



Zelfbeschadigend gedrag bij adolescenten in Vlaanderen

Een onderzoek naar de verspreiding van zelfbeschadigend gedrag en de beïnvloedende factoren door middel van vragenlijstonderzoek in Vlaamse scholen in het kader van het CASE-onderzoek.

..

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek
Universitair Ziekenhuis – 1K12F
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel. 09/240.43.73
Fax 09/240.49.89

Leen Van Rijsselberghe
G. Portzky
Prof. Dr. C. Van Heeringen

Inhoudstafel

1.	Waarom dit onderzoek?.....	3
2.	Wie hebben we onderzocht?.....	5
3.	Hoe hebben we dat gedaan?.....	6
3.1	De vragenlijst.....	7
3.2	De analyses.....	7
4.	Wat zijn de resultaten?.....	8
4.1	Over het aantal jongeren dat zichzelf beschadigt.....	8
4.2	Over de risicofactoren voor zelfbeschadigend gedrag.....	10
4.3	Over de methode van zelfbeschadiging.....	16
4.4	Over de motieven en opvattingen rond zelfbeschadiging.....	18
4.5	Over de omstandigheden waarin het gedrag plaats vond.....	23
5.	Wat zijn de conclusies?.....	28
5.1	Over het spectrum van zelfbeschadigend gedrag.....	28
5.2	Wat laat het onderzoek zien?.....	29
5.3	Welke zijn de beperkingen?.....	30
5.4	Wat kunnen we leren en doen?.....	30

1. Waarom dit onderzoek?

Tussen 1950 en 1995 zijn de globale suïciderates in de Europese Unie toegenomen met 60% (Bertolote en Fleishman, 2002). De suïciderates in België liggen een stuk hoger dan de gemiddelde suïciderates voor Europese landen (8.6/100.000, Radulescu, 2002; 17.9/100.000 voor Vlaanderen (Vlaamse Gezondheidsindicatoren, 2003) en 26.8/100.000 voor Wallonië (FOD Economie, 1997)). Op wereldschaal nemen de Belgische mannen hiermee de veertiende plaats in (31.2/100.000), terwijl de Belgische vrouwen op de negende plaats staan (11.4/100.000) (WHO, 2005, gebaseerd op de Belgische data van 1997).

Zelfbeschadigend gedrag zonder dodelijke afloop vormt een belangrijke predictor van suïcide, en komt naar schatting tien tot twintig keer vaker voor. De registratie van dit gedrag gebeurt in Vlaanderen via monitoring van niet fatale suïcidepogingen in een aantal spoedopnamediensten van Vlaamse ziekenhuizen en via “huisartsenpeilpraktijken”, artsen die een aantal specifieke gezondheidsproblemen optekenen. Omdat naast deze medisch behandelde episodes veel zelfbeschadigend gedrag onbekend blijft, biedt bevolkingsonderzoek waarin aan de hand van interviews of vragenlijsten de mentale gezondheid bevraagd wordt, een belangrijke aanvulling. In België gebeurt dit o.a. via de jaarlijkse gezondheidsenquête. Het gebruik van diverse strategieën in verschillende landen, bemoeilijkt echter een internationale vergelijking.

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 (Child and Adolescent Self-harm in Europe)-project. In vijf Europese landen (Groot-Brittannië, Noorwegen, België, Nederland en Hongarije) en in Australië werd het onderzoek met dezelfde vragenlijst uitgevoerd.

In deze studie wordt beoogd opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren in beeld te brengen. Hieronder valt zowel gedrag, gesteld met de bedoeling een einde aan zijn/haar leven te maken, als gedrag zonder expliciete doodswens. In

de praktijk betekent dit o.a. dat ook automutilatie geïnccludeerd wordt. We willen antwoorden vinden op de volgende vragen:

Hoeveel jongeren beschadigen¹ zichzelf?

Wat doen jongeren die zichzelf beschadigen?

Welke motieven geven zij daarvoor aan?

Welke risicofactoren spelen een rol?

Wat zijn de omstandigheden waaronder het gedrag plaats vond?

De definitie van opzettelijke zelfbeschadiging die in dit onderzoek wordt gehanteerd is de volgende (Hawton e.a., 2002):

Opzettelijke zelfbeschadiging is gedrag met niet-dodelijke afloop dat door iemand opzettelijk wordt uitgevoerd, waarmee men verwacht zichzelf lichamelijk te beschadigen, of waarbij men een dusdanige hoeveelheid van een stof inneemt dat de norm voor wat algemeen als therapeutisch wordt beschouwd, wordt overschreden.

¹ Om het rapport leesbaar te houden gebruiken we de term 'zelfbeschadiging'. Daarmee wordt bedoeld: 'opzettelijke zelfbeschadiging'; het gedrag dat valt onder de definitie in deze paragraaf.

2. Wie hebben we onderzocht?

We onderzochten 4500 jongeren uit de regio Oost- en West-Vlaanderen, waarvan 4431 een bruikbare vragenlijst invulden. Dit waren 2182 meisjes (49,2%) en 2238 jongens (50,5%)².

2135 leerlingen (48,2%) zaten in het Algemeen Secundair Onderwijs (ASO); 1500 leerlingen (22,7%) volgden Technisch Secundair Onderwijs (TSO) en 692 (15,6%) zaten in het Beroeps Secundair Onderwijs (BSO). 58 leerlingen (1,3%) volgden Kunst Secundair Onderwijs (KSO). De etniciteit van de leerlingen werd bevraagd via 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 bevroagden waren 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 steekproef (80,5%) uit jongeren van 15 of 16 jaar oud. 10,5% was 17 jaar en 9,1% was 14 jaar op het moment van de afname. De gemiddelde leeftijd was 15,5 jaar (s.d. 0,8).

² 11 jongeren (0,3%) vulden de vraag naar geslacht niet in.

3. Hoe hebben we dat gedaan?

Tijdens het najaar van 2000 en het voorjaar van 2001 werd klassikaal een anonieme vragenlijst afgenomen bij leerlingen van het derde en vierde middelbaar. Dit gebeurde tijdens een normaal lesuur en werd geleid door psychologen en studenten klinische psychologie of criminologie die hiervoor een gerichte training hadden gekregen. In een korte introductie stelden de onderzoekers zichzelf en het project voor, en daarna vulden de leerlingen individueel de vragenlijst in. Gezien het onderwerp van bevraging kregen de jongeren achteraf de kans om vragen te stellen en kregen ze een folder met informatie over personen en diensten waar ze voor hulpverlening terecht konden. Via een strookje konden de jongeren desgewenst een gesprek aanvragen met een vertrouwenspersoon.

3.1. De vragenlijst

De vragenlijst bestond uit tien pagina's met in totaal 97 vragen, waarvan zeven open vragen en 90 gesloten meerkeuzevragen. De lijst werd ontwikkeld door de drie kerninstituten van de CASE-studie³. De originele versie was in het Engels opgesteld. Om de inhoudelijke overeenkomst tussen de beide taalversies te verzekeren, werd de Nederlandse versie vertaald van Engels naar Nederlands en vervolgens terugvertaald naar het Engels.

De vragenlijst opende met een aantal items rond sociodemografische kenmerken (leeftijd, geslacht, etniciteit van de ouders en gezinssamenstelling). Vervolgens volgden een aantal items rond hun levensstijl (zoals vragen over middelengebruik), ingrijpende gebeurtenissen en problemen. Daarna volgde de vraag naar opzettelijke zelfbeschadiging:

Heb je ooit opzettelijk teveel pillen geslikt of jezelf op een andere manier geprobeerd lichamelijk te beschadigen (bijvoorbeeld met een mes)?

³ Het National Children's Bureau (Londen, Dr. N. Madge), Oxford University (Prof. K. Hawton) en de Universiteit Leiden (Dr. E.J. de Wilde).

Wanneer men hier 'ja' op antwoordde, volgde een reeks extra vragen over de omstandigheden waaronder men dit deed, de beschrijving van wat men toen deed, waarom men dat toen deed, wie op hoogte was, hulpzoekend gedrag en zorggebruik naar aanleiding van het gedrag. Op basis van de extra informatie over de laatste episode van zelfbeschadigend gedrag besliste een team van experts achteraf of de vermelde episode voldeed aan de vooropgestelde definitie en criteria van zelfbeschadigend gedrag.

Vervolgens werden er vragen gesteld (weer aan iedereen) over gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging en opvattingen hierover. Ook zijn vragen gesteld over angst en depressie (HADS; White e.a, 1999; Spinhoven e.a., 1997), zelfbeeld (Robson, 1989), impulsiviteit (Plutchik e.a., 1989) en omgaan met problemen (coping).

3.2. De analyses

De antwoorden werden verwerkt met SPSS voor Windows. De gebruikte analyses zijn Principale Componenten Analyse (paragraaf 4.4), logistische regressie-analyse (tabellen 2 t/m 4), variantie-analyse (tabel 8), correlaties (tabel 9) en verder kruistabellen en frequenties (tabellen 1, 5, 6, 7, 10 en 11).

4. Wat zijn de resultaten?

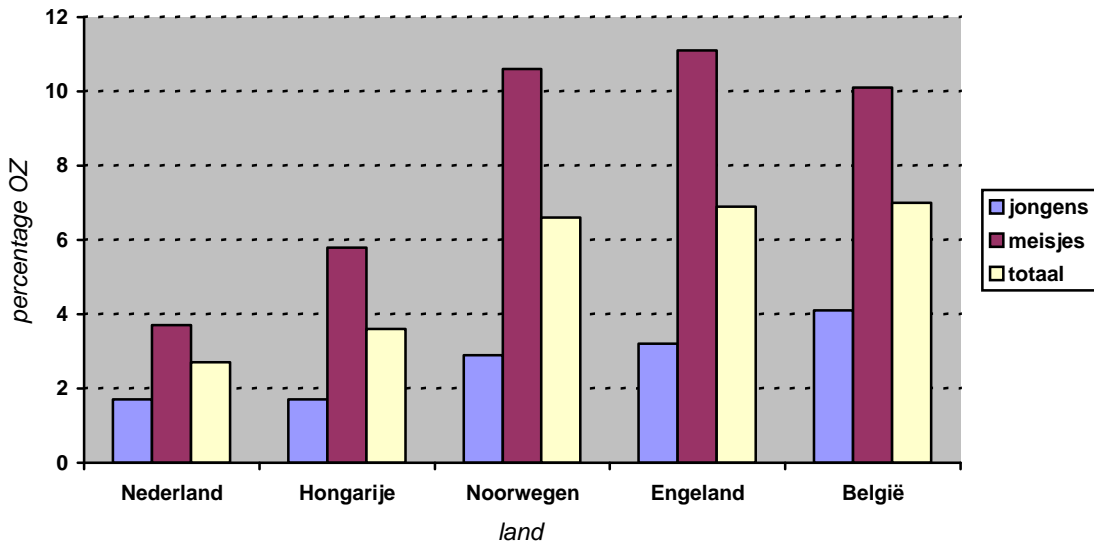
4.1. Over het aantal jongeren dat zichzelf beschadigt

- Jaarlijks beschadigt naar schatting 7.0% (jongens 4.1%, meisjes 10.1%) van de jongeren in de leeftijd 14-17 jaar zichzelf opzettelijk of neemt teveel pillen in. Naar schatting 10.4% heeft dit ooit gedaan in zijn of haar leven.
- 39.6% van de jongeren die zichzelf ooit beschadigden, geeft aan dit meerdere malen gedaan te hebben.
- In Vlaanderen worden, in vergelijking met de andere deelnemende landen, hoge percentages gevonden van opzettelijke zelfbeschadiging.

Van de 4324 jongeren die de vraag naar zelfbeschadiging beantwoordden, gaven er 566 (13.1%) jongeren zelf aan *ooit* opzettelijk teveel pillen te hebben geslikt of op een andere manier geprobeerd te hebben zich lichamelijk te beschadigen. Van 460 jongeren (10.4%) is vervolgens door het team van experts vastgesteld dat ze ook in hun beschrijving voldeden aan onze definitie van opzettelijke zelfbeschadiging (OZ) (respectievelijk 14.6% van de meisjes en 6.3% van de jongens). In hun antwoord konden de jongeren aangeven of dit het laatste jaar voor afname van de vragenlijst plaatsgevonden had, of langer geleden. Hoewel het onderzoek niet in de eerste plaats bedoeld was om het voorkomen van zelfbeschadigend gedrag te bestuderen, kan hierdoor op grond van de resultaten geschat worden dat jaarlijks 7.0% (meisjes 10.1%, jongens 4.1%) van de Vlaamse jongeren in de leeftijd 14-17 jaar zichzelf opzettelijk beschadigt of teveel pillen inneemt.

Internationale vergelijking

In figuur 1 worden per geslacht de percentages weergegeven van de Europese landen die deelnamen aan de CASE-studie⁴.



Figuur 1. Percentage opzettelijke zelfbeschadiging (jaarlijks) in de 5 Europese landen van het CASE-onderzoek

Het totale percentage jongeren dat zichzelf gedurende het voorbije jaar beschadigde in België (Vlaanderen, 7%) is hoog in vergelijking met Nederland en Hongarije, en ligt net iets hoger dan het Noorse (6,6%) en het Engelse (6,9%) percentage. Wat jongens betreft die zichzelf beschadigen, scoort België het meest ongunstig (4.1%), terwijl het hoogste percentage zelfbeschadigende meisjes onder de Engelsen te vinden is (11,1%).

Herhaald gedrag

De jongeren konden aangeven of zij zichzelf éénmalig of vaker hadden beschadigd. 182 van de 460 jongeren (39.6%) geven aan zichzelf meerdere malen te hebben beschadigd. Hierbij zien we dat meisjes zichzelf significant meer herhaald beschadigen dan jongens (41.5% t.o.v. 34.8%)⁵.

⁴ Aanvankelijk trachtten ook Duitsland, Italië, Denemarken en Zweden mee te doen, maar zij vonden niet voldoende interne fondsen of maatschappelijk draagvlak om de vragenlijst af te laten nemen. Denemarken deed volledig mee maar veranderde de vragenlijsten dusdanig dat de vergelijkbaarheid in het gedrag kwam.

⁵ $\chi^2 = 9.414$, $p < .05$

Gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging

Aan alle deelnemende jongeren is gevraagd of zij gedurende de laatste maand of het laatste jaar er ernstig over gedacht hebben om teveel pillen te slikken of zichzelf op een andere manier lichamelijk te beschadigen, maar het niet gedaan hebben. Tabel 1 geeft een overzicht van de antwoorden.

Tabel 1. Gedachten aan zelfbeschadiging

	Jongens		Meisjes	
	N	%	N	%
Geen	1905	87.1	1536	71.6
Wel, tijdens de laatste maand	103	4.7	220	10.3
Wel, tijdens het laatste jaar, maar langer dan een maand geleden.	178	8.1	389	18.1
Totaal	2186	100.0	2145	100.0

Het verschil in gedachten tussen jongens en meisjes is significant⁶. Meer meisjes dan jongens denken aan zelfbeschadiging.

4.2. Over de risicofactoren voor zelfbeschadigend gedrag

- Vrijwel alle risicofactoren die in dit onderzoek zijn bevraagd, vertonen een samenhang met de rapportage van zelfbeschadigend gedrag.
- De belangrijkste risicofactoren voor zelfbeschadigend gedrag zijn: zelfbeschadigend gedrag in het gezin, lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik .
- Jongeren die zichzelf beschadigden zijn gemiddeld depressiever, angstiger, impulsiever en hebben een lagere dunk van zichzelf dan jongeren die zichzelf niet beschadigden. Ze gebruiken vaker een emotiegerichte copingstijl en minder vaak een probleemgerichte copingstijl.
- Vrijwel alle risicofactoren hebben dezelfde betekenis voor jongens en meisjes, met uitzondering van problemen met de verkering en een hogere mate van angst en depressie (meer predictief voor meisjes), en een lagere probleemgerichte copingstijl, dronkenschap de afgelopen maand, en roken (meer predictief voor jongens).

⁶ Chi²=160.1, p < .001

Eveneens werd bevraagd welk ander gedrag, welke andere gebeurtenissen, of welke andere persoonlijke eigenschappen werden aangegeven door jongeren die zichzelf hebben beschadigd. Vervolgens werd nagegaan in hoeverre zij zich daarmee onderscheiden van jongeren die dit gedrag niet hebben aangegeven. Deze zogeheten risicofactoren worden besproken in twee delen: eerst wordt ingegaan op gezondheid en middelengebruik, en vervolgens worden ingrijpende levensgebeurtenissen gedurende het jaar voorafgaand aan de vragenlijstafname behandeld. In tabel 2 worden de jongeren vergeleken die geen opzettelijke zelfbeschadiging (OZ) aangaven met de jongeren die dit wel rapporteerden.

Gezondheid/middelengebruik

Tabel 2. Samenhang met kenmerken op het gebied van gezondheid / middelengebruik

Kenmerk [categorie behorend bij %]	Geen OZ ⁰		OZ		kenmerk X geslacht	
	%	%	OR	95% BI	OR	95% BI
Gezond eten [(vrijwel) nooit]	3.9	8.1	3.3	1.8-5.9		
Doet aan sport [(vrijwel) nooit]	13.6	19.9	1.5	1.0-2.1		
Roken [wel]	26.9	55.9	3.1	2.3-4.1	1.7	1.0-2.9
Alcoholgebruik per week [een glas of meer]	71.7	84.8	2.2	1.5-3.2		
Dronken geweest afgelopen maand [wel]	30.4	51.0	2.3	1.8-3.2	1.7	1.0-3.0
Dronken geweest afgelopen jaar [wel]	51.4	73.6	2.6	1.9-3.5		
Soft drugs ¹ gebruikt afgelopen maand [wel]	15.3	36.5	4.0	2.9-5.5		
Soft drugs ¹ gebruikt afgelopen jaar [wel]	15.1	36.5	4.0	3.0-5.6		
XTC gebruikt afgelopen maand [wel]	2.8	6.1	3.2	1.6-6.6		
XTC gebruikt afgelopen jaar [wel]	2.7	6.1	3.2	1.6-6.6		
Hard drugs ² gebruikt afgelopen maand [wel]	3.4	6.8	4.9	2.4-9.7		
Hard drugs ² gebruikt afgelopen jaar [wel]	3.4	6.8	4.9	2.4-9.7		

0: OZ=opzettelijke zelfbeschadiging

1: hasj, marihuana, wiet

2: heroïne, opium, morfine, speed, lsd, cocaine

In de 3^e t/m de laatste kolom zijn (wanneer deze significant zijn) de odds-ratio's⁷ (OR) en de bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen weergegeven. De laatste twee kolommen zijn gereserveerd voor verschillen in de sterkte van de risicofactor tussen jongens en meisjes: zodra hier de odds-ratio wordt weergegeven, duidt dit er op dat het kenmerk uit de eerste kolom in een verschillende mate relevant is bij jongens en meisjes.

Uit tabel 2 blijkt dat alle bestudeerde kenmerken de kans op rapportage van zelfbeschadiging verhogen. Er zijn twee kenmerken die voor jongens en meisjes een verschillende relatie hebben met zelfbeschadiging. Roken en dronkenschap de afgelopen maand blijken de kans op rapportage van zelfbeschadigend gedrag voor jongens respectievelijk te verviervoudigen en te verviervoudigen, terwijl we bij meisjes in beide gevallen “slechts” een verdubbeling zien.

Ingrijpende levensgebeurtenissen

In tabel 3 vinden we de gegevens over de levensgebeurtenissen in het jaar voorafgaand aan de vragenlijstafname. Allereerst valt op dat de kans op rapportage van zelfbeschadigend gedrag aanzienlijk toeneemt wanneer jongeren aangeven dat iemand uit het gezin een suïcidepoging heeft ondernomen of zichzelf opzettelijk schade heeft toegebracht. 201 (4.7%) gaven aan dat dit het geval was, en daarvan rapporteerden er 77 (38.3%) zichzelf te hebben beschadigd, ten opzichte van de 5.7% van de 4050 overige jongeren. Verder blijkt ook ‘lichamelijke mishandeling’⁸ gerelateerd te zijn aan zelfbeschadigend gedrag: 3.5% (n=150) van de jongeren gaf aan tijdens het laatste jaar lichamenlijk 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 lichamenlijke mishandeling rapporteerden. De kans op zelfbeschadiging blijkt sterk vergroot wanneer de jongeren ‘seksueel misbruikt’⁹ zijn : Van de 79 jongeren (1.9%) die seksueel misbruik

⁷ Alleen significante odds-ratio's zijn weergegeven. De odds-ratio is te interpreteren als de mate waarin de kans op rapportage van zelfbeschadigend gedrag wordt vergroot door aanwezigheid van het betreffende kenmerk. In de hier uitgevoerde analyses werden er echter ook andere (interactie-) factoren in het model meegenomen. Omdat alle kenmerken wel op dezelfde manier gehercodeerd werden, duidt een hogere OR wel op een sterkere relatie.

⁸ De vraag die hier werd gesteld was: *ben je lichamenlijk mishandeld (bijvoorbeeld geslagen, of opzettelijk verwondingen toegebracht)?*

⁹ De vraag die hier werd gesteld was: *heeft iemand je (fysiek of met woorden) tegen je wil gedwongen om seksuele handelingen te verrichten?*

rapporteerden gaf 35.4% (n=28) aan zichzelf te hebben beschadigd, tegenover slechts 6.7% van de 4172 overige jongeren.

Tabel 3. OZ gedurende het laatste jaar in samenhang met ingrijpende levensgebeurtenissen, laatste jaar

Gebeurtenis	Geen OZ ⁰		Gebeurtenis		gebeurtenis X geslacht	
	%	%	OR	95% BI	OR	95% BI
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 je 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	.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 je gezin	6.4	6.8	1.8	.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 of zichzelf opzettelijk schade toegebracht	3.1	24.9	8.4	5.6-12.6		
Iemand in vriendenkring zelfmoordpoging of zichzelf opzettelijk schade toegebracht	11.0	38.5	4.1	3.1-5.5		
Zorgen gemaakt over je seksuele geaardheid	4.8	17.7	3.4	2.3-5.2		
Iemand je gedwongen seksuele handelingen te verrichten	1.3	9.1	5.5	3.3-9.3		

Tenslotte valt in tabel 3 het geslachtsverschil op bij de vraag naar problemen met de verkering. Bij meisjes verviervoudigen problemen met de verkering de kans op rapportage van zelfbeschadigend gedrag, bij jongens gaat het om een verdrievoudiging.

Psychologische kenmerken

In de CASE vragenlijst zijn tevens een aantal psychologische kenmerken bevestigd: de Nederlandse versie van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), die een angst-, depressie-, en totaalscore heeft, de Plutchik Impulsivity Scale, de Zelfconceptschaal van Robson, en een aantal vragen om een indicatie te geven van de copingstijl¹⁰ (emotie-gericht dan wel probleem-gericht) van de jongere.

Jongeren die zichzelf beschadigden vertoonden een meer emotie-gerichte copingstijl, een minder probleem-gerichte copingstijl, meer depressie, angst, impulsiviteit, en een lager zelfbeeld in vergelijking met jongeren die zich niet opzettelijk kwetsen.

Tabel 4. Samenhang van psychologische kenmerken

Kenmerk	Geen	OZ	kenmerk		kenmerk X	
	OZ ⁰		OR	95% BI	OR	95% BI
Kenmerk	Gem.	Gem.	OR	95% BI	OR	95% BI
Emotie-gerichte coping	7.3	8.0	1.4	1.3-1.6		
Probleem-gerichte 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		
Zelf-concept score	23.0	19.0	0.8	0.7-0.8		

In tabel 4 vallen twee geslachtsverschillen op: een lagere probleemgerichte copingstijl blijkt meer predictief te zijn voor zelfbeschadigend gedrag bij jongens, en een hogere mate van angst en depressie is dan weer meer predictief voor zelfbeschadigend gedrag bij meisjes.

¹⁰ **Emotie-gerichte coping:** jongeren geven de volgende strategieën aan wanneer ze zich zorgen maken of van streek zijn: mezelf de schuld geven dat ik in de problemen zit, kwaad worden, iets alcoholisch drinken, proberen niet aan mijn zorgen te denken.

Probleem-gerichte coping: aangegeven wordt dan: met iemand praten, denken hoe ik daar in vergelijkbare situaties mee omgegaan ben, en proberen de dingen op een rijtje te zetten.

4.3. Over de methode van zelfbeschadiging

Ongeveer tweederde van de jongeren die zichzelf beschadigden gaf aan dit te hebben gedaan door middel van snijden of krassen.

Het onderzoek is bijzonder doordat voor de eerste maal in een grootschalige enquête werd doorgevraagd naar een exacte omschrijving van wat men daadwerkelijk deed toen men zichzelf beschadigde en de omstandigheden waarin men dit deed. Aan de jongeren is gevraagd de meest recente episode van zelfbeschadigend gedrag te beschrijven.

Tabel 5. Methode van zelfbeschadiging

	Jongens (n = 141)		Meisjes (n = 318)		Totaal (n=460)	
	N	%	N	%	N	%
Snijden/krassen	79	56.0	230	72.3	309	67.3
Overdosis pillen	32	22.7	89	28.0	121	26.4
Overdosis alcohol	10	7.1	9	2.8	19	4.1
Ophanging	6	4.3	6	1.9	12	2.6
Verstikking	0.7	1	0	0.0	1	0.2
Springen van een hoogte of voor een voertuig	6	4.3	2	0.6	8	1.7
Slaan	8	5.7	10	3.1	19	3.9
Verbranden	3	2.1	1	0.3	4	0.9
Verhongerden	1	0.7	3	0.9	4	0.9
Electrocutie	1	0.7	0	0.0	1	0.2
Schieten met een wapen	1	0.7	0	0.0	1	0.2
Gevaarlijk rijden	0	0	1	0.3	1	0.0
Overdosis 'recreatiedrug' (XTC, etc.)	11	7.8	6	1.9	17	3.7
Inslikken voorwerpen	1	0.7	2	0.6	3	0.7

Uit een open vraag¹¹ naar de methode van zelfbeschadiging blijkt dat tweederde van de jongeren zichzelf snijdt of krast, een kwart een overdosis medicijnen/pillen in neemt, en de rest voor een andere methode kiest (zie tabel 5).

Voor het snijden/krassen werd vooral een mes, maar ook een glasscherf, schaar, passer, scheermesje en stanleymes gebruikt.

De pillen betroffen o.a. aspirines, paracetamol, antidepressiva, cara-medicijnen, pijnstillers, valium en vitaminepillen.

Wanneer we de methodes indelen in grove categorieën (krassen/snijden, overdosis, andere enkelvoudige methoden, krassen/snijden + overdosis en andere multi-pele methoden) zien we significante verschillen tussen jongens en meisjes: meisjes krassen/snijden meer, nemen meer overdosissen en gebruiken vaker een combinatie van voorgaande twee methodes, terwijl jongens vaker andere enkelvoudige en meervoudige methodes gebruiken¹².

Zestien jongeren (3.6%) combineerden snijden met overdoses. 37 jongeren (8.4%) gaven een andere gecombineerde methode aan: veelal alcohol in combinatie met pillen of drugs.

¹¹ Deze vraag was: *beschrijf wat je toen deed (geef zoveel mogelijk details, bijvoorbeeld wat je precies innam, etc.)*

¹² $\text{Chi}^2 = 30,349, p < .001$

4.4. Over de motieven en opvattingen rond zelfbeschadiging

- Jongeren geven meerdere motieven tegelijk aan voor hun zelfbeschadigend gedrag: zowel intern gerichte als extern gerichte motieven
- De meest genoemde motieven waren intern gericht: “Mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daarvan af wilde zijn” (60%) en “Ik wilde sterven” (56%).
- De intern gerichte motieven worden meer genoemd door jongeren die ongunstiger scores op de risico-factoren; extern gerichte motieven vertonen hier geen verband.

Aan de jongeren is gevraagd welke motieven een rol speelden de laatste keer dat ze zichzelf beschadigden. Dit gebeurde zowel in een open vraag als in een aantal gesloten vragen. De open vraag bleek echter onbruikbaar voor analyse; sommige jongeren hadden de vraag in het geheel niet ingevuld en anderen vonden de vraag te persoonlijk. De gesloten vragen betroffen redenen zoals eerder verwoord in onderzoek naar suïcidaal gedrag (e.g. Bancroft et al., 1976; De Wilde, 1992). Gevraagd werd om bij elk van deze redenen aan te geven of deze van toepassing is op de laatste keer dat men zichzelf beschadigde. De resultaten zijn weergegeven in tabel 6.

Tabel 6. Gerapporteerde motieven voor zelfbeschadiging

	Jongens (n = 141)	Meisjes (n = 318)	Totaal (n = 460)	Chi ²
	% '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 < .05; **: p < .01, ***: p < .001

Het vaakst aangeduide motief voor zelfbeschadiging, zowel voor jongens als voor 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”). Meisjes wilden met hun zelfbeschadigend gedrag zichzelf vaker straffen, vaker sterven, wilden vaker van hun vreselijke gedachten af zijn, of wilden vaker weten of er iemand was die van ze hield. Jongens geven gemiddeld twee motieven aan, en meisjes drie. Om de onderlinge samenhang tussen de verschillende motieven na te gaan werd een PCA-analyse¹³ uitgevoerd. Hieruit bleek dat in de antwoorden grofweg twee overkoepelende groepen van motieven voorkwamen: intrapersonlijke motieven zoals het hebben van een ondraaglijke psychische pijn en het willen sterven, en interpersoonlijke motieven

¹³ Principale Componenten Analyse met Varimax-rotatie, verklaarde variantie factor 1 (extern): 25.5% factor 2 (intern): 16,4%.

men “wilde weten of er iemand van ze hield”, “wilde anderen iets betaald zetten”, “wilde iemand bang maken”, en “wilde laten zien hoe wanhopig ze zich voelden”.

Samenhang motieven met methode

Deze motieven blijken niet samen te hangen met de methode voor zelfbeschadiging: Jongeren in de vijf groepen van methoden (snijden/krassen, overdosis, overige enkelvoudige methoden, overdosis+krassen/snijden en overige multipiele methoden) rapporteren in nagenoeg dezelfde mate de bovengenoemde motieven (zie tabel 7).

Tabel 7. Motieven en methode van zelfbeschadiging

N	Krassen /snijden		Overdosis		Overige enkelvoudige methoden		Overdosis +krassen/snijden en		Overige Multipiele methoden		F
	Gem.	s.d.	Gem.	s.d.	gem.	s.d.	Gem.	s.d.	Gem.	s.d.	
	263		88		40		37		16		
Aantal intrapersonlijke motieven	1.5	0.9	1.5	0.9	1.5	0.9	2.1	1.9	1.5	0.7	1.608
Aantal ‘interpersoonlijke’ motieven	1.7	1.4	1.4	1.4	1.2	1.2	1.6	1.6	1.6	1.4	.673
Totaal aantal motieven	2.7	1.7	2.9	1.7	2.7	1.7	3.6	1.8	3.1	1.6	1.513

Samenhang motieven met risicofactoren

Met uitzondering van de schaal voor impulsiviteit zijn alle psychologische kenmerken gecorreleerd aan het aantal genoemde ‘interne’ motieven. Anders gezegd, jongeren die aangeven dat ze met hun zelfbeschadigend gedrag ‘zichzelf wilden straffen’, ‘wilden sterven’ en/of ‘van hun vreselijke gedachten af wilden zijn’, zijn ook depressiever, angstiger, en hebben een lagere dunk van zichzelf. Ook gebruiken zij vaker emotie-gerichte copingstijlen en minder vaak probleem-gerichte stijlen.

Het aantal 'externe' motieven is met geen enkel van de in tabel 8 weergegeven psychologische kenmerken gecorreleerd.

Tabel 8. Motieven en psychologische kenmerken

Kenmerken	Correlatie met aantal 'interne' motieven	Correlatie met aantal 'externe' motieven
Emotie-gerichte coping	.17**	.09
Probleem-gerichte coping	-.12*	.03
HADS – depressiescore	.24**	.04
HADS – angstscore	.27**	.09
HADS – totaalscore	.20**	.02
Impulsiviteitsscore	.00	.08
Zelf-concept score	-.34**	-.06

*:p < .05, **: p < .01

Opvattingen over zelfbeschadigend gedrag

Wat vinden jongeren eigenlijk van jonge mensen die zichzelf beschadigen? Vijf uitspraken werden aan de respondenten voorgelegd met het verzoek aan te geven of ze het er mee eens zijn. De antwoorden zijn te vinden in tabel 9.

Tabel 9. Opvattingen over zelfbeschadigend gedrag

	Geen OZ ⁰ % mee eens (n = 3786)	OZ % mee eens (n = 460)
<i>"De meeste jonge mensen die zichzelf beschadigen zijn eenzaam en depressief"</i>	57.5	53.4**
<i>"De meeste jonge mensen die zichzelf beschadigen doen dit in een opwelling"</i>	35.4	41.8**
<i>"De meeste jonge mensen die zichzelf beschadigen willen zelfmoord plegen"</i>	18.9	19.7
<i>"De meeste jonge mensen die zichzelf beschadigen proberen aandacht te krijgen"</i>	40.5	26.7***
<i>"De meeste jonge mensen die zichzelf beschadigen hadden tegengehouden kunnen worden"</i>	42.4	44.9*

0: OZ=opzettelijke zelfbeschadiging; *: P < .05; ***: P < .001 (Chi²)

Het blijkt dat “zelfbeschadigers” het minder vaak eens zijn met de stelling dat jonge mensen die zichzelf beschadigen proberen aandacht te krijgen en met de stelling dat jonge mensen die zichzelf beschadigen eenzaam en depressief zijn. Daarentegen onderschrijven zij vaker de stelling dat jonge mensen die zichzelf beschadigen dit in een opwelling doen en tegengehouden hadden kunnen worden.

4.5. Over de omstandigheden waaronder het gedrag plaatsvond

- De meeste jongeren waren de laatste keer dat ze zichzelf beschadigden thuis.
- De meerderheid zegt pas minder dan een uur tevoren erover nagedacht te hebben.
- De variëteit van zelfbeschadigend gedrag op de 49 scholen is groot
- Op scholen waar in het algemeen meer zelfbeschadigend gedrag onder vrienden bekend is, wordt ook door de jongeren zelf meer zelfbeschadigend gedrag gerapporteerd

Gevraagd werd waar de jongeren waren toen ze zich de laatste maal beschadigden. 83.6% van de jongeren was op dat moment thuis. Meisjes (88.1%) waren significant vaker thuis dan jongens (72.7%).¹⁴ 11.7% van de jongeren die zichzelf beschadigden was onder de invloed van alcohol, significant meer jongens (18.1%) dan meisjes (9.2%)¹⁵. 12.7% van de jongeren was onder invloed van een ander middel tijdens de zelfbeschadiging, opnieuw significant meer jongens dan meisjes (21.2% t.o.v 9.1%).¹⁶

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

Hebben ze van tevoren met iemand gepraat of geprobeerd om hulp te krijgen?

Uit tabel 10 blijkt dat meisjes vaker hulp zoeken of er met iemand over praten dan jongens. Deze hulpvraag richt zich eerder zelden tot iemand uit het gezin; vrienden

¹⁴ $\text{Chi}^2 = 15.902, p < 0.00$

¹⁵ $\text{Chi}^2 = 5.785, p < 0.05$

¹⁶ $\text{Chi}^2 = 10.510, p < 0.01$

hebben duidelijk de voorkeur. De professionele hulpverlening en andere volwassenen zijn maar weinig in beeld.

Tabel 10. Gepraat met of geprobeerd hulp te krijgen van:

	Jongens (n = 141) % 'ja'	Meisjes (n = 318) % 'ja'	Totaal (n=460) % 'ja'	Chi ²
Iemand uit het gezin	12.4	11.0	11.4	0.185
Een vriend	46.0	50.3	49.0	0.5
Een leraar/lerares	0.7	5.8	4.3	5.848*
Een arts	0.7	1.6	1.8	0.199
Een maatschappelijk werk(st)er	2.3	4.3	3.7	1.031
Een psycholoog / psychiater	6.7	7.8	7.4	1.65
Een telefonische hulplijn	3.7	3.3	3.4	0.057
Een crisiscentrum / adviescentrum	1.5	3.2	2.7	1.088
Andere bron (boek, tijdschrift, internet, etc.)	8.3	5.6	6.4	1.107

*: $p < .05$

Wie wist er van?

Was het zelfbeschadigend gedrag vooraf of achteraf bij anderen bekend? Om dat te weten te komen is gevraagd wie op de hoogte was van wat men toen deed. Uit de antwoorden die worden weergegeven in tabel 11 blijkt dat vrienden en vriendinnen het vaakst op de hoogte waren van wat er toen gebeurde, gevolgd door broer of zus. Bij 32.2% van de jongeren die een overdosis namen, was niemand op de hoogte van dit zelfbeschadigende gedrag. Bij jongeren die krassen of snijden was dit 34.0%, bij jongeren met overige enkelvoudige methoden 22.5%, en bij multi-pele methoden 32.4%.

Tabel 11. Wie was er op de hoogte van wat je toen deed?

	Jongens (n = 141) % 'ja'	Meisjes (n = 318) % 'ja'	Totaal (n=460) % 'ja'	Chi ²
Moeder	12.0	10.7	11.1	0.163
Vader	6.1	6.5	6.4	0.029
Een broer of zus	13.3	12.3	12.6	0.084
Ander familielid	6.7	8.5	7.9	0.392
Een vriend	55.1	54.5	54.7	0.012
Een leraar/lerares	2.3	5.5	4.6	2.181
Een arts	1.5	2.0	1.8	0.088
Een maatschappelijk werk(st)er	0	1.3	0.9	1.709
Een psycholoog / psychiater	3.8	4.3	4.1	0.046
Iemand anders	11.5	5.9	7.6	4.172

*p<.05, **p < .01

Hulp achteraf

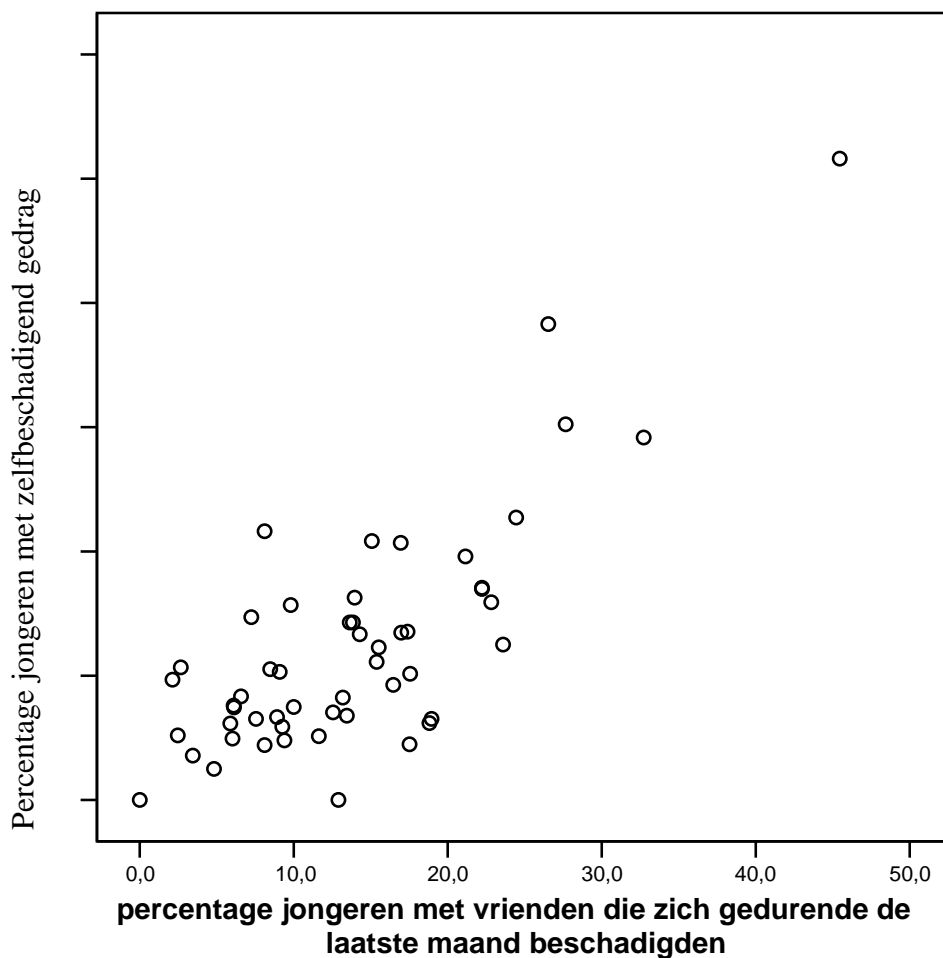
26.5% van de jongeren hebben achteraf hulp gezocht voor de problemen die ertoe geleid hebben dat ze zichzelf beschadigden, waarvan significant meer meisjes (29.3%) dan jongens (20.3%)¹⁷. Van de jongens ontving 14.0% medische hulp in een ziekenhuis, tegenover 9.6% van de meisjes. 26,7 % van de jongeren die een overdosis pillen of alcohol namen, kregen medische hulp. Voor de jongeren die zichzelf verwondden door krassen en snijden lag dit percentage significant lager (3.5%)¹⁸.

¹⁷ Chi² = 3.991, p< 0.05

¹⁸Chi² = 42,124, p< 0.00

Zelfbeschadiging op schoolniveau

De variëteit van zelfbeschadigend gedrag op de 49 scholen is groot. Er zijn 2 scholen waar geen enkele jongere aangeeft zichzelf ooit te hebben beschadigd. Er zijn ook scholen waar het percentage hoog is. Het hoogste percentage is maar liefst 51.6%, 16 van de 31 leerlingen geven aan zichzelf ooit beschadigd te hebben. In de onderstaande figuur staat dit percentage uitgezet tegen het antwoord op de vraag of men iemand uit de vriendenkring kent die zichzelf gedurende de laatste maand beschadigd heeft.



Bovenstaande figuur toont een duidelijk verband ($r=.78$, $p < .01$). Scholen waar meer jongeren zelfbeschadigend gedrag rapporteren, zijn ook de scholen waarvan de jongeren vrienden kennen die zich gedurende de laatste maand beschadigden. Anders gezegd: op scholen waar meer zelfbeschadigend gedrag onder vrienden

bekend is, wordt ook door de jongeren zelf meer zelfbeschadigend gedrag gerapporteerd.

5. Wat zijn de conclusies?

5.1. Over het spectrum van zelfbeschadigend gedrag

De term “opzettelijk zelfbeschadigend gedrag”, die in deze studie gehanteerd wordt, omvat een spectrum aan gedrag, waarvan de meest ernstige vormen sterk aan suïcide gerelateerd zijn, terwijl de mildere vormen samengaan met andere reacties op emotionele pijn (Skegg, 2005). In de praktijk betekent dit dat in het huidige onderzoek zowel daden van automutilatie als suïcidepogingen opgenomen zijn. Gemeenschappelijk aan deze gedragingen is dat mensen bij zichzelf schade veroorzaken, zichzelf vergifigen of kwetsen, of dit trachten te doen, telkens met niet-fataal resultaat en dit in een toestand van emotionele beroering (Kerkhof, 2000). Op een aantal dimensies kunnen automutilatie en suïcidepogingen van elkaar onderscheiden worden: automutilatie is vaak repetitief en chronisch, leidt tot meer oppervlakkige wonden (Rosen & Heard, 1995) en functioneert vaker als privaat spanningsreducerend gedrag. De spanningsreductie bij automutilatie staat tegenover de “suïcidale intentie” bij 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”. Uitgaande van onderzoek waaruit blijkt dat men via een suïcidepoging vaak, eerder dan dood, het eigen lijden wil stoppen, is de definitie van Marusic wellicht de meest correcte, maar nog steeds moeilijk meetbaar.

Eén van de redenen om in dit onderzoek, in tegenstelling tot vele andere studies, de episodes 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. Personen die herhaaldelijk automutileren, vormen een risicogroep voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag; een subgroep neemt ook overdosissen of onderneemt andere traditionele suïcidepogingen (Horrocks et al, 2003), en ongeveer 10% van hen pleegt uiteindelijk zelfmoord (Stanley et al, 2001).

5.2 Wat laat het onderzoek zien?

De percentages van zelfbeschadigend gedrag in onze Vlaamse steekproef zijn hoger dan deze in de andere Europese landen die deelnamen aan de CASE-studie (Engeland, Hongarije, Ierland, Nederland en Noorwegen). In vergelijking met deze landen, behalve wat Hongarije betreft, overlijden in Vlaanderen ook meer jongeren aan zelfdoding. Hongarije, het land met de hoogste suïciderates voor kinderen en adolescenten in Europa (Toero et al, 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. De Nederlandse en de Vlaamse data van de CASE-studie worden uitgebreid vergeleken in een binnenkort te verschijnen rapport (Portzky, 2006).

De CASE-studie is geen exhaustief onderzoek naar de risicofactoren van zelfbeschadigend gedrag. Zo werden er bijvoorbeeld geen biologische, en geen maatschappelijke of culturele risicofactoren onderzocht. Noch kunnen we aan de hand van dit onderzoek een causaal verband aantonen tussen de zogenaamde risicofactoren en zelfbeschadigend gedrag. Wat we aan de hand van dit onderzoeksopzet wel kunnen identificeren, zijn 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.

Bij de jongeren uit onze steekproef waren de meest genoemde motieven intrapersoonlijk: *“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, Hawton en Evans, 2004). De laatste jaren wordt zelfbeschadiging daarom eerder als een schreeuw van pijn, dan als een kreet om hulp begrepen (Williams en Pollock, 2000). Uit ons onderzoek blijkt dat jongeren uit zichzelf ook relatief weinig bij volwassenen, laat staan hulpverleners, terechtkomen.

5.3. Welke zijn de beperkingen?

Hoewel diverse onderzoekers voor het bestuderen van gevoelige onderwerpen als zelfbeschadigend gedrag de superioriteit van zelfrapportage-onderzoek benadrukken, is het in het bestek van een half lesuur niet mogelijk veel diepgravend onderzoek te doen. Er is bewust voor een korte vragenlijst gekozen, om in het beschikbare lesuur tijd in te ruimen voor een goede introductie en nazorg.

Een andere beperking is dat zo'n vragenlijst alles *achteraf* bepaalt; na het gedrag en na het voordoen van risicofactoren. We hebben hier wel rekening mee gehouden door van de meeste kenmerken 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. Er is meer solide kennis te verwachten uit grootschalige herhaalde individueel herleidbare onderzoeken.

5.3. Wat kunnen we leren en doen?

We kunnen maar weinig conclusies trekken over de ernst van het gedrag vanuit de methode van zelfbeschadiging; ook bij 'krassers' kan er sprake zijn van een ernstig doodsmotief, zware levensgeschiedenis en psychische problematiek. Het is daarom belangrijk om bij iedere jongere die zichzelf beschadigt, ongeacht de methode of de medische ernst, een gesprek aan te gaan en te vragen naar de motieven en de achterliggende problematiek.

De verborgen aard en de achterliggende problematiek rechtvaardigen een actiever signaleringsbeleid ten aanzien van jongeren met zelfbeschadigend gedrag. Leerkrachten, leerlingbegeleiders, maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg, maar ook professionals buiten school, kunnen allen hun signalerend vermogen verhogen. Hoewel er wel degelijk observeerbare signalen zijn van jongeren die niet lekker in hun vel zitten, zeggen deze signalen uit zichzelf maar weinig over hun gedachten aan zelfbeschadiging of zelfbeschadigend gedrag. Een signaleringsbeleid met een 'tweetraps-benadering' (eerst jongeren screenen op

emotionele problematiek, vervolgens de jongeren die dit aangeven screenen op zelfbeschadigend gedrag), lijkt een plausibele aanpak.

Literatuurlijst

Bancroft, J.H.J., Skrimshire, A.M., & Simkon, S. (1976). The reasons people give for taking overdoses. *British Journal of Psychiatry*, 128, 538-48.

Bertolote, J.M., & Fleishman, A. (2002). Suicide and Psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1, 181-185.

De Wilde, E.J. (1992). Specific Characteristics of Adolescent Suicide Attempters. Amsterdam: Thesis Publishers.

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325, 1207-1211.

Horrocks J., Price S., House A., Owens D.(2003). Self-injury attendances in the accident and emergency department: Clinical database study, *British Journal of Psychiatry*, 183, 34–39.

Kerkhof A.J.F.M (2000). Attempted suicide: Patterns and trends. In K. Hawton and K. Van Heeringen (Eds), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp 385-404). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Marusic, A. (2004). Toward a new definition of suicidality? Are we prone to Fregoli's illusion? *Crisis*, 25, 145-146.

Plutchik, R., van Praag, H.M., Picard, S., Conte, H.R., & Korn, M. (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. – submitted. Deliberate self-harm in young people. A comparative study of its occurrence and risk factors in Belgian and Dutch adolescents.

Radulescu, R. & Henderson, J. (2004). Guidelines for country-bases programmes of suicide prevention. Mental Health Europe, Brussels.

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., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M. & Van Hemert, A.M. (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., Mann, J.J. (2001). Are suicide attempters who self mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry* 158, 427-432
- Toero, K., Nagy, A., Sawaguchi, T., Sawaguchi, A., & Sotonyi, P. (2001). Characteristics of suicide among children and adolescents in Budapest. *Pediatrics International*, 43, 368-371.
- White, D., Leach, R., Sims, R., Atkinson, M., & Cottrell D. (1999). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *British Journal Psychiatry*, 175, 452-454.
- Williams J, Pollock L. (2000). The psychology of suicidal behaviour. In Hawton, K., van Heeringen, K., eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp . Chichester: John Wiley & Sons, Ltd,.
- Zwaanswijk, M (2005). Pathways to care: Help-seeking for child and adolescent mental health problems. Utrecht: Universiteit Utrecht.