

# Zelfverwondend gedrag bij jongeren: Wat is het en hoe pak je het aan?

---

*In dit artikel focussen we op de definitie, het voorkomen, de functies en de behandeling van zelfverwondend gedrag (ZVG). ZVG wordt gedefinieerd als het opzettelijk toebrengen van fysieke schade aan het eigen lichaam zonder de intentie om zichzelf van het leven te benemen. ZVG ontstaat vaak vóór het achttiende levensjaar en kan blijven voortbestaan tot in de volwassenheid. ZVG heeft verschillende intra- en interpersoonlijke functies. Inzicht in de functies van ZVG is een noodzakelijke voorwaarde voor een goede behandeling ervan. De meest frequente functies van ZVG zijn emotieregulatie en zichzelf straffen. Tijdens de behandeling is het aangewezen om de cliënt die zichzelf verwondt alternatieve vormen van emotieregulatie, reële cognities, interpersoonlijke communicatie en gezondere – minder schadelijke – gedragsalternatieven aan te leren. Doorheen de hele behandeling staan respect voor de cliënt en zelfzorg duidelijk op de voorgrond.*

---

*"Hoe komt het dat sommige mensen geneigd zijn om zichzelf met opzet te verwonden, terwijl de meeste mensen geneigd zijn om pijn te vermijden en de verzorging van hun lichaam als vanzelfsprekend te beschouwen?"*

*(Claes & Vandereycken, 2007b)*

## ■ Definitie van zelfverwondend gedrag

---

Zelfverwondend gedrag (ZVG) verwijst naar het opzettelijk toebrengen van fysieke schade aan het eigen lichaam zonder de intentie om zichzelf het leven te benemen. Voorbeelden van ZVG zijn zichzelf krassen, snijden, branden, enz. (Claes & Vandereycken, 2007b). Piercings en tatoeages worden meestal niet tot ZVG gerekend,

---

<sup>1</sup> Prof. dr. Laurence Claes is hoofddocent en gedragstherapeut aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KU Leuven. Contactadres: [Laurence.Claes@ppw.kuleuven.be](mailto:Laurence.Claes@ppw.kuleuven.be)

omdat ze sociaal aanvaard zijn en omdat ze vaak een esthetische functie hebben (nl. zichzelf mooi maken) in tegenstelling tot ZVG (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2005a).

## ■ Voorkomen van ZVG

---

ZVG komt voor in de 'normale' populatie, bij kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en bij jongeren en (jong)volwassenen met psychische problemen. De aanpak van ZVG bij kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking vergt een specifieke aanpak (zie bv. Schroeder, Oster-Granite & Thompson, 2002), die niet tot het opzet van dit artikel behoort.

ZVG ontstaat bij de meeste jongeren tussen de leeftijd van 12 à 16 jaar en kan voortduren tot in de volwassenheid. Het voorkomen van ZVG in de 'normale' populatie wordt geschat tussen de 10 à 15 procent bij jongeren, 17 procent bij jongvolwassenen en 4 procent bij volwassenen. In psychiatrische populaties is het voorkomen van ZVG hoger en vinden we schattingen van 40 à 61 procent bij adolescenten en 4 à 21 procent bij volwassenen. Onderzoek toont aan dat ZVG in de 'normale' populatie evenveel voorkomt bij mannen als bij vrouwen, maar dat vrouwen zichzelf vaker snijden en mannen zichzelf vaker slaan of kneuzen. In psychiatrische populaties daarentegen wordt meer ZVG vast-

gesteld bij vrouwen dan bij mannen en zien we ZVG bij mannen vooral onder patiënten met een verslavingsproblematiek (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh, 2011; Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012).

## ■ Comorbiditeit van ZVG

---

ZVG heeft verschillende uitlokkende en in stand houdende factoren. ZVG wordt vaak geassocieerd met misbruik/mishandeling in de kindertijd, suïcidale gedachten en gedragingen, en psychiatrische aandoeningen zoals depressie, angststoornissen (bv. PTSD), drugs- en alcoholmisbruik, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (bv. borderline persoonlijkheidsstoornis) (Klonsky e.a., 2011). Hoewel het belangrijk is om de comorbiditeit van ZVG in kaart te brengen, is inzicht verwerven in de functionaliteit van ZVG een noodzakelijke voorwaarde voor een goede behandeling ervan.

## ■ Functies van ZVG

---

ZVG heeft vele functies. Matthew Nock en Mitch Prinstein, bekende onderzoekers uit Harvard, ontwikkelden in 2004 een overzichtelijk model om de functies van ZVG samen te vatten. Ze classificeren de verschillende functies van ZVG volgens twee dimensies: de eerste dimensie refereert naar de intra-

persoonlijke versus interpersoonlijke functies van ZVG, de tweede naar de positieve versus negatieve bekrachtiging van ZVG (i.e., iets positief toedienen vs. iets negatief wegnemen). Een voorbeeld van een intrapersoonlijke negatieve functie is het reduceren van negatief affect (bv. het verminderen van spanning), een voorbeeld van een interpersoonlijke positieve functie is het krijgen van 'aandacht'. De meest gerapporteerde functies van ZVG zijn 'emoties reguleren' en 'zichzelf straffen' (intrapersoonlijke functies van ZVG). Sociale functies van ZVG worden minder frequent gerapporteerd (Klonsky, 2007, 2009).

## ■ Behandeling van ZVG

### Eerste contact

Als een cliënt je komt vertellen dat hij/zij zichzelf verwondt, is de eerste stap al gezet. Maar soms detecteer je het ZVG zelf in de therapie of verneem je het via anderen (bv. ouders of leerkrachten) die littekens hebben gezien. Het is dan heel belangrijk om het vermoeden van ZVG openlijk te bespreken, je bezorgdheid uit te drukken en de cliënt voldoende tijd te geven om vertrouwen te winnen. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn dat je de cliënt niet beschuldigt, het geheel niet minimaliseert en geen geheimhouding belooft (in het geval van minderjarigen), omdat je deze belofte niet kan nakomen.

Wanneer de cliënt – nadat een vertrouwensrelatie is opgebouwd – bereid is om het ZVG te bespreken, kunnen de volgende stappen worden gevolgd: (1) motiveren, (2) functieanalyse, (3) aanpak van intrapersoonlijke functie, (4) aanpak van interpersoonlijke functies, (5) aanpak van comorbide pathologie, (6) hervalpreventie, (7) crisisplan en wondverzorging, en (8) zelfzorg. Deze worden hieronder een voor een besproken.

### Motiveren

Eerst en vooral is het essentieel om de motivatie van de cliënt in kaart te brengen. Is de cliënt bereid om het ZVG los te laten? Hiertoe wordt er vaak gewerkt met een lijst van voordelen en nadelen van het ZVG (Klonsky e.a., 2011). Hierbij is het belangrijk dat de behandelaar niet-oordelend durft te luisteren naar de voordelen en nadelen van het ZVG en de cliënt helpt te zoeken naar de motivaties om het gedrag los te laten. ZVG opgeven is geen gemakkelijke taak, aangezien ZVG een manier is om met moeilijke gevoelens e.a. om te gaan. Vaak kan men het ZVG pas loslaten als er andere – minder schadelijke – gedragingen zijn gevonden, die de functies van het ZVG overnemen.

Hierbij rijst ook de vraag of je als hulpverlener streeft naar een onmiddellijke stopzetting van het ZVG of dat je het gedrag geleidelijk probeert af te bouwen. Persoonlijk ben ik geneigd om

deze vragen in samenspraak met de cliënt te beantwoorden, rekening houdend met de aard en de duur van het ZVG. Het is belangrijk dat de behandelaar het tempo van de cliënt respecteert en zijn/haar 'hulpverleningswoede' onder controle weet te houden. Een intrinsiek gemotiveerde patiënt is meer gemotiveerd om het gedrag af te bouwen of stop te zetten. De gedragsverandering houdt bovendien langer stand en brengt meer welbevinden met zich mee (Vansteenkiste, Claes, Soenens, Verstuyf & Vandereycken, in druk).

## Functieanalyse

Inzicht in de functies van het ZVG is een noodzakelijke voorwaarde voor een goede behandeling van dit gedrag. Hiertoe maken we gebruik van de functieanalyse om de situationele, gevoelsmatige en cognitieve antecedenten en consequenten van het ZVG in kaart te brengen, evenals het ZVG zelf en de functies ervan. Een

voorbeeld van een functieanalyse van ZVG is te vinden in Tabel 1.

In de behandeling van ZVG is het belangrijk om een eerste functieanalyse samen uit te voeren, omdat het voor de cliënt niet altijd gemakkelijk is om een analyse te maken van de ZVG-gedragsketen. Het is hierbij aan te raden om te vertrekken van de meest recente act van ZVG. Vervolgens kan de cliënt – na elke situatie waarin het ZVG zich manifesteerde of waarin hij/zij de drang voelde om zichzelf te verwonden – een gelijkaardige analyse maken van zijn/haar gedrag in een dagboek.

Deze informatie kan vervolgens in de therapiesessie worden gebruikt om de cliënt te helpen zoeken naar de situationele, emotionele en cognitieve antecedenten van zijn/haar ZVG (Claes & Vandereycken, 2007b). Claes en Vandereycken (2007c) ontwikkelden een zelfverwondingsvragenlijst (SIQ-TR) om de kenmerken, de emotionele

Tabel 1: Functieanalyse van ZVG

Situatie	Gevoelens/gedachten vóór ZVG	Gedrag	Gevoelens/gedachten na ZVG
<p><b>Waar?</b> Thuis</p> <p><b>Wanneer?</b> 's Avonds</p> <p><b>Met wie?</b> Met moeder</p> <p><b>Activiteit?</b> Ik heb ruzie met moeder over slechte schoolresultaten.</p>	<p><b>Gevoelens?</b> Alleen, dom, verworpen</p> <p><b>Gedachten?</b> Ik kan niks. Niemand heeft mij graag.</p>	<p><b>Gedrag?</b> Ik snijd me in mijn arm met een mes.</p> <p><b>Functie?</b> Mijn gevoelens afreageren Mezelf straffen</p>	<p><b>Gevoelens?</b> Opluchting, kwaad</p> <p><b>Gedachten?</b> Ik had nog dieper moeten snijden.</p> <p><b>Gedrag?</b> Huilen</p>

en cognitieve antecedenten en de functies van vijf verschillende vormen van ZVG (zijnde, zichzelf krabben tot het bloedt, zichzelf slaan, zichzelf snijden, zichzelf bijten en zichzelf branden) op een systematische wijze te bevragen.

## Aanpak van intrapersoonlijke functies

### Emotieregulatie

---

Zoals eerder besproken is emotieregulatie de meest frequent gerapporteerde functie van ZVG. Een eerste aandachtspunt in de behandeling van ZVG is dan ook het aanleren van emotieregulerende vaardigheden (bv. de emotieregulatiemodule van Linehan, 1993). Hierbij leer je de cliënt om zijn/haar emoties te identificeren en te benoemen en zoek je samen naar de uitlokkende (interne/externe) prikkels van deze emoties. Je kan de cliënt leren dat zowel positieve als negatieve gevoelens een adaptieve functie hebben (bv. zonder angst zouden we niet overleven) en dat emoties niet noodzakelijk tot gedrag moeten leiden. Je leert de cliënt gevoelens tolereren (emotionele exposure) zonder dat deze noodzakelijkerwijs tot (impulsief) gedrag moeten leiden.

### Cognitieve herstructurering

---

Na emotieregulatie is zichzelf straffen de meest voorkomende functie van ZVG. Jongeren die zichzelf verwonden, zijn heel kritisch en stellen hoge eisen aan zichzelf. Deze kritische stijl

blijkt soms overgenomen uit de opvoedingssituatie waarin presteren belangrijk is en waarin ze veel negatieve kritiek ontvangen van belangrijke anderen (Claes, Soenens, Vansteenkiste & Vandereycken, 2012). Ideeën als "Ik ben een nietsnut" of "Ik ben niet de moeite waard" kunnen ertoe leiden dat ze vinden dat ze zichzelf moeten straffen, met (ernstige) zelfverwonding tot gevolg. Aandacht voor deze negatieve cognities over zichzelf (in contact met anderen) moet ook deel uitmaken van een cognitief-gedragsmatige aanpak van ZVG (bv. de cognitieve technieken van Beck, 1995) (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2005b).

### Gedragsverandering

---

Wanneer de cliënt inzicht heeft verworven in de situationele, emotionele en cognitieve antecedenten van ZVG, kan de jongere proberen om het ZVG uit te stellen of af te weren, door het te vervangen door minder schadelijke gedragsalternatieven (met dezelfde functie). Zo kan de cliënt proberen om zijn/haar gedachten af te leiden door zich op iets of iemand anders te focussen (bv. een computerspel spelen, chatten met vrienden) of door zelfverzorgende handelingen te stellen (die niet verenigbaar zijn met zichzelf beschadigen) (bv. op een gezonde manier sporten, afspreken met anderen).

Claes en Vandereycken (2007b) beschrijven drie kenmerken waaraan gezonde gedragsalternatieven moeten

voldoen: (1) ze moeten leiden tot een snelle ontlasting, (2) ze mogen niet schadelijk zijn voor zichzelf en anderen, en (3) ze leiden best niet tot een dissociatieve of trance-achtige toestand (die de kans op ZVG kan verhogen). Suggesties als 'het vasthouden van ijsblokjes' (wat vaak in handboeken wordt geadviseerd) moeten met voorzichtigheid worden geadviseerd, aangezien té langdurig vasthouden van ijsblokjes tot verbranding kan leiden.

### Aanpak van interpersoonlijke functies

---

Naast de aanpak van intrapersoonlijke factoren van ZVG (emoties en cognities) is het ook belangrijk om de interpersoonlijke factoren die geassocieerd zijn met ZVG in kaart te brengen. Wanneer de cliënt minderjarig is, beschouw ik het als een belangrijke taak om de cliënt te motiveren om zijn/haar ouders in te lichten over het gedrag, met de steun van de therapeut. Psycho-educatie aan de ouders en/of familieleden van de cliënt maakt het ZVG begrijpelijker voor de omgeving en zorgt ervoor dat je de omgeving kan uitnodigen om de cliënt te steunen (in plaats van af te wijzen, vaak uit angst voor dit gedrag). Hierbij vind ik het belangrijk om aan ouders uit te leggen dat ZVG vaak een non-verbale manier is om aan te geven "dat het niet goed gaat" en dat men – in de behandeling – op zoek zal gaan naar andere, minder schadelijke manieren om uiting te geven aan deze

gevoelens en om interpersoonlijke hulp te vragen (bv. de module interpersoonlijke communicatie, Linehan, 1993). Als er sprake is van intrafamiliaal misbruik of geweld, moeten er stappen worden ondernomen om de cliënt in veiligheid te brengen.

### Aanpak van comorbide pathologie

---

Tot slot moeten we in de behandeling van ZVG niet alleen focussen op het ZVG, maar ook op factoren die aan het ZVG ten grondslag liggen (Claes & Vandereycken, 2007b). We denken hierbij aan de verwerking van traumatische ervaringen (bv. emotioneel, fysiek en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag, pesten) en gerelateerde klachten zoals dissociatie, herbelevingen, negatief zelf- en lichaamsbeeld. Daarnaast moeten we ook aandacht schenken aan verslavingsgedrag (zoals overmatig alcohol- en druggebruik), die de impulscontrole verminderen en de kans op ZVG sterk doen toenemen. Zeker bij vrouwen is er ook een sterke associatie tussen ZVG en eetstoornissen, beide gedreven door een wens tot het verwerven van controle over het eigen lichaam en een negatief zelf- en lichaamsbeeld. Ten slotte moeten we ook screening uitvoeren voor stemmingsstoornissen, die de kans op ZVG en suïcide sterk kunnen verhogen. In dit laatste geval kan er worden gedacht aan het gebruik van antidepressiva (bv. SSRI's) om de depressie te behandelen en alzo de kans op

ZVG en suïcide te beperken. Bij jongeren moeten we echter voorzichtig zijn met het gebruik van antidepressiva die de kans op impulsdoorbraken (en hierdoor ZVG/suïcide) kunnen verhogen (Bridge e.a., 2007).

## Hervalpreventie

---

Wanneer de cliënt erin slaagt om het ZVG los te laten, is het belangrijk dat hij/zij (en de familie) leert dat (de drang) om dit gedrag te stellen opnieuw de kop kan opsteken in stressvolle situaties. Dit hoeft geen probleem te zijn: ZVG opgeven is een proces met vallen en opstaan. Belangrijk hierbij is dat de cliënt signalen leert herkennen die de tendens tot ZVG aangeven en op die momenten leert om de gezonde alternatieve gedragingen toe te passen. Wanneer de cliënt toch een keertje uitglijdt (wat eerder regel dan uitzondering is), dan hoeft dit geen ramp te zijn, zolang de cliënt de aangeleerde technieken maar opnieuw activeert om zijn/haar gedrag onder controle te krijgen. Lukt dit niet alleen, kan de hulp van vrienden en familie of de hulpverlener worden ingeroepen (Klonsky e.a., 2011).

## Crisisplan en wondverzorging

---

Het is zeer belangrijk om samen met de cliënt die zichzelf verwondt duidelijke afspraken te maken over welke stappen er worden genomen wanneer er zich een crisissituatie voordoet. Ik ben in dit verband geen voorstander van het

opstellen van een contract om ZVG te verbieden, maar pleit eerder voor een stappenplan dat wordt uitgevoerd wanneer het (ernstig) ZVG zich voordoet.

Bij beperkte beschadiging kan je de cliënt leren om zijn/haar verwondingen zelf te verzorgen, met een regelmatige check-up bij de huisarts (om infecties te voorkomen). Bij ernstige verwonding kan je verwijzen naar de huisarts (met wie hierover op een rustig moment afspraken werden gemaakt) of de spoedeisende hulp van een nabijgelegen ziekenhuis. Aan de hulpverlener in 'crisissituaties' zou ik willen vragen om de cliënt op een respectvolle manier te behandelen, om de wonden op een 'neutrale' wijze te verzorgen (geen neerbuigende opmerkingen maken) en om de situatie nadien rustig te bespreken (de non-verbale boodschap van ZVG omzetten in woorden: "geen daden, maar woorden") (Claes & Vandereycken, 2007b).

## Zelfzorg

---

Doorheen de behandeling van ZVG is 'respect voor zichzelf' en 'zelfzorg' een belangrijk thema. Ik moedig zowel de cliënt als de hulpverlener aan tot voldoende zelfzorg. Een goede zelfzorg van de hulpverlener kan als model dienen voor de cliënt, die we ook willen helpen om op een respectvolle wijze met zichzelf om te gaan. Dit betekent ook dat de hulpverlener zijn/haar grenzen mag stellen tegenover het ZVG van de cliënt. Zo kan

de hulpverlener ervoor opteren om de cliënt uit te nodigen om ZVG (bv. zichzelf krabben of knijpen) stop te zetten wanneer dit zich manifesteert in een sessie. Verder is het ook belangrijk dat hulpverleners die veelvuldig werken met cliënten die zichzelf verwonden 'moeilijke thema's' kunnen bespreken in intervisie en supervisie.

Zelfzorg is de boodschap, zowel voor de cliënt als de hulpverlener!

## Referenties

- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and Beyond*. London: Guilford Press.
- Bridge, J., Iyengar, S., Salary, C., Barbe, R., Birmaher, B., Pincus, H., & Brent, D. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 297, 1683-1696.
- Claes, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Vandereycken, W. (2012). The scars of the inner critic: Perfectionism and nonsuicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20, 196-202.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007a). Self-injurious behaviour: Differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 137-144.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007b). *Zelfverwonding: Hoe ga je ermee om?* Tiel: Lannoo.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007c). The Self-Injury Questionnaire-Treatment Related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. In P.M. Goldfarb (Red.), *Psychological Tests and Testing Research Trends* (pp. 111-139). New York: Nova Science Publishers.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005a). Self-care versus self-harm: Piercing, tattooing, and self-injuring in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 11-18.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005b). Zorgelijke preoccupaties in zelfverwonding. *Directieve Therapie*, 2, 114-123.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166, 260-268.
- Klonsky E.D., Muehlenkamp, J.J., Lewis, S.P., & Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal Self-Injury*. Canada: Hogrefe.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P.L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6:10, 1-9. doi:10.1186/1753-2000-6-10.
- Nock, M.K., & Prinstein, M.J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.
- Schroeder, S.R., Oster-Granite, M.L., & Thompson, T. (2002). *Self-Injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Vansteenkiste, M., Claes, L., Soenens, B., & Vandereycken, W. (in druk). Motivational dynamics among eating-disordered patients with and without non-suicidal self-injury: A self-determination theory approach. *European Eating Disorders Review*.