

Comorbiditeit van zelfverwondend gedrag en dissociatieve symptomen bij vrouwelijke psychiatrische patiënten

D. BRACKE, K. VAN LEEUWEN, L. VERHOFSTADT-DENÈVE

ACHTERGROND Zowel de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e druk) als recent onderzoek beschrijven de comorbiditeit van zelfverwondend gedrag en dissociatieve symptomen en de rol van traumatische ervaringen als risicofactor daarvoor.

DOEL Het onderzoeken van deze samenhang bij vrouwelijke psychiatrische patiënten met diverse DSM-IV-diagnoses.

METHODE Bij 196 subjecten is de Vragenlijst Zelfverwonding, de Vragenlijst Belastende Ervaringen en de Dissociation Questionnaire afgenomen.

RESULTATEN Correlaties tussen zelfverwonding, dissociatie (behalve de subschaal amnesie) en belastende gebeurtenissen zijn betekenisvol en positief. Zelfverwonders rapporteren significant meer dissociatie dan niet-zelfverwonders. Belastende ervaringen zijn predisponerende factoren van zelfverwonding, behalve bij amnesie. Traumatische ervaringen en controleverlies kunnen zelfverwonding voorspellen.

CONCLUSIE Het onderzoek bevestigt grotendeels de verwachte samenhang tussen zelfverwonding, dissociatie en belastende gebeurtenissen. De resultaten suggereren dat er, naast belastende ervaringen als predisponerende factor voor dissociatie en/of zelfverwonding, ook andere factoren belangrijk kunnen zijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 10, 673-682]

TREFWOORDEN dissociatie, trauma, zelfverwonding

Uit de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) is af te leiden dat dissociatie en zelfverwonding als symptomen niet alleen bij meerdere stoornissen worden vermeld (acute stressstoornis, posttraumatische stressstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, impulscontrolestoornissen), maar bovendien aan elkaar gerelateerd zijn. Dissociatie is een symptoom bij de nagebootste stoornissen, terwijl zelfverwonding wordt gekoppeld aan de dissociatieve stoornissen. Bij deze syndromen wordt telkens verwezen naar traumatische ervaringen gedu-

rende de levensloop van de patiënt.

Ook in onderzoek wordt de link gelegd tussen beide symptomen (Cardena & Spiegel 1996; Coons & Milstein 1990; Favazza & Conterio 1989; Kluft 1994; Van der Kolk e.a. 1991; Van Moffaert 1990). De zelfverwonding gebeurt in een tranceachtige, gedissocieerde toestand van depersonalisatie en derealisatie. Vele patiënten registreren de gebeurtenis als 'buiten zichzelf staande', bij anderen treedt amnesie op voor het moment van zelfverwonding (Sachsse 1994). Automutilatie kan een als bedreigend ervaren gemoedstoestand

opheffen. Het zelf veroorzaken van lichamelijke pijn zou de dissociatiesymptomen doen verdwijnen en daardoor gevoelens van opluchting en ontspanning opwekken (Raes 1992).

Predisponerende factoren voor dissociatie en zelfverwonding zijn belastende ervaringen, zoals fysiek, emotioneel of seksueel misbruik (Boon & Draijer 1993; Draijer 1990; Favazza & Conterio 1989; Irwin 1994; Himber 1994; Ray 1996; Ross e.a. 1989; Ross e.a. 1990; Vanderlinden 1993; Walsh & Rosen 1988). Dissociatie kan als een defensiemechanisme bij confrontatie met traumatische gebeurtenissen beschouwd worden. Vanuit dat standpunt is het een coping-mechanisme bij trauma (Draijer 1990). Er wordt gewezen op de relatie tussen dissociatie en fysiek en/of seksueel misbruik in de kindertijd (Ross e.a. 1989; Ross e.a. 1990; Boon & Draijer 1993). Irwin (1994) komt tot drie predictoren van dissociatie: een verlies in de kindertijd, seksueel misbruik binnen en seksueel misbruik buiten het gezin. Een waarschuwing voor een te lineair causaal denken is op zijn plaats: dissociatie is een potentiële reactie op een traumatische gebeurtenis, maar ook andere factoren kunnen een rol spelen, waaronder neurobiologische (Lerner e.a. 1994). Dissociatieve ervaringen correleren hoog met ervaringen van trauma en verwaarlozing, alsook met zelfdestructief gedrag, voornamelijk self-cutting (Van der Kolk e.a. 1991). De spanningsontlading na zelfverwonding wordt ook wel gezien als een eindpunt van de automutilatieve daad. Na een traumatische ervaring zou er een stijging zijn van spanning die leidt tot een toestand van dissociatie (voornamelijk depersonalisatie), met als gevolg een onweerstaanbare drang om zichzelf te verwonden (Walsh & Rosen 1988).

Doel van dit onderzoek is meer inzicht te verwerven in het verband tussen dissociatie, zelfverwonding en belastende ervaringen, binnen een heterogene groep van vrouwelijke psychiatrische patiënten. Er wordt nagegaan of de mate van zelfverwonding samenhangt met de mate van dissociatie en belastende ervaringen. Verder wordt bekeken of de combinatie van zelfverwon-

dend gedrag en belastende ervaringen verschillen geeft in de mate en vorm van dissociatie. Ten slotte wordt onderzocht of aan de hand van de rapportering van dissociatie en belastende ervaringen voorspeld kan worden of een patiënt al dan niet zelfverwondend gedrag zal vertonen. Hierbij wordt rekening gehouden met de leeftijd en het opleidingsniveau.

METHODE

Patiënten De onderzoeksgroep bestaat uit 196 vrouwelijke psychiatrische patiënten. De gemiddelde leeftijd is 28 jaar ($SD=10,4$, mediaan=25,8, range 13 tot 62). De reden van opname is uiteenlopend: 37,8% heeft als eerste DSM-IV-diagnose (APA 1994) een eetstoornis, 19,4% een stoornis in het gebruik van psychoactieve middelen, 10,7% een stemmingsstoornis, 5,6% een dissociatieve stoornis, 5,6% een aanpassingsstoornis, 2,0% een nagebootste stoornis, 1,5% een psychotische stoornis, 1,0% een stoornis in de impulscontrole, 1,0% een geslachtsrolstoornis, 1,0% een stoornis ontstaan in de kindertijd, en 0,5% een angststoornis. Van 12,2% ontbreekt de diagnose.

Wat het hoogste opleidingsniveau betreft, dat is voor 5,1% het lager onderwijs, voor 15,8% het secundaire beroepsonderwijs, voor 14,3% het secundaire technisch onderwijs, voor 20,4% het algemeen secundair onderwijs, voor 21,4% het hoger niet-universitair onderwijs en voor 6,1% het universitair onderwijs. Van 16,8% zijn er geen gegevens omtrent de opleiding.

Meetinstrumenten De Vragenlijst Zelfverwonding is een experimenteel meetinstrument (Lagrou 1996) dat momenteel nog psychometrisch wordt onderzocht. Naast items die reacties en gedragingen bij spanning peilen gedurende de laatste zes maanden, zijn er ook specifieke vragen naar vijf vormen van opzettelijke zelfverwonding (haartjes uittrekken, krabben, kneuzen, snijden en verbranden van lichaamsdelen) gedurende het laatste jaar. Een principale componentenanalyse (PCA) is uitgevoerd op de items

betreffende negatieve spanningshantering om na te gaan of er verschillende subtypes van zelfverwonding kunnen worden onderscheiden. De Bartlett's test of sphericity en de Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy geven aan dat aan de basisvoorwaarden is voldaan om een PCA uit te mogen voeren op de data. De beste oplossing volgens het criterium 'componenten met eigenwaarde groter dan 1' bestaat uit 5 componenten die na varimaxrotatie samen 66,9% van de variantie verklaren. Deze kunnen als volgt worden geïnterpreteerd: 'ernstige cutane zelfverwonding' (ZV-I (zelfverwonding-I), verklaart 23,1% van de variantie), 'dwangmatige zelfverwonding' (ZV-II, 13,5%), 'kneuzend zelfverwondend ge-

drag' (ZV-III, 12,5%), 'zich fysiek vermoeien' (ZV-IV, 9,1%) en 'alcohol- of medicatiemisbruik' (ZV-V, 8,7%). De laatste 2 componenten verwijzen niet specifiek naar zelfverwonding, maar het lijkt interessant om ze in het onderzoek tegenover de andere componenten af te wegen. Drie items worden uit verdere analyses weggelaten omdat ze zowel structureel als inhoudelijk een bediscussieerbare, onduidelijke positie innemen.

De correlaties tussen de subschalen zijn weergegeven in tabel 2. Betekenisvolle en positieve significante correlaties (dit wil zeggen $>0,30$), doen zich voor tussen de 3 subschalen die expliciet naar zelfverwonding verwijzen.

De interne consistentie als maat voor

TABEL 1 Vijfsubschalen van zelfverwonding, verkregen met een Principale Componenten Analyse op items betreffende negatieve spanningshantering van de Vragenlijst Zelfverwonding

Items / Componenten	ZV-I	ZV-II	ZV-III	ZV-IV	ZV-V
	Ernstige cutane zelfverwonding	Dwangmatige zelfverwonding	Kneuzende zelfverwonding	Zich fysiek vermoeien	Alcohol- of medicatiemisbruik
Ik snij mezelf	0,87		0,16		
Ik prik mezelf (bv. met een naald)	0,84	0,20	0,24		
Ik kras in mijn huid met een voorwerp	0,84		0,23		
Ik knijp mezelf tot bloedens toe	0,79	0,22	0,22		
Ik verbrand me (bv. met sigaret)	0,77	0,10			0,13
Ik trek het vel rond mijn nagels los		0,86			
Ik trek mijn haartjes uit		0,69	0,33		0,17
Ik bijt op mijn nagels	0,21	0,61		0,17	-0,30
Ik duw puistjes uit	0,25	0,52	0,34	0,19	
Ik krab mezelf	0,41	0,48	0,15	0,29	0,20
Ik klop met mijn vuist ergens op		0,18	0,75	0,18	0,21
Ik sla of klop op mezelf	0,29	0,14	0,75		
Ik sla met mijn hoofd tegen de muur	0,31		0,73		-0,16
Ik ga joggen of lopen			0,10	0,84	-0,15
Ik ga me met iets moe maken		0,18		0,80	0,16
Ik drink wat alcohol					0,80
Ik neem een kalmeerpil	0,25				0,72
ZV = zelfverwonding					

TABEL 2

Verband tussen de subschalen van de Vragenlijst Zelfverwonding (Pearson correlatiecoëfficiënten)

	ZV-I	ZV-II	ZV-III	ZV-IV	ZV-V
ZV-I: Ernstige cutane zelfverwonding	1,00	0,41 (p<0,01)	0,44 (p<0,01)	0,08	0,18 (p<0,05)
ZV-II: Dwangmatige zelfverwonding	0,41 (p<0,01)	1,00	0,39 (p<0,01)	0,24 (p<0,01)	-0,05
ZV-III: Kneuzend zelfverwondend gedrag	0,44 (p<0,01)	0,39 (p<0,01)	1,00	0,23 (p<0,01)	0,08
ZV-IV: Zich fysiek vermoeien	0,08	0,24 (p<0,01)	0,23 (p<0,01)	1,00	0,03
ZV-V: Alcohol- of medicatiemisbruik	0,18 (p<0,05)	-0,05	0,08	0,03	1,00

p: tweezijdig getoetst

ZV = zelfverwonding

betrouwbaarheid is nagegaan via de berekening van de Cronbach's alpha (zie tabel 3). Deze is bevredigend, vooral voor de schalen die betrekking hebben op specifieke zelfverwonding.

De Vragenlijst naar Belastende Ervaringen (Nijenhuis e.a. 1995) omvat 25 items die betrekking hebben op emotionele, lichamelijke en seksuele verwaarlozing en mishandeling, verlies van

dierbaren, gezinsbelasting en levensbedreigende ervaringen. De respondenten geven zowel het voorkomen van een bepaald feit aan, als de subjectieve beleving daarvan, uitgedrukt op een 5-puntenschaal. De betrouwbaarheid van de totale schaal van belastende ervaringen is bevredigend ($\alpha = 0,85$).

Bij de Dissociation Questionnaire (DIS-Q, Vanderlinden e.a. 1992) beoordelen de onder-vraagden 63 ervaringen, gebruikmakend van een 5-puntenschaal. Verschillende onderzoeken hebben eenzelfde 4-factorenstructuur terugge-vonden met als componenten: 'identiteitsverwar-ring en -fragmentering', 'controleverlies', 'amnesie' en 'verhoogde concentratie of absorp-tie' (Vanderlinden e.a. 1992; Vanderlinden 1994). Betrouwbaarheid en validiteit van de DIS-Q zijn bevredigend (Vanderlinden 1994).

Procedure De gegevens zijn verzameld in het kader van een exploratief onderzoek bij vrouwen met een psychiatrische problematiek met als doel de relatie tussen verschillende symptomen te onderzoeken los van een bepaalde diagnose. Patiënten zijn gerekruteerd in ambulante en residentiële klinische settings. De DSM-IV-dia-gnose is bij de behandelende arts nagevraagd.

Data-analyse Data-analyse is uitgevoerd met SPSS (Statistical Product and Service Solutions) voor Windows (versie 9.0). Bij de PCA en de

TABEL 3

Interne consistentie van de
verschillende subschalen van de
Vragenlijst Zelfverwonding als
maat voor de betrouwbaarheid,
berekend met Cronbach's alpha

Schaal	Aantal items	Cronbach's α
Totale schaal Spanningshantering	15	0,80***
ZV-I Ernstige cutane zelfverwonding	5	0,91***
ZV-II Dwangmatige zelfverwonding	5	0,73**
ZV-III Kneuzend zelfverwondend gedrag	3	0,71**
ZV-IV Zich fysiek vermoeien	2	0,59*
ZV-V Alcohol- of medicatie- misbruik	2	0,50*

*** = bevredigend, ** = matig,

* = laag

Pearsoncorrelaties is gekozen voor het paarsgewijze weglaten van ontbrekende variabelen, bij variantieanalyses en discriminantanalyse zijn subjecten met ontbrekende gegevens automatisch uit de analyses geweerd.

RESULTATEN

Prevalentie van zelfverwonding Van de totale groep rapporteert 43,9% (83) zelfverwonding; 50,6% (42) snijdt of prikt zichzelf; 47% (39) trekt zich haren uit; 43,4% (36) krabt zich tot het bloedt; 20,5% (17) brengt zichzelf kneuzingen toe en 12% (10) verbrandt zich met opzet; meer dan één vorm van zelfverwonding wordt toegepast door 42,2% (35); 46,2% (30) verwondt zichzelf aan handen en armen; 15,4% (10) aan het hoofd, de hals of de nek; 35,4% (23) aan meerdere lichaamsdelen.

Prevalentie van dissociatie In vergelijking met een normale populatie scoort 20,9% (41) laag of gemiddeld op dissociatieve kenmerken. Meer dan de helft (59,7%, 117) behaalt een hoge score op de factor 'identiteitsverwarring, of -fragmentatie'; 62,2% (122) scoort hoog op 'verlies van controle'; 45,4% (89) op 'amnesie' en 50,5% (99) op 'verhoogde concentratie'. Op de totaalscore, de best discriminerende schaal, overschrijdt 37,2% (73) het afkappunt.

Prevalentie van belastende ervaringen Van de groep geeft 69,4% (129) aan het slachtoffer te zijn van emotionele verwaarlozing of mishandeling. Seksuele traumata komen bij 40,2% (74) voor; ervaring met fysieke geweldpleging komt voor bij 35,1% (n=68); 37,6% (73) heeft problemen meegemaakt in het gezin van herkomst; 31,3% (61) heeft levensbedreigende ervaringen en 32,5% (63) heeft een geliefd persoon verloren. Slechts 10,5% (16) rapporteert geen enkele belastende ervaring. Van 67,3% hebben we informatie over de subjectieve beleving van de belastende ervaringen. Hoe meer traumatische gebeurtenissen, hoe hoger de subjectieve belasting (somscore gemiddeld 11,5, range 1 - 94, Pearson's correlatiecoëfficiënt 0,97,

$p < 0,001$). In verdere analyses wordt gewerkt met het aantal gebeurtenissen, aangezien de (positieve) correlatie bijna gelijk is aan 1 en we bij meer patiënten over informatie beschikken betreffende het aantal gebeurtenissen.

De relatie tussen enerzijds dissociatie, belastende ervaringen, zelfverwonding en anderzijds leeftijd en opleidingsniveau Slechts twee Pearsoncorrelaties zijn betekenisvol ($> 0,30$): die tussen leeftijd en 'dwangmatige zelfverwonding' ($-0,32$, $p < 0,001$) en die tussen leeftijd en 'alcohol- of medicatiemisbruik' ($0,54$, $p < 0,001$). Dwangmatige zelfverwonding hangt meer samen met een jonge leeftijd, terwijl alcohol- of medicatiemisbruik meer door oudere patiënten wordt gerapporteerd.

De relatie tussen dissociatie, belastende ervaringen en zelfverwonding Om na te gaan of dissociatie enerzijds en belastende ervaringen anderzijds vaker voorkomen bij patiënten die zichzelf meer verwonden, zijn Pearsoncorrelaties berekend tussen de verschillende subschalen (zie tabel 4).

We zijn nagegaan of patiënten die zichzelf verwonden gemiddeld meer dissociatieve verschijnselen rapporteren in vergelijking met mensen die zichzelf niet verwonden. Op basis van de frequentie van verschillende vormen van zelfverwonding wordt de groep patiënten onderverdeeld in drie groepen: 'geen zelfverwonding', 'één vorm van zelfverwonding' en 'twee tot vijf vormen van zelfverwonding'.

ANOVA's (variantieanalyses) met de subschalen van de DIS-Q als afhankelijke variabelen en de drie categorieën van zelfverwonding als onafhankelijke variabelen geven significante verschillen in gemiddelden voor 'identiteitsverwarring en -fragmentatie': $F(2,186)=24,52$, $p < 0,001$; 'verlies van controle': $F(2,186)=23,93$, $p < 0,001$; 'verhoogde concentratie of absorptie': $F(2,186)=10,59$, $p < 0,001$ en voor de 'totaalscore': $F(2,186)=31,24$, $p < 0,001$. Voor 'amnesie' wordt geen significant verschil gevonden: $F(2,186)=0,27$, $p > 0,05$. Vergelijking van de gemiddelden via a-posteriori-vergelijking (Bonferroni-

TABEL 4 Verband tussen zelfverwondingen enerzijds en dissociatie en belastende ervaringen anderzijds (Pearson correlatiecoëfficiënten)

	Belastende ervaringen	DIS-Q-1	DIS-Q-2	DIS-Q-3	DIS-Q-4	DIS-Q-T
ZV-I Ernstige cutane zelfverwonding	0,41 (p<0,01)	0,40 (p<0,01)	0,33 (p<0,01)	-0,02	0,29 (p<0,01)	0,40 (p<0,01)
ZV-II Dwangmatige zelfverwonding	0,31 (p<0,01)	0,33 (p<0,01)	0,33 (p<0,01)	-0,06	0,24 (p<0,01)	0,36 (p<0,01)
ZV-III Kneuzend zelfverwondend gedrag	0,40 (p<0,01)	0,50 (p<0,01)	0,56 (p<0,01)	0,00	0,36 (p<0,01)	0,56 (p<0,01)
ZV-IV Zich fysiek vermoeien	0,17 (p<0,05)	0,31 (p<0,01)	0,17 (p<0,05)	-0,05	0,30 (p<0,01)	0,29 (p<0,01)
ZV-V Alcohol- of medicatiemisbruik	0,33 (p<0,01)	0,17 (p<0,05)	0,17 (p<0,05)	0,16 (p<0,05)	0,16 (p<0,05)	0,23 (p<0,01)
Alle soorten zelfverwonding	0,46 (p<0,01)	0,48 (p<0,01)	0,45 (p<0,01)	-0,03	0,33 (p<0,01)	0,52 (p<0,01)
Belastende ervaringen	1,00	0,43 (p<0,01)	0,42 (p<0,01)	0,04	0,35 (p<0,01)	0,50 (p<0,01)

p: tweezijdig getoetst

DIS-Q= dissociation questionnaire

DIS-Q-1 = identiteitsverwarring en -fragmentatie; DIS-Q-2 = controleverlies; DIS-Q-3 = amnesie;

DIS-Q-4 = verhoogde concentratie of absorptie; DIS-Q-T = totaal dissociatie

toets, Scheffé-toets, HSD-toets (honestly significant difference) van Tukey voor steekproeven met homogene varianties) toont aan dat het steeds gaat om een significant verschil tussen de groepen 'geen zelfverwonding' en 'twee of meer vormen', vaak ook tussen de groepen 'één vorm' en 'twee of meer vormen', en soms tussen groep 'geen vormen' en 'één vorm' van zelfverwonding.

Vervolgens zijn univariate covariantie-analyses uitgevoerd (ANCOVA) op de subschalen van de DIS-Q als afhankelijke variabelen, de zelfverwonding (in categorieën) als onafhankelijke variabele en het aantal belastende ervaringen als covariaat. Er wordt een significant hoofdeffect waargenomen van 'belastende ervaringen' op de subschalen 'identiteitsverwarring en -fragmentatie': $F(1,146)=15,52$; $p<0,001$; 'verlies van controle': $F(1,146)=13,33$; $p<0,001$; 'verhoogde concentratie': $F(1,146)=11,69$; $p=0,001$ en voor de 'totaalscore': $F(1,146)=25,02$, $p<0,001$. Er is geen hoofdeffect van de mate van zelfverwonding of een interactie-effect van zelfverwonding en belastende ervaringen. Er zijn geen hoofd- of

interactie-effecten voor de subschaal 'amnesie'.

Ten slotte gaan we na of zelfverwonding aan de hand van rapportering van dissociatie en belastende ervaringen kan worden voorspeld. Hiervoor is stapsgewijze discriminantanalyse gebruikt (methode: Wilk's lambda) met zelfverwonding (3 categorieën) als afhankelijke variabele en de subschalen van de DIS-Q en de totaalscore van belastende ervaringen als onafhankelijke variabelen. Ook de leeftijd van de patiënten en het opleidingsniveau zijn als onafhankelijke variabelen in de analyse opgenomen. Uit de discriminantanalyse komen uitsluitend 'belastende gebeurtenissen' en 'controleverlies' als variabelen naar voren die in staat zijn te discrimineren in het al dan niet voorkomen van zelfverwonding. Op basis van deze twee variabelen kan 57,1% van de patiënten correct geclassificeerd worden onder de drie groepen 'zelfverwonding'. De gemiddelden van belastende ervaringen, DIS-Q, leeftijd en opleidingsniveau volgens categorie zelfverwonding, zijn weergegeven in tabel 5.

TABEL 5 Gemiddelden van belastende ervaringen, DIS-Q, leeftijd en opleidingsniveau¹ in relatie met de drie categorieën zelfverwonding

Categorie zelfverwonding	Variabelen	Gemiddelde (SD)
Geen zelfverwonding (n = 83)	Belastende ervaringen	3,94 (3,52)
	DIS-Q-1	1,98 (0,75)
	DIS-Q-2	2,20 (0,73)
	DIS-Q-3	5,40 (34,29)
	DIS-Q-4	2,41 (0,72)
	Leeftijd	28,72 (11,00)
	Opleidings-niveau	4,55 (2,33)
1 vorm van zelfverwonding (n = 38)	Belastende ervaringen	5,32 (4,57)
	DIS-Q-1	2,32 (0,85)
	DIS-Q-2	2,62 (0,80)
	DIS-Q-3	1,83 (0,68)
	DIS-Q-4	2,69 (0,84)
	Leeftijd	25,70 (10,30)
	Opleidings-niveau	4,82 (2,32)
2 tot 5 vormen van zelfverwonding (n = 20)	Belastende ervaringen	9,65 (5,45)
	DIS-Q-1	2,87 (0,90)
	DIS-Q-2	3,13 (0,87)
	DIS-Q-3	2,47 (1,14)
	DIS-Q-4	3,03 (0,99)
	Leeftijd	24,29 (6,93)
	Opleidings-niveau	4,85 (2,25)

1. Opleidingsniveau is hier opgevat als continue variabele met als laagste niveau 'lager onderwijs' en als hoogste niveau 'universitair onderwijs'

SD = standaarddeviatie

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

In dit onderzoek rapporteert 44% van de patiënten minstens één vorm van zelfverwonding, met als meest voorkomende vorm zichzelf snijden of prikken. Dit is een opmerkelijk hoge prevalentie in vergelijking met de literatuurgegevens (2,5% binnen een psychiatrische populatie, Callias & Carpenter 1994; 7 à 10%, Van der Kolk e.a. 1991). Deze hebben echter vooral betrekking op ernstigere vormen van zelfverwonding. Het ontbreken van een normgroep laat niet toe deze prevalentie te interpreteren als buitensporig of niet.

Een vierde van de totale onderzoeksgroep geeft in ernstige mate dissociatieve symptomen aan. Ook hier is interpretatie moeilijk, aangezien er geen normen beschikbaar zijn voor een psychiatrische groep patiënten.

Het merendeel van de patiënten rapporteert belastende ervaringen, slechts 10,5% rapporteert geen enkele belastende ervaring.

Zelfverwonding, dissociatie en belastende ervaringen blijken sterk samenhangende symptoomgroepen te zijn. Identiteitsverwarring en -fragmentatie, alsook controleverlies hangen samen met belastende ervaringen en de verschillende soorten zelfverwonding (cutaan, dwangmatig en kneuzing). Verhoogde concentratie of absorptie is vooral geassocieerd met de cutane en dwangmatige vormen van zelfverwonding. Dissociatie in de vorm van amnesie hangt echter niet samen met zelfverwonding en traumata. Dit lijkt in tegenspraak met de opmerking van Sachsse (1994) dat er vaak amnesie optreedt voor het moment van zelfverwonding.

De mate van dissociatie, behalve voor de amnestische vorm, is afhankelijk van de aanwezigheid van geen, weinig of veel zelfverwondend gedrag. Wanneer traumatische gebeurtenissen echter mee worden gerekend, dragen deze als enige bij tot dissociatie. Er is geen effect van de combinatie van zelfverwonding met belastende gebeurtenissen. Dit suggereert dat dissociatie een effect is van ervaren traumata, en niet van zelfverwonding of een combinatie van beide.

De voorspelling van zelfverwonding bij patiënten aan de hand van rapportering van dissociatie en belastende ervaringen is slechts matig accuraat. Vooral het aantal belastende gebeurtenissen is voorspellend voor zelfverwonding. Van de vormen van dissociatie is uitsluitend het gevoel van controleverlies een mogelijke indicator voor zelfverwonding. Aangezien ook in de literatuur melding wordt gemaakt van impulsiviteit als kenmerk bij zelfverwonding, is dit een aannemelijke bevinding. Zo is trichotillomanie geclassificeerd onder de impulscontrolestoornissen van de DSM-IV (APA 1994). Patiënten met trichotillomanie vertonen significant minder compulsieve-obsessieve symptomen dan patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis, maar wel significant meer impulsieve symptomen (Stein e.a. 1995).

De resultaten sluiten aan bij de bestaande onderzoeksliteratuur waarin belastende ervaringen als predisponerende factor van dissociatie en/of van zelfverwonding worden voorgesteld. Gezien de matige voorspellende waarde ervan kan dit echter niet de enige risicofactor zijn. Ook neurobiologische aspecten (Lerner e.a. 1994), persoonlijkheidsfactoren of andere, niet in het onderzoek gecontroleerde variabelen, kunnen een rol spelen. Bovendien is er het probleem van de causaliteit: de uitgevoerde statistische analyses vragen om een keuze van afhankelijke en onafhankelijke variabelen. Hier zijn dissociatie en zelfverwonding afwisselend als afhankelijke variabelen in analyses gebruikt. Het leggen van unidirectionele causale verbanden houdt wellicht een te sterke vereenvoudiging van de realiteit in.

Onze bevindingen houden implicaties voor de klinische praktijk in. Bij de intake of behandeling van een patiënt met een van de onderzochte symptoomgroepen moet de hulpverlener er steeds op bedacht zijn dat deze met een van de andere symptomen gepaard kan gaan. Vooral een verleden van traumatische ervaringen is een belangrijke indicator, maar dit geldt uiteraard voor elke psychiatrische stoornis. Wat de diagnos-

tisering van zelfverwonding betreft, wordt bevestigd dat deze verschillende subtypes omvat, waaronder een dwangmatige vorm. De Vragenlijst Zelfverwonding lijkt een goed diagnostisch hulpmiddel. Het instrument heeft een duidelijke onderliggende componentenstructuur en een goede interne consistentie. Bovendien kan uit het onderzoek afgeleid worden dat vragen naar dit 'moeilijke' onderwerp via een vragenlijst blijkbaar geen algemene weerstand heeft opgeleverd.

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten moet rekening worden gehouden met methodologische beperkingen. Literatuuronderzoek toont aan dat het begrip zelfverwonding moeilijk kan worden gedefinieerd (Van Moffaert 1990). Voor de operationalisering van de onderzoeksvariabelen zijn zelfrapportagevragenlijsten gebruikt. Over- en onderrapportering, antwoordtendenties en sociaal wenselijke antwoorden kunnen dus niet worden uitgesloten. Bovendien bevinden de vragenlijsten voor het meten van zelfverwonding en belastende ervaringen zich nog in een experimenteel ontwikkelingsstadium. Ten slotte vertonen meerdere variabelen een sterke samenhang (bijvoorbeeld de verschillende soorten emotionele en fysieke belastende ervaringen), wat in statistische analyses multicollineariteit kan opleveren (Tacq 1992). Hierdoor wordt het moeilijk het relatieve belang van verschillende onafhankelijke variabelen in te schatten.

De Vragenlijsten 'Zelfverwonding' en 'Belastende Ervaringen' lijken veelbelovende meetinstrumenten die verder psychometrisch onderzoek vragen. Replicatie van een solide onderliggende structuur met relatief onafhankelijke factoren is hierbij uiterst belangrijk. Tevens moeten normgroepen samengesteld worden en moet een handleiding worden uitgewerkt. Daarnaast kan onderzoek zich richten op de prevalentie van de symptomen bij mannelijke patiënten, om een vergelijking met vrouwen mogelijk te maken. Het rekening houden met variabelen zoals coping-gedrag, persoonlijkheidsfacetten (zoals impulsiviteit) en de aanwe-

zigheid van een sociaal ondersteunend netwerk is interessant bij het zoeken naar de etiologie van en de relatie tussen zelfverwonding en dissociatie. Modeltoetsing is een zinvolle statistische manier om tot meer oorzakelijke conclusies te komen.



De auteurs danken hen die aan de basis stonden van dit onderzoek, met name prof. dr. W. Vandereycken en prof. dr. M. Van Moffaert, hen die hun medewerking eraan verleenden (Kliniek Broeders Alexianen, Tienen; Universitair Ziekenhuis Gent; Universitair Psychiatrisch Centrum Sint Jozef, Kortenberg; prof. dr. C. Jannes; prof. dr. W. Michielsens; dr. G. Pieters; dr. S. Ansoms; M. Probst, en alle datamanagers.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e druk)*. Washington: American Psychiatric Press.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494.
- Callias, M.A., & Carpenter, M.D. (1994). Self-injurious behavior in a state psychiatric hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 170-172.
- Cardena, E., & Spiegel, D. (1996). Diagnostic issues, criteria and comorbidity of dissociative disorders. In L.K. Michelson & W.J. Ray (red.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives* (pp. 227-250). New York: Plenum Press.
- Coons, P.M., & Milstein, V. (1990). Self-mutilation associated with dissociative disorders. *Dissociation Progress in the Dissociative Disorders*, 3, 81-87.
- Draijer, N. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd. Langetermijn gevolgen van seksueel misbruik van meisjes door verwanten*. Amsterdam: SUA.
- Favazza, A.R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283-289.
- Himber, J. (1994). Blood rituals: selfcutting in female psychiatric inpatients. *Psychotherapy*, 31, 620-631.
- Irwin, H.J. (1994). Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 456-460.
- Kluft, R.P. (1994). Dissociative Disorders. In M. Hersen, R.T. Ammerman & L.A. Sisson (red.), *Handbook of aggressive and destructive behavior in psychiatric patients* (pp. 237-259). New York: Plenum Press.
- Kolk, B.A. van der, Perry, J.C., & Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- Lagrou, M. (1996). *Automutilatie bij eetstoornissen*. Licentiaatsverhandeling. Leuven: KU Leuven.
- Lerner, P.M., Nash, M.R., & Tillman, J.G. (1994). Does trauma cause dissociative pathology? In S.J. Lynn & J.W. Rhue (red.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 395-414). New York: Guilford Press.
- Moffaert, M. van (1990). *Automutilatie en pathomimie: Contributie tot de analyse van de psychiatrische determinanten van zelfmutilerend en ziektenabootsend gedrag*. Proefschrift. Gent.
- Raes, B.C. (1992). Automutilatie, (on)gezien in het algemeen ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136, 369-371.
- Ray, W.J. (1996). Dissociation in normal populations. In L.K. Michelson & W.J. Ray (red.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives* (pp. 51-68). New York: Plenum Press.
- Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P., e.a. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596-601.
- Ross, C.A., Norton, G.R., & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413-418.
- Sachsse, U. (1994). Overt self-injury. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 62, 82-90.
- Stein, D.J., Mullen, L., Islam, M.N., e.a. (1995). Compulsive and impulsive symptomatology in trichotillomania. *Psychopathology*, 28, 208-213.
- Tacq, J. (1992). *Van probleem naar analyse. De keuze van een gepaste multivariate analysetechniek bij een sociaal-wetenschappelijke probleemstelling*. De Lier: Academisch Boeken Centrum.
- Vanderlinden, J. (1994). De Dissociation Questionnaire (DIS-Q). Een hulpmiddel bij de diagnostiek van dissociatieve stoornissen. *Diagnostiek-Wijzer*, 1, 135-151.
- Vanderlinden, J., van Dijck, R., Vandereycken, W., e.a. (1993). Dissociation and traumatic experiences in the general population of the Netherlands. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 786-788.
- Vanderlinden, J., van Dijck, R., Vertommen, H., e.a. (1992). De dissociation questionnaire (DIS-Q). Ontwikkeling en karakteristieken van een dissociatievragenlijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 47, 134-142.
- Walsh, B.W., & Rosen, P.M. (1988). *Self-mutilation: Theory, Research and Treatment*. New York/London: The Guilford Press.

AUTEURS

D. BRACKE is klinisch psycholoog en als assistent verbonden aan de Vakgroep Ontwikkelings- en Persoonlijkheidspsychologie, Universiteit Gent.

K. VAN LEEUWEN is klinisch psycholoog en als assistent verbonden aan de Vakgroep Ontwikkelings- en Persoonlijkheidspsychologie, Universiteit Gent.

L. VERHOFSTADT-DENÈVE is gewoon hoogleraar in de Theoretische en Klinische Ontwikkelingspsychologie en

voorzitter van de Vakgroep Ontwikkelings- en Persoonlijkheidspsychologie, Universiteit Gent.

Correspondentieadres: K. van Leeuwen, Vakgroep Ontwikkelings- en Persoonlijkheidspsychologie, Henri Dunantlaan 2, B-9000 Gent. E-mail: karla.vanleeuwen@rug.ac.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-11-2000.

SUMMARY

Comorbidity of self-mutilative behavior and dissociative symptoms in female psychiatric inpatients – D. Bracke, K. van Leeuwen, L. Verhofstadt-Denève –

BACKGROUND DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition) and recent research describe the comorbidity of self-mutilative behavior and dissociative symptoms and the role of traumatic experiences as a risk for both symptom groups.

AIMS To investigate this comorbidity in female psychiatric patients with diverse DSM-IV-diagnoses.

METHOD The Questionnaire Self-mutilative behavior, the Questionnaire Traumatic Experiences and the Dissociation Questionnaire were filled in by 196 subjects.

RESULTS Correlations between self-mutilation, dissociation (except for amnesia) and traumatic experiences are meaningful and positive. Self-mutilators report significantly more dissociation than non-self-mutilators. Traumatic experiences predispose to dissociation with self-mutilation, except for amnesia. Traumatic experiences and loss of control can predict self-injurious behavior.

CONCLUSION The study largely confirms the expected connection between self-injury, dissociation and traumatic experiences. The results suggest that, next to traumatic experiences, there are also other possible risk factors for dissociation and self-injury.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 10, 673-682]

KEYWORDS dissociation, self-mutilative behavior, trauma