

Zelfbeschadigend gedrag door patiënten in de forensische psychiatrie

V. de Vogel, N. Verstegen

- Achtergrond** Zelfbeschadigend gedrag door forensisch psychiatrische patiënten maakt vaak grote indruk op alle betrokkenen en is een belangrijke voorspeller voor geweld naar anderen tijdens de behandeling.
- Doel** Beschrijven van incidenten van zelfbeschadiging door patiënten die opgenomen zijn in de forensische psychiatrie.
- Methode** Alle geregistreerde incidenten van zelfbeschadiging tijdens behandeling in een forensisch psychiatrisch centrum tussen 2008 en 2019 werden geanalyseerd en gecodeerd wat betreft ernst met de MOAS+.
- Resultaten** In de periode 2008-2019 werden in totaal 299 incidenten van zelfbeschadiging geregistreerd, gepleegd door 106 patiënten. De meerderheid van de incidenten (87,6%) betrof zelfbeschadigend gedrag zonder suïcidale intentie. De meest toegepaste methoden waren zichzelf snijden met glas, gebroken servies of een (scheer)mes en het inslikken van gevaarlijke vloeistoffen of voorwerpen. Er waren 10 suicides, nagenoeg alle middels verhangings met een touw of riem. De meerderheid van de incidenten werd als sterk of extreem ernstig gescoord op de MOAS+. Vrouwelijke patiënten hadden gemiddeld drie keer zoveel incidenten als mannelijke patiënten.
- Conclusie** Incidenten van zelfbeschadiging komen regelmatig voor in de forensische psychiatrie en zijn doorgaans ernstig van aard. Meer onderzoek naar de invloed op betrokkenen en getuigen, motieven en aanleidingen voor het zelfbeschadigende gedrag en effectieve behandeling hiervan is noodzakelijk.

Zelfbeschadigend gedrag komt relatief veel voor binnen justitiële instellingen. Uit een systematische review met 46 studies in zowel gevangenis als forensisch psychiatrische instellingen bleek dat ongeveer een derde van de justitiabelen zelfbeschadigend gedrag tijdens detentie of opname vertoonde (Dixon-Gordon e.a. 2012). Zelfbeschadigend gedrag kan verschillende functies hebben, waarvan het reguleren van emoties de meest genoemde is. Binnen justitiële populaties lijkt men dit gedrag ook wel manipulatief in te zetten, bijvoorbeeld om overplaatsing af te dwingen (Jeglic e.a. 2005). Incidenten van zelfbeschadigend gedrag kunnen grote gevolgen hebben, uiteraard voor de persoon zelf, maar ook voor getuigen, zoals andere justitiabelen, forensisch psychiatrische patiënten of behandelaars die het gedrag proberen te stoppen (Gratz 2003). Het meemaken van dergelijke incidenten kan invloed hebben op het emotioneel welzijn, bijdragen aan behandelpessimisme en leiden tot een hoger ziekteverzuim bij behandelaars (Nijman & Campo 2002; O'Shea e.a. 2014). Een bekend

fenomeen in de psychiatrie is *contagion*: voor sommige patiënten kan het getuige zijn van of horen over zelfbeschadigend gedrag aanleiding zijn om zichzelf ook te gaan beschadigen (Power e.a. 2016). Het meeste onderzoek gaat over zelfbeschadigend gedrag zonder suïcidale intentie (*non-suicidal self-injury*; NSSI; intentionele beschadiging van lichaamsweefsel zonder suïcidale intentie, zie Klonsky en Muehlenkamp 2007). Uit de literatuur blijkt dat er belangrijke verschillen zijn in aard, motieven en behandeling van zelfbeschadigend gedrag zonder of met suïcidale intentie. Zo blijken negatieve emoties en impulsiviteit sterk gerelateerd aan NSSI en gaat het bij suïcide vaker om negatieve levensgebeurtenissen en depressie (Dixon-Gordon e.a. 2012; Lohner & Konrad 2006). Wetenschappelijk onderzoek toont een relatie aan tussen zelfbeschadigend gedrag en verschillende psychische stoornissen, met name borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS), posttraumatische stressstoornis (PTSS), depressie en verslaving (O'Shea e.a. 2014; Power

AUTEURS

Vivienne de Vogel, psycholoog en onderzoeker, Van der Hoeven Kliniek, de Forensische Zorgspecialisten, Utrecht en lector Werken in Justitieel Kader, Hogeschool Utrecht.

Nienke Verstegen, cultureel antropoloog en onderzoeker, Van der Hoeven Kliniek, de Forensische Zorgspecialisten in Utrecht.

Correspondentieadres

Dr. Vivienne de Vogel, afd. Onderzoek, De Forensische Zorgspecialisten, Postbus 174, 3500 AD Utrecht.

E-mail: vdevogel@dfzs.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-11-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(6):419-424

e.a. 2016). Een geschiedenis van trauma, met name seksueel misbruik, is eveneens sterk gerelateerd aan zelfbeschadigend gedrag (Gratz 2003; O'Donnell e.a. 2015). Trauma kan leiden tot structurele veranderingen in de persoonlijkheid en ontwikkeling van psychische stoornissen en chronische dysregulatie van emoties (Roth e.a. 1997). Zelfbeschadiging kan in die zin worden gezien als manier om met pijnlijke emoties om te gaan en stress te reduceren.

Het meeste onderzoek naar dit thema tot nu toe gaat overigens over vrouwen. In de review van Dixon-Gordon e.a. (2012) werd gevonden dat vrouwen ongeveer de helft van het aantal incidenten veroorzaakten, terwijl ze gemiddeld zo'n 6% van de justitiële populatie vormen en dat zij andere methoden toepasten dan mannen, met name dat ze vaker zichzelf snijden of krassen.

De gesloten en vaak beperkende forensische context kan soms een reden zijn om te starten met zelfbeschadigend gedrag (Power e.a. 2016). Völlm en Dolan (2009) vonden in een groep van 638 vrouwelijke justitiabelen in het Verenigd Koninkrijk dat 46% van hen een geschiedenis had van zelfbeschadigend gedrag en dat ongeveer de helft van deze vrouwen pas was gestart met dit gedrag tijdens detentie. De auteurs concluderen dat de gesloten context een mogelijke verklaring hiervoor is en roepen op tot meer onderzoek naar kenmerken en motieven van zelfbeschadigend gedrag in de forensische context. Meer recentelijk werd in een meta-analyse naar voorspellers van zelfbeschadigend gedrag in detentie gevonden dat omgevingsfactoren zoals eenzame opsluiting en het ervaren van seksueel of fysiek geweld tijdens detentie significant geassocieerd waren met incidenten van zelfbeschadiging (Favril e.a. 2020).

Uit de literatuur blijkt dat zelfbeschadigend gedrag en agressie naar anderen vaak samen voorkomen. O'Donnell e.a. (2015) bestudeerden de literatuur en concludeerden op basis van 123 studies dat er een sterke relatie is tussen beide vormen van agressie, maar dat nog onduidelijk is wat de oorzaak hiervan is. Het waarschijnlijkste is dat er een aantal dezelfde onderliggende risicofacto-

ren een rol spelen, zoals impulsiviteit, gevoelens van hopeloosheid en trauma in de voorgeschiedenis. De relatie lijkt robuuster bij de agressievere methoden van zelfbeschadiging. In sommige gevallen is de relatie met delictpleging duidelijk, bijvoorbeeld wanneer suïcide het onderliggende motief is voor brandstichting of kinderdoding, vooral bij vrouwen (de Vogel e.a. 2012).

Verder blijkt uit onderzoek in de forensische psychiatrie dat zelfbeschadigend gedrag niet alleen vaak samengaat met fysieke agressie naar anderen, maar daar ook een sterke voorspeller voor is (Selenius e.a. 2016; Verstegen e.a. 2020). In een onderzoek in dezelfde setting als het huidige onderzoek werd gevonden dat zelfbeschadigend gedrag de sterkste voorspeller was voor agressie naar anderen, ook wanneer werd gecontroleerd voor andere voorspellers, zoals impulsiviteit, BPS en antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS) (Verstegen e.a. 2020). Patiënten met een geregistreerd incident van zelfbeschadigend gedrag hadden een negen keer grotere kans om ook een geregistreerd incident van agressie naar anderen te hebben.

Gezien de grote impact van beide vormen van agressie is meer inzicht nodig in de relatie. Eerst is het van belang meer te weten over zelfbeschadigend gedrag in de forensische psychiatrie: hoe vaak komt het voor, door wie, welke methoden worden toegepast, met welke intentie en wat is de mogelijke functie van het gedrag?

In dit artikel bespreken wij de resultaten van een eerste, beschrijvende studie naar de prevalentie en kenmerken van incidenten van zelfbeschadiging door patiënten opgenomen in een forensisch psychiatrisch centrum.

Huidige studie

Binnen een doorlopend onderzoeksproject in een forensisch psychiatrisch centrum naar de prevalentie en gevolgen van incidenten tijdens de behandeling voor zowel forensisch psychiatrische patiënten als hun behandelaars werden gegevens verzameld van alle geregistreerde incidenten in de periode januari 2008-december 2019. Voor dit overkoepelende onderzoeksproject

is toestemming verkregen van de ethische commissie van de Faculteit der Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit. Het doel van het huidige onderzoek is om in kaart te brengen hoe vaak incidenten van zelfbeschadiging worden waargenomen in de forensische psychiatrie en in welke vorm en ernst en wat de karakteristieken zijn van de patiënten die zelfbeschadigend gedrag vertonen.

METHODE

Populatie

Dit onderzoek werd uitgevoerd op de drie locaties van de Van der Hoeven Kliniek, een centrum voor klinische forensische psychiatrie waar zowel mannen als vrouwen worden opgenomen met een strafrechtelijke of civielrechtelijke titel (verhouding in aantal patiënten per jaar ongeveer 60-40%). Vrouwen vormen ongeveer 20% van zowel de populatie met een strafrechtelijke als die met een civielrechtelijke titel.

In de periode 2008-2019 werden in totaal 299 incidenten van zelfbeschadiging geregistreerd, gepleegd door 106 patiënten. Iets meer dan de helft van deze patiënten (54; 50,9%) was met de maatregel terbeschikkingstelling (tbs) opgenomen. Verder waren er 2 patiënten (1,9%) opgenomen met een andere strafrechtelijke maatregel (Overige Forensische Zorg). De overige patiënten waren opgenomen in de kliniek voor Klinisch Intensieve Behandeling (KIB) (50; 47,2%) met een civielrechtelijke maatregel zoals een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging. KIB is bedoeld voor tijdelijke opname van psychiatrische patiënten waarbij sprake is van ernstig agressief en/of risicovol gedrag en een sterk ontwrichte behandelrelatie tussen de patiënt en het behandelteam in de oorspronkelijke ggz-instelling.

De gemiddelde leeftijd bij het eerste geregistreerde incident van zelfbeschadiging was 36,5 jaar (SD: 10,8; uitersten: 20-73). Er was doorgaans sprake van complexe psychiatrische problematiek en een geschiedenis van gewelddadig gedrag (zie onder Resultaten).

Procedure

Alle incidenten zoals vermeld op de ochtendbulletins in de periode 1 januari 2008-31 december 2019 werden verzameld. Deze ochtendbulletins zijn dagelijkse rapportages om staf en patiënten te informeren over de belangrijkste gebeurtenissen in de kliniek, waaronder incidenten. Deze incidenten werden vervolgens door de onderzoekers gecodeerd naar aard en ernst met de *Modified Observed Aggression Scale+* (MOAS+; Crocker e.a. 2006, zie verder onder Instrumenten). Wanneer incidenten onduidelijk waren, zochten we naar meer informatie in de patiëntendossiers, onder andere de meldingen *bijzonder voorval* en de notulen van multidisciplinaire overleggen.

Het is belangrijk hier te noemen dat niet alle incidenten worden waargenomen of geregistreerd. In sommige

gevallen, met name bij patiënten die zeer regelmatig zelfbeschadigend gedrag vertonen, is het beleid vanuit de instelling om incidenten van zelfbeschadiging niet openbaar te maken, ook in verband met mogelijk kopiëergedrag van andere patiënten.

Vanuit de patiëntendossiers verzamelden we enkele gegevens verzameld zoals gender, geboortjaar, de hoofddiagnose zoals geëvalueerd met de DSM-IV (APA 2000) of DSM-5 (APA 2013) en de mate van psychopathie, zoals gemeten met de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare 2003). Voor het classificeren als incident met suïcidale intentie werd gelet op gerapporteerde suïcidale uitlatingen zoals 'ik deed het omdat ik niet meer wil leven', of wanneer het incident door behandelaars als een suïcidepoging werd beschreven.

De data werden met SPSS 25.0 geanalyseerd.

Instrumenten

De MOAS+ is een veelgebruikt instrument om agressie te registreren met goede psychometrische eigenschappen (Oliver e.a. 2007). Het bestaat uit vijf categorieën: verbale agressie, agressie tegen objecten, fysieke agressie, auto-agressie en seksuele agressie. Binnen de categorieën worden vier niveaus van ernst onderscheiden (licht, matig, sterk en extreem). Voor de huidige studie gebruikten wij de categorie auto-agressie (zie [tabel 2](#)). Verder namen we in dit onderzoek de mate van psychopathie mee, zoals gemeten met de PCL-R door getrainde en gecertificeerde gedragsdeskundigen. Dit instrument bevat 20 kenmerken van psychopathie die op een driepuntsschaal worden gescoord (0, 1 of 2) waarbij een maximumscore van 40 kan worden behaald, wat correspondeert met het prototype psychopaat. De PCL-R-score was in principe alleen beschikbaar voor de patiënten die (ooit) waren opgenomen met een strafrechtelijke maatregel (n = 55; 51,9%). Wat betreft de (hoofd)diagnose werd de DSM-IV- of DSM-5-classificatie aangehouden, zoals vermeld in de patiëntendossiers en geëvalueerd door gecertificeerde gedragsdeskundigen.

RESULTATEN

Prevalentie zelfbeschadiging

In de periode 2008-2019 werden in totaal 299 incidenten geregistreerd, gepleegd door 106 patiënten; 44 vrouwen (41,5%) en 62 mannen (58,5%). Dit kwam neer op gemiddeld 24,9 geregistreerde incidenten per jaar. In deze periode waren er in totaal 915 patiënten opgenomen en werden in totaal 7392 incidenten van fysieke of verbale agressie naar anderen, zichzelf of goederen geregistreerd.

Het aandeel incidenten zelfbeschadiging hierin was 4,0% en het betrof 11,6% van de patiënten. Het merendeel van de incidenten van zelfbeschadiging (262; 87,6%) werd geëvalueerd als incident zonder suïcidale intentie, 33 (11,0%) met suïcidale intentie en van 4 incidenten (1,3%) was dit onduidelijk.

Tabel 1. Gebruikte methode en voorwerpen bij 299 geregistreerde incidenten van zelfbeschadiging

	N (%)
Methode	
Snijden	65 (21,7)
Inslikken van gevaarlijke vloeistof of voorwerp in lichaam brengen	34 (11,4)
Verstikken	26 (8,7)
Bonken (bijv. met hoofd tegen de muur)	24 (8,0)
Slaan (bijv. hand tegen muur, zich tegen hoofd slaan)	23 (7,7)
Verhangen	15 (5,0)
Krassen	15 (5,0)
Overdosis medicatie	14 (4,7)
Branden	11 (3,7)
Van hoogte springen	6 (2,0)
Overig (bijv. elektrocuteren, wonden openhalen) of onbekend	67 (22,4)
Gebruikte voorwerpen (n = 186 incidenten)	
Glas of gebroken servies	31 (16,7)
(Scheer)mes	26 (14,0)
Gevaarlijke vloeistof (bijv. bleekmiddel) of voorwerp (bijv. batterij)	24 (12,9)
Touw of veter	16 (8,6)
Textiel (bijv. kleding, lakens)	15 (8,1)
Medicatie	14 (7,5)
Brandend voorwerp of kokende vloeistof	13 (7,0)
Ander voorwerp (bijv. plastic zak, niet scherp voorwerp)	47 (25,3)

Er waren in totaal 10 suïcides (4 vrouwen, 6 mannen; 4 met civielrechtelijke maatregel, 6 met strafrechtelijke maatregel). Van deze 10 patiënten hadden 4 al eerder een geregistreerd incident van zelfbeschadiging en 5 een geregistreerd incident van agressie naar anderen. Bij 27 incidenten (9,0%) was er tijdens het incident van zelfbeschadiging ook sprake van agressie naar andere personen, doorgaans de begeleiders die het zelfbeschadigende gedrag probeerden te stoppen. Bij 64 van de 106 patiënten (60,4%) werden in de periode 2008-2019 ook één of meerdere incidenten van fysieke agressie naar anderen geregistreerd.

Het gemiddeld aantal incidenten per patiënt met geregistreerd zelfbeschadigend gedrag was 2,83 (SD: 3,3; uitersten: 1-19). Voor vrouwen werden gemiddeld 4,5 incidenten geregistreerd (SD: 4,4; uitersten: 1-19) en voor mannen 1,65 (SD: 1,06; uitersten: 1-6). Van de 299 geregistreerde incidenten waren er 198 (66,2%) gepleegd door vrouwelijke patiënten en 101 (33,8%) door mannelijke patiënten.

Methode van zelfbeschadiging

In tabel 1 worden de toegepaste methoden om zichzelf te beschadigen vermeld. Bij 186 incidenten (62,2%) werd

daarbij gebruikgemaakt van een voorwerp. Het meest gebruikte voorwerp was een scherp object zoals glas, gebroken servies of een (scheer)mes om zich mee te snijden of krassen. Verder werden regelmatig gevaarlijke vloeistoffen of voorwerpen, zoals bleekmiddel, afwasmiddel, e-smokervloeistof of batterijen ingeslikt. Bij de 10 suïcides was 9 keer sprake van verhangen met een touw of riem en 1 keer van een sprong van een hoogte.

Ernst zelfbeschadiging

In tabel 2 worden de MOAS+-scores vermeld. De ruime meerderheid van de incidenten werd geclassificeerd als sterk of extreem ernstig, wat wil zeggen dat er sprake was van zichtbare verwondingen. Bij 50 (16,7%) van de incidenten was een ziekenhuisbezoek (of een enkele keer een brandwondencentrum) noodzakelijk en bij 14 (4,7%) een bezoek aan de huisarts. In de andere gevallen konden de verwondingen door de medische dienst van de kliniek of door andere stafleden (doorgaans de sociotherapeuten) worden verbonden of behandeld. Alle incidenten met een suïcidale intentie vielen, inherent aan de MOAS+-definitie, in de categorie sterk of extreem (100%) versus 61,4% van de incidenten zonder suïcidale intentie ($p < 0,001$).

Meer dan de helft van de patiënten werd na het incident ingesloten, ofwel in een separeer (108; 36,1%), een prikkelarme ruimte (39; 13,0%) ofwel de eigen kamer (20; 6,7%). In 21 (7,0%) gevallen verbleef de patiënt al in een herstelkamer of separeer op het moment van het plegen van het incident.

Kenmerken van de patiënten

Tabel 3 vermeldt de hoofddiagnoses zoals geclassificeerd met DSM-IV of DSM-5 en de redenen voor opname. Schizofrenie, schizoaffectieve stoornis en BPS kwamen het vaakst voor. Tevens werd in de volledige diagnose gekeken of er sprake was van psychotische problematiek, hetgeen bij bijna de helft van de patiënten het geval was (51; 48,1%). De gemiddelde PCL-R-score van de 55 patiënten van wie deze beschikbaar was, bedroeg 19,3 (SD: 6,4; uitersten: 4-35,6), wat niet sterk

Tabel 2. Ernst van 299 incidenten zelfbeschadiging zoals gecodeerd met de MOAS+

	N (%)
Licht (plukt of krabt huid, slaat zichzelf, zonder verwondingen)	10 (3,3)
Matig (bonkt met hoofd, slaat tegen muur, werpt zich op grond)	58 (19,4)
Sterk (brengt zichzelf kleine sneden toe, brandwonden, striemen)	138 (46,2)
Extreem (brengt zichzelf ernstige verwondingen toe of suïcidepoging)	56 (18,7)
Onbekend	37 (12,4)

Tabel 3. Kenmerken van 106 patiënten met geregistreerde incidenten van zelfbeschadiging

	N (%)
Meest voorkomende DSM-IV- of DSM-5-classificatie (hoofddiagnose)	
Schizofrenie	29 (27,4)
Borderlinepersoonlijkheidsstoornis	26 (24,5)
Schizoaffectieve stoornis	12 (11,3)
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	8 (7,5)
Autismespectrumstoornis	7 (6,6)
Persoonlijkheidsstoornis NAO	6 (5,7)
Middelenmisbruik of afhankelijkheid	5 (4,7)
Overig (PTSS, bipolair, pedofiele stoornis, depressie)	13 (12,3)
Indexdelict/reden voor opname	
Levensdelict	14 (13,2)
Seksueel delict	11 (10,4)
Gewelddelict	15 (14,2)
Brandstichting	15 (14,2)
Vermogen	1 (0,9)
Agressief gedrag in eerdere instelling (KIB)	50 (47,2)

Indexdelict = het delict waarvoor men in de forensische psychiatrie werd opgenomen.

afweek van eerder gevonden gemiddeldes in forensische populaties (de Vogel e.a. 2016).

Van de 10 patiënten die zich hadden gesuïcideerd, hadden 4 als hoofddiagnose schizofrenie, 1 schizoaffectieve stoornis, 2 BPS, 1 persoonlijkheidsstoornis NAO (niet anderszins omschreven), 1 middelenafhankelijkheid en 1 pedofiele stoornis. Verder viel op dat alle 3 de patiënten met de hoofddiagnose pedofiele stoornis behoorden tot de groep patiënten met incidenten met suïcidale intentie.

DISCUSSIE

Uit ons onderzoek kunnen we concluderen dat incidenten van zelfbeschadigend gedrag met regelmaat vóórkomen in de forensische psychiatrie en dat ze doorgaans ernstig van aard zijn. De bevinding dat snijden de meest voorkomende vorm van zelfbeschadigend gedrag was, komt overeen met eerdere onderzoeken (Dixon-Gordon e.a. 2012; Power e.a. 2016). Ook de bevinding dat er verhoudingsgewijs veel vrouwen zelfbeschadigend gedrag lieten zien, is in lijn met de literatuur (zie o.a. de review van Dixon-Gordon e.a. 2012).

Vergelijkend onderzoek waarbij wordt gecontroleerd voor bijvoorbeeld diagnoses en type instelling is van belang. Mogelijke verklaringen voor de oververtegenwoordiging van vrouwen zijn genderverschillen in de aard van psychische stoornissen en de voorgeschiedenis van trauma. Uit eerder onderzoek in de forensische psychiatrie is gebleken dat, hoewel ook mannelijke

forensische patiënten veel trauma in hun voorgeschiedenis hadden, vrouwen vaker meerdere vormen van trauma hadden meegemaakt en bovendien gedurende een langere periode, namelijk zowel in hun jeugd als in volwassenheid (de Vogel e.a. 2016). Binnen dit onderzoek werd tevens een relatie gevonden tussen seksueel misbruik in de kindertijd en BPS voor vrouwen en bij mannen tussen fysieke mishandeling in de kindertijd en APS (Bohle & de Vogel 2017) en zowel seksueel misbruik als BPS is sterk gerelateerd aan zelfbeschadigend gedrag (Power e.a. 2016). Nader onderzoek naar bijvoorbeeld verschillen tussen mannen en vrouwen in aanleidingen en motieven voor zelfbeschadigend gedrag is gewenst. Verder viel in het huidige onderzoek op dat alle patiënten met de hoofddiagnose pedofilie tot de groep patiënten met suïcidale intentie behoorden en dat een ervan daadwerkelijk is overleden. Hoewel dit een zeer kleine groep is, verdient het nader onderzoek.

Een relevante vraag voor de praktijk is hoe het beste te handelen bij zelfbeschadigend gedrag en of en zo ja, hoe er onderscheid gemaakt moet worden naar gedrag met suïcidale intentie versus zonder. In het huidige onderzoek viel op dat patiënten relatief vaak werden ingesloten na het incident en de vraag is hoe patiënten dit ervaren. Binnen de forensische psychiatrie ligt de nadruk in de behandeling logischerwijs op het voorkómen van gewelddadig gedrag naar anderen, maar meer aandacht voor zelfbeschadigend gedrag is gewenst, mede omdat het een voorspeller voor agressie naar anderen is. Gedege screening op risico van zelfbeschadiging is van belang voor preventie. Sommigen pleiten voor een geïntegreerde risico-inschatting en aanpak (zie bijvoorbeeld Lubell & Vetter 2006), maar nader onderzoek is nodig of dit waardevol is.

Beperkingen

Ons onderzoek heeft een aantal beperkingen. Ten eerste is er zeer waarschijnlijk sprake van onderrapportage van incidenten van zelfbeschadiging. Niet alle incidenten worden waargenomen en geregistreerd. Sommige patiënten schamen zich voor hun zelfbeschadigende gedrag en verstoppen hun wonden. Bovendien is het bij sommige patiënten afgesproken beleid om dergelijke incidenten niet te melden op de ochtendbulletins. De gevonden prevalentie beschouwen we dan ook als een onderschatting van het werkelijke vóórkomen van zelfbeschadiging in de forensische psychiatrie.

Ten tweede was niet van alle patiënten volledige informatie beschikbaar, bijvoorbeeld de mate van psychopathie (met name bij patiënten met een civielrechtelijke maatregel).

Tot slot is het onderzoek uitgevoerd binnen (drie locaties van) één forensische instelling in Nederland en is het de vraag hoe generaliseerbaar de resultaten zijn.

Aanbevelingen

Meer onderzoek in diverse forensische instellingen is nodig naar voorspellers van zelfbeschadigend gedrag

en met name of er onderscheidende voorspellers zijn voor agressie naar zichzelf versus naar anderen. Hierbij is het interessant om verschillen te toetsen tussen subgroepen patiënten, bijvoorbeeld strafrechtelijk versus civielrechtelijk opgenomen patiënten en tussen incidenten met of zonder suïcidale intentie. Andere relevante vragen zijn wat de effecten zijn op stafleden en patiënten die getuige zijn van zelfbeschadigend gedrag of die ter plaatse moeten ingrijpen. Het is wenselijk om diepgaander te onderzoeken wat de functie van het zelfbeschadigende gedrag is en wat de mechanismes zijn die het zelfbeschadigende gedrag in stand houden. Voor toekomstig onderzoek raden wij aan patiënten zelf hierop te bevragen: waren er concrete aanleidingen voor het gedrag, wat brengt het zelfbeschadigende gedrag hun, wat zijn mogelijke motieven, en wat zijn de uiteindelijke gevolgen ervan? Hierbij is het belangrijk om ook contextfactoren mee te nemen, zoals de fysieke omgeving met veel restricties, blootstelling aan prikkels of agressie door andere patiënten, eenzaamheid en de mogelijke uitzichtloosheid van langdurige behandeling (zie ook Favril e.a. 2020).

CONCLUSIE

Incidenten van zelfbeschadiging komen regelmatig voor in de forensische psychiatrie en zijn doorgaans ernstig van aard. De meeste incidenten betroffen zelfbeschadigend gedrag zonder suïcidale intentie. Toch was er gemiddeld eenmaal per jaar een suïcide. De invloed van suïcide(pogingen) en incidenten van zelfbeschadigend gedrag op alle betrokkenen kan enorm zijn. Meer aandacht en onderzoek zijn nodig naar de invloed op betrokkenen en getuigen, motieven en aanleidingen voor het zelfbeschadigende gedrag en effectieve behandeling ervan.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington: APA; 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington: APA; 2013.
- Bohle A, de Vogel V. Gender differences in victimization and the relation to personality disorders in forensic psychiatry. *J Aggress Maltreat Trauma* 2017; 26: 411-29.
- Crocker AG, Mercier C, Lachapelle Y, Brunet A, Morin, Ro ME. Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50: 652-61.
- Dixon-Gordon K, Harrison N, Roesch R. Non-suicidal self-injury within offender populations: A systematic review. *Int J Forensic Ment Health* 2012; 11: 33-50.
- Favril L, Yu R, Hawton K, Fazel S. Risk factors for self-harm in prison: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 682-91.
- Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10: 192-205.
- Hare RD. Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised. 2de ed. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
- Jeglic EL, Vanderhoff HA, Donovick PJ. The function of self-harm behavior in a forensic population. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2005; 49: 131-42.
- Klonsky ED, Muehlenkamp J. Self-injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol* 2007; 63: 1045-56.
- Lohner J, Konrad N. Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29: 370-85.
- Lubell KM, Vetter. Suicide and youth violence prevention: The promise of an integrated approach. *Aggress Violent Behav* 2006; 11: 167-75.
- Nijman HL, à Campo JM. Situational determinants of inpatient self-harm. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32: 167-75.
- O'Donnell O, House A, Waterman M. The co-occurrence of aggression and self-harm: Systematic literature review. *J Affect Disord* 2015; 175: 325-50.
- O'Shea LE, Picchioni MM, Mason FL, Sugarman PA, Dickens GL. Predictive validity of the HCR-20 for inpatient self-harm. *Compr Psychiatry* 2014; 55: 1937-49.
- Oliver PC, Crawford MJ, Rao B, Reece B, Tyrer P. Modified Overt Aggression Scale (MOAS) for people with intellectual disability and aggressive challenging behaviour: A reliability study. *J Appl Res Intellect Disabil* 2007; 20: 368-72.
- Power J, Gobeil R, Beaudette JN, Ritchie MB, Brown SL, Smith HP. Childhood abuse, non-suicidal self-injury, and suicide attempts: An exploration of gender differences in incarcerated adults. *Suicide Life Threat Behav* 2016; 46: 745-51.
- Roth S, Newman E, Pelcovitz D, Kolk BA van der, Mandel FS. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1997; 10: 539-55.
- Selenius H, Leppänen Östman S, Strand S. Self-harm as a risk factor for inpatient aggression among women admitted to forensic psychiatric care. *Nord J Psychiatry* 2016; 70: 554-60.
- Verstegen N, Vogel V de, Didden R, Nijman H. Physical violence during mandatory psychiatric treatment: Prevalence and patient characteristics. *Criminal Justice & Behavior* 2020; 47: 771-89.
- Vogel V de, de Vries Robbé M, van Kalmthout W, Place C. Risicotaxatie van geweld bij vrouwen: ontwikkeling van de 'Female Additional Manual' (FAM). *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 329-38.
- Vogel V de, Stam J, Bouman Y, ter Horst P, Lancel M. Gewelddadige vrouwen: een multi-centeronderzoek naar kenmerken van vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 439-47.
- Vogel V de, Stam J, Bouman Y, Horst P ter, Lancel M. Violent women: A multicentre study into gender differences in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2016; 27: 145-68.
- Völlm BA & Dolan MC. Self-harm among UK prisoners: A cross-sectional study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2009; 20: 741-51.

SUMMARY

Self-harming behavior by patients admitted to forensic psychiatry

V. de Vogel, N. Versteegen

- Background** Incidents of self-harm by forensic psychiatric patients usually have a large impact on all those involved and self-harming behavior is an important predictor for violence towards others during treatment.
- Aim** To describe incidents of self-harm during the treatment of patients admitted to forensic psychiatry.
- Method** All incidents of self-harm during treatment in a forensic psychiatric center that were registered between 2008 and 2019 were analyzed and coded with respect to severity with the MOAS+.
- Results** Between 2008 and 2019 299 incidents of self-harm were registered committed by 106 patients. Most of these incidents (87,6%) were classified as non-suicidal. Methods most often used were cutting themselves with glass, broken plates or mugs, a razor or knife and swallowing dangerous objects or liquids. There were ten cases of suicide, almost all by suffocation with a rope or belt. The majority of the incidents were coded as severe or extreme with the MOAS+. Female patients were overrepresented and they caused on average three times more incidents than male patients.
- Conclusion** Incidents of self-harm happen regularly in forensic psychiatry and are usually severe. More research is needed into the impact on all those involved, motivations and triggers for self-harming behavior and effective treatment of it.