

Opzettelijke zelfverwonding

'Spanning om te snijden...'

door A.A. Wenstedt, E.M. Wolken en
C.P.F. van der Staak

'Ik heb me heel vaak gesneden. Het was in en uit het ziekenhuis hechten. Ik had een keer m'n hele been opengesneden. Toen hebben ze me in het ziekenhuis gehecht en weer naar huis gebracht. Ik heb toen een schaar gepakt en alle hechtingen er weer uitgehaald, 47 hechtingen. Ik weet niet waarom ik 't deed. Ik haatte dan het ziekenhuis. Als ze 't niet hadden dichtgenaaid was ik misschien wel leeggebloed. Gewoon kwaadheid... Ik heb toen de wond uit elkaar getrokken. Maar toen hebben ze me weer naar 't ziekenhuis gebracht, waar ze het 3-dubbel dicht hebben genaaid, zodat ik het niet meer los kon krijgen.' (Wenstedt en Wolken 1986, p. 190)

Samenvatting

In dit artikel wordt opzettelijke zelfverwonding beschreven als een op zichzelf staand verschijnsel dat zich meestal volgens een vaststaand patroon manifesteert. Daartoe wordt eerst een definitie geformuleerd en een verantwoordiging gegeven van de term 'opzettelijke zelfverwonding'. Na een beschrijving van diverse vormen van zelfverwonding wordt de afbakening besproken van andere vormen van zelfdestructief gedrag, zoals de suïcidepoging. De eenduidige beschrijving van het verloop van de handeling, de daarmee samenhangende gevoelens en de samengaande problematiek ondersteunen de stelling dat het hier gaat om een op zichzelf staande specifieke problematiek. Als laatste wordt een beeld gegeven van de epidemiologische gegevens met betrekking tot opzettelijke zelfverwonding, met als speciale aandachtspunten de factoren leeftijd en geslacht.

Inleiding

De hierboven geciteerde persoon sneed zichzelf verwoed open. Anderen branden zichzelf met sigarettepeuken, prikken zich met naalden of krabben hun gezicht open.

Wanneer komt iemand tot gedragingen als deze, die vaak ernstige schade tot gevolg hebben? En in welk opzicht onderscheidt deze vorm van opzettelijke verwonding¹ zich van andere vormen van zelfbeschadigend gedrag? Immers er zijn ook variëteiten van zelfverwondend gedrag die 'onschuldig' zijn, zoals het doorprikken van oorlellen ten be-

hoeve van sieraden, het krabben tegen jeuk, enz. Om een antwoord te vinden op deze vragen dient een definitie van opzettelijke zelfverwonding zich niet te beperken tot een beschrijving van het geobserveerde gedrag, maar moet ze ook informatie verschaffen over de motivatie tot de handeling. Op grond van literatuuronderzoek en praktische ervaring menen wij dat er voldoende redenen zijn om te stellen dat er hier sprake is van een specifieke problematiek, die als zodanig aandacht verdiend. (zie Wenstedt en Wolken 1986).

In dit artikel wordt een nadere beschrijving gegeven van deze problematiek. Om te beginnen wordt een definitie geformuleerd en een verantwoording gegeven van de term 'opzettelijke zelfverwonding'. Daarna worden diverse vormen van zelfverwonding beschreven en wordt het gedrag afgebakend van andere vormen van zelfdestructief gedrag. Na een beschrijving van het proces van de zelfverwonding en een weergave van de met zelfverwonding samengaande problematiek, wordt een beeld gegeven van de epidemiologische gegevens van het fenomeen.

Definitie

In de literatuur zijn uiteenlopende definities van opzettelijke zelfverwonding te vinden. Sommige auteurs baseren hun definitie louter op het geobserveerde gedrag (bij voorbeeld Tate en Baroff in: Carr 1977).² Anderen nemen vooral de motivering van de persoon die zichzelf verwondt tot uitgangspunt bij voorbeeld Vereecken, 1965.³ In dit artikel wordt uitgegaan van de volgende, door ons samengestelde definitie: 'Opzettelijke zelfverwonding is het zichzelf opzettelijk, direct, toebrengen van lichamelijke pijn of letsel, meestal met een laag lethali-teitsniveau en in een zich herhalend patroon, waarbij de handeling, dan wel het onmiddellijke gevolg ervan, als primair doel ervaren wordt'.

Elk deelaspect van deze definitie is ons inziens noodzakelijk om dit complexe fenomeen voldoende af te grenzen van andere hierop gelijkende gedragingen:

opzettelijk is een noodzakelijke toevoeging om het gedrag af te grenzen van gedragingen, waarbij men zichzelf toevallig verwondt;

direct: opzettelijke zelfverwonding heeft een onmiddellijke beschadiging van het lichaam tot gevolg;

pijn of letsel: hoewel het directe resultaat van zelfverwonding vrijwel altijd een wond is, komt het ook voor dat men zichzelf vooral pijn toebrengt, zoals bij voorbeeld bij hoofdbonzen;

meestal met een laag lethali-teitsniveau en in een zich herhalend patroon: binnen het verschijnsel van opzettelijke zelfverwonding kan de ernst van de beschadiging, de kans dat deze dodelijke gevolgen heeft en de mate van herhaald optreden variëren: frequent krabben is in dit opzicht verschillend van een eenmalige zelfcastratie. Dit laatste kan

beschouwd worden als een zeldzame vorm van opzettelijke zelfverwonding. Meestal is bij zelfverwonding sprake van het maken van ondiepe insnijdingen in de huid of soortgelijke gedragingen, waarbij de kans om op korte termijn te sterven gering is;

met ... *de behandeling, danwel het onmiddellijke gevolg ervan...* wordt bedoeld op het geheel aan verrichtingen, alsmede de gevoelens die de persoon ervaart, tijdens de zelfverwondende daad én in de toestand daarna, die direct voortvloeit uit de handeling;

... *als primair doel ervaren wordt* ... Opzettelijke zelfverwonding is een complex verschijnsel, dat diverse doeleinden kan dienen. Het primaire doel is echter de handeling en/of het onmiddellijke gevolg ervan (zoals het reduceren van spanning). Op de achtergrond kunnen natuurlijk andere doeleinden een rol spelen; men kan met zelfverwonding aandacht krijgen of anderen manipuleren (Ross en McKay 1979).

Opzettelijke zelfverwonding kan voorkomen als symptoom bij fysiologische stoornissen als het Lesch-Nyhan en het Cornelia de Lange-syndroom. Omgevingsfactoren – als pijnlijke stimuli of een tekort aan aandacht en stimulatie – kunnen deze organisch bepaalde zelfverwonding nog versterken (Bachman 1972; Romanczyk en Goren 1975; Carr 1977; Ross en McKay 1979). Omdat deze organisch bepaalde zelfverwonders een aparte groep vormen, die een afzonderlijke bestudering behoeft, zullen wij deze in dit artikel verder buiten beschouwing laten en ons beperken tot opzettelijke zelfverwonding als een op zichzelf staande problematiek. Wij verantwoorden onze keuze voor de term 'opzettelijke zelfverwonding' als volgt.

In de literatuur wordt het gedrag, dat wij hier beschrijven met diverse termen aangeduid. De meest gebruikte termen zijn 'self-injurious behavior', 'self-mutilation' en 'self-destructive behavior' (Ross en McKay 1979). De laatstgenoemde term is ons inziens te breed; immers ook overmatig gebruik van alcohol of suïcidaal gedrag zou hier onder kunnen vallen. 'Self-mutilation' (automutilatie) betekent letterlijk: het zichzelf beroven van één of meer lichaamsdelen (Van Dale 1984) en is als zodanig toegespitst op een zeer bepaalde vorm van zelfverwondend gedrag, die vooral voorkomt bij psychotici. 'Self-injurious behavior' (zelfverwondend gedrag) lijkt ons als term het meest geschikt voor de door ons gekozen definitie. Omdat deze term (als SIB) ook veel gebruikt wordt om zelfverwonding aan te duiden bij gevallen van retardatie, organiciteit en kinderpsychoses, wordt ter onderscheiding daarvan het woord 'opzettelijk' toegevoegd.

Vormen van opzettelijke zelfverwonding

Naast het snijden in pols en onderarm, de meest bekende vorm van zelfverwonding, bestaat er een scala van andere manieren, waarop de opzettelijke zelfverwonder zichzelf letsel kan toebrengen. Ross en McKay (1979) beschrijven hoe mensen niet alleen hun polsen, maar

ook alle mogelijke andere lichaamsdelen tot object van de zelfverwonding maken, bij voorbeeld het gezicht, de oogleden, de tong, de buik, de nek, alle ledematen en soms de genitaliën. Eenzelfde grote variatie zien we in hun beschrijving van voorwerpen die gebruikt worden. Een kleine greep uit het assortiment: messen, glasscherven, schroevendraaiers, spelden, scharen, stukken metaal, nagels, pennen, stenen en stokken. Een aantal van deze voorwerpen wordt soms ook gebruikt om op te eten of in te slikken, of om in het lichaam aan te brengen. Vaak wordt geprobeerd ze in één van de lichaamsopeningen te stoppen (bij voorbeeld in anus, vagina of urethra) of men probeert bij voorbeeld naalden, punaises of stukjes glas zo ver mogelijk in of onder de huid te steken. Een zeer ingrijpende methode van zichzelf beschadigen is het afsnijden van bij voorbeeld vingers, oren, geslachtsdelen of borsten, of het weghalen van ingewanden of ogen. Ook het uittrekken van haren (trichotillomanie) beschrijven Ross en McKay (1979) als een vorm van 'afsnijden' van lichaamsdelen. Dit kan tevens samengaan met trichofagie, het opeten van het haar. De zelfverwonder blijkt niet altijd voorwerpen nodig te hebben om zichzelf pijn of letsel toe te brengen. Het is mogelijk dat men zichzelf met opzet tot bloedens toe krabt, bijt of slaat. Ook het opzettelijk veroorzaken van brandwonden komt regelmatig voor; men gebruikt brandende sigaretten of lucifers of overgiet zichzelf met brandbare stoffen, die aangestoken worden. Als laatste noemen Ross en McKay nog een bijzondere vorm van zelfverwonding, namelijk het dichtknijpen van aderen of luchtwegen. Zij beschrijven mensen die ledematen afbinden, de mond dichtnaaien, zolang in de huid knijpen dat het bloed niet meer doorstroomt of zo lang mogelijk onder water blijven.

Sommige van de genoemde methoden blijken voornamelijk door bepaalde groepen mensen te worden gehanteerd. Zo komt schuren, schaven en zichzelf bijten vooral voor bij zwakzinnigen en het afsnijden van lichaamsdelen meestal bij psychotici. Het zichzelf (of zichzelf tegen een voorwerp) slaan gebeurt bij beide groepen (Ross en MacKay 1979).

Afbakening van anderen vormen van zelfdestructief gedrag

In de literatuur (onder andere Farberow 1980) worden regelmatig gedragingen aangehaald als alcoholisme en anorexia nervosa die zelfdestructief zijn maar geen vormen van opzettelijke zelfverwonding zijn volgens de in dit artikel genoemde definitie. We kunnen hier beter spreken van indirect zelfdestructief gedrag, er is immers geen sprake van directe lichamelijke pijn of letsel. Bovendien is bij voorbeeld bij alcoholisme de zelfdestructie in de vorm van aantasting van hersenen en lever, een bijkomend verschijnsel en niet het primaire doel van de handeling.

De suïcide en de suïcidepoging zijn eveneens duidelijke vormen van

zelfdestructief gedrag. Stengel omschrijft suïcide als 'een handeling waarbij de intentie is het zichzelf doden' (Stengel 1959 in Kahan en Pattison 1984). Op grond hiervan is evident dat deze handeling niet binnen de definitie valt. Immers, er is hier geen sprake van een handeling 'met een laag lethaliteitsniveau in een zich herhalend patroon'.

Met betrekking tot het begrip 'suïcidepoging' ligt het veel minder duidelijk, wat ook wel blijkt uit artikelen zoals dat van Kessel (1966) waarin hij voorstelt de term 'suicide attempt' te vervangen door de term 'deliberate self-injury'. Diekstra (1981, p. 83) definieert de suïcidepoging als: 'Opzettelijk weloverwogen gedrag zonder dodelijke afloop, waarbij iemand zichzelf verwondt, of een zodanige hoeveelheid van een bepaalde stof inneemt dat de norm voor wat algemeen als therapeutisch wordt beschouwd, wordt overschreden. De persoon bedoelt met het gedrag via de feitelijke of mogelijke gevolgen ervan, bepaalde gewenste veranderingen te bewerkstelligen'.

Met name de laatste zin in deze definitie geeft aan waar ons inziens vooral het onderscheid tussen de opzettelijke zelfverwonding en de suïcidepoging gelegd moet worden: bij zelfverwonding is de handeling of het directe gevolg daarvan, het primaire doel, terwijl bij de suïcidepoging de handeling als *middel* geldt om in tijd verder weg liggende doelen te bereiken. In de praktijk zal dit onderscheid moeilijk scherp te maken zijn, vooral ook omdat beide, zowel de zelfverwonding als de suïcidepoging, nogal eens bij dezelfde persoon voorkomen. Soms leiden als zelfverwonding begonnen gedragingen, later ook tot suïcidepogingen. Steeds zal in zo'n geval nauwkeurig nagegaan moeten worden hoe de betrokken persoon het gedrag beleeft en wat voor motivatie erachter steekt.

Een vorm van opzettelijk zelfverwondend gedrag, die vaak verwarrend oplevert wanneer het gaat over de vraag of er sprake is van opzettelijke zelfverwonding of van een suïcidepoging, is het polssnijden. Sommige auteurs spreken hier dan ook liever over een apart syndroom, een aparte constellatie van kenmerken, die bij een specifieke groep mensen zou voorkomen (o.a. Graff en Mallin 1967; Asch 1971; Rosenthal 1972). Wij sluiten ons echter aan bij Pao (1969) en Weissmann (1975) die geen aanleiding zien tot het formuleren van een apart syndroom en polssnijden, afhankelijk van de diepte en grootte van de wond en afhankelijk van de achterliggende motivatie, opvatten hetzij als een vorm van opzettelijke zelfverwonding hetzij als een vorm van suïcidepoging.

'... Ik wilde dan niet meer bestaan en mezelf pijn doen. Ik moest weet hebben, voelen dat ik fout was. Tijdens het snijden voelde ik geen pijn, dat kwam pas achteraf. Ik sneed nooit zo diep; wél zó dat er bloed uit kwam. Ik voelde daar niks bij, er moest alleen maar meer bijkomen... het moest nog harder gaan bloeden.' (Wenstedt en Wolken 1986, p. 172)

Het proces van de zelfverwonding

In de literatuur zijn overeenkomstige beschrijvingen te vinden van het proces van de zelfverwonding. De situaties, die uiteindelijk aanleiding geven tot de zelfverwonding, hebben volgens veel auteurs vooral betrekking op incidenten in het interpersoonlijke veld, die de persoon het gevoel geven in de steek gelaten of genegeerd te worden door een belangrijke ander (Podvoll 1969; Pao 1969; Asch 1971; Friedman, Glasser, E. Lauffer, M. Lauffer, Wohl 1972; Rosenthal 1972; Miller en Bashkin 1974). Deze frustratie leidt tot een gevoel van totaal verworpen zijn en verlatenheid. De persoon wordt dan overweldigd door diverse gevoelens, zoals woede, wraak, agitatie, angst, depressie of wanhoop, waarmee zij⁴ niet kan omgaan. Zij kan deze gevoelens niet verbaliseren en uit angst voor het niet kunnen afweren van met name de agressieve gevoelens ontstaat er gespannenheid (Jones, Congiu, Stevenson, Strauss, Frei 1979; Bennum 1983; Pattison en Kahan 1983). Zij raakt dan in een toestand van depersonalisatie. 'It's like I'm not here, like I'm not real' (Miller en Bashkin 1974, p. 641). In vrijwel alle literatuur wordt melding gemaakt van deze toestand van veranderd bewustzijn, die de psychologische basis vormt van gevoelens van vlakke, leegte en onwerkelijkheid. Om uit deze angstige toestand te ontsnappen en zichzelf weer te 'voelen' is er de impuls tot zelfverwonding. Opvallend in de meeste beschrijvingen is, dat men geen pijn voelt tijdens de zelfverwonding, zelfs niet op gevoelige plekken als het gezicht.

De zelfverwonding wordt meestal beëindigd zodra de betrokkene een wond ziet of de sensatie ervaart van stromend bloed. Zij kan dan het gevoel hebben weer tot leven te komen, 'I bleed, therefore I'm alive' (Rosenthal 1972, p. 51). Dit alles kan voor even ontspanning en bevrediging schenken, totdat gevoelens van pijn, schuld, schaamte en leegte weer de overhand krijgen (Jones e.a. 1969; Pao 1969).

Opzettelijke zelfverwonding en samengaande problematiek

Mensen die zichzelf opzettelijk verwonden hebben vaak een traumatische jeugd gehad, in de zin van een slechte of minimale relatie met de ouder(s) (Vereecken 1965, Lester 1972; Novotny 1972) of in de zin van fysieke trauma's en ziekten op jonge leeftijd (Rosenthal 1972). Opvallend is het grote aantal zelfverwonders, die in hun jeugd lichamelijk mishandeld en/of seksueel misbruikt zijn (Carroll, Schaffer, Spensley, Abramowitz 1980; Simpson en Porter 1981). Mogelijk houden deze ervaringen verband met de problemen met betrekking tot seksuele identiteit, seksualiteit en relaties, die zelfverwonders vaak hebben. (Graff en Mallin 1967; Pao 1969; Novotny 1972; SAimppson 1976). In diverse studies wordt vermeld, dat zelfverwonders hun gevoelens van frustratie, woede en spanning moeilijk verbaal kunnen uiten (Graff en Mallin 1967; Grunebaum en Klerman 1976). Dit zou volgens laatstgenoemde

PYRIDOXINE LABAZ

auteurs een cruciale variabele zijn bij de aanzet tot de zelfverwordende behandeling. Ook eetproblemen worden veelvuldig gesignaleerd bij – vooral vrouwelijke – zelfverwonders. Men noemt anorexia nervosa, bulimia nervosa en een afwisseling van beide (Asch 1971; Novotny 1972; Simpson 1977; Carroll e.a. 1980). Naast eetproblemen worden ook problemen met alcohol en drugs vaak aangetroffen bij zelfverwonders (Ross en McKay 1979).

Rosenthal (1972) vond bij vrouwelijke zelfverwonders een hoge correlatie tussen de zelfverwonding en het moment van de menstruatie. Sommige auteurs spreken zelfs van zelfverwonding als plaatsvervangende menstruatie (Asch 1972; Rosenthal 1972), maar anderen hebben geen relatie aan kunnen tonen tussen beide (Simpson 1980). Een opmerkelijk gegeven is het verband tussen hysterectomie en zelfverwonding bij vrouwen. Hanel, Rauchfleisch en Schuppli (192) observeerden dat in een groep vrouwelijke zelfverwonderd 50% een hysterectomie had ondergaan, naar aanleiding van een myoom of bloedingen. In andere studies hebben we hierover geen gegevens aangetroffen. Bij een nadere beschouwing van de psychiatrische diagnoses, die men aantreft bij personen met zelfverwondingsproblematiek blijkt, dat deze personen vaak gediagnostiseerd worden als schizofreen (Pao 1969), psychotisch (Pattison en Kahan 1983) of lijdende aan persoonlijkheidsstoornissen (Gardner en Gardner 1975) zoals de borderline (Simpson 1977) en de hysterische persoonlijkheidsstoornis (Verecken 1965).

Epidemiologie

Een beeld krijgen van de mate waarin opzettelijke zelfverwonding voorkomt, blijkt geen gemakkelijke opgave. Literatuuronderzoek levert een wirwar op van elkaar tegensprekende gegevens en een hoeveelheid uitspraken als 'veel voorkomend', 'een bekend verschijnsel', 'snel toegenomen' en dergelijke. Debet hieraan zijn enerzijds de grote onduidelijkheid en verwarring met betrekking tot de terminologie, anderzijds de grote verscheidenheid in aantal en aard van de bij de rapportage gebruikte bronnen.

Het merendeel van de onderzoeken heeft betrekking op zelfverwonding bij specifieke populaties zoals zwakzinnigen, kleine kinderen, gevangenen en psychiatrische patiënten en beperkt zich meestal tot één bepaalde kliniek of instelling (Ross & McKay 1979). De resultaten uit deze onderzoeken zijn moeilijk vergelijkbaar en nauwelijks generaliseerbaar.

De enige onderzoekers die zich richten op de totale bevolking zijn Whitehead, Johnson en Ferrence (1973) en Ferrence (1973), Jarvis, Johnson en Whitehead (1975). Hun gegevens komen zowel uit psychiatrische klinieken, algemene ziekenhuizen en gevangenis als uit andere medische en maatschappelijke gezondheidszorginstellingen.

Kijken we echter naar de inhoud van hun begrip 'self-injury' dan blijkt deze term zowel betrekking te hebben op opzettelijke zelfverwonding – zoals in dit artikel gedefinieerd – als op suïcides en suïcidepogingen.

Het onderzoek van deze onderzoekers uit 1975 wijst er volgens de auteurs op dat 522 op de 100.000 mensen zichzelf in dat jaar verwonden. Maar uit een nadere beschouwing van de gegevens blijkt dat van dit aantal 90% zichzelf vergiftigde en die categorie valt niet binnen onze definitie. Onder de overige 10% bleken niet alleen opzettelijke zelfverwonders (volgens onze definitie) gerekend te worden maar ook mensen die een suïcidepoging ondernamen. De prevalentiecijfers zijn dus op grond van dit onderzoek niet precies vast te stellen. Hetzelfde zien we bij andere, vergelijkbare onderzoeken (Morgan, Burns-Cox, Pocock en Pottle 1975; Centraal Bureau voor de Statistiek 1980; Hawton, Fagg, Marsah en Wells 1982). De stand van zaken met betrekking tot epidemiologisch onderzoek is dus op dit moment nog niet zodanig dat we precieze uitspraken kunnen doen over het vóórkomen van opzettelijke zelfverwonding.

Er zijn daarnaast duidelijke aanwijzingen dat degene, die zichzelf verwondt, zich ervoor schaamt en het vaak zo lang mogelijk geheim probeert te houden (o.a. Siomopoulos 1974). Als gevolg daarvan zal de persoon pas op een heel laat tijdstip, of niet, in de hulpverlening terecht komen, of ze zal bij voorbeeld bij de EHBO als oorzaak van haar letsel opgeven dat ze een ongeval heeft gehad. We sluiten ons dan ook aan bij Ketelaars (1987) die naast de 'manifeste automutilant' nog een grote groep 'verdachte' en 'stille automutilanten' vermoedt.

Leeftijd en geslacht

In literatuur wordt vaak gesteld dat opzettelijke zelfverwonding veel meer bij vrouwen dan bij mannen voorkomt (Graff en Mallin 1967; Pao 1969; Rosenthal 1972). Er wordt soms zelfs gesproken over de typische zelfverwondster. Deze uitspraken zijn vooral gebaseerd op onderzoeken die betrekking hebben op patiënten uit – meestal particuliere – psychiatrische klinieken. Verschillende auteurs (Clendenin en Murphy 1971; Bach-y-Rita 1974) wijzen erop dat vrouwen die zichzelf verwonden significant vaker in een psychiatrische kliniek opgenomen worden dan mannen. Mannen met opzettelijke zelfverwondingsproblematiek blijken veel vaker in aanraking te komen met de rechterlijke macht en worden als gevolg daarvan eerder opgenomen in een justitiële instelling dan in een instelling in de gezondheidszorg. Onderzoeken, alleen gebaseerd op patiënten uit psychiatrische klinieken, zullen dus het beeld vertekenen. Rauchfleisch, Schuppli en Haenel (1983) deden onderzoek in een dermatologische kliniek naar patiënten, die opzettelijk hun huid beschadigden. Deze populatie patiënten is qua man/vrouwverhouding meer representatief voor de totale bevolking dan een populatie patiënten uit een psychiatrische kli-

niek. De auteurs vonden een man/vrouwverhouding van 1:5. Studies die zich op een bredere populatie richten (algemene ziekenhuizen, gezondheidscentra, huisartsen e.a.) blijken alle betrekking te hebben op het totaal van direct zelfbeschadigende gedragingen (dat wil zeggen met inbegrip van suicide en suicidepoging). Dus ook deze gegevens scheppen een onzuiver beeld.

In al deze onderzoeken blijkt het aantal vrouwen groter dan het aantal mannen, in een verhouding van gemiddeld 2:3 (mannen: vrouwen) (Morgan e.a. 1975; Fabian, Maloney en Ward 1973; Ferrence e.a. 1975; Centraal Bureau voor de Statistiek 1980; Hawton e.a. 1982). Morgan e.a., Hawton e.a. en het Centraal Bureau voor de Statistiek splitsen deze verhouding ook nog uit naar leeftijd, waarbij ze vinden dat de grootste verschillen op jonge leeftijd bestaan, namelijk:

tussen 15 en 19 jaar: mannen : vrouwen = 1:4 (Morgan e.a.);

jonger dan 16 jaar: mannen : vrouwen = 1:5,7 (Hawton e.a.);

jonger dan 15 jaar: mannen : vrouwen = 1:5 (CBS).

Dit kan te maken hebben met het feit dat de leeftijd waarop de meeste vrouwen zichzelf beginnen te verwonden (tussen 15 en 20 jaar) lager ligt dan die waarop de meeste mannen beginnen (tussen 20 en 30 jaar) (Morgan e.a. 1975; Hawton e.a. 1982). De stand van het onderzoek maakt het dus op het moment nog niet mogelijk om precies aan te geven hoe de aantallen mannelijke en vrouwelijke zelfverwonders zich tot elkaar verhouden. Wel blijkt uit alle onderzoeken dat er meer vrouwen zijn die zichzelf verwonden dan mannen.

Fabian e.a. (1973) tonen een verband aan tussen de man/vrouwverhouding en de lethaliteitsgraad van het letsel. Deze verhouding blijkt bij een lage lethaliteitsgraad ongeveer 1:3 en verandert naarmate het letsel lethaler wordt tot een verhouding van ongeveer 2:1. In de genoemde onderzoeken van o.a. Ferrence e.a. (1975), het Centraal Bureau voor de Statistiek (1980) en Hawton e.a. (1982) wordt de man/vrouwverhouding berekend over het totaal van direct beschadigend gedrag, dus met inbegrip van hogere lethale methodes die niet binnen onze definitie van opzettelijke zelfverwonding vallen. Betrekken we Fabians conclusies bij de resultaten van deze onderzoeken dan kunnen we stellen dat de man/vrouwverhouding met betrekking tot opzettelijke zelfverwonding volgens onze definitie waarschijnlijk een hogere proportie vrouwen oplevert dan de verhouding zoals die nu in deze onderzoeken bij het totaal van direct zelfbeschadigend gedrag is gevonden.

Conclusie

Het blijkt mogelijk om opzettelijke zelfverwonding nauwkeurig te definiëren en af te grenzen van andere zelfbeschadigende gedragingen. De factor lethaliteit en de mate waarin de handeling als doel danwel

als middel fungeert, blijken met name van groot belang te zijn in het onderscheid tussen de zelfverwonding en de suïcidepoging. De eenduidige beschrijving van het verloop van de handeling en de daarmee samenhangende gevoelens vormen een ondersteuning voor het feit, dat het hier om een op zichzelf staande specifieke problematiek gaat. Ook de samengaande problematiek lijkt zich volgens een vaststaand patroon te manifesteren.

Echter, de bestaande onderzoeken verschillen in de mate waarin ze voldoen aan methodologische eisen, onder andere met betrekking tot de selectie van de steekproef en de benoeming van het betreffende gedrag. Het zou dan ook wenselijk zijn om met deze gegevens als uitgangspunt en een scherpe definitie in de hand nauwkeurig onderzoek te doen naar de precieze verschijningsvorm van opzettelijke zelfverwonding en het vóórkomen ervan.

Opzettelijke zelfverwonding komt meer bij vrouwen voor dan bij mannen. Bovendien worden bij het beschrijven van de met zelfverwonding samengaande problematiek diverse factoren genoemd, die gekoppeld zijn aan het vrouwelijk geslacht:

- veel zelfverwonders zijn als kind seksueel mishandeld. In Nederland komt seksueel misbruik binnen het gezin ongeveer tien keer zoveel voor bij meisjes dan bij jongens (Draijer 1985);
- gebleken is, dat veel vrouwelijke zelfverwonders problemen hebben met hun menstruatie of een hysterectomie hebben ondergaan;
- in de literatuur vinden we een verband tussen anorexia nervosa en bulimia nervosa – vrijwel alleen voorkomend bij meisjes – en opzettelijke zelfverwonding. Aan beide verschijnselen liggen onder andere problemen met het vrouwelijk lichaam ten grondslag. Deze opmerkelijke gegevens vragen om een nadere bestudering. Dat zelfverwonders vaak problemen hebben met hun seksuele identiteit en gedrag vormt nog een extra reden om de rol van het geslacht bij de zelfverwonder te onderzoeken. Waarom opzettelijke zelfverwonding zoveel voorkomt bij vrouwen en gerelateerd lijkt aan 'vrouwelijke' problematiek leidt bovendien tot de meer algemene vraag naar de ontstaansgronden van dit verschijnsel. Op beide vragen zullen we in een volgend artikel uitgebreider ingaan.

Literatuur

- Asch, S.S. (1971), Wrist-scratching as a symptom of anhedonia, a predepressive state. *Psychoanalytic Quarterly*, 40, 603-617.
- Bachman, J.A. (1972), Self-injurious behavior: a behavioral analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 211-214.
- Bach-y-Rita, G. (1974), Habitual violence and self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1018-1020.
- Bennum, I. (1983), Depression and hostility in self-mutilation. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 13, 2, 71-84.

- Carr, E.G. (1977), The motivation of self-injurious behavior: a review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84, 4, 800-816.
- Carroll, J., C.B. Schaffer, J. Spensley en S.J. Abramowitz (1980), Familie experiences of selfmutilating patients. *Journal of American Psychiatry*, 137, 852-853.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1980), *Diagnosestatistiek Ziekenhuizen*.
- Clendenin, W.W., en G.E. Murphy (1971), Wrist-cutting: new epidemiological findings. *Archives of General Psychiatry*, 25, 465-469.
- Dale, Van (1984), *Groot woordenboek der Nederlandse taal*. Van Dale lexicografie, Utrecht/Antwerpen.
- Diekstra, R.F.W. (1981), *Over suïcide, zelfdestructie, zelfbehoud en hulpverlening*. Samsom, sociale en culturele reeks, Alphen a/d Rijn.
- Draijer, N. (1985), *De omgekeerde wereld, seksueel misbruik van kinderen in het gezin: een vooronderzoek*. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag.
- Fabian, J.J., M.P. Maloney en M.P. Ward (1973), Self-destructive and suicidal behaviors in a neuropsychiatric inpatient faculty. *American Journal of Psychiatry*, 12, 1383-1385.
- Farberow, N.L., Indirect self-destructive behavior: classifications and characteristics. In: N.L. Farberow (1980), *The many faces of suicide: indirect self-destructive behavior*. McGraw-Hill, New York.
- Ferrence, R.G., G.K. Jarvis, F.G. Johnson en P.C. Whitehead, The self-injury patient: sociological and medical profiles and implications for prevention. In: A.R. Roberts (red.) (1975), *Self-destructive behavior*. Thomas, Springfield, Illinois.
- Friedman, M., M. Glasser, E. Laufer, M. Laufer en M. Wohl (1972), Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 179-183.
- Gardner, A.R., en A.J. Gardner (1975), Self-mutilation, obsessiveness and narcissism. *British Journal of Psychiatry*, 127, 127-132.
- Graff, H., en R. Mallin (1967), The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1, 36-42.
- Grunebaum, H.K., en G.L. Klerman (1967), Wrist slashing. *American Journal of Psychiatry*, 124, 527-534.
- Haanel, T., U. Rauchfleisch en R. Schuppli (1982), Die Bedeutung von Hautartefakten. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 112, 326-333.
- Hawton, K., J. Fagg, P. Marsah en P. Wells (1982), Deliberate self-poisoning in the Oxford area: 1972-1980. *Social Psychiatry*, 17, 175-180.
- Johnson, F.G., B.G. Frankel, R.G. Ferrence, G.K. Jarvis en P.C. Whitehead (1975), Self-injury in London, Canada: a prospective study. *Canadian Journal of Public Health*, 66, 307-316.
- Jones, I.H., L. Congiu, J. Stevenson, N. Strauss en D.Z. Frei (1979), A biological approach to two forms of human self-injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 2, 74-78.
- Kahan, J., en E. Pattison (1984), Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate selfharm syndrome (DSH). *Suicide and Life-threatening Behavior*, 14, 1, 18-35.
- Kessel, N. (1966), The respectability of self-poisoning and the fashion of survival. *Journal of Psychosomatic Research*, 10, 29-36.

- Ketelaars, R.M.P.J. (1987), De stille automutilant. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 29, 116-121.
- Lester D. (1972), Self-mutilating behavior. *Psychological Bulletin*, 78, 119-128.
- Müller, F., en F. Bashkin (1974), Depersonalisation and self-mutilation. *Psychoanalytic Quarterly*, 43, 638-649.
- Morgan, H.G., C.J. Gurns-Cox, H. Pocock en S. Pottle (1975), Deliberate self-harm: clinical and socioeconomic characteristics of 368 patients. *British Journal of Psychiatry*, 127, 564-574.
- Novotny, P. (1972), Self-cutting. *Bulletin Menninger Clinic*, 36, 5, 505-514.
- Pattison, E.M., en J. Kahan (1983), The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 7, 867-872.
- Pao, P.N. (1969), The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 213-222.
- Rauchfleisch, U., R. Schuppli en T. Haenel (1983), Zur Persönlichkeit von Patienten mit dermatologischen Artefakten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 29, 76-84.
- Romanczyk, R.G., en E.R. Goren (1975), Self-injurious behavior: the problem of clinical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 730-745.
- Ross, R., en H. McKay (1979), *Self-mutilation*, Lexington Books, New York.
- Simpson, M.A., Self-mutilation and suicide. In: E.S. Shneidmann (red.) (1976), *Suicidology: current development*, Grune & Strattas, New York.
- Simpson, M.A. (1977), Self-mutilation and the borderline-syndrome. *Dynamische Psychiatrie*, 10, 1, 42-48.
- Simpson, M.A., Self-mutilation as indirect self-destructive behavior. In: N.L. Farberow (1980), *The many faces of suicide*. McGraw Hill, New York.
- Simpson, C.A., en G.L. Porter (1981), Self-mutilation in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45, 5, 428-438.
- Siomopoulos, V. (1974), Repeated self-cutting: an impulse neurosis. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 85-95.
- Vereecken, J.L. (1975), Recidiverende automutilatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 109, 2280-2284.
- Weissman, M.M. (1975). Wristcutting. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1166-1171.
- Wenstedt, A.A., en E.M. Wolken (1986) *Spanning om te snijden*. Doctoraalscriptie, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Whitehead, P.C., F.G. Johnson en R.G. Ferrence (1973), Measuring the incidence of self-injury: some methodological and design considerations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43 1, 142-148.

Noten

1. Deze term wordt in dit artikel soms afgekort tot 'zelfverwonding'. Een verdere verantwoording van de keuze van deze term volgt later in de tekst.

2. Tate en Baroff in: Carr 1977: 'Self-injurious behavior involves any of a number of behaviors by which the individual produces physical damage to his or her own body' (p. 800).

3. Vereecken: 'Onder automutilatie in engere zin zou ik willen verstaan het opzettelijk, op grond van welke bewuste of onbewuste motivering dan ook, toe-

brengen van lichamelijk letsel aan zichzelf, omwille van het letsel zelf, niet om het uiteindelijke gevolg dat er uit zou kunnen voortvloeien: de dood' (p. 2281).

4. Omdat opzettelijke zelfverwonding vaker bij vrouwen blijkt voor te komen dan bij mannen, wordt in dit artikel verder het persoonlijk voornaamwoord 'zij' gebruikt.

De eerste twee schrijvers zijn afgestudeerd als klinisch psychologen aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen, de derde schrijver is als hoogleraar Klinische Psychologie verbonden aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Correspondentieadres: vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkhedsleer, Psychologisch Laboratorium, KU Nijmegen, Montessorilaan 3, Nijmegen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-11-'87.