

# OPZETTELIJKE ZELFVERWONDING IN DE ADOLESCENTIE: PREVENTIE EN INTERVENTIE

Imke BAETENS en Laurence CLAES<sup>1</sup>

## Opzettelijk zelfverwondend gedrag

We hanteren de volgende definitie: *"Opzettelijk zelfverwondend gedrag (ZVG) is sociaal onacceptabel gedrag waarbij een persoon zichzelf opzettelijk en op een directe manier fysiek letsel toebrengt zonder de bedoeling te hebben zich van het leven te benemen."* (Claes & Vandereycken, 2007, p. 14) Wanneer op deze definitie wordt ingezoomd, zijn enkele elementen van belang.

Met 'sociaal onacceptabel gedrag' wordt verwezen naar gedrag dat door de maatschappij/cultuur niet geaccepteerd wordt. Wat als afwijkend/abnormaal wordt bestempeld, is afhankelijk van de betekenis die de omgeving waarin de persoon leeft eraan geeft. Zo zijn piercings en tatoeages in een hedendaagse Westerse maatschappij geen vormen van zelfverwonding, aangezien deze doorgaans maatschappelijk aanvaard worden.

Vervolgens gaat het om een 'opzettelijk en direct toegebracht fysiek letsel', dat alle gedragingen omvat die er meteen op gericht zijn verwondingen aan het lichaam toe te brengen. Voorbeelden zijn: zichzelf snijden, zichzelf branden, zichzelf slaan en bijten, enzovoort. Het indirect toebrengen van fysieke schade, zoals roken, misbruik van alcohol of drugs, een overdosis medicatie, enzovoort, wordt per definitie niet onder de noemer opzettelijke zelfverwonding geplaatst, maar wel onder de ruimere noemer zelfbeschadiging.

Tenslotte heeft de persoon 'niet bewust de intentie om suïcide te plegen' (Claes et al., 2007).

## Prevalentie

Internationaal wordt de lifetime prevalentie van opzettelijk zelfverwondend gedrag (ZVG) bij schoolgaande jongeren geschat op 10-25%.

---

1 De auteurs zijn respectievelijk als assistent en professor verbonden aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de K.U.Leuven. Contact: [Imke.Baetens@psy.kuleuven.be](mailto:Imke.Baetens@psy.kuleuven.be).

Nixon, Cloutier en Jansson (2008) rapporteren dat 16,9% van de adolescenten tussen 12 en 18 jaar oud ooit opzettelijk ZVG stellen. Zelfverwonding door snijden, krabben en slaan zijn de vaakst voorkomende vormen van opzettelijke zelfverwonding (83,2%).

In Vlaanderen worden gelijkaardige prevalentiecijfers gevonden. In een grootschalige web-survey bij Vlaamse jongeren tussen 12-18 jaar oud, geven 14,68% van de jongeren aan zichzelf ooit opzettelijk te hebben verwond, zonder de intentie zichzelf van het leven te benemen (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2011). De jaarlijkse incidentie van ZVG is 8,91%.

Het risico op het stellen van ZVG is het hoogst tijdens de puberteit. ZVG begint meestal vanaf een leeftijd van 12 à 13 jaar, en de ernst en frequentie van zelfverwonding neemt toe met de leeftijd. In het longitudinale JOnG! onderzoek (gesubsidieerd door Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin) wordt onder andere het voorkomen van zelfverwendend gedrag op startleeftijd onderzocht (Baetens, Claes, Grietens, Van Leeuwen, Pieters, Wiersema, & Onghena, 2011). Op 12-jarige leeftijd melden 4,99% (72/1443) van de jongeren zichzelf ooit opzettelijk te hebben verwond. Op 13-jarige leeftijd stijgt het voorkomen van ZVG tot 6,15%. Op 14-jarige leeftijd zien we een piek in de incidentie van zelfverwonding: 9,30% van de 14-jarige jongeren geeft aan zichzelf het voorbije jaar minstens eenmaal opzettelijk te hebben verwond.

### Functionaliteit: intra- en interpersoonlijke functies

Nock en Prinstein (2004) beschrijven de functies van ZVG op basis van twee dimensies van bekrachtiging: enerzijds intrapersoonlijke (automatisch) vs. interpersoonlijke (omgeving) bekrachtiging en anderzijds positieve vs. negatieve bekrachtiging. Men kan ZVG toeschrijven aan iets binnen zichzelf (intrapersoonlijk/automatisch) of aan de sociale context (interpersoonlijk). ZVG kan voorkomen door een leerproces van positieve bekrachtiging, wanneer een positieve stimulus optreedt na ZVG, en door een leerproces van negatieve bekrachtiging, wanneer een aversieve stimulus weggenomen wordt door ZVG. De combinatie van de twee dimensies levert vier velden op.

Bij **APB** wordt ZVG gebruikt om gevoelens op te wekken. Bij **ANB** dient de zelfverwonding om te ontsnappen aan een aanhoudende emotionele spanning. Bij **SPB** is het doel van het ZVG dat het de aandacht trekt van personen in de omgeving. Bij **SNB** wordt de zelfverwonding gebruikt als ontsnapping aan een interpersoonlijke eis van derden.

Het is echter zo dat ZVG vaak meer dan één functie vervult. De meerderheid van de jongeren die zichzelf verwonden, geven gemiddeld meer dan 2 functies van zelfverwonding aan (Baetens et al., 2011).

**Figuur 1** Vier-factoren model van Nock & Cha (2009, p. 67).

	Negatieve Bekrachtiger (NB)	Positieve bekrachtiger (PB)
Automatisch (A)	ANB	APB
Sociaal (S)	SNB	SPB

## Risicofactoren: individueel en omgeving

(Inter)nationale auteurs rapporteren verscheidende individuele (psychische, emotionele, cognitieve) en omgevingsfactoren, die de kans op ZVG in de adolescentie doen toenemen.

Zoals de meeste psychologische problemen is ook ZVG het resultaat van een complexe interactie tussen individuele kenmerken (zoals temperament en coping) en omgevingsstressoren. We kunnen met andere woorden niet spreken van een eenvoudige oorzaak-gevolg relatie. Om de complexe interactie tussen omgeving en individu in het ontstaan en het voortbestaan van ZVG te begrijpen is het belangrijk om verschillende risicofactoren te onderzoeken (Klonsky & Glenn, 2009). Een risicofactor is een variabele, die - wanneer aanwezig - de kans op het voorkomen van een bepaald psychisch probleem substantieel doet toenemen. Bijvoorbeeld: personen met een angststoornis hebben 3 maal meer kans om een suïcidepoging te ondernemen dan personen zonder een angststoornis.

Op vlak van **individuele risicofactoren** bespreken we emotionele, temperaments-, en coping factoren.

Resultaten uit internationaal onderzoek (o.a. Klonsky & Glenn, 2009) tonen aan dat jongeren die zichzelf verwonden meer en intensere negatieve emoties ervaren. De kans op een depressieve stemming (en meer algemeen internaliserende problemen) is significant gerelateerd aan opzettelijk ZVG. Hiermee samenhangend toont internationaal onderzoek een sterk verband aan tussen ZVG en een negatief zelfbeeld (Claes, Houben, Vandereycken, Bijttebier, & Muehlenkamp, 2010) en zelfkritiek (Hooley, Ho, Slater, & Lockshin, 2010). Anderzijds wordt ZVG ook in verband gebracht met externaliserende symptomen (o.a. Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grie-

tens, & Onghena, 2012). Jongeren die zichzelf verwonden voelen vaak een sterke frustratie of woede en kunnen dit ook uiten in externaliserend gedrag.

“**Internationaal onderzoek toont een sterk verband aan tussen zelfverwondend gedrag en een negatief zelfbeeld.**”

Ten tweede worden temperamentskenmerken naar voren geschoven als risicofactor van ZVG. In klinische populaties wordt een sterke samenhang gevonden met impulsiviteit (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007). Bij schoolgaande jeugd wordt eerder een verhoogde 'negatieve affectiviteit' (negatief affect) en het ontbreken van 'effortful control' (gedragssturing) gevonden (Baetens, Claes, Willem, Muehlenkamp, & Bijttebier, 2011).

Tenslotte schuiven experts emotieregulatie naar voren als belangrijkste functie van ZVG. ZVG wordt gezien als een maladaptieve vorm van omgaan met emoties, stress en frustratie (Klonsky & Glenn, 2009).

Naast individuele factoren spelen **omgevingsfactoren** een rol in de ontwikkeling van ZVG in de adolescentie. Jongeren die zichzelf verwonden rapporteren significant vaker een ingrijpende levensgebeurtenis. Voorbeelden van dergelijke gebeurtenissen zijn een relatiebreuk, gepest worden, een ernstige ziekte of een overlijden binnen familie- of vriendenkring en ZVG of suïcide in de omgeving. Deze ervaringen brengen gevoelens van angst, woede, machteloosheid en hulpeloosheid met zich mee, die de kans op ZVG doen stijgen.

Daarenboven worden risicofactoren in het gezin geïdentificeerd, zoals het onderdrukken van

emoties (Klonsky & Glenn, 2009). Wanneer binnen een gezin emoties niet uiterlijk getoond mogen worden of niet bespreekbaar zijn, leert een kind niet op een adaptieve manier omgaan met hevige emoties. Het voorkomen van een echtscheiding van de ouders is eveneens een risicofactor voor ZVG (Sourander, Aromaa, Pihlakoski, Haavisto, Rautava, Helenius, & Sillanpää, 2006). Het verband tussen een echtscheiding en ZVG wordt echter gemedieerd door een toename van psychopathologie bij de gescheiden ouders: de rechtstreekse correlatie tussen echtscheiding en ZVG verdwijnt wanneer de psychopathologie van de ouders in rekenschap wordt gebracht: bij echtscheiding is de kans op psychopathologische klachten bij ouders significant hoger, en psychopathologische klachten bij ouders zijn op hun beurt een significante voorspeller van ZVG bij kinderen en adolescenten. Ook gezondheidsproblemen van een ouder werden geïdentificeerd als een significante risicofactor voor ZVG bij adolescenten: de kans dat een adolescent zichzelf ooit opzettelijk verwond is hoger bij adolescenten die opgroeien in een gezin waarbij een ouder gezondheidsproblemen ervaart (Sourander et al., 2006).

**“Wanneer binnen een gezin emoties niet uiterlijk getoond mogen worden of niet bespreekbaar zijn, leert een kind niet op een adaptieve manier omgaan met hevige emoties.”**

Tot slot kan ook een opvoedingssituatie, waarin er een gebrek is aan ouderlijke warmte en een overdreven ouderlijke controle, een rol spelen in de ontwikkeling van ZVG (Bureau, Martin, Freynet, Poirier, Lafontaine, & Cloutier, 2010).

## Preventie

De resultaten van het JOnG! onderzoek benadrukken het belang van vroegtijdige preventie en interventie voor ZVG in Vlaanderen: reeds in het eerste middelbaar heeft één op 20 leerlingen zichzelf ooit opzettelijk verwond. Aangezien zelfverwondend gedrag en suïcidepogingen nauw gerelateerd zijn, is preventie op jonge leeftijd onontbeerlijk. Scholen kunnen zowel baat hebben bij uitgeschreven protocollen specifiek voor de preventie van ZVG, als bij ruimere preventieprogramma's die zich richten op het algemeen welbevinden van leerlingen.

**“Aangezien zelfverwondend gedrag en suïcidepogingen nauw gerelateerd zijn, is preventie op jonge leeftijd onontbeerlijk.”**

Inspiratie voor preventieprogramma's die zich richten op het algemeen welbevinden van leerlingen kan onder meer worden gevonden bij het "Aussi Optimism Program"<sup>2</sup>. Het Aussi Optimism programma is een **algemeen** preventieprogramma voor schoolgaande jeugd met als doel het algemeen welbevinden van leerlingen te bevorderen. In het programma worden bij leerlingen stapsgewijs optimistisch en positief denken bevorderd, en sociale vaardigheden bijgebracht. Een algemeen grootschalig preventieprogramma kan worden aangeraden voor leerlingen van 10-13 jaar oud. Resultaten van het longitudinale JOnG! onderzoek wijzen uit dat algemeen onwelbevinden een sterke voorspeller is op ZVG op 13- en 14-jarige leeftijd.

Vanaf de tweede graad van het secundair onderwijs worden **specifieke** protocollen ter preventie van ZVG geadviseerd. Een uitgeschreven

2 Zie: [www.kidsmatter.edu.au/primary/programs/aussie-optimism-program](http://www.kidsmatter.edu.au/primary/programs/aussie-optimism-program).

protocol voor scholen is zinvol om leerkrachten, zorgleerkrachten en directies te begeleiden in het omgaan met ZVG. Het voordeel van geschreven protocollen is dat scholen systematisch en strategisch kunnen reageren op ZVG. Een goed startpunt voor het uitwerken van schoolprotocollen kan gevonden worden in Bublick, Goodman, en Whitlock (2011) en het uitgewerkte preventie pakket SOSI (Jacobs, Walsh, McDade, & Pigeon, 2009). SOSI is een uitgewerkte preventie-module die gemakkelijk kan worden geïmplementeerd in secundaire scholen. De leerlingen-module maakt gebruik van een multimedia DVD (60 min.) waarin informatie over de tekenen en symptomen van ZVG wordt verschaft. Leerlingen die zichzelf verwonden worden aangemoedigd om hulp te zoeken, en medeleerlingen worden gestimuleerd om via het HSV-model steun te bieden aan jongeren die zichzelf verwonden. HSV staat hier voor 'Herkennen' van symptomen van ZVG, 'Steun bieden' aan jongeren die zichzelf verwonden en hen aanmoedigen om hulp te zoeken, en de 'Vertrouwenspersoon' op school inlichten.

Ouders en leerkrachten kunnen ook verwezen worden naar de website van de Nederlandse Landelijke Stichting Zelfbeschadiging ([www.zelfbeschadiging.nl](http://www.zelfbeschadiging.nl)), waarop informatie wordt verschaft door ervaringsdeskundigen. Op [www.expo.be](http://www.expo.be) kunnen ouders een dossier vinden over hoe omgaan met zelfverwonding.

## Interventie

Professionele hulpverleners kunnen een **behandelplan** opstellen samen met de jongere die zichzelf opzettelijk verwondt. In eerste instantie is het van belang om de ernst van het ZVG te taxeren en het risico op suïcide in te schatten. Belangrijk is om een houding van respectvolle nieuwsgierigheid aan te nemen, zonder te gaan beschuldigen of onmiddellijk te proberen het

gedrag te stoppen. Voor jongeren die voornamelijk intrapersoonlijke functies aangeven voor ZVG, wordt een individuele begeleiding aanbevolen. Bij jongeren die ook interpersoonlijke functies rapporteren voor het ZVG, is een combinatie van individuele en gezinsbegeleiding wenselijk.

“**Belangrijk is om een houding van respectvolle nieuwsgierigheid aan te nemen, zonder te gaan beschuldigen of onmiddellijk te proberen het gedrag te stoppen.**”

In **individuele begeleiding** wordt de jongere erop attent gemaakt dat hij of zij verantwoordelijk is voor zijn of haar ZVG, en dat de jongere zelf de belangrijkste actor is om het ZVG aan te pakken, al dan niet in samenwerking met een hulpverlener. In een behandeling worden de uitlokkende prikkels (emoties, gedachten) en de functies van ZVG geïdentificeerd, en leert de jongere op een andere, meer adequate manier om te gaan met uitlokkende situaties. Er worden meer adaptieve vormen van coping aangeleerd. Verder worden er afspraken gemaakt over de wondverzorging (indien het ZVG nog voorkomt) en wordt er een stappenplan opgesteld met betrekking tot de acties die ondernomen kunnen worden in crisissituaties. Ook wordt er aanbevolen om de krachten van de jongeren in kaart te brengen (naast het ongewenste gedrag) en om een aantal 'supporters' in de omgeving te zoeken, bij wie de jongere terecht kan op moeilijke momenten. Er wordt naar een (geleidelijke) afbouw van het ZVG gedrag gestreefd indien mogelijk.

Bij ernstige of chronische vormen van ZVG is **gespecialiseerde psychotherapeutische hulpverlening** aangewezen. Internationaal onderzoek toont de effectiviteit van dialectische

gedragstherapie (DBT), cognitieve gedragstherapie (CBT), probleemoplossende therapie en gezinstherapie aan. Een uitgebreid overzicht van de effectiviteit van bovenstaande behandelvormen, vindt men in Nixon en Heath (2009). Bij ernstige psychiatrische co-morbiditeit of een verhoogd risico op suïcide is een residentiële behandeling onontbeerlijk.

Bij jongeren die interpersoonlijke functies van ZVG rapporteren, is het wenselijk om de **gezinsleden te betrekken** in de behandeling. Ondersteuning van familie is belangrijk om de negatieve spiraal van ZVG te doorbreken. Wanneer een jongere zich ondersteund voelt (niet geïsoleerd), kan dit de jongere helpen om het ZVG af te bouwen of te stoppen. Bovendien toont onderzoek aan dat contact met

leeftijdsgenoten een protectieve factor is voor ZVG (Baetens et al., 2012). ZVG is echter vaak moeilijk om te begrijpen en beangstigend voor familieleden en vrienden. De omgeving reageert vaak intuïtief met een verhoogde controle (bijvoorbeeld: wegnemen van scherpe voorwerpen, jongere niet meer alleen laten), maar deze reactie kan ertoe bijdragen dat ZVG verborgen wordt of zelfs verergert. (Meer tips voor ouders bij het ondersteunen van jongeren die zichzelf verwonden: zie [www.expo.be](http://www.expo.be).)

Het aanleren van **zelfzorg** in een ondersteunende context, is onontbeerlijk om de jongere te helpen in het loslaten van ZVG en op zoek te gaan naar gezonde gedragsalternatieven om de emotionele turbulenties van de adolescentie aan te pakken.

#### Literatuurlijst

- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A websurvey. *Archives of Suicide Research, 15*, 56-67.
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2012). Differences in psychological symptoms and self-competencies in non-suicidal self-injurious Flemish adolescents. *Journal of Adolescence, 35*, 735-741.
- Baetens, I., Claes, L., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J-R., Onghena, P. (2011). Opzettelijke zelfverwonding bij adolescenten in een ecologisch perspectief. *SWVG Feiten & Cijfers, 16*, 1-6.
- Baetens, I., Claes, L., Willem, L., Muehlenkamp, J., Bijttebier, P. (2011). The relationship between non-suicidal self-injury and temperament in male and female adolescents based on child- and parent-report. *Personality and Individual Differences, 50*, 527-530.
- Bubrick, L., Goodman, J. & Whitlock, J.L. (2010). *Non-suicidal self-injury in schools: Developing a school pro-tocol*. Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior. Cornell University. Ithaca, NY.
- Bureau, J-F, Martin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M-F, & Cloutier, P. (2009). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence, 39*, 484-494.
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: the association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence, 33*, 775-778

Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). *Zelfverwonding, hoe ga je ermee om?*. Tielt: Lannoo.

Claes, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Vandereycken, W. (2011). The scars of the inner critic: Perfectionism and nonsuicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review*. doi: 10.1002/erv. 1158.

Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42, 611-621.

Hooley, J.M., Ho, D. T., Slater, J., & Lockshin, A. (2010). Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 1, 170-179.

Jacobs, D., Walsh, B.W., McDade, M., & Pigeon, S. (2009). *Signs of self-injury prevention manual*. Wellesley Hills: Screening for Mental Health.

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Psychosocial risk and protective factors. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 45-58). New York, N.Y.: Routledge.

Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 306-312.

Nixon, M. K., & Heath, N. L. (2008). *Self-injury in Youth: the essential guide to assessment and intervention*. New York, NY: Taylor and Francis Group.

Nock, K. M., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.

Nock, M. K., & Cha, C. B. (2009). Psychological models of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment and treatment* (pp. 65-77). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2006). Early predictors of deliberate self-harm among adolescents: A prospective follow-up study age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders*, 93, 87 - 96.