokken kunnen worden naar de gehele populatie. Daar nog eens bijkomend werd maar 1 gesprek van een jongen geanalyseerd. Daarbij is het ook belangrijk stil te staan bij het feit dat de jongeren elke regio kunnen invullen die ze zelf willen. Er is dus een kans dat een jongere een andere regio aanduidde dan van waar hij werkelijk afkomstig was. Dit geldt ook voor de leeftijd en het geslacht van de persoon. Er kan dus niet echt geweten zijn of al deze gegevens kloppen, doordat het niet verplicht was deze gegevens (juist) in te vullen. Er bestaat dus een kans dat de doelgroep jongeren bevatte die boven de 18 jaar waren, maar dit anders hebben

aangegeven. Dit betekent dus dat de betrouwbaarheid en ook de validiteit daalt. Met andere woorden, er is geen zekerheid of we hier hebben onderzocht wat we meenden te onderzoeken. Er zijn mogelijks enkele afwijkingen.

Daarnaast kan ook de vraag worden gesteld of de signalen van de jongeren verschillen per regio. Verder onderzoek zou dit kunnen nagaan door binnen CAW's uit andere regio's dezelfde analyses uit te voeren. Momenteel beperkt de signaalkaart zich tot signalen bij jongeren uit regio Ieper. Het is dus mogelijk om in verder onderzoek deze kaart uit te breiden door in andere regio's ditzelfde onderzoek op te starten. Op deze manier kan ook worden nagegaan of er verschillen bestaan tussen verschillende regio's.

Al bij al is het wel mogelijk geweest om een signaalkaart op te stellen waar ze in het werkveld gebruik van kunnen maken. Het resultaat van het onderzoek zorgt voor een vernieuwende manier om opmerkzaam te zijn en een mogelijkheid om preventief op te treden bij een vermoeden van automutilatie op de chathulpverlening. Eerder werd nog geen signaalkaart opgesteld voor automutilatie via de chat. Doordat in de chat het non-verbale aspect ontbreekt, moet op andere signalen gelet worden dan tijdens een face-to-face gesprek. Binnen het CAW te Ieper werd deze signaalkaart toegevoegd aan het draaiboek van de chathulpverlening, waar ook al een signaalkaart voor zelfmoord te vinden is, en vanaf heden zal deze ook gebruikt worden. Doordat op de chat automutilatie vaak voorkomt kan dit een meerwaarde vormen voor de hulpverleners. Als ze met deze signaalkaart aan de slag gaan, kunnen jongeren die automutileren echt geholpen worden om zo het aantal automutilerende jongeren hopelijk te doen dalen. Er is ook meer kans dat meer jongeren de juiste hulp krijgen doordat hulpverleners sneller een vermoeden kunnen hebben van automutilatie.

Het onderzoek is dus bruikbaar en heeft ook wel gezorgd voor duidelijke signalen. Jongeren die automutileren in de regio Ieper hebben vaak een tekort aan steun en hebben een slechte relatie met hun ouders. Daarbij is het voor hen moeilijk om anderen te vertrouwen en gaan ze sneller alles opkroppen. Ten laatste worden veel negatieve emoties besproken tijdens de chatgesprekken.

## Referentielijst

- Acker van de, D. (2006). *Wblft?! Kinderrechtenverdrag zwart op wit en licht verteerbaar*. Brussel: Kinderrechtencommissaris.
- Bakker, A., Bouverne-De, B., M., Bracke, P., Carrette, A., Casselman, J., Cosyns, P., Craeymeersch, M.,... (e.a.). (2000). *Naar een geestelijk gezonde samenleving*. Diegem: Kluwer.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3. 77-101.
- Bruggeman, R., Cath, D., Linden van der, C. (2002). Het syndroom van Gilles de la Tourette: de rol van atypische antipsychotica in de behandeling. *Neurpraxis*. Bohn Stafleu van Loghum. DOI: 10.1007/BF03071024.
- Callens, N. (2007). *Zelfverwonding bij jongeren*. Antwerpen – Apeldoorn: Garant.
- Claes, L. & Vandereyken, W. (2007). *Zelfverwonding, hoe ga je ermee om*. Tielt: Lannoo nv.
- Declercq, E. (2009). Automutilatie bij jongeren. De waarde van ergotherapie in de leefgroepswerking. Niet-uitgegeven bachelorproef. *Howest, departement Hiepso, opleiding ergotherapie*.
- Delfos, M., F. (1994). De ontwikkeling van intimiteit, een ontwikkelingspsychologisch model gekoppeld aan een model van de gevolgen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 4. 282-292.
- Demyttenaere, B. (2006). *Met de dood voor ogen, zelfmoordgedrag bij jongeren*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv.
- Deth van, R. (2007). Online hulpverlening. *Psychopraxis*, 9. 114 – 162.
- Dougall Mac, K., Becker, G., Scheib, J.E., & Nachtigall, R.D.M.D. (2007). Strategies for disclosure: How parents approach telling their children that they were conceived with donor gametes. *Fertility and Sterility*, 87. 524–533.
- First, M., B., Tasman, A. (2004). *DSM-IV-TR mental disorders*. Engeland: Pearson.

- Forrest C. B., Reib, R. J. (2001). Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decisions. *The journal of family practice*, 5.
- Goosensen, S. (2006). *Een verklaring voor de relatie tussen sensation seeking, impulsiviteit en onveilig seksueel gedrag, binge drinken en cannabisgebruik. De mediërende rol van de Theory of Planned Behavior en Prototypes*. Universiteit Twente.
- Jeffrey, S., Nevid, Spencer, A., Rathus, Green, B. (2012). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam: Pearson
- Krijnen, K. (2000). *Waarom gedraag ik me anders*. Andromeda.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, M., E., Corcoran, P., Leo, D., D., Wilde de, E., J., Fekete, S., Heeringen van, K., . . . (ed). (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Doi: 10.1007/s00787-011-0210-4.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., De Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., . . . (ed). (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe. comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49-6, 667-677. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
- Moonen, D. (2009). *Gendersverschillen in psychische problemen: Depressie, automutilatie en eetproblemen*. Universiteit van Utrecht en Stichting Pandora.
- Mul, D. (2004). Puberteitsontwikkeling van Nederlandse kinderen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28.
- Nikken, P. (2007). *Online hulp verdient nog veel aandacht. Een verkenning naar het hulpaanbod voor jeugdigen in Nederland*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Nouws, H. (2009). *De wijkverpleegkundige in de eerstelijns, nieuwe inzichten, nieuwe initiatieven*. Amersfoort: Research en advies in wonen en zorg.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu. (2005). *Op één lijn, toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*. Utrecht: Nivel.

- Schalken, F. (e.a.). (2010). *Handboek online hulpverlening, Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smith, A., Clarke, J. (2003). *Self-Harm, Self Help/Support Groups*. Londen: The mental health foundation.
- Van der Burgt, M., Mechelen-Gevers van, E., Lintel, H. M. (2005). *De gezondheidszorg in een notendop. Introductie in de gezondheidszorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhaak, P. F. M., Kamsma, J. P. A., Niet van der, A. G. (2011). *Wie heeft baat bij eerstelijnspsychologische behandeling? GZ-Psychologie 5*. Utrecht: Nivel.
- Verzele, M. (1994). *De milde dood, zelfdoding en euthanasie*. Berchem: EPO vzw.
- Zitman, F., G. (1992). Differentiële diagnostiek bij automutilatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 136:367-9.



## Bijlage 2: signaalkaart automutilatie.

### UITSPRAKEN

- 'Vrienden zeggen dat ik veranderd ben,'
- 'Mijn omgeving zegt dat ik niet meer helder denk,'
- 'Ik doe helemaal anders volgens de anderen,'
- 'Ik ben gewoon veranderd, ik ben mezelf niet meer,'
- 'Ik heb het gevoel dat veel mensen niet meer om mij geven omdat ik fel veranderd ben de laatste tijd.'
- 'Ik heb nooit geluk,' 'Het is altijd ik die in de problemen kom.'

Signalen die kunnen wijzen op automutilatie

### PROBLEMEN

1. Sociale ervaringen; overlijden in omgeving, ziekte in omgeving, pestproblematiek, geen steun van omgeving.
2. Psychisch welzijn; concentratieproblemen, zich slecht voelen tot zelfmoordgedachten tot zelfmoordpogingen, hopeloos gevoel, stress.
3. Thuisituatie; negatieve band met ouders, strenge ouders, scheiding ouders, weggelopen familielid.
4. Gesloten persoonlijkheid; moeite met anderen vertrouwen, opkroppen van problemen.
5. Schoolsituatie; slecht rapport, verkeerde studierichting, ongelukkig op school, voorsprong op school, leerachterstand.
6. Angsten; angst voor zichzelf, voor mannen, voor het raadplegen van hulp en om zwanger te worden, faalangst.
7. Relationeel; verliefdheid, afgewezen worden, relatiebreuk, seksuele hunkering.
8. Zelfvertrouwen; geen tot weinig zelfvertrouwen, ontevreden over uiterlijk.
9. Seksueel misbruik; aanranding, verkrachting.
10. Psychische stoornissen; manisch depressief.
11. Gedragsproblemen; middelengebruik (verslavingsproblematiek).

### GEVOELENS

1. Emotioneel.
2. Piekeren.
3. Schuldgevoelens.
4. Gemis; iemand missen.
5. Spijtgevoelens.
6. Verwarring.
7. Kwaadheid.
8. Schaamte.
9. Zichzelf beu zijn.
10. Verdriet.
11. Teleurstelling.
12. Rouw.
13. Onbevredigd gevoel.
14. Frustraties.
15. Haat.
16. Boos op zichzelf.
17. Het gevoel hebben gefaald te hebben.

### LICHAMELIJK

1. Slaapproblemen

### Bijlage 3: kernlabels met onderverdeling, ter informatie.

Thuisituatie (11)	Relationeel (4)	Sociale ervaringen (28)	Schoolsituatie (6)	Seksueel misbruik (3)	Zelfvertrouwen (4)	Psychische stoornissen (1)	Gesloten (8)
Weggelopen familielid (1)	Verliefdheid (1)	Overledenvriend (3)	Slecht rapport (1)	Aanranding (1)	Geen zelfvertrouwen (3)	Manisch depressief (1)	Moeilijk vertrouwen (3)
Negatieve band ouders (5)	Afgewezen (1)	Overleden familielid (2)	Verkeerde studierichting (1)	Verkrachting (2)	Uiterlijk (1)		Opkroppen (5)
Streng ouders (3)	Einde relatie (1)	Depressief familielid (1)	Ongelukkig op school (2)				
Alleen thuis (1)	Seksuele hunkering (1)	Ziekte familielid (1)	Voorsprong op school (1)				
Scheiding ouders (1)		Vriend verloren (2)	Leerachterstand (1)				
		Uitgescholden (2)					
		Kritiek (1)					
		Gepest (3)					
		Ruzie (3)					
		Geen steun (7)					
		Ongeloof omgeving (2)					
		Achtergehouden informatie (1)					

Lichamelijk welzijn (2)	Psychisch welzijn (18)	Gedragsproblemen (13)	Emoties (35)	Angsten (5)
Slaapproblemen (2)	Concentratieproblemen (2)	Snijden (11)	Emotioneel (4)	Angst voor zichzelf (1)
	Verwerkingsproblemen (1)	Brandwonden schuren (1)	Verdriet (2)	Mannenangst (1)
	Verslagen zijn (5)	Middelengebruik (1)	Teleurstelling (1)	Angst voor hulp (1)
	Ongelukkig (1)		Rouw (1)	Angst om zwanger te worden (1)
	Depressieve gevoelens (2)		Piekeren (3)	Faalangst (1)
	Zelfmoordgedachten (3)		Gemis (2)	
	Hopeloos (2)		Onbevredigd (1)	
	Stress (1)		Spijt (2)	
	Zelfmoordpogingen (1)		Verwarring (2)	
			Frustraties (1)	
			Kwaadheid (3)	
			Schaamte (3)	
			Schuldgevoel (3)	
			Haat (2)	
			Boos op zichzelf (1)	
			Zichzelf beu (3)	
			Gefaald (1)	