

Zelfbeschadigend gedrag bij adolescenten in Vlaanderen

L. VAN RIJSSELBERGHE, G. PORTZKY, C. VAN HEERINGEN

ACHTERGROND Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag is een belangrijke voorloper van suïcide. Er is weinig bekend over de epidemiologie van zelfbeschadigend gedrag dat niet medisch behandeld werd en de omstandigheden waaronder dit plaatsvond.

DOEL Aan de hand van internationaal vergelijkbare data inzicht krijgen in de prevalentie van en de omstandigheden bij zelfbeschadigend gedrag onder jongeren in de algemene bevolking in Vlaanderen en inzicht krijgen in de mogelijkheden tot preventie ervan.

METHODE In het kader van de Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE)-studie werd bij 4500 Vlaamse jongeren een anonieme zelfrapportagevragenlijst afgenomen.

RESULTATEN Van de ondervraagde jongeren gaf 10,4% aan zichzelf ooit beschadigd te hebben. Zelfbeschadigend gedrag in het afgelopen jaar werd gerapporteerd door 7% (jongens 4,1%, meisjes 10,1%). Zelfbeschadigend gedrag bleek sterk samen te hangen met een familiale voorgeschiedenis van zelfbeschadiging, lichamelijke mishandeling, en seksueel misbruik. Jongeren zoeken zelden hulp bij volwassenen, laat staan bij hulpverleners.

CONCLUSIE In Vlaanderen wordt, in vergelijking met de andere landen die deelnemen aan de CASE-studie, een hoge prevalentie van opzettelijke zelfbeschadiging vastgesteld. Een schoolspecifiek preventiebeleid en een verlaging van de drempel naar de geestelijke gezondheidszorg lijken belangrijke preventieve maatregelen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)9, 629-640]

TREFWOORDEN adolescenten, opzettelijk zelfbeschadigend gedrag, prevalentie, preventie

Tussen 1950 en 1995 is het voorkomen van suïcide in de Europese Unie toegenomen met 60% (Bertolote & Fleishman 2002). In België komt suïcide relatief meer voor dan in veel andere Europese landen (WHO 2007).

Niet-dodelijk zelfbeschadigend gedrag komt naar schatting 10-20 keer zo vaak voor als suïcide en is een belangrijke voorspeller van suïcide: gemiddeld ligt het risico om uiteindelijk aan suïcide te overlijden minstens 40 keer zo hoog onder personen die ooit een suïcidepoging ondernamen als in de algemene bevolking (Neeleman 2007). In

Vlaanderen worden niet-fatale suïcidepogingen geregistreerd door een aantal spoedopnamediensten van algemene ziekenhuizen en 'huisartsenpeilpraktijken'. Er zijn aanwijzingen dat naast deze medisch behandelde episodes veel zelfbeschadigend gedrag onbekend blijft. Bevolkingsonderzoek aan de hand van interviews of vragenlijsten kan hier zicht op geven. In België gebeurt dit onder andere door middel van de jaarlijkse gezondheidsenquête. Een internationale vergelijking van het voorkomen van zelfbeschadigend gedrag wordt echter bemoeilijkt door het gebruik

van diverse onderzoeksmethoden in verschillende landen.

Het National Children's Bureau in Londen inventariseerde in 1997 de strategieën in de Europese lidstaten voor het aanpakken van opzettelijke zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag bij kinderen en jongeren en startte het CASE-project (van: *Child and Adolescent Self-harm in Europe*). In vijf Europese landen (Groot-Brittannië, Noorwegen, België, Nederland en Hongarije) en in Australië werd een onderzoek naar opzettelijk zelfbeschadigend gedrag met dezelfde vragenlijst uitgevoerd.

In dit artikel beschrijven wij aan de hand van de resultaten van het CASE-project opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren. Hieronder valt zowel gedrag dat erop gericht is een einde aan het leven te maken, als gedrag zonder expliciete doodswens. We gaan in op de frequentie van vóórkomen, gehanteerde methoden, motieven, factoren die met dit gedrag samenhangen en omstandigheden waaronder het gedrag plaatsvond. Op basis hiervan schetsen we de implicaties van onze bevindingen voor de preventie van zelfbeschadigend gedrag bij jongeren in Vlaanderen.

METHODE

In 49 Vlaamse scholen werden 4500 leerlingen uit het 3de en het 4de jaar van de middelbare school bevroegd aan de hand van een anonieme vragenlijst.

Steekproef

In totaal 4431 jongeren vulden een bruikbare vragenlijst in, onder wie 2182 meisjes (49,2%) en 2238 jongens (50,5%). Van 11 jongeren (0,3%) was het geslacht niet bekend. De meerderheid van de jongeren in de steekproef volgde algemeen secundair onderwijs (ASO; $n = 2135$; 48,2%); 1005 leerlingen (22,7%) volgden technisch secundair onderwijs (TSO) en 692 (15,6%) beroepssecundair onderwijs (BSO). Slechts 58 leerlingen (1,3%) volgden kunstsecundair onderwijs (KSO) en bij 541 leerlingen (12,2%) kon er als gevolg van de verschillende

onderwijstypes die binnen één school aangeboden werden, achteraf niet gedifferentieerd worden tussen ASO en TSO of BSO en TSO.

De etniciteit van de leerlingen werd bevroegd door middel van de geboorteplaats van zowel moeder als vader. Bij 6,2% van de jongeren was de vader van buitenlandse origine, bij 5% was dit het geval voor de moeder. Bij 3,4% van de bevroegden was zowel vader als moeder afkomstig uit het buitenland. Zoals afgesproken binnen de landen die participeerden aan het CASE-onderzoek bestond het grootste deel van de jongeren (80,5%) uit 15- of 16-jarigen; 10,5% was 17 jaar en 9,1% was 14 jaar op het moment van de afname. De gemiddelde leeftijd was 15,5 jaar ($SD: 0,8$).

Definitie van zelfbeschadigend gedrag en classificatie van antwoorden

Er werden strikte criteria gebruikt om zelfbeschadigend gedrag als dusdanig te classificeren. We stelden aan elke jongere volgende vraag: 'Heb je ooit opzettelijk teveel pillen geslikt of jezelf op een andere manier geprobeerd lichamelijk te beschadigen (bijvoorbeeld met een mes)?' Wanneer deze hierop 'ja' antwoordde, werd gevraagd om de laatste episode van zelfbeschadigend gedrag zo precies mogelijk te beschrijven.

De uiteindelijke beslissing of het beschreven gedrag al dan niet voldeed aan de te voren vastgestelde studiecriteriën voor zelfbeschadigend gedrag was gebaseerd op onafhankelijke classificaties door meer dan één beoordelaar in elk centrum, die de volgende definitie van zelfbeschadigend gedrag hanteerden: *gedrag met niet-dodelijke afloop waarbij een individu opzettelijk één of meer van de volgende zaken uitvoerde: (a) gedrag vertonen, zoals zichzelf snijden of van een hoogte springen, waarvan men verwacht zichzelf lichamelijk te beschadigen, (b) een dusdanige hoeveelheid van een stof innemen dat de voorgeschreven dosis of de norm voor wat algemeen als therapeutisch wordt beschouwd, wordt overschreden, (c) innemen van 'recreatieve' of illegale drugs waarbij de persoon dit zelf beschouwde als zelfbeschadiging of (d) inslikken van voorwerpen die hier niet voor bestemd zijn.'*

De studiecoördinatoren controleerden achteraf elke beslissing die door het team genomen was.

Meetinstrument

De jongeren werden bevraagd aan de hand van een vragenlijst die bestond uit 10 pagina's met in totaal 97 vragen, waaronder 7 open vragen en 90 gesloten meerkeuzevragen. De lijst werd ontwikkeld door dr. N. Madge (National Children's Bureau, Londen), in samenwerking met prof. K. Hawton (Oxford University) en dr. E.J. de Wilde (GGD Rotterdam). De oorspronkelijke Engelstalige versie werd vertaald in het Nederlands en vervolgens terugvertaald naar het Engels. De vragenlijst opende met een aantal vragen over sociodemografische kenmerken (leeftijd, geslacht, etniciteit van de ouders en gezinssamenstelling), gevolgd door een aantal vragen aangaande hun levensstijl: aan de jongeren werd gevraagd in welke mate zij gezonde voeding aten, sport beoefenden en legale en illegale drugs gebruikten. Daarna werden 20 problemen/ingrijpende gebeurtenissen opgesomd, en werd aan de jongeren gevraagd of ze deze ervaringen de afgelopen 12 maanden en/of langer dan één jaar geleden meegemaakt hadden.

Vervolgens werd de vraag naar opzettelijke zelfbeschadiging gesteld. Wanneer men aanduidde dat men reeds één keer, of meerdere keren had geprobeerd om zichzelf te beschadigen, werden bijkomende vragen gesteld naar de timing van de laatste episode, en de gebruikte methode. Daarnaast werd aan de jongeren gevraagd om in hun eigen bewoordingen te beschrijven wat hen ertoe aangezet had om zichzelf te beschadigen, de laatste keer dat ze dit deden. Zo konden jongeren hun motieven eerst spontaan verwoorden, alvorens hun werd gevraagd om uit een lijst van acht motieven, afgeleid van de *Reasons for Attempting Suicide Questionnaire* (Bancroft e.a. 1979), alle motieven aan te duiden die een rol hadden gespeeld.

Ook het hulpzoekend gedrag van deze jongeren, zowel voor als na de poging, werd in kaart gebracht. Dit gebeurde met een opsomming van

verschillende personen en instanties, bijvoorbeeld iemand uit het gezin, een psycholoog, telefonische hulplijn, en de vraag om aan te vinken met wie zij gepraat hadden met de bedoeling hulp te krijgen vóór de episode van zelfbeschadigend gedrag, en de vraag om aan te vinken van welke personen of instanties zij hulp gekregen hadden ná de poging.

Vervolgens werden er (weer aan iedereen) vragen gesteld over gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging en opvattingen hierover. Om de psychologische kenmerken van de jongeren in kaart te brengen, gebruikten we een aantal korte vragenlijsten. Aan de hand van de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Spinhoven e.a. 1997; White e.a. 1999) werd nagegaan in welke mate de jongeren zich angstig of depressief voelden.

Om de CASE-vragenlijst beknopt en aantrekkelijk te houden, werden de overige instrumenten om psychologische kenmerken van jongeren te bepalen, niet integraal opgenomen. Impulsiviteit werd gemeten met 6 items van de *Plutchick Impulsivity Scale* (Plutchik e.a. 1989). Het zelfbeeld werd gemeten met 8 items van de *Self Concept Scale* van Robson (1989). De copingvaardigheden werden gemeten aan de hand van 8 items van de *Ways of Coping Questionnaire* (Folkman & Lazarus 1988).

Procedure

De vragenlijst werd afgenomen tijdens een lesuur en de afname werd geleid door psychologen en studenten klinische psychologie of criminologie die hiervoor een specifieke training hadden gekregen. In een korte introductie stelden de onderzoekers zichzelf en het project voor, waarna de leerlingen individueel de vragenlijst invulden. Gezien het onderwerp kregen de jongeren achteraf de kans om vragen te stellen en kregen ze een folder met informatie over hulpverleners. Via een antwoordstrookje konden de jongeren desgewenst een gesprek aanvragen met een vertrouwenspersoon.

Het onderzoek werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Gent en leerlingen konden vrij beslissen of ze bereid waren tot deelname.

Statistische analyse

De antwoorden werden verwerkt met SPSS 12.0 voor Windows. Om de verbanden tussen opzettelijk zelfbeschadigend gedrag en mogelijk hiermee samenhangende factoren, zoals ingrijpende levensgebeurtenissen gedurende het afgelopen jaar en psychologische kenmerken van de jongeren, na te gaan, gebruikten we χ^2 -toetsen. Met logistische regressieanalyse berekenden we de ruwe oddsratio's en het 95%-betrouwbaarheidsinterval. Daarnaast gebruikten we principale-componentenanalyse om de onderlinge samenhang tussen de gerapporteerde motieven na te gaan.

RESULTATEN

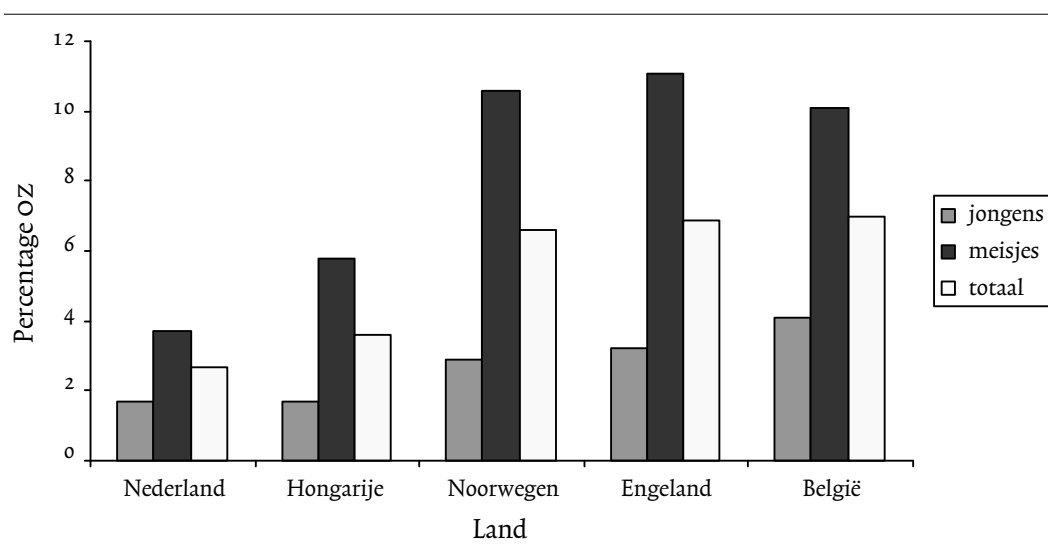
Prevalentie

Zelfbeschadigend gedrag Van de 4324 jongeren die de vraag naar zelfbeschadigend gedrag beantwoordden, gaven 566 (13,1%) aan ooit opzettelijk teveel pillen te hebben geslikt of op een andere manier geprobeerd te hebben zichzelf opzettelijk lichamelijk te beschadigen. Vervolgens werd gevraagd een precieze beschrijving te geven van hun gedrag. De jongeren die niets invulden

bij deze vraag of die een beschrijving gaven die niet voldeed aan de definitie van zelfbeschadigend gedrag, werden geëxcludeerd uit de groep van opzettelijke zelfbeschadigers. Van 460 jongeren (10,4%) werd door het team van experts vastgesteld dat ze in hun beschrijving inderdaad voldeden aan de definitie van opzettelijke zelfbeschadiging (respectievelijk 14,6% van de meisjes en 6,3% van de jongens). In hun antwoord konden de jongeren aangeven of dit gedrag het laatste jaar voor afname van de vragenlijst plaatsgevonden had of langer geleden. Op grond van deze resultaten werd vastgesteld dat 7,0% (meisjes 10,1%, jongens 4,1%) van de ondervraagde Vlaamse jongeren zichzelf opzettelijk beschadigde gedurende het afgelopen jaar.

In figuur 1 worden per geslacht de percentages weergegeven van de Europese landen die deelnemen aan de CASE-studie. In Vlaanderen werden, in vergelijking met de andere deelnemende landen en vooral wat jongens betreft, hoge percentages gevonden van opzettelijke zelfbeschadiging. Van de 460 Vlaamse jongeren gaven 182 (39,6%) aan zichzelf meerdere malen te hebben beschadigd; meisjes (41,5%) significant meer dan jongens (34,8%) ($\chi^2 = 9,414$; $p < 0,05$).

FIGUUR 1 Percentage opzettelijke zelfbeschadiging (OZ) gedurende het jaar voor deelname aan het Child and Adolescent SelfHarm in Europe (CASE)-onderzoek, in 5 Europese landen



TABEL 1 Kenmerken op het gebied van gezondheid en middelengebruik in samenhang met het wel of niet melden van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag (OZ)

Kenmerk	Percentage		Oddsratio (95%-BI)	
	Geen OZ	OZ	Kenmerk	Kenmerk × geslacht
Eet (vrijwel) nooit gezond	3,9	8,1	3,3 (1,8-5,9)	
Doet (vrijwel) nooit aan sport	13,6	19,9	1,5 (1,0-2,1)	
Rookt	26,9	55,9	3,1 (2,3-4,1)	1,7 (1,0-2,9)
Gebruikt alcohol (≥ 1 glas per week)	71,7	84,8	2,2 (1,5-3,2)	
Dronken geweest				
afgelopen maand	30,4	51,0	2,3 (1,8-3,2)	1,7 (1,0-3,0)
afgelopen jaar	51,4	73,6	2,6 (1,9-3,5)	
Softdrugs* gebruikt				
afgelopen maand	15,3	36,5	4,0 (2,9-5,5)	
afgelopen jaar	15,1	36,5	4,0 (3,0-5,6)	
Ecstasy gebruikt				
afgelopen maand	2,8	6,1	3,2 (1,6-6,6)	
afgelopen jaar	2,7	6,1	3,2 (1,6-6,6)	
Harddrugs** gebruikt				
afgelopen maand	3,4	6,8	4,9 (2,4-9,7)	
afgelopen jaar	3,4	6,8	4,9 (2,4-9,7)	

*Hasj, marihuana en wiet.

**Heroïne, opium, morfine, speed, lsd en cocaïne.

Gedachten aan zelfbeschadiging Significant meer meisjes dan jongens gaven aan gedurende de laatste maand (10,3 versus 4,7%) en het laatste jaar (18,1 versus 8,1%) er ernstig over gedacht te hebben zichzelf opzettelijk te beschadigen, zonder het evenwel te doen ($\chi^2 = 160,1$; $p < 0,001$).

Risicofactoren voor zelfbeschadigend gedrag

Bij de jongeren die aangaven zichzelf te hebben beschadigd, en bij wie het team achteraf besliste dat de betreffende episode voldeed aan de definitie en criteria van zelfbeschadigend gedrag, werd nagegaan welk ander gedrag, welke andere gebeurtenissen, en welke andere persoonlijke eigenschappen door hen werden aangegeven. Vervolgens werd bekeken in hoeverre zij zich daarmee onderscheidten van jongeren die geen dergelijk zelfbeschadigend gedrag meldden.

Gezondheid en middelengebruik Het gebruik van harddrugs bleek het sterkst samen te han-

gen met de rapportage van zelfbeschadigend gedrag, maar uit tabel 1 blijkt dat alle bestudeerde kenmerken de kans op zelfbeschadigend gedrag verhoogden, zowel voor jongens als voor meisjes. Roken en dronkenschap de afgelopen maand bleken de kans op rapportage van zelfbeschadigend gedrag voor jongens echter respectievelijk te verviervoudigen en te verdubbelen, terwijl we bij meisjes in beide gevallen een verdubbeling zagen.

Ingrijpende levensgebeurtenissen De rapportage van zelfbeschadigend gedrag nam sterk toe wanneer jongeren meldden dat iemand uit het gezin een suïcidepoging had ondernomen of zichzelf opzettelijk schade had toegebracht: 201 jongeren (4,7%) gaven aan dat dit het geval was, van wie 77 (38,3%) rapporteerden zichzelf te hebben beschadigd, ten opzichte van de 5,7% van de 4050 overige jongeren (tabel 2). Verder bleek ook 'lichamelijke mishandeling' verband te houden met zelfbeschadigend gedrag: 3,5% ($n = 150$) van

TABEL 2 Ingrijpende levensgebeurtenissen gedurende het laatste jaar in samenhang met het wel of niet melden van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag (oz) bij Vlaamse jongeren

Gebeurtenis	Percentage		Oddsratio (95%-BI)	
	Geen OZ	OZ	Gebeurtenis	Gebeurtenis × geslacht
Problemen om bij te blijven met schoolwerk	27,9	52,1	2,4 (1,8-3,2)	
Moeite om vrienden te maken of te houden	10,8	23,2	2,3 (1,7-3,2)	
Ruzie met vrienden	36,1	60,8	2,4 (1,8-3,2)	
Problemen met verkering	22,3	53,1	2,9 (2,2-3,9)	1,8 (1,0-2,9)
Vaak gepest op school	5,0	12,3	2,8 (1,8-4,6)	
Ouders gescheiden of uit elkaar gegaan	4,1	8,4	2,1 (1,2-3,4)	
Ruzie gehad met één of beide ouders	38,8	73,3	1,0 (0,6-1,8)	
Ouders hevige ruzie gehad met elkaar	15,1	33,4	2,7 (2,0-3,6)	
Ernstige ziekte of ongeluk binnen het gezin	14,4	30,8	2,4 (1,7-3,3)	
Ernstige ziekte of ongeluk bij vrienden	15,6	25,5	1,7 (1,2-2,4)	
Lichamelijk mishandeld	2,5	16,1	7,4 (4,6-11,9)	
Problemen gehad met de politie	9,2	18,4	3,2 (2,0-5,0)	
Iemand gestorven uit gezin	6,4	6,8	1,8 (0,7-4,5)	
Andere goede bekende gestorven	24,4	36,0	1,7 (1,3-2,3)	
Iemand in familie of vriendenkring zelfmoord gepleegd	6,3	14,4	2,0 (1,3-3,1)	
Iemand in gezin zelfmoordpoging gedaan of OZ toegebracht	3,1	24,9	8,4 (5,6-12,6)	
Iemand in vriendenkring zelfmoordpoging gedaan of OZ toegebracht	11,0	38,5	4,1 (3,1-5,5)	
Zorgen gemaakt over seksuele geaardheid	4,8	17,7	3,4 (2,3-5,2)	
Door iemand gedwongen seksuele handelingen te verrichten	1,3	9,1	5,5 (3,3-9,3)	

de jongeren gaf aan tijdens het laatste jaar lichamelijk mishandeld te zijn, en één derde van hen ($n = 50$, 33,3%) gaf aan zichzelf ooit beschadigd te hebben, dit in tegenstelling tot slechts 6,3% van de 4105 jongeren die geen lichamelijke mishandeling rapporteerden. Het vóórkomen van zelfbeschadiging bleek sterk toegenomen wanneer de jongeren seksueel misbruik rapporteerden: van de 79 jongeren (1,9%) die dit rapporteerden, gaf 35,4% ($n = 28$) aan zichzelf te hebben beschadigd, tegenover slechts 6,7% van de 4172 overige jongeren. Ten slotte bleek een geslachtsverschil wat betrof relationele problemen. Bij meisjes vervienvoudigden deze problemen de kans op rapportage van zelfbeschadigend gedrag, terwijl het bij jongens ging om een verdrievoudiging.

Psychologische kenmerken Uit tabel 3 blijkt dat jongeren die zichzelf beschadigden gemiddeld depressiever, angstiger en impulsiever waren dan jongeren die dat niet deden. Ze hadden een lager zelfbeeld en vertoonden in de omgang

met problemen een meer emotiegerichte copingstijl (gefocust op het reguleren van het emotionele leed) en een minder probleemgerichte copingstijl (gefocust op het wijzigen van het probleem dat het emotionele leed veroorzaakt) dan jongeren die zichzelf niet beschadigden. Een minder probleemgerichte copingstijl bleek sterker samen te hangen met zelfbeschadigend gedrag bij jongens, en een hogere mate van angst en depressie hing meer samen met zelfbeschadigend gedrag bij meisjes.

Omstandigheden

Locatie en bewustzijnstoestand Van de jongeren beschadigde 83,6% zichzelf thuis, meisjes (88,1%) significant vaker dan jongens (72,7%) ($\chi^2 = 15,902$; $p < 0,00$). Van de jongeren die zichzelf beschadigden, was 11,7% onder de invloed van alcohol, significant meer jongens (18,1%) dan meisjes (9,2%) ($\chi^2 = 5,785$; $p < 0,05$); 12,7% was onder invloed van een ander middel tijdens de zelfbe-

TABEL 3 Psychologische kenmerken van de jongeren in samenhang met het melden van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag (OZ)

Kenmerk	Gemiddelde		Oddsratio (95%-BI)	
	Geen OZ	OZ	Kenmerk	Kenmerk × geslacht
Emotiegerichte coping	7,3	8,0	1,4 (1,3-1,6)	
Probleemgerichte coping	6,4	6,0	0,7 (0,7-0,8)	1,2 (1,0-1,5)
HADS-depressiescore	4,7	7,4	1,3 (1,2-1,3)	
HADS-angstscore	5,4	9,0	1,3 (1,2-1,3)	
HADS-totaalscore	10,4	16,9	1,1 (1,1-1,2)	0,9 (0,8-0,9)
Impulsiviteitsscore	13,1	15,0	1,2 (1,1-1,3)	
Zelfconceptscore	23,0	19,0	0,8 (0,7-0,8)	

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale.

schadiging, opnieuw significant meer jongens dan meisjes (21,2 versus 9,1%) ($\chi^2 = 10,510$; $p < 0,01$).

Methode Uit de antwoorden op een open vraag naar de methode van zelfbeschadiging bleek dat twee derde van de jongeren zichzelf sneed of kraste (67,3%), en een kwart een overdosis medicijnen innam (26,4%). Andere, minder vaak voorkomende methoden waren het overmatig drinken van alcohol (4,1%), zichzelf slaan (3,9%), het innemen van een overdosis drugs (zoals ecstasy) (3,7%) en ophanging (2,6%). De overige methoden die gehanteerd werden, waren het springen van een hoogte of voor een voertuig, verbranden, verhongeren, elektrocutie, schieten met een wapen, inslikken van voorwerpen en verstikking. Van de jongeren combineerden 16 (3,6%) snijden met overdoses en 37 jongeren (8,4%) gaven een andere gecombineerde methode aan: veelal alcohol in combinatie met pillen of drugs.

Significant meer meisjes dan jongens krasten en sneden, namen overdoses en gebruikten een combinatie van voorgaande twee methoden. Jongens gebruikten vaker andere enkelvoudige en meervoudige methoden ($\chi^2 = 30,349$; $p < 0,001$).

Motieven De resultaten van de gesloten vragen naar de redenen voor het zelfbeschadigend gedrag worden weergegeven in tabel 4.

Het vaakst aangeduide motief voor zelfbeschadiging, zowel door jongens als door meisjes, was 'Mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn'. Daarnaast was er bij meer dan de

helft van het zelfbeschadigend gedrag sprake van suïcidale intentie ('Ik wilde sterven'). Aan de hand van de χ^2 -toets werd aangetoond dat tussen de geslachten significante verschillen merkbaar waren. Meisjes wilden met hun zelfbeschadigend gedrag zichzelf vaker straffen, vaker sterven, wilden vaker van hun vreselijke gedachten af zijn en wilden vaker weten of er iemand was die van hen hield.

Om de onderlinge samenhang tussen de verschillende motieven na te gaan werd een principale-componentenanalyse met varimaxrotatie uitgevoerd. Hieruit bleek dat in de antwoorden twee overkoepelende groepen van motieven voorkwamen: intrapersonlijke motieven zoals het hebben van een ondraaglijke psychische pijn en het willen sterven, en interpersoonlijke motieven, zoals willen weten of er iemand van ze hield, anderen iets betaald willen zetten, iemand bang willen maken en willen laten zien hoe wanhopig ze zich voelden. De verklaarde variantie bedroeg respectievelijk 16,4% en 25,5%. Met uitzondering van de schaal voor impulsiviteit waren alle psychologische kenmerken gecorreleerd aan het aantal genoemde intrapersonlijke motieven. Deze motieven waren met geen enkel van de in tabel 3 weergegeven psychologische kenmerken gecorreleerd. Anders gezegd, jongeren die aangaven dat ze met hun zelfbeschadigend gedrag 'zichzelf wilden straffen', 'wilden sterven' en/of 'van hun vreselijke gedachten af wilden zijn', waren ook depressiever ($r = 0,24$; $p < 0,01$), angstiger ($r = 0,27$; $p < 0,01$), en hadden een lagere dunk van zichzelf ($r = -0,34$; $p < 0,01$) dan jongeren met interpersoonlijke motie-

TABEL 4 Gerapporteerde motieven voor zelfbeschadiging

	Jongens	Meisjes	Totaal	χ^2
	(n = 141)	(n = 318)	(n = 460)	
	% 'ja'	% 'ja'	% 'ja'	
Ik wilde laten zien hoe wanhopig ik me voelde	30	36	34	1,61
Ik wilde sterven	45	60	56	8,73**
Ik wilde mezelf straffen	32	48	43	8,91**
Ik wilde iemand bang maken	13	15	14	0,19
Ik wilde anderen betaald zetten voor de manier waarop ze me behandeld hadden	26	37	33	4,84
Mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn	45	66	60	15,56***
Ik wilde weten of er iemand was die werkelijk van me hield	32	48	43	8,38**
Ik wilde aandacht krijgen	23	19	17	2,14

*p < 0,05.
**p < 0,01.
***p < 0,001.

ven. Ook gebruikten zij vaker emotiegerichte copingstijlen ($r = 0,17$; $p < 0,01$) en minder vaak probleemgerichte stijlen ($r = -0,12$; $p < 0,05$).

Impulsiviteit Van de jongeren rapporteerde 55% 'minder dan een uur' van tevoren nagedacht te hebben over de zelfbeschadiging; 12% zei 'meer dan een uur, maar minder dan een dag', 9% 'meer dan een dag, maar minder dan een week', 12% 'meer dan een week, maar minder dan een maand' en 13% 'langer dan een maand'.

Hulpzoekend gedrag

Hulp vooraf Meisjes zochten iets vaker vooraf hulp of praatten makkelijker met iemand over hun problemen dan jongens. Deze hulpvraag richtte zich zelden tot iemand uit het gezin (11,4%); vrienden (49,0%) hadden duidelijk de voorkeur. De professionele hulpverlening en andere volwassenen waren maar weinig in beeld. Slechts 7,4% van de jongeren die zichzelf ooit beschadigde, zocht op voorhand hulp bij een psycholoog of een psychiater, 3,4% nam contact op met een telefonische hulplijn, 3,7% kwam reeds in contact met een maatschappelijk werker en 2,7% bezocht een crisis- of adviescentrum. Slechts 1,8% van de bevraagde jongeren had steun gezocht bij de huisarts. Meisjes (5,8%) zochten significant vaker steun bij een leerkracht dan jongens (0,7%) ($\chi^2 = 5,848$; $p < 0,05$).

Hulp achteraf Van de jongeren zocht 26,5% achteraf hulp voor de problemen die ertoe geleid hadden dat ze zichzelf beschadigden; significant meer meisjes (29,3%) dan jongens (20,3%) ($\chi^2 = 3,991$; $p < 0,05$). Van de jongens ontving 14,0% medische hulp in een ziekenhuis, tegenover 9,6% van de meisjes. Van de jongeren die een overdosis pillen of alcohol namen, kreeg 26,7% medische hulp. Voor de jongeren die zichzelf verwondden door krassen en snijden, lag dit percentage significant lager (3,5%) ($\chi^2 = 42,124$; $p < 0,00$).

DISCUSSIE EN CONCLUSIES

Van een grote groep Vlaamse jongeren heeft 10,4% zichzelf ooit opzettelijk beschadigd. Jaarlijks komt dit gedrag naar schatting bij 7% (jongens 4,1%, meisjes 10,1%) van de jongeren voor. Zelfbeschadigend gedrag houdt sterk verband met een familiale voorgeschiedenis van zelfbeschadiging, lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik. Jongeren zoeken zelden hulp bij volwassenen, laat staan bij hulpverleners.

Spectrum van zelfbeschadigend gedrag

Alvorens wij de resultaten van deze studie interpreteren, behoeft de definitie van 'opzettelijk zelfbeschadigend gedrag' die we in deze studie hanteren, enige duiding. Deze definitie omvat een spectrum aan gedrag, waarvan de ernstigste vor-

men sterk verband houden met suïcide, terwijl de lichtere vormen samengaan met andere reacties op emotionele pijn (Skegg 2005). Dit betekent dat in dit onderzoek zowel automutilatie als suïcidepogingen opgenomen zijn. Gemeenschappelijk aan deze gedragingen is dat mensen zichzelf schade toebrengen, zichzelf vergiftigen of verwonden of dit trachten te doen, telkens met niet-fataal resultaat en dit in een toestand van emotionele beroering (Kerkhof 2000).

Op een aantal dimensies kan men automutilatie en suïcidepogingen van elkaar onderscheiden: automutilatie is vaak repetitief en chronisch, leidt tot oppervlakkiger wonden (Rosen & Heard 1995) en functioneert vaker als spanningsreducerend gedrag. De spanningsreductie bij automutilatie staat tegenover de 'suïcidale intentie' bij veel suïcidepogingen; door velen gedefinieerd als 'de wens om te sterven', en door Marusic (2004) omschreven als 'het nadenken over een einde maken aan het eigen leven'.

Eén van de redenen om in dit onderzoek, in tegenstelling tot vele andere studies, de episodische van automutilatie niet te weren uit onze steekproef, is de vraag of het onderscheid tussen automutilatie en suïcidaal gedrag niet eerder van theoretisch dan van praktisch belang is. Onderzoek toonde aan dat personen die herhaaldelijk automutileren een risicogroep vormen voor suïcidaal gedrag door middel van overdoses of andere methoden (Horrocks e.a. 2003). Deze herhaaldelijke automutilatie komt vooral voor in de context van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis die een suïciderisico van 5-10% heeft (Stanley e.a. 2001).

Internationale verschillen

De percentages van zelfbeschadigend gedrag in de Vlaamse steekproef zijn hoog. Voor de jongens werd het hoogste percentage van alle Europese landen die deelnamen aan de CASE-studie (Groot-Brittannië, Hongarije, Ierland, Nederland en Noorwegen) gevonden. In vergelijking met deze landen, behalve wat Hongarije betreft, overlijden in Vlaanderen ook meer jongeren ten gevolge van suïcide. Hongarije, het land met de

hoogste suïcidecijfers voor kinderen en adolescenten in Europa (Toero e.a. 2001), rapporteert in deze studie, op Nederland na, opmerkelijk genoeg de laagste scores voor zelfbeschadigend gedrag. Een verklaring voor deze discrepantie is niet onmiddellijk voorhanden.

Ook voor de grote verschillen tussen Vlaanderen en Nederland wat betreft zelfbeschadigend gedrag is er momenteel geen sluitende verklaring. Zowel de in dit onderzoek gerapporteerde cijfers in verband met 'zelfbeschadigend gedrag het afgelopen jaar', als het jaarlijkse aantal suïcides liggen aanzienlijk hoger in Vlaanderen dan in Nederland. De suïcidecijfers van 2006 illustreren dit: 18,3/100.000 in Vlaanderen versus 9,32/100.000 suïcides in Nederland. Een vergelijkende analyse van de Nederlandse en de Vlaamse data van de CASE-studie maakten Portzky e.a. (2008). Daarin wordt bevestigd dat, naast individuele kwetsbaarheden en state-gebonden risicofactoren, ook socioculturele aspecten van volkeren het risico op suïcidaal gedrag kunnen beïnvloeden. De opener en positiever attitude van de Nederlandse bevolking ten opzichte van geestelijke gezondheidszorg heeft mogelijk een preventief effect.

Schreeuw om hulp?

De meest genoemde motieven waren intrapersonaal: 'mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daarvan af wilde zijn', en 'ik wilde sterven'. Interpersoonlijke redenen, zoals het willen beïnvloeden van anderen, kwamen veel minder voor. Het zoeken naar hulp wordt ook in ander onderzoek zelden opgegeven als motief voor zelfbeschadigend gedrag (Rodham e.a. 2004). De laatste jaren beschouwt men zelfbeschadiging daarom eerder als een 'schreeuw van pijn' dan als een 'kreet om hulp' (Williams & Pollock 2000). Uit het huidige onderzoek blijkt dat jongeren uit zichzelf ook relatief weinig bij volwassenen, laat staan bij hulpverleners, terechtkomen.

Methodologische beperkingen

Bij de interpretatie van de beschreven resultaten, moet men rekening houden met enkele beperkingen, eigen aan de gebruikte methode. Hoewel diverse onderzoekers voor het bestuderen van gevoelige onderwerpen zoals zelfbeschadigend gedrag de superioriteit van zelfrapportage-onderzoek benadrukken, is het in het bestek van een lesuur niet mogelijk veel diepgravend onderzoek te doen. Er is bewust voor een korte vragenlijst gekozen, om in het beschikbare lesuur ook tijd in te ruimen voor een goede introductie en nazorg. Om onderlinge beïnvloeding te beperken werd voor het invullen van de vragenlijst telkens de vertrouwelijkheid van de vragen beklemtoond en werd gevraagd om de vragen in stilte in te vullen. Aan de leerkrachten werd gevraagd om zoveel mogelijk op de achtergrond te blijven om de anonimiteit van de gegevens te benadrukken.

Een nadeel van deze zelfrapportage ten opzichte van een semi-gestructureerd interview, is dat we geen zicht hebben op de oorzaak van het ontbreken van bepaalde gegevens. Zo lieten 107 leerlingen de vraag naar zelfbeschadigend gedrag onbeantwoord. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk: sommige leerlingen kunnen per ongeluk twee pagina's in één keer omgedraaid hebben, waardoor ze de vraag naar zelfbeschadiging onbewust misten, anderen kunnen zichzelf daadwerkelijk ooit beschadigd hebben, maar het te confronterend gevonden hebben om op deze vraag te antwoorden. De tweede verklaring wijst mogelijk op een onderschatting van de ware prevalentie. Ook het feit dat leerlingen die bevestigend antwoordden op de vraag of ze zichzelf ooit opzettelijk beschadigden, maar géén beschrijving gaven van de laatste keer dat ze zichzelf beschadigden, geëxcludeerd werden uit de categorie van opzettelijke zelfbeschadigers, draagt mogelijk bij tot een onderschatting.

Een andere beperking is dat zo'n vragenlijst alles achteraf bepaalt: ná het gedrag en ná het zich voordoen van risicofactoren. We hebben hier wel rekening mee gehouden door van de meeste ken-

merken te vragen of deze zich gedurende het laatste jaar of eerder voordeden, waardoor er enigszins met de timing rekening gehouden kon worden. Toch blijven de antwoorden in hoge mate afhankelijk van het geheugen van de jongere. Meer kennis is te verwachten uit grootschalige herhaalde individueel herleidbare onderzoeken.

Implicaties voor preventiebeleid

De CASE-studie is geen uitputtend onderzoek naar de risicofactoren van zelfbeschadigend gedrag. Zo werden er geen biologische, maatschappelijke of culturele risicofactoren onderzocht. Ook kan aan de hand van dit onderzoek geen causaal verband worden aangetoond tussen de zogenaamde risicofactoren en zelfbeschadigend gedrag. Wel identificeert dit onderzoek de kenmerken die jongeren die zichzelf beschadigen meer hebben dan jongeren die zichzelf niet beschadigen. De belangrijkste samenhangende factoren zijn suïcidaal gedrag in het gezin of in de vriendenkring, lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik.

Deze bevindingen wijzen op de behoefte aan schoolprogramma's die erop gericht zijn de geestelijke gezondheid van leerlingen te bevorderen. Hierbij zijn gevoel van eigenwaarde, depressie, angst en probleemoplossende vaardigheden belangrijke thema's. Daarnaast is het nodig de drempel naar de geestelijke gezondheidszorg te verlagen door het verstrekken van informatie over de professionele hulpverlening, destigmatisatie ervan, en het invoeren van een goede screenings- en doorverwijspolitiek op school.

Naast een positief schoolklimaat is een vooraf opgesteld schoolspecifiek plan om met verschillende aspecten van zelfbeschadigend gedrag van leerlingen om te gaan, van automutilatie tot suïcide, een belangrijke preventieve maatregel. Er bestaan verschillende draaiboeken om scholen te ondersteunen in de opvang van leerlingen met suïcidaal gedrag. Deze zijn echter slechts blauwdrukken voor een schoolspecifiek plan: elke school dient een dergelijk draaiboek te concretiseren door

duidelijk te beschrijven wie de interne meldpost is voor waarschuwingssignalen, wie de coördinatie op zich neemt en beslist of doorverwijzing nodig is, wie bij de leerling blijft in geval van acute crisis, enzovoort.

Een suïcidepreventiedraaiboek helpt de schade bij de suïcidale leerling te beperken omdat de juiste zorg wordt aangeboden. Bij medeleerlingen verkleint het de kans op emotionele crises omdat ze na de confrontatie met een suïcide-(poging) in de omgeving deskundig opgevangen en begeleid worden. Ook dient men vooraf afspraken te maken met externe hulpverleners en dienen deze in dit draaiboek gespecificeerd te worden, zodat duidelijk is op wie men binnen welke termijn een beroep kan doen. Dit faciliteert een snellere doorverwijzing en draagt bij tot een verlaging van de drempel naar de geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast kiezen sommige scholen ervoor geestelijke gezondheidsprogramma's te implementeren: programma's die niet specifiek gericht zijn op suïcide, maar die tot doel hebben om leerlingen, leerkrachten en/of ouders te informeren over geestelijke gezondheid. Destigmatisatie van en informatieverstrekking over de geestelijke gezondheidszorg zouden resulteren in meer positief hulpzoekend gedrag en adaptieve attitudes (Batagglia e.a. 1990).

LITERATUUR

- Batagglia, J., Coverdale, J.M., & Bushong, C.P. (1990). Evaluation of a mental illness awareness week program in public schools. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 324-329.
- Bancroft, J., Hawton, K., Simkin, S., e.a. (1979). The reasons people give for taking overdoses: A further enquiry. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 353-365.
- Bertolote, J.M., & Fleishman, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1, 181-185.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Horrocks, J., Price, S., House, A., e.a. (2003). Self-injury attendances in the accident and emergency department: Clinical database study. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 34-39.
- Kerkhof, A.J.F.M. (2000). Attempted suicide: patterns and trends. In K. Hawton & K. Van Heeringen (Red.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 385-404). Chichester: John Wiley & Sons.
- Marusic, A. (2004). Toward a new definition of suicidality? Are we prone to Fregoli's illusion? *Crisis*, 25, 145-146.
- Neeleman, J. (2007). Epidemiologie van suïcidaal gedrag. In C. van Heeringen (Red.), *Handboek suïcidaal gedrag* (pp. 33-48). Utrecht: De Tijdstroom.
- Plutchik, R., van Praag, H.M., Picard, S., e.a. (1989). Is there a relation between the seriousness of suicidal intent and the lethality of the suicide attempt? *Psychiatry Research*, 27, 71-79.
- Portzky G., de Wilde, E.J., & van Heeringen, C. (2008). Deliberate self-harm in young people. A comparative study of its occurrence and risk factors in Belgian and Dutch adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 179-186.
- Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513-518.
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community-sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 80-87.
- Rosen, P.M., & Heard, K.V. (1995). A method for reporting self-harm according to level of injury and location on the body. *Suicide and life threatening behaviour*, 25, 381-385.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366, 1471-1483.
- Spinhoven, Ph., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., e.a. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Stanley, B., Gameroff, M.J., Michalsen, V., e.a. (2001). Are suicide attempters who self mutilate a unique population? *The American Journal of Psychiatry* 158, 427-432
- Toero, K., Nagy, A., Sawaguchi, T., e.a. (2001). Characteristics of suicide among children and adolescents in Budapest. *Pediatrics International*, 43, 368-371.
- White, D., Leach, R., Sims, R., e.a. (1999). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *The British Journal Psychiatry*, 175, 452-454.
- WHO. (2007). Suicide rates per 100,000 by country, year and sex (Table). Geraadpleegd op 7 november 2007, op <http://www.who.int/mental—health/prevention/suicide—rates/en/index.html>
- Williams, J., & Pollock, L. (2000). The psychology of suicidal behaviour. In K. Hawton & C. van Heeringen, (Red.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley & Sons.

Zwaanswijk, M. (2005). *Pathways to care: help-seeking for child and adolescent mental health problems*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

AUTEURS

L. VAN RIJSSELBERGHE is licentiaat Klinische psychologie, wetenschappelijk medewerker Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universteit Gent.

G. PORTZKY is klinisch psycholoog en coördinator Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universteit Gent.

C. VAN HEERINGEN is hoogleraar Psychiatrie, directeur Een-

heid voor Zelfmoordonderzoek en diensthoofd Universitaire Dienst Psychiatrie, UZ Gent.

Correspondentieadres: prof. dr. C. Van Heeringen, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universteit Gent, UZ 1K12F, De Pintelaan 185, 9000 Gent, België.

E-mail: cornelis.vanheeringen@ugent.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-1-2009.

SUMMARY

Self harm in adolescents in Flanders – L. Van Rijsselberghe, G. Portzky, C. van Heeringen – BACKGROUND Deliberate self harm is an important precursor to suicide. Little is known about the epidemiology and circumstances of self harm behaviour that cannot be treated with medication.

AIM To use international data in order to obtain insight into the prevalence, the circumstances and possible ways of presenting self harm in adolescents in the general population in Flanders.

METHOD With the frameworks of the Child and Adolescent Self Harm in Europe (CASE)-study 4500 Flemish adolescents were asked to complete an anonymous self-report questionnaire.

RESULTS 10.4% of the adolescents questioned admitted to having engaged in self harm on one or more occasions during their life. 7% (males 4.1%, females 10.1%) reported they had engaged in self harm during the past year. Self harm seemed to be strongly associated with a family history of self harm, physical ill-treatment and sexual abuse. Adolescents seldom sought help from adults and hardly ever from professional care workers.

CONCLUSIONS Deliberate self harm is more common in Flanders than in other countries participating in the CASE-study. Flanders needs to set up a school-based prevention campaign and should take steps to lower the barriers that currently stop adolescents from seeking professional help.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)9, 629-640]

KEY WORDS adolescents, deliberate self harm, epidemiology, prevention