



UNIVERSITEIT GENT
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2008-2009

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG BIJ JONGEREN

Resultaten van de studie jongeren en gezondheid 2006

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in de Gezondheidsvoorlichting en -bevordering

Door Eline De Ganck

Prof. Dr. Lea Maes
Dr. Anne Hublet

Abstract

Probleemstelling: De zelfmoordcijfers liggen steeds hoger. Daardoor zijn er zowel op wereldniveau, Europees als op Vlaams niveau gezondheidsdoelstellingen geformuleerd om deze cijfers te doen dalen. De studie ‘jongeren en gezondheid’ is een vierjaarlijkse bevraging bij jongeren van het vijfde leerjaar lager onderwijs tot en met het zesde middelbaar. In 2006 werden er voor het vijfde en zesde middelbaar voor het eerst vragen opgenomen over zelfbeschadigend gedrag bij jongeren.

Doelstelling: Het doel van deze thesis is het socio-demografisch profiel van jongeren die zelfbeschadigend gedrag uitten in kaart brengen en te kijken naar mogelijke risicofactoren en beschermende factoren.

Methode: De verwerking van de gegevens gebeurde in SPSS aan de hand van Pearsons Chi-kwadraat testen en logistische regressies. Aan de hand van de eerste analyses kunnen we een beschrijving geven van de jongeren die zelfbeschadigend gedrag uitten. Met de tweede analyses kunnen we nagaan in hoeverre de beschermende factoren een rol spelen in de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en andere variabelen.

Resultaten: Zelfbeschadigend gedrag komt voor bij 16,5% van de jongeren. Twee derden daarvan zijn meisjes. Er zijn verbanden gevonden tussen zelfbeschadigend gedrag en middelengebruik, muziekgenres, school en de relatie met ouders.

Conclusie: De gevonden verbanden waren grotendeels gelijklopend met deze gevonden in de literatuur, behalve voor etniciteit en socio-economische status. In deze studie werden deze verbanden niet gevonden. Het leuk vinden op school heeft een positieve invloed op de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en blijven zitten, schooldruk en cannabisgebruik.

Inhoudstafel

Abstract	III
Inhoudstafel.....	IV
Woord Vooraf	VI
Inleiding.....	1
 Literatuurstudie.....	 3
1 Zelfmoord, zelfmoordpogingen en zelfbeschadigend gedrag	3
1.1 Zelfmoord.....	3
1.2 Zelfmoordpogingen	4
1.3 Zelfbeschadigend gedrag.....	6
2 Risicofactoren	9
2.1 Geslacht	9
2.2 Socio-economische status en etniciteit.....	10
2.3 Ingrijpende levensgebeurtenissen.....	12
2.4 Seksuele geaardheid	13
2.5 Middelengebruik	15
2.6 Muziekvoorkeur	17
2.7 Psychiatrische stoornissen.....	18
2.8 Psychosociale en familiale factoren	19
3 Beschermende factoren	20
 Probleemstelling en vraagstelling.....	 21
 Onderzoeksmethode	 23
1 Steekproef	23
2 Onderzoeksdesign en variabelen.....	24
3 Dataverwerking	28
 Resultaten	 29
1 Beschrijvende analyse	29
1.1 Zelfbeschadigend gedrag.....	29
1.2 Socio-demografisch profiel	31

1.3	Middelengebruik	32
1.4	Muziekvoorkeur	34
1.5	School en relatie met ouders	35
2	Invloed van beschermende factoren	37
2.1	Blijven zitten	37
2.2	Schooldruk	37
2.3	Cannabis	38
	Discussie.....	40
1	Conclusie	40
2	Beperkingen in de studie.....	43
3	Suggesties voor verder onderzoek en de praktijk	44
	Literatuurlijst	46

Lijst van Tabellen.....

Tabel 1: Zelfmoordcijfers per 100000 volgens land en geslacht van België en zijn buurlanden (gegevens van WHO, 2008)	
Tabel 2: Overzicht van person-based rates in Vlaanderen volgens geslacht, 1999-2007	
Tabel 3: Hercoderen van de variabele SES van 8 categorieën naar 3	
Tabel 4: Percentage van jongeren die zichzelf opzettelijk verwond hebben volgens de reden die ze daarvoor opgaven	
Tabel 5: relatie tussen zelfbeschadigend gedrag (ZBG) en verscheidene soorten alcohol	
Tabel 6: relatie tussen zelfbeschadigend gedrag (ZBG) en muziekvoorkeur.....	
Tabel 7: relatie tussen zelfbeschadigend gedrag (ZBG) en school	
Tabel 8: logistische regressie: Nooit of 1 keer blijven zitten t.o.v. meerdere keren blijven zitten .	
Tabel 9: logistische regressie: nogal veel schooldruk t.o.v. zelden of geen schooldruk	
Tabel 10: logistische regressie: Ooit gebruik van Cannabis t.o.v. nooit gebruik	

Lijst van Figuur

Figuur 1: Person-based evolutie van suïcidepogingen in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2007	
--	--

Woord vooraf

‘De klaarheid van de zon is anders dan
die van de maan, en weer anders dan
die van de zo verschillende sterren, en
toch ...alleen samen maken ze
de hemel zo mooi!’

< J.H. Pestalozzi

Deze thesis werd niet geschreven op een dag maar is het product van een jaar lang werken. Niet alleen maar met de hulp en steun van anderen kon ik ze tot een goed einde brengen. Daarom wil hier even tijd nemen om die mensen te bedanken.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor, Prof. Lea Maes, bedanken omdat ze me de kans gaf deze thesis te schrijven.

Ook wil ik mijn co-promotor, Mevr. Anne Hublet, heel erg bedanken voor de tijd die zij aan mijn thesis besteedde. Niet enkel voor het nalezen, aanpassen en bijsturen van de teksten. Ook voor de momenten waarop ik bij haar langs mocht gaan en waar ze altijd met evenveel enthousiasme raad en tips gaf en me daardoor heel wat frisse moed en vertrouwen schonk om deze thesis te realiseren.

Ik wil ook een woord van dank richten aan mijn ouders. Zij gaven mij de mogelijkheid en de kansen om deze richting nog bij te studeren en deze thesis te maken.

Mijn zusjes mag ik zeker niet vergeten want zij stonden altijd voor me klaar wanneer ik ze nodig had, voor een wandeling om een frisse neus te halen, voor een duwtje in de rug zodat ik niet stilviel, ...en zoveel meer.

En tot slot maar niet op zijn minst één van de belangrijkste personen, mijn vriend, die te pas en te onpas geklaag en gezaag over zich heen kreeg, meermaals watervallen van tranen moest opvangen en ervoor zorgde dat met de nodige peptalk er weer een lach op mijn gezicht kwam en het vertrouwen in mezelf weer groeide.

Bedankt!

Eline

Inleiding

De zelfmoordcijfers stijgen elk jaar. Op verschillende niveaus probeert men hieraan iets te doen. Zowel op wereldniveau, op Europees niveau als op Vlaams niveau zijn er gezondheidsdoelstellingen opgesteld rond zelfmoord. Op Europees niveau heeft men aandacht voor de mentale gezondheid en het mentaal welbevinden in zijn geheel en focust men zich op 4 pijlers. Een van die pijlers richt zich specifiek op zelfmoord en depressie, een tweede pijler richt zich meer algemeen op geestelijke gezondheid bij jongeren in het onderwijs. Men wil dus niet enkel de zelfmoordcijfers doen dalen maar de geestelijke gezondheid in zijn geheel verbeteren. Op het Vlaamse niveau luidt de algemene doelstelling als volgt: “de sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000.” Er zijn hierbij drie subdoelstellingen geformuleerd: een daling van het aantal suïcidepogingen, een daling van de suïcidale ideatie, en een daling van het aantal depressies.

In de literatuur wordt meer en meer de link gelegd tussen zelfmoord en zelfbeschadigend gedrag. Men ziet dit niet langer als twee afzonderlijke begrippen maar eerder als een continuüm. Het uiten van zelfbeschadigend gedrag kan leiden tot meerdere episodes van zelfbeschadigend gedrag en dit kan op zijn beurt leiden tot zelfmoord.

Deze thesis kadert in de studie ‘jongeren en gezondheid’ . Deze studie maakt deel uit van de internationale studie Health behaviour in School-Aged Children (HBSC). Deze studie bestaat uit een vragenlijst die om de 4 jaar wordt afgenomen bij jongeren van het vijfde leerjaar lager onderwijs tot en met het zesde jaar secundair. Na het opstellen van de nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling rond zelfdoding, werden voor het eerst vragen toegevoegd over zelfbeschadigend gedrag in de studie jongeren en gezondheid. Deze vragen werden enkel opgenomen in de vragenlijst bij jongeren in het 5^{de} en het 6^{de} middelbaar. Dit is dan ook de doelgroep in deze thesis.

Deze thesis wil een beeld schetsen van de Vlaamse jongeren die zelfbeschadigend gedrag uitten. Er wordt gekeken naar het socio-demografisch profiel van de jongere en

welke factoren, zowel risicofactoren als beschermende factoren, in verband kunnen gebracht worden met zelfbeschadigend gedrag. Er wordt ook gekeken in hoeverre school en een goede relatie met ouders een beschermende rol kunnen spelen in de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en enkele risicofactoren.

Het eerste deel van de thesis bestaat uit een literatuurstudie. Deze is opgedeeld in 3 hoofdstukken. Een eerste hoofdstuk gaat dieper in op drie begrippen: zelfmoord, zelfmoordpogingen en zelfbeschadigend gedrag. In een tweede hoofdstuk worden risicofactoren van zelfbeschadigend gedrag in kaart gebracht. In een derde hoofdstuk wordt gekeken naar de beschermende factoren die in de literatuur aangehaald worden.

In een tweede deel worden de onderzoeksvragen weergegeven. In een derde deel wordt de onderzoeksmethode besproken. Dit wordt gevolgd door de uiteenzetting van de resultaten die uit de vragenlijst naar vorenkomen in een vierde deel. In het laatste vijfde deel, de discussie, worden de gevonden resultaten besproken en wordt er teruggekoppeld naar de besproken literatuur. Ook de beperkingen van het onderzoek en enige implicaties voor verder onderzoek en de praktijk worden uiteengezet.

Literatuurstudie

1 Zelfmoord en zelfbeschadigend gedrag

1.1 Zelfmoord

Uit gegevens van de Wereldgezondheidsorganisatie (2008) blijkt dat de suïciderates voor België bij de mannen liggen op 31,2/100000 en bij de vrouwen op 11,4/100000. Als we deze cijfers bekijken op wereldschaal, zien we dat Belgische vrouwen de veertiende plaats innemen en de Belgische mannen de negende plaats (gebaseerd op Belgische data van 1997). De zelfmoordcijfers liggen daarmee een stuk hoger dan bij de omliggende buurlanden. (zie Tabel 1) (WHO, 2008)

Tabel 1: Zelfmoordcijfers per 100000, volgens land en geslacht van België en zijn buurlanden (gegevens van WHO, 2008)

Land	Mannen	Vrouwen
België	31,2	11,4
Duitsland	19,7	6,6
Engeland	10,4	3,2
Frankrijk	26,4	9,3
Luxemburg	17,7	4,3
Nederland	12,7	6,0

Volgens het Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid (2006) sterven iedere dag bijna drie Vlamingen ten gevolge van zelfmoord. Zelfmoord is de meest voorkomende doodsoorzaak bij mannen tussen 25 en 49 jaar, en bij vrouwen tussen 25 en 39 jaar. Ook de verschillende methoden werden in kaart gebracht. Zowel bij mannen als bij vrouwen hangt de gebruikte methode nauw samen met de leeftijd. Ouderen sterven meer ten gevolge van verdrinking. Jongere mannen en vrouwen sterven vaker door te springen van een hoogte of voor een voertuig. Ophanging is bij alle leeftijden de meest voorkomende manier om uit het leven te stappen.

Al deze gegevens tonen hoe belangrijk de preventie van zelfdoding geworden is. Dit blijkt ook uit het feit dat er gezondheidsdoelstellingen zijn opgesteld op verschillende niveaus. De Wereldgezondheidsorganisatie startte een project rond zelfmoordpreventie, genaamd SUPRE (suicide prevention). De algemene doelstelling is de mortaliteit door zelfdoding en de morbiditeit veroorzaakt door zelfmoordpogingen te reduceren en het

taboe rond dit onderwerp te doorbreken. Ze willen ook de nationale autoriteiten en het publiek samenbrengen om deze uitdaging op een geïntegreerde manier te overwinnen (Vlaams agentschap zorg en gezondheid, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=5364>; WHO, <http://www.who.int/topics/suicide/en/>). De WHO wil tegen het jaar 2020 de zelfdodingcijfers met minstens één derde verminderen en de belangrijkste daling moet verwezenlijkt worden in landen en bevolkingsgroepen met de hoogste prevalentie.

Ook de Europese commissie sloot in 2008 een akkoord om de mentale gezondheid en het mentaal welbevinden te verbeteren en focust zich op 4 pijlers: (1) preventie van zelfmoord en depressie, (2) geestelijke gezondheid bij jongeren en in het onderwijs, (3) geestelijke gezondheid in bedrijven en (4) geestelijke gezondheid bij ouderen. (Website Vlaams agentschap zorg en gezondheid, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/preventiezelfdoding.aspx>).

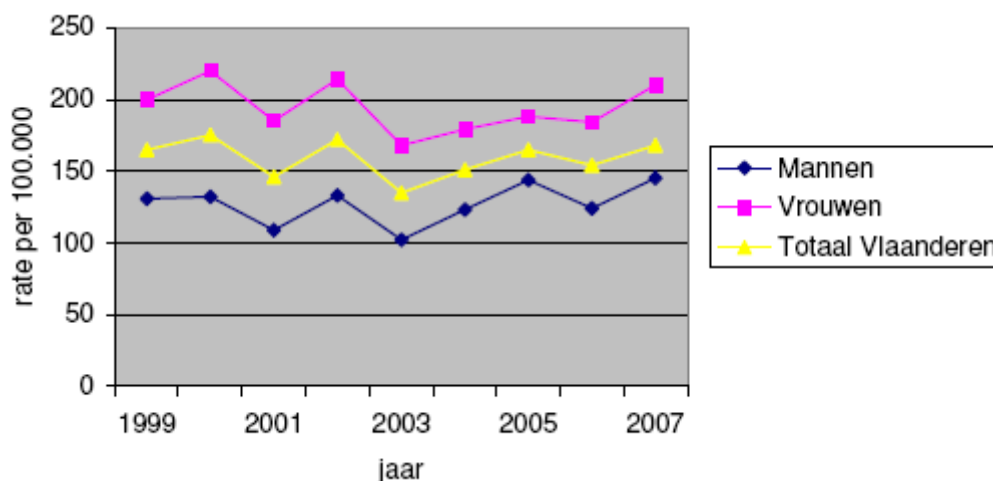
In Vlaanderen wil men eveneens iets doen aan het hoge zelfmoordcijfer. Vlaanderen formuleerde in 2002 een gezondheidsdoelstelling in verband met de preventie van zelfdoding en depressie en stelde gelijktijdig een Vlaams actieplan suïcidepreventie op om het aantal zelfdodingen te verminderen. De gezondheidsdoelstelling luidt als volgt: “de sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000. “

1.2 Zelfmoordpogingen

De eenheid voor zelfmoordonderzoek gebruikt in de ‘WHO/EURO Multicentre Study of suicidal behaviour’ de definitie van Bille-Bahre et al (1994) om een zelfmoordpoging te omschrijven. Deze luidt als volgt: een zelfmoordpoging is ‘een handeling met een niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk en weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding (of zelfvernietiging). Of het is een handeling met een niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysische gevolgen verlangde veranderingen te bewerkstelligen.’ (Bille-Brahe et al,

1994). In deze studie wil men het voorkomen en de kenmerken van zelfmoordpogingen in een aantal duidelijk afgebakende geografische gebieden verspreid over heel Europa in kaart brengen. Een van de regio's die opgenomen is in de studie is regio Groot Gent. De zelfmoordpogingen van inwoners in Groot Gent die ouder zijn dan 15 jaar worden geregistreerd in vier algemene ziekenhuizen, twee psychiatrische ziekenhuizen en 42 huisartsen(groeps)praktijken. Aan de hand van een registratieformulier werden ook socio-demografische achtergrond, suïcidemethodes, voorafgaande pogingen en andere variabelen gerelateerd aan de poging in kaart gebracht. In 2007 werden per 100 000 inwoners voor Groot Gent 225 zelfmoordpogingen bij mannen geregistreerd en 250 bij vrouwen (194 bij de mannen en 246 bij de vrouwen). In vergelijking met het registratiejaar 2006 is er een stijging te zien, vooral bij de mannen. (De Munck, Portzky & Van Heeringen, 2007)

In opdracht van het Vlaams ministerie van Welzijn, Volkgezondheid en Gezin en met de steun van de Vlaamse regering werd een onderzoek uitgevoerd naar de verspreiding van zelfmoordpogingen en naar de factoren die deze verspreiding beïnvloeden door middel van een registratie in vijf Vlaamse (Brugge, Gent, Genk, Hasselt, Maaseik) spoedopnamediensten. De registratie gebeurt aan de hand van een uniform formulier namelijk het instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van suicidepogers (IPEO). Dit instrument werd ontwikkeld om een betere nazorg te kunnen bieden en wordt ook gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Het formulier biedt naast epidemiologische gegevens ook een kijk op het suïcidaal proces, de psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënten, de voornaamste problemen die de patiënten rapporteerden, hun suïcidale intentie, de motieven die zij aangaven voor de poging en het uiteindelijke behandelplan na het ontslag. De registraties worden achteraf onderworpen aan een kwaliteitscontrole waarbij het onderzoeksteam de spoeddiensten bezoekt om een vergelijking te maken tussen de opnameregisters en het aantal geregistreerde zelfmoordpogingen. In 2007 bedroegen de person-based rates voor suïcidepogingen in Vlaanderen 168/100000, dit is een stijging van 9,1% ten opzicht van 2006. (figuur 1; Tabel 2) (Van Rijsselberghe, Van Autreve, Portzky & Van Heeringen, 2007)



Figuur 1: Person-based evolutie van suicidepogingen in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2007

Tabel 2: Overzicht van person-based rates (op 100 000) in Vlaanderen volgens geslacht, 1999-2007

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Mannen	131	132	109	133	102	123	144	124	145
Vrouwen	200	220	185	214	168	179	188	185	210
Totaal	165	175	146	172	135	151	165	154	168

1.3 Zelfbeschadigend gedrag

In de literatuur zijn verscheidene termen en definities voor niet-fatale zelf toegebrachte schade te vinden waaronder zelfbeschadigend gedrag, poging tot zelfmoord, zelfvergiftiging, en zelfmutilatie. In een onderzoek uitgevoerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van het UZ Gent wordt de definitie van Hawton et al. (2002) gebruikt om zelfbeschadigend gedrag te definiëren, namelijk ‘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’.

Madge et al. (2008) hanteerden in hun studie strikte criteria voor de classificatie van zelfbeschadigend gedrag. Zij beschreven zelfbeschadigend gedrag als volgt: ‘een daad met een niet fatale afloop waarbij een individu opzettelijk een van volgende zaken deed: gedrag met de bedoeling zichzelf schade toe te brengen, innemen van een substantie niet overeenkomend met de therapeutische dosis, inslikken van drugs of voorwerpen’. In de literatuur komen ook verschillende methoden van zelfbeschadigend gedrag naar voor

waaronder snijden/krassen, overdosis pillen, overdosis alcohol, ophanging, verstikking, springen van een hoogte of voor een voertuig, slaan, verbranden, verhongeren, elektrocutie, schieten met een wapen, gevaarlijk rijden, overdosis drugs, inslikken van voorwerpen. (Skegg, 2005; Van Rijsselberghe, Portzky & Van Heeringen, , 2006)

Zelfbeschadigend gedrag bij jongeren brengt vaak ‘te weinig’ schade met zich mee zodat ze niet in contact komen met medische instanties en deze gegevens dus ook nooit worden opgenomen in statistieken. Dit is een van de redenen waarom er weinig epidemiologische gegevens rond zelfbeschadigend gedrag beschikbaar zijn. De gegevens die beschikbaar zijn voor adolescenten, zijn gegevens na hospitalisatie of via vragenlijsten ingevuld door jongeren (zelfrapportage). In een onderzoek naar de verspreiding van zelfbeschadigend gedrag en de beïnvloedende factoren, uitgevoerd in het kader van het CASE-onderzoek door Van Rijsselberge, Portzky en Van Heeringen(2006), werd een anonieme vragenlijst afgenomen bij 4500 jongeren uit de regio Oost en West-Vlaanderen. De vragenlijst werd ingevuld door 2182 meisjes en 2238 jongens. De jongeren zaten verspreid over het ASO, BSO, TSO en het Kunst secundair onderwijs.

Uit dit onderzoek blijkt dat jaarlijks naar schatting 7% (4,1% van de jongens en 10,1% van de meisjes) van de jongeren in de leeftijdsgroep 14-17 jaar zichzelf opzettelijk beschadigt of teveel pillen slikt. Ongeveer 10,4% heeft dit ooit in zijn leven gedaan en 39,6% ervan geeft aan dit meerdere malen gedaan te hebben. Het onderzoek toont ook dat er in Vlaanderen hoge percentages van zelfbeschadigend gedrag gevonden worden in vergelijking met andere deelnemende landen. In het onderzoek werden verschillende risicofactoren gevonden: zelfbeschadigend gedrag in het gezin, lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik blijken de belangrijkste risicofactoren. De onderzoekers vonden ook dat jongeren die zichzelf beschadigen gemiddeld depressiever, angstiger, impulsiever zijn en vaak een negatiever zelfbeeld van zichzelf hebben dan jongeren die dit niet doen. Bijna alle risicofactoren hebben in dit onderzoek dezelfde betekenis voor jongens als voor meisjes. Er zijn echter uitzonderingen. Problemen met verkering en hogere mate van angst en depressie was meer predictief voor meisjes, terwijl een lagere probleemgerichte copingstijl, dronkenschap de afgelopen maand en roken meer predictief waren voor jongens. In de studie

rapporteerden jongeren dat ze meestal thuis waren de laatste maal dat ze zelfbeschadigend gedrag uitten, de meerderheid zegt pas minder dan een uur tevoren erover nagedacht te hebben. Jongeren gaven zowel intern gerichte als extern gerichte motieven aan voor hun zelfbeschadigend gedrag.

Recente studies leggen meer en meer de link tussen zelfmoord en zelfbeschadigend gedrag. (Hawton & James, 2005; Madge et al., 2008; Harrington, 2001) Beide begrippen worden niet los van elkaar bekeken maar eerder beschouwd als een continuüm.

Hawton & James (2005) stelden dat zelfbeschadigend gedrag varieert van gedrag met geen suïcidale intentie (maar met de intentie om te communiceren over hun problemen) tot zelfmoord. Madge et al. (2008) gaven in hun onderzoek aan dat een eenmalige episode van zelfbeschadigend gedrag kan aanleiding geven tot herhaling van dit gedrag en dat meerdere episodes van zelfbeschadigend gedrag vaak een voorspeller zijn tot het plegen van zelfmoord. Harrington (2001) stelt dat herhaling van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag veel voorkomend is: rond de 15-20% binnen de 6 maand en rond de 20% in de komende 2 jaar. Sommige personen uiten meervoudig zelfbeschadigend gedrag enkel tijdens de periode van continue problemen, bij anderen wordt zelfbeschadigend gedrag een habitueel antwoord op stress. Er zijn verschillende factoren die personen die herhaaldelijk zelfbeschadigend gedrag stellen onderscheiden van diegenen die het niet doen. Deze factoren zijn onder andere het hebben van een depressie en gedragsproblemen, en voortdurende problemen en meningsverschillen in de familie.

De intentie van het zelfbeschadigende gedrag heeft dus ook een belangrijke rol. (Skegg, 2005) Is er een sterke drang om te sterven of spelen andere redenen mee wanneer mensen zichzelf beschadigen? Verlost worden van een vreselijke gedachte, hulp vragen, de wil om te sterven, achterhalen of iemand van je houdt, niet in staat zijn om andere alternatieven te bedenken, controle over zichzelf verliezen, zichzelf straffen ... zijn maar enkele redenen voor zelfbeschadigend gedrag die in de literatuur naar voor komen. (Skegg, 2005; Madge et al., 2008; Van Rijsselberghe et al. , 2006).

Laye-Gindhu en Schonert-Reichl (2005) vergeleken jongeren die zichzelf verwonden met jongeren die dit niet deden en kwamen tot volgende resultaten. Jongeren die zichzelf verwonden ondervonden vaker emotionele pijn, verminderd zelfvertrouwen, uitten meer antisociaal gedrag, hadden meer problemen om woede te controleren en om met woede om te gaan.

2 Risicofactoren

Skegg (2005) constateerde dat er een brede waaier aan risicofactoren gekend is maar dat het veel moeilijker is om informatie te vinden betreffende de beschermende factoren.

Risicofactoren die in de literatuur naar voor komen zijn onder andere ingrijpende levensgebeurtenissen waaronder fysiek of seksueel misbruik, familieconflicten, problemen met vrienden, problemen met partner, problemen op school of werk (zoals pesten), laag zelfbeeld, depressie, alcohol en drugsmisbruik, en het kennen van anderen die zelfbeschadigend gedrag uitten. De risicofactoren worden hieronder uitgebreid beschreven.

2.1 Geslacht

In de een studie van Laye-Gindhu en Schonert-Reichl (2005) was de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij adolescenten 15%. Meisjes hadden een hogere prevalentie dan jongens, respectievelijk 20% en 9%. Meisjes die zichzelf verwonden rapporteerden vaker dat ze rookten en zowel jongens al meisjes hadden vaker tattoo's en uitten vaker ander risicovol gedrag. Ze stelden ook enkele verschillen vast tussen meisjes en jongens op basis van de gebruikte manieren om zelfbeschadigend gedrag te uiten. De meest voorkomende manier bij meisjes is snijden terwijl dit bij jongens op de tweede plaats staat. Jongens gaan vaker zichzelf slaan en bijten om zichzelf te verwonden. Verder rapporteerden enkel meisjes pillen slikken en eetstoornissen als zelfbeschadigend gedrag. De meest vermelde motivaties voor zelfbeschadigend gedrag waren: depressie, angst of stress verminderen, zelfhaat en woede, zichzelf straffen, eenzaamheid of vervreemding en afleiding van problemen. Jongens rapporteerden vaker zelfbeschadigend gedrag met als doel te communiceren of anderen te beïnvloeden of uit verveling, terwijl een groter percentage van meisjes een diepe eenzaamheid rapporteerden als motivatie. Deze verschillen kunnen misschien gerelateerd worden aan

verschillende sociale patronen en worden gesteund doordat de literatuur suggereert dat vrouwen hun gevoelens internaliseren en jongens hun gevoelens vaker externaliseren. (Laye-Gindhu en Schonert-Reichl, 2005).

2.2 Socio-economische status en etniciteit

Jablonska, Lindberg, Lindblad en Hjern (2008) stelden vast dat studies in het verleden al aantoonde dat er een verhoogd risico op zelfbeschadigend gedrag is bij etnische minderheden, maar de rol van socio-economische factoren werd zelden onderzocht. Vroegere studies hebben adolescenten uit etnische minderheden vaak geïdentificeerd al zijnde een kwetsbare groep voor het uiten van zelfbeschadigend gedrag omdat deze jongeren stress en verschillen ervaren wanneer ze in aanraking komen met de gastcultuur. In vele studies worden socio-economische nadelen zoals lange werkloosheid van de ouders, laag familie-inkomen en 1-oudergezinnen gezien als onafhankelijke risicofactoren op zelfbeschadigend gedrag bij jongeren. Deze nadelen kunnen voor een deel het verhoogde risico op zelfbeschadigend gedrag bij jongeren van etnische minderheidsgroepen verklaren omdat de socio-economische positie van hun ouders vaak lager is dan de positie van de ouders van de inheemse jongeren.

Jablonska, Lindberg, Lindblad en Hjern (2008) onderzochten de invloed van socio-economische factoren en etniciteit in een cohort studie bij een volledige Zweedse populatie geboren tussen 1973 en 1982. De studiegroep werd opgesplitst in 3 subgroepen: de meerderheid bestond uit de jongeren met beide ouders geboren in Zweden, de minderheid waarbij geen van beide ouders geboren werd in Zweden en een gemengde groep waarbij één ouder geboren werd in Zweden. De minderheidsgroep werd nog verder opgesplitst naargelang het geboorteland: Fins, Zuid Europees, Oost Europees, Midden Oosten/Noord Afrikaans, Afrikaans, Centraal Azië/Verre Oosten en Latijns-Amerikaans. Een westerse categorie werd toegevoegd, deze bestond uit West-Europa, Noord Amerika, Australië en Nieuw Zeeland. De socio-economische status werd vastgesteld volgens beroep maar brengt ook de graad van opleiding, type van productie en de positie op het werk in rekening. De studie gevoerd in een nationale cohort bij Zweedse jeugd, toonde een verhoogd risico op zelfbeschadigend gedrag in etnische minderheden. Wanneer ook de socio-economische condities opgenomen

werden in de analyses bleef er enkel een verhoogd risico over voor de westerse jeugd inclusief de Finse Jeugd en voor diegene uit de gemengde groep. Dit indiceert dat socio-economische nadelen de belangrijkste reden zijn voor het verhoogde risico op zelfbeschadigend gedrag bij jongeren in de minderheidsgroep in Zweden. Er zijn verschillende mechanismen waardoor sociale factoren het risico op zelfbeschadigend gedrag verhogen. Ten eerste staan kinderen in sociaal benadeelde families vaker bloot aan meerdere stressoren wat hun ontvankelijkheid voor mentale gezondheidsproblemen doet stijgen. Ten tweede kan een gebrek aan materiaal en sociale bronnen geassocieerd worden met een waaier van negatieve gevolgen voor de ouders zoals mentale en fysieke problemen en middelenmisbruik. Dit kan de kwaliteit van het ouderschap beïnvloeden. Een derde mechanisme is sociale exclusie. Dit kan leiden tot een verminderd zelfvertrouwen, gevoelens van isolatie, eenzaamheid en depressieve gevoelens tijdens de adolescentie. Dit alles leidt tot de conclusie dat het verminderen van de socio-economische verschillen in de Zweedse bevolking kan leiden tot een daling in zelfbeschadigend gedrag bij jongeren. (Jablonska, Lindberg, Lindblad en Hjer ,2008)

Hawton, Harriss, Hodder, Simkim en Gunnell (2001) kwamen tot een gelijkaardige conclusie wanneer ze de associatie maakten tussen socio-economische deprivatie en zelfbeschadigend gedrag bij mannen en bij vrouwen. In hun onderzoek werden de karakteristieken van patiënten die zelfbeschadigend gedrag uiten en leven in gebieden met hoogste en laagste graad van socio-economische deprivatie en fragmentatie met elkaar vergeleken. De karakteristieken die onderzocht werden waren werkstatus, werkproblemen, financiële problemen, gezinsproblemen, leefomstandigheden en sociale isolatie. Een eerste belangrijke bevinding in de studie was dat er een nauwe relatie was tussen socio-economische deprivatie en deliberate self-harm (DSH) cijfers, vooral bij jonge mannen. Er werd ook een sterke relatie gevonden tussen sociale fragmentatie en DSH cijfers. Een grotere groep van diegenen die leefden in de gebieden met een hoge deprivatie waren werkloos of leefden alleen. Meer vrouwen die leefden in gebieden met een hoge socio-economische deprivatie hadden huisvestingsproblemen. Sociale isolatie werd ook vaker gezien bij personen die leefden in gedepriveerde gebieden.

Ayton, Rasool en Cottrell (2003) onderzochten de relatie tussen sociale deprivatie en zelfbeschadigend gedrag bij kinderen en adolescenten in de UK. De studie vond een hoge correlatie tussen sociale deprivatie index en parasuïcide (inclusief overdosis en zelfbeschadigend gedrag) bij kinderen en adolescenten. Voor het in kaart brengen van de sociale deprivatie werd gebruik gemaakt van de Townsend score. Deze bestaat uit vier variabelen namelijk werkloosheid, gezin zonder auto, overbevolkte huizen en geen eigenaar zijn van hun woning. Een score van 0 geeft de middelmaat van de UK weer, naarmate de score hoger is dan 0, stijgt de graad van sociale deprivatie. Ayton, Rasool en Cottrell (2003) gingen in hun onderzoek niet alleen de relatie tussen sociale deprivatie en zelfbeschadigend gedrag bij kinderen en adolescenten in de UK na, ze gingen ook na welke onderliggende factoren de link tussen DSH en sociale deprivatie bij adolescenten zouden kunnen verklaren en kwamen tot volgende bevindingen. Eerst en vooral keken ze naar familiale factoren: mentale stoornissen (in het bijzonder, affectieve stoornissen, middelengebruik en antisociale gedrag) zijn sterke risicofactoren voor suïcidaal gedrag bij jongeren. Familiale instabiliteit en een gebrek aan familiale steun zou een andere significante onderliggende factor kunnen zijn. Ten tweede werd er naar volgende factoren gekeken: deviante peergroep, geweld en school problemen. Er is een sterk verband tussen geweld en socio-economische deprivatie. Een studie van Borowsky & Resnick (2001) toonde aan dat schoolproblemen en geweld het risico op zelfmoordpogingen verhoogden. Ten derde haalden ze voeding, rookgedrag en middelenmisbruik aan als onderliggende factoren. Kinderen van gedepriveerde families roken vaker op vroege leeftijd. Huidig bewijs suggereert dat er een sterke positieve correlatie is tussen de consumptie van sigaretten en depressie en dat volwassen rokers een hoger risico hebben op zelfmoord. Een laatste onderliggende factor die wordt aangehaald is huisvesting. Er zou een relatie bestaan tussen slechte huisvesting en depressie.

2.3 Ingrijpende levensgebeurtenissen

Destructive Self-Harm (DSH) kan voorkomen als gevolg van negatieve levensgebeurtenissen en levensproblemen. (Haw & Hawton, 2008). Haw en Hawton (2008) definieerden in hun onderzoek een probleem als een situatie die stress veroorzaakt en/of bijdraagt tot een episode van DSH. Levensproblemen omvatten zowel

problemen in relatie met partner (het meest voorkomende) als problemen met familie en vrienden, financiële problemen en problemen op het werk. In de leeftijdsgroep van 15-24 jaar zien we dat de vijf meest voorkomende levensproblemen bij mannen gerelateerd zijn aan tewerkstelling, relatie met familie, relatie met partner, problemen op financieel gebied en aan alcoholgebruik. Bij vrouwen zien we in deze groep gelijkaardige problemen naar voor komen, doch in een andere volgorde: problemen met familie wordt gevolgd door problemen met partner, met tewerkstelling, in relatie met vrienden en op financieel vlak.

Haw en Hawton(2008) maakten in hun onderzoek gebruik van de Suicide Intent Scale (SIS). Deze schaal is ontwikkeld om de ernst van suïcidale intentie geassocieerd met zelfbeschadigend gedrag te beoordelen. Om de relatie tussen suïcidale intentie en levensproblemen te onderzoeken en om de analyse gemakkelijker te maken werd de SIS score gedichotomiseerd in 'hoge' en 'lage' suïcidale intentie. Hoge suïcidale intentie is zowel bij mannen als vrouwen gerelateerd aan sociale isolatie en psychiatrische stoornissen. Bij mannen was lage intentie geassocieerd met alcoholmisbruik en zelfmutilatie. Bij vrouwen was hoge intentie gerelateerd aan eetproblemen, een sterfgeval of verlies.

2.4 Seksuele geaardheid

In een studie van King et al. (2003) rapporteerden meer dan een kwart van de homo's en bijna een derde van de lesbiennes dat zij zichzelf opzettelijk verwonden, vergeleken met één op 7 heteroseksuele participanten. Vijfenzestig percent van de homo's en 48% van de lesbiennes die zichzelf opzettelijk verwonden gaf hun seksualiteit op als volledig verantwoordelijk of deels verantwoordelijk voor het zelfbeschadigende gedrag. King et al (2003) stelden in hun studie ook vast dat homoseksuele mannen en lesbiennes vaker een dokter consulteerden in het verleden, en vaker drugs gebruikten dan heteroseksuelen. Lesbiennes ervaren meer verbale en fysieke intimidatie en consumeerden meer alcohol dan heteroseksuele vrouwen. Homo's en lesbiennes rapporteerden meer psychologische angst dan heteroseksuele personen, ondanks gelijkaardige niveaus van sociale steun en kwaliteit van fysieke gezondheid.

Skegg, Nada-Raja, Dickson, Paul en Williams (2003) onderzochten de relatie tussen seksuele geaardheid en zelfbeschadigend gedrag bij mannen en vrouwen. Ze definieerden seksuele geaardheid aan de hand van seksuele aantrekking eerder dan door gedrag. Zowel mannen als vrouwen die zich aangetrokken voelden tot hetzelfde geslacht toonden een hoger risico op zelfbeschadigend gedrag.

King et al. (2008) bestudeerden de prevalentie van mentale stoornissen, middelenmisbruik, zelfmoord, zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag bij lesbiennes, homos en biseksuele mensen. Deze personen zijn vaak onderhevig aan institutionele vooroordelen, sociale stress, sociale exclusie, antihomoseksuele haat en geweld en ze hebben ook vaak een gevoel van schaamte ten opzichte van hun geaardheid. Mays en Cochran (2000) deden al gelijkaardige bevindingen. Volgens hen ervaren lesbiennes en homoseksuele mannen vaak een gevoel van intolerantie en discriminatie ten opzichte van hun geaardheid en ze blijken hogere cijfers van angst, middelengebruik en zelfmoordgedachten en gedragingen te hebben dan heteroseksuelen.

King et al (2008) identificeerden in een eerste zoektocht 13 706 mogelijke relevante onderzoeken. Uiteindelijk voldeden er daarvan slechts 28 aan de inclusiecriteria. Slechts 2 van de studies rapporteerden levenslange prevalentie van zelfbeschadigend gedrag. Meta-analyses van deze data toonden twijfelachtige resultaten. Eén andere studie die aan alle criteria behalve één van de kwaliteitscriteria voldeed, rapporteerde een verhoogd risico op levenslange prevalentie van zelfbeschadigend gedrag en/of zelfmoordpogingen bij homoseksuelen meer dan bij biseksuele mannen. Vaak was het onderscheid tussen zelfmoordpogingen en zelfbeschadigend gedrag onduidelijk. Het onderzoek kon niet aantonen dat lesbiennes, homo's en biseksuele al dan niet een hoger risico hebben voor het plegen van zelfmoord maar het verhoogde risico voor alle vormen van mentale stoornissen, zelfbeschadigende gedragingen en middelenmisbruik suggereert dat dit wel het geval zou kunnen zijn.

Het verhoogde risico op zelfmoord en op zelfbeschadigend gedrag bij homoseksuele en biseksuele personen is eerder al gerapporteerd in de Verenigde Staten. Het vereist een

grotere aandacht, vooral bij jongeren. Ook al kunnen de resultaten geen redenen geven voor deze ontvankelijkheid. Het heeft blijkbaar minder te maken met verwarring over seksualiteit maar meer met verwarring over de manier om seksuele geaardheid te tonen in het openbaar. (Herdt & Boxer, 2003)

2.5 Middelengebruik

In de Child & Adolescent self-harm in Europe (CASE) studie werd ook gekeken naar de rol van alcohol en drugs bij het uiten van zelfbeschadigend gedrag. (Madge et al. , 2008) Informatie over het gebruik van alcohol en drugs op het moment van de meest recente episode van zelfbeschadigend gedrag was beschikbaar voor respectievelijk 73,3% en 71,2% van de mensen die zelfbeschadigend gedrag uiten. Bij één op vijf (19,9%) ging een episode van zelfbeschadigend gedrag gepaard met het gebruik van alcohol en één op acht (12,8%) was onder invloed van illegale drugs. Voor alcohol was dit het geval bij 32,8% van de vrouwen en 15,6% van de mannen, voor illegale drugs 26,2% mannen en 8,2% vrouwen.

De methode van zelfbeschadigend gedrag was ook geassocieerd met het simultaan gebruik van alcohol en illegale drugs. Deze middelen werden vaker gebruikt bij meervoudige methoden en binnen de groep overige methoden (ophanging, springen en zichzelf slaan). Het gebruik van alcohol, maar niet van illegale drugs, varieerde internationaal. Alcohol kwam het minst samen voor met zelfbeschadigend gedrag bij Nederlandstalige deelnemers (12,1% in Nederland en 14,7% in België), frequenter in Ierland(18,9%) en Engeland (19,5%) en kwam het vaakst voor in de overige landen (Noorwegen (25%), Australië (25,4%) en Hongarije(26,8%)). Uit deze studie blijkt dat er een verband kan zijn tussen druggebruik en alcohol en het uiten van zelfbeschadigend gedrag maar dit is slechts het geval bij een minderheid van de jongeren die zichzelf verwonden.

In een self report survey in scholen in Engeland stelde men vast dat zowel jongens als meisjes een verhoogde prevalentie van DSH toonden bij een verhoogd gebruik van sigaretten, alcohol en het aantal keren dat jongeren teveel gedronken hadden.(vooral bij

meisjes). Een hogere frequentie van DSH werd ook geassocieerd met druggebruik. (Hawton, Rodham, Evans, Weatherall, 2008)

Haw, Hawton, Casey, Bale & Shepherd (2005) onderzochten de trends, volgens geslacht en leeftijd in alcoholgebruik en alcoholproblemen bij patiënten die zelfbeschadigend gedrag uitten. De onderzoekspopulatie bestond uit alle patiënten vanaf 15 jaar die zich aanmeldden in het algemene ziekenhuis van Oxford na een episode van zelfbeschadigend gedrag gedurende de periode 1989 - 2002.

Een totaal van 8,6% die zelfbeschadigend gedrag uitten werd gediagnosticeerd als zijnde verslaafd aan alcohol. Alcoholafhankelijkheid was meer voorkomend bij mannen dan bij vrouwen en was het hoogst in de oudste leeftijdsgroep (≥ 45 jaar) en het laagst in de leeftijdsgroep 15-24 jaar. Excessief drinken kwam voor bij 23,4% van de patiënten en was ook vaker voorkomend bij mannen. De cijfers voor excessief drinken namen tijdens de studie nog toe: 23,5% van de patiënten die zichzelf verwonden werden tijdens de studie aanzien als het hebben van een alcoholprobleem. Alcohol kan bij deze personen een situatie veroorzaken die pijn, verdriet oproept en zo bijdraagt tot het stellen van zelfbeschadigend gedrag. Iets meer dan 46% van de DSH patiënten dronk alcohol binnen de zes uur voor DSH. Alcohol werd door 26,0% geconsumeerd als deel van het zelfbeschadigende gedrag tijdens hun eerste poging binnen de studieperiode. Diegene die gediagnosticeerd werden als alcoholafhankelijk of als excessieve drinkers gebruikten vaker alcohol als deel van de daad dan diegene zonder deze diagnoses.

Tijdens de studie steeg het alcoholgebruik in alle drie de leeftijdsgroepen. Haw et al. (2005) stellen in hun onderzoek dat deze stijging een reflectie is van de nationale veranderingen in alcoholgebruik. De consumptie van alcohol in Engeland zou sinds 1970 met 50% zijn toegenomen. De prijzen van alcohol zijn ten opzichte van het inkomen gedaald waardoor meer mensen zich alcohol kunnen permitteren en daarbij zou ook de toegankelijkheid tot alcohol vergroot zijn doordat het aantal vergunningen steeg en de wetten rond die vergunningen versoepeld zijn. Haw et al. (2005) halen ook aan dat alcoholgebruik meer aanvaard is en er blijft ook een grote impact van de media (advertenties, reclamespots).

2.6 Muziekvoorkeur

Tegenwoordig worden vele tragedies, vooral bij jongeren, in verband gebracht met de muziekstijl waar deze jongeren naar luisteren. De media koppelde bijvoorbeeld emo muziek met de mentale toestand van jongeren na een dubbele zelfmoord van twee jonge meisjes in Australia (Baker & Bor, 2008). Emo muziek, afkorting van emotionele muziek, geeft meestal uiting aan de emoties van mensen en is meestal gerelateerd met de beëindiging van relaties of andere tragische gebeurtenissen. (Baker en Bor, 2008) Naast emomuziek worden in de literatuur nog andere muziekstijlen zoals rap muziek, country, heavy metal en gothic muziek geassocieerd met zelfbeschadigend gedrag, antisociaal gedrag, geweld en drugsgebruik. (Rutledge, Rimer en Scott ,2008; Baker en Bor, 2008)

Het doel van de studie van Rutledge et al. (2008) was het beschrijven van de karakteristieken van goths (aanhangers van gothic muziekstijl), het identificeren van de psychosociale risico's en het beschrijven van de rol die de school daarin speelt. De Gothic cultuur trekt jongeren aan die zich depressief voelen, die geen vertrouwen hebben in de maatschappij of in het verleden misbruikt zijn. De jongeren omringen zich dan met activiteiten die de depressieve of frustrerende gevoelens weergeven zoals luisteren naar gothic muziek. Deze jongeren hebben een hogere prevalentie van depressie, zelfbeschadigend gedrag, zelfmoord en geweld dan jongeren die niet tot de gothic cultuur behoren. Bij adolescenten zien we dat tussen 7% en 14% zichzelf verwonden. Als we enkel kijken binnen de jongeren die tot de Gothic cultuur behoren, loopt dit cijfer op tot 53%. De hoge prevalentie van zelfbeschadigend gedrag zou gerelateerd kunnen worden met modelling met iconen zoals Marlyn Manson of peers. Vele jongeren gebruiken snijden, kerven om patronen te creëren gelijkaardig aan tatoeëring of bodypiercing. Voor anderen is zelfbeschadigend gedrag een slechte manier om om te gaan met angst, schuld, woede en frustratie.

Verschillende studies vonden een relatie tussen verschillende genres van muziek en antisociale gedragingen, kwetsbaarheid voor zelfmoord en drugsgebruik. (Baker & Bor, 2008) Ze verwerpen wel het feit dat muziek een causale factor is en suggereren dat muziekvoorkeur meer een indicatie is voor emotionele kwetsbaarheid. Muziek zou

emoties reguleren door het tijdelijk vluchten van of het toestaan van bepaalde gedachten en gevoelens en zo de persoon te verlossen van opgestapelde emoties, angst en woede. (Baker en Bor, 2008) In een Amerikaanse studie bespreekt men de relatie tussen een bepaalde muziekvoorkeur en de persoonlijkheid van deze jongeren. Zo zouden jongeren die naar heavy Metal muziek luisteren eerder assertief en agressief zijn, onverschillig zijn voor de gevoelens van anderen, pessimistisch, humeurig, overgevoelig en ontevreden zijn. Ze zullen ook eerder geneigd zijn te handelen op basis van impulsen. (Wells en Hakanen, 1991) Swartz en Fouts (2003) koppelen in hun studie dan weer enkele persoonlijkheidsaspecten met popmuziek. Zo brengt men popmuziek in verband met overdreven verantwoordelijk zijn, rolbewust zijn en zich schikken naar de regels, problemen met seksualiteit, peer acceptatie, en de balans tussen onafhankelijkheid en afhankelijkheid. Een Australische studie vond significante associaties tussen rock/metal en suïcidale gedachten, zelfbeschadigend gedrag, depressie, delinquent gedrag, druggebruik en familie disfuncties. (Lacourse, Claes en Villeneuve, 2001)

In vele studies werd al gekeken naar de relatie tussen muziekvoorkeur en zelfbeschadigend gedrag maar er zijn weinig eenduidige resultaten te vinden. Bijkomend onderzoek is nodig om te bepalen wat nu de precieze rol is van muziek bij jongeren. Draagt de muziek bij tot het stellen van gedragingen beschreven in de songteksten of geeft de muziekvoorkeur een beeld van de al bestaande gedragsneigingen?

2.7 Psychiatrische stoornissen

Skegg (2005) beschrijft het voorkomen van psychiatrische ziekten bij mensen die zichzelf verwonden. Skegg (2005) stelt dat van de mensen die zichzelf verwonden en zich aanmelden in een ziekenhuis, 90% van hen een psychiatrische stoornis zou hebben. Meestal gaat het daarbij om een depressie gevolgd door middelenmisbruik en angststoornissen. De aanwezigheid van meerdere psychiatrische stoornissen zou ook vaak voorkomen. Depressie is een alom gekende risicofactor van zelfbeschadigend gedrag. Antisociaal gedrag en afhankelijkheid van alcohol en drugs zouden wel eens onderschat kunnen zijn.

Daarnaast zijn ook persoonlijkheidsstoornissen zoals borderline stoornissen, eetstoornissen en PTSS (post traumatische stressstoornis) vaak voorkomend bij mensen die zichzelf verwonden. (Skegg, 2005)

2.8 Psychosociale en familiale factoren

Portzky, De Wilde en van Heeringen (2008) onderzochten de verschillen in prevalentie en risicofactoren van zelfbeschadigend gedrag tussen Nederlandse jongeren en Nederlandstalige Belgische jongeren. Zij kwamen tot de conclusie dat zelfbeschadigend gedrag frequenter aanwezig is bij de Belgische jongeren. Dit zou geassocieerd kunnen worden met het voorkomen van meerdere belangrijke levensgebeurtenissen bij Belgische jongeren en met oneffectiever probleem oplossende vaardigheden, zoals mindere probleemgerichte coping, meer middelengebruik en minder communicatie over hun problemen. Deze resultaten ondersteunen de veronderstelling dat socioculturele aspecten van een land of gemeenschap een invloed hebben op het voorkomen van zelfbeschadigend gedrag.

Skegg (2008) beschrijft de invloed van sociale en familiale factoren op zelfbeschadigend gedrag. Resultaten van een longitudinale studie toonden aan dat er een verband is tussen de familieomgeving tijdens de kindertijd en zelfbeschadigend gedrag in de adolescentie en jonge volwassenheid. Het risico op zelfbeschadigend gedrag is groter voor kinderen van gescheiden ouders, in families waar er huwelijksproblemen zijn of waar de moeder zeer jong is en laag geschoold is. Psychopathologie bij de ouders is ook een risicofactor. Kindermisbruik is ook al meermaals aangehaald als risicofactor, waarschijnlijk heeft dit zijn invloed door de verhoogde kwetsbaarheid op een mentale stoornis en op levensgebeurtenissen.

3 Beschermende factoren

In de literatuur wordt veel aandacht besteed aan het in kaart brengen van alle risicofactoren, maar er wordt zelden op zoek gegaan naar beschermende factoren voor zelfbeschadigend gedrag. Skegg (2005) haalt enkele mogelijk beschermende factoren aan. Hij beschrijft een Zweedse studie waaruit bleek dat weinig mensen die zichzelf verwonden konden steunen op goede relaties. Vertrouwen in familie en vrienden, contact hebben met psychiatrische diensten zijn zaken die helpen tot het niet plegen van zelfmoord. Religie zou ook een rol spelen. Een aantal mensen zei in de studie dat hun geloof ervoor zorgde dat ze geen zelfmoord pleegden. Maatschappelijke factoren, culturele normen zouden ook een rol kunnen spelen. Zo is er een verschil in zelfbeschadigend gedrag in verschillende gemeenschappen net zoals er een verschil is bij zelfmoord in verschillende gemeenschappen. (Eagles, Carson, Begg & Naji, 2003)

Familiale steun, goede relatie met ouders, goede relaties op school zouden mogelijks ook beschermende factoren kunnen zijn voor zelfbeschadigend gedrag bij jongeren maar vaak worden deze factoren op een negatieve manier gebruikt, als risicofactoren in plaats van als beschermende factoren. Er wordt dan niet gekeken naar familiale steun maar naar gebrek aan familiale steun of naar problemen op school in de plaats van goede relaties op school of zich goed voelen op school. Ayton, Rasool en Cotrell (2003) gingen in hun onderzoek na welke onderliggende factoren de link tussen DSH en sociale deprivatie bij adolescenten zouden kunnen verklaren. Ze keken onder andere naar familiale factoren (mentale stoornissen in de familie, gebrek aan familiale steun, familiale instabiliteit) en naar problemen op school en huisvestingsproblemen. Men gaat dus kijkt naar het negatieve (gebrek aan familiale steun) in plaats van te kijken of het positieve geen beschermende factor kan zijn.

Vraagstelling onderzoek

De gegevens die in deze scriptie gebruikt worden zijn afkomstig uit de studie Jongeren en Gezondheid. Deze studie maakt deel uit van de internationale studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) en wordt uitgevoerd onder toezicht van de Wereld Gezondheidsorganisatie. De studie jongeren en gezondheid wordt gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De studie is gebaseerd op onderzoek bij schoolgaande jongeren in verschillende Europese landen. De vragenlijst wordt afgenomen om de 4 jaar. De eerste internationale gegevens dateren van 1983-1984. Toen namen er slechts 4 Europese landen deel aan de survey. De studie groeide ondertussen uit tot deelname van 51 verschillende landen. Vlaanderen nam voor de eerste keer deel aan de studie bij de derde survey in 1989-1990. Ondertussen werden er twee tussenliggende Vlaamse enquêtes afgenomen tijdens de schooljaren 1995-1996 en 1999-2000. Het doel van de studie is meer inzicht te krijgen in de gezondheidsgedragingen van jongeren en hun attitudes ten opzichte van gezondheid en de omgeving waar zij in opgroeien. Thema's die bevestigd worden in de studie zijn onder andere omgeving van de jongere, waarbij zowel het gezin, de school en de buurt aan bod komen, psychisch welbevinden, leefstijl zoals voeding, roken, alcohol –en druggebruik, fysieke activiteit en subjectieve gezondheid.

Deze scriptie focust zich op de leerlingen van het 5^{de} en 6^{de} middelbaar. Voor deze groep jongeren zijn er een aantal extra vragen opgenomen in de vragenlijst rond zelfbeschadigend gedrag. We willen onderzoeken of enkele van de verbanden die in de literatuur naar voor zijn gekomen ook in deze studie terug te vinden zijn. In deze thesis zal specifiek gekeken worden naar zelfbeschadigend gedrag in relatie met de volgende risicofactoren die in de literatuurstudie naar voor kwamen: socio-economische status (SES), land van herkomst van de ouders, muziekvoorkeur en alcoholgebruik. Specifieke onderzoeksvragen die gesteld worden zijn de volgende:

- Wat is het socio-demografisch profiel van jongeren die zelfbeschadigend gedrag uitten?

- Is er een relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en middelengebruik (roken, alcohol en cannabis)?
- Is er een relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en de muziekvoorkeur bij jongeren?

Zoals al aangehaald in de literatuurstudie zijn er nog weinig onderzoeken die zich specifiek toespitsen op de beschermende factoren die er kunnen zijn voor het uiten van zelfbeschadigend gedrag. In de analyse zullen we eerst kijken naar de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en de relaties van jongeren met hun ouders en de relaties tussen zelfbeschadigend gedrag en school. Specifieke onderzoeksvragen die hierover gesteld worden zijn de volgende:

- Is er een relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en de relatie met ouders?
- Is er een relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en school tevredenheid?

Verder willen we nagaan in hoeverre school en makkelijk kunnen praten met de ouders een beschermende rol speelt in de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en blijven zitten, schooldruk en cannabisgebruik.

- Kan een goede relatie met ouders een beschermende factor zijn voor de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en blijven zitten, schooldruk en cannabisgebruik?
- Kan school een beschermende factor zijn voor de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en blijven zitten, schooldruk en cannabisgebruik?

Onderzoeksmethode

1 Steekproef

De steekproef die wordt afgenomen voor de internationale studie moet een representatieve weergave geven van de 11-, 13- en 15-jarige jeugd. Deze leeftijden werden vastgelegd op internationaal niveau omdat deze samengaan met het begin van de adolescentie, waarin verschillende veranderingen optreden op lichamelijk, fysiek en emotioneel vlak en de middenjaren waar belangrijke levens – en carrièrebeslissingen genomen moeten worden. In Vlaanderen worden sinds 1989 -1990 jongeren vanaf het vijfde leerjaar tot en met het zesde middelbaar bevraagd.

Er werd gebruik gemaakt van cluster sampling, met de klas als cluster, om de steekproef te bepalen. Dit brengt met zich mee dat de antwoorden niet helemaal onafhankelijk van elkaar gezien kunnen worden omdat leerlingen van eenzelfde klas of school mogelijk meer gelijkend zijn dan leerlingen in het algemeen. Internationaal werd de minimale steekproefgrootte voor elke leeftijdsgroep vastgelegd op minimaal 1500 leerlingen. Om de invloed van confounders of versturende variabelen op te vangen werden twee stratificaties doorgevoerd. Een eerste stratificatie gebeurde naar onderwijsnet zodat elke in aanmerking komende leerling evenveel kans maakte om getrokken te worden rekening houdend met de verschillende onderwijsnetten (ASO, BSO en TSO). Er werden random klassen geselecteerd per school, zodanig dat er een representatief beeld naar geslacht, graad en onderwijstype bekomen werd. (tweede stratificatie). Per school werden ongeveer 50 leerlingen bevraagd.

De school kreeg de vragenlijsten samen met richtlijnen voor de coördinator en de toezichthoudende leerkracht toegestuurd zodat de school zelf het moment van afname kon bepalen. Secundaire scholen hadden daarenboven de kans om de vragenlijst online in te vullen. Slecht 8% (13 scholen) maakten gebruik van deze mogelijkheid.

Deze scriptie richt zich specifiek naar de leerlingen uit het vijfde en zesde middelbaar omdat enkel in deze twee jaren de vragen over zelfbeschadigend gedrag werden

opgenomen. In 2006 vulden 11 154 jongeren de vragenlijst in waarvan 2719 op dat moment in de twee laatste jaren van het middelbaar onderwijs zaten.

2 Onderzoeksdesign en variabelen

De afname van de vragenlijst gebeurde in het schooljaar 2005-2006 in de maanden maart, april, mei en juni. Andere variabelen die in de data-analyse naast zelfbeschadigend gedrag gebruikt zullen worden, zijn in de literatuur gevonden risicofactoren. Alle variabelen worden hieronder kort besproken.

Zelfbeschadigend gedrag

Een eerste vraag gaat na of de jongere ooit opzettelijk teveel pillen heeft geslikt of op een andere manier geprobeerd heeft zichzelf te beschadigen. Verdere vragen peilen naar de plaats en de reden van zelfbeschadigend gedrag en bevragen of de jongeren op het moment dat ze zichzelf beschadigden onder invloed waren van drugs of alcohol.

Er zijn ook twee open vragen opgenomen in het deel rond zelfbeschadigend gedrag.

De gebruikte methoden om zelfbeschadigend gedrag te uiten werden nagegaan aan de hand van een eerste open vraag. Vraag 116 van de HBSC-studie werd geformuleerd als volgt: Beschrijf wat je, de laatste keer dat je opzettelijk teveel pillen nam of jezelf op een andere manier probeerde lichamelijk te beschadigen, deed zo precies mogelijk? Al deze antwoorden werden opgenomen in een SPSS bestand en gehercodeerd naar 6 groepen. Een eerste groep omvat alle jongeren die zichzelf verwondden door te snijden (bv. met een mes, met een scheermesje ,...). Een tweede groep gaf aan zichzelf te krassen (bv. met een passer , met een schaar,...). Een derde groep nam een grotere hoeveelheid pillen dan voorgeschreven. In een vierde groep werden de jongeren verzameld die naast één van de drie vorige, nog één of meerdere andere methoden opgaven. In een vijfde groep werden alle andere methoden die niet zo vaak voorkwamen opgenomen bijvoorbeeld springen van een hoogte, opzettelijk vallen met brommer, verhangings, zichzelf slaan, zichzelf brandwonden toebrengen.... In een laatste groep werden alle jongeren opgenomen die liever niet beschreven wat ze precies deden en dit als privé beschouwden. Er waren ook nog 136 jongeren die niets invulden, deze werden gecodeerd als missing variables.

In een tweede open vraag werd gevraagd waarom ze toen opzettelijk teveel pillen slikten of op een andere manier zichzelf lichamelijk probeerden te beschadigen. Deze vraag zal eerder gebruikt worden om de redenen die in de gesloten vraag aangeduid worden eventueel kracht bij te zetten of van enkele voorbeelden te voorzien.

Herkomst van de ouders

In de vragenlijst zijn 4 vragen opgenomen die ons informatie kunnen geven in verband met de herkomst van de ouders. Een eerste vraag leert ons of de jongere al dan niet in België geboren is, de andere twee vragen geven een beeld van de nationaliteit van de vader en van de moeder. Een laatste vraag toont ons welke talen de jongeren thuis spreken. In de analyse zal gebruik gemaakt worden van de nationaliteit van zowel de vader en de moeder. Eerst worden deze variabelen gehercodeerd naar 2 categorieën en daarna samengevoegd zodat we een beeld krijgen van het aantal jongeren met beide ouders van allochtone afkomst en het aantal met één van beide of beide ouders van autochtone afkomst. Bij het uitvoeren van de analyse om de relatie tussen herkomst van de ouders en zelfbeschadigend gedrag na te gaan, nemen we de jongeren waarvan beide ouders allochtoon zijn en de jongeren waarvan één van de ouders allochtoon is samen ten opzichte van de jongeren met autochtone ouders.

Socio-economische status (SES)

De socio-economische status wordt weergegeven aan de hand van het beroep van de ouders in 8 categorieën. De categorieën van 1 tot 5 staan voor de werkende bevolking waarvan 1 gelijkstaat met een hoge SES en 5 met een lage SES. Categorie 6 is voor de werkende bevolking die wegens te weinig informatie niet classificeerbaar is. In categorie 7 zitten de ‘inactieven’, onder andere de werklozen, de huisvrouwen en mannen, de gepensioneerden, de studenten en de zieken. Categorie 8 zijn diegene waar helemaal geen informatie over beschikbaar was of waarvan de informatie tegenstrijdig was. Elke ouder werd opgedeeld in één van deze categorieën op basis van de antwoorden die jongeren gaven op vijf verschillende vragen. In een eerste vraag werd gevraagd naar het werk van de ouders: werken ze, zijn ze huisvrouwen/huismannen, zijn ze ziek of gepensioneerd of zijn ze werkzoekend. Daarop volgden twee open vragen die peilden naar waar elke ouder tewerkgesteld is en wat ze precies doen. Daarnaast

wordt ook nog gekeken of ze zelfstandig werken of onder een baas en of ze al dan niet de leiding hebben over andere mensen en hoeveel dat ze zijn.

Om de interpretatie van de variabelen duidelijker te maken, werd er gekozen om de variabele te hercoderen naar een variabele met drie categorieën in de plaats van acht (Tabel 3).

Tabel 3: Hercoderen van de variabele SES van 8 categorieën naar 3.

SESMoeder/SESVader (8 cat.)	→	SESMoeder/SESVader (3 cat.)
1= Hoge SES	→	1= Hoge SES
2	→	1= Hoge SES
3	→	2= Midden SES
4	→	3= Lage SES
5= Lage SES	→	3= Lage SES
6= Economisch actief, te weinig informatie	→	Missing Variables
7= Economisch inactief	→	3= Lage SES
8= niet classificeerbaar	→	Missing Variabeles

We willen de SES van de ouders vergelijken met zelfbeschadigend gedrag, daarom nemen we in de analyse de hoogste graad van SES van de ouders.

*Middelengebruik*In de vragenlijst worden 12 vragen gesteld rond middelengebruik. Ten eerste worden er vragen gesteld naar het gebruik van tabak: hebben de jongeren al eens gerookt, hoe vaak roken ze momenteel, mogen de jongeren thuis roken en er wordt ook gekeken of de ouders en/of vrienden van de jongeren roken. Ten tweede kijkt men naar de hoeveelheid en de soort alcohol die jongeren consumeren en of ze al ooit echt dronken waren. De beginleeftijd van zowel roken als alcohol drinken en dronken zijn wordt ook nagegaan. In een laatste deel worden ook vragen gesteld naar drugsgebruik, zowel de hoeveelheid, de soort drug als de bereikbaarheid van drugs komt aan bod. Om de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en alcohol na te gaan, hercoderen we de variabelen naar variabelen met 2 categorieën, te minste wekelijks drinken ten opzichte van de rest. Bij dronkenschap plaatsen we meer dan 4 maal dronken zijn t.o.v. minder dan 4 maal dronken zijn. Om de relatie tussen cannabis en zelfbeschadigend gedrag na te gaan, hercoderen we de variabele ‘cannabis heel leven’ naar 2 categorieën waarin we ooit gebruik t.o.v. nooit gebruik plaatsen.

Muziek

In de vragenlijst werd slechts één vraag rond muziek opgenomen. De vraag gaat na van welke verschillende soorten muziek jongeren houden. Om de analyse en interpretatie duidelijker te maken bij de verschillende muziekstijlen zijn deze vragen omgezet van 6 antwoordmogelijkheden naar 3. Ik hou er helemaal niet van en ik hou er niet van wordt één categorie en ook ik hou er van en ik hou er helemaal van wordt samengevoegd. De groep die antwoordde een bepaald genre niet te kennen werd gecodeerd als ik hou er niet van. De neutrale groep blijft behouden. Er wordt gekeken naar de 6 muziekstijlen gekeken die in de literatuur naar voorkomen als mogelijke risicofactoren op zelfbeschadigend gedrag. Deze zijn: Pop (muziek top 40), Heavy Metal, Rock, Country, Hiphop (Rap) en Gothic.

Relatie de ouders

De relatie met de ouders kan bekeken worden aan de hand van de variabele makkelijk kunnen praten met vader en/of moeder. Deze variabelen worden eerst en vooral gehercodeerd naar twee groepen en vervolgens samengevoegd. Zo krijgen we een beeld hoeveel jongeren makkelijk kunnen praten met beide ouders, met één van de ouders of met geen enkele ouder. Bij het uitvoeren van de analyse wordt gekeken naar gemakkelijk kunnen praten met beide ouders of één van de ouders ten opzichte van makkelijk kunnen praten met geen enkele ouder.

School

Om een beeld te geven van de variabele school zullen vier vragen bekeken en geïnterpreteerd worden. Deze zijn: ‘Wat denk je momenteel over school?’, ‘Hoe erg voel je je onder druk staan door het schoolwerk dat je moet doen?’, ‘Ben je ooit al blijven zitten’ en ‘Werd je de laatste maand gepest op school’. Al deze variabelen worden gehercodeerd naar 2 groepen. De variabelen worden in de analyse als volgt bekeken: leuk op school t.o.v. niet leuk op school, meerdere keren blijven zitten t.o.v. nooit of een keer blijven zitten, vaak gepest de laatste maanden op school t.o.v. niet of zelden gepest op school en jongeren die veel schooldruk ervaren op school t.o.v. jongeren die weinig of geen schooldruk ervaren op school.

3 Data-verwerking

De data-verwerking zal eerst en vooral bestaan uit een beschrijvend gedeelte waarin wordt gekeken naar de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag, de frequentie van middelengebruik, de socio-economische status, de herkomst van de ouders en de muziekvoorkeur van de jongeren die zelfbeschadigend gedrag uitten. In dit deel kunnen we ook kijken naar de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en geslacht, SES, herkomst van de ouders, muziekvoorkeur en middelengebruik. Ook de relatie met de school en de ouders wordt hierin onderzocht als mogelijke beschermende factoren. Al deze analyses zullen gebeuren in SPSS aan de hand van Pearson chi-square testen.

In een tweede deel kunnen we dan nagaan of de al dan niet gevonden relaties tussen zelfbeschadigend gedrag en de andere variabelen zoals blijven zitten, cannabisgebruik en schooldruk blijven bestaan als we de relatie met de school en de ouders (beschermende factoren) ook in rekening brengen. Dit zal eveneens gebeuren in SPSS aan de hand van logistische regressie.

Resultaten

1 Beschrijvende analyse

1.1 Zelfbeschadigend gedrag

Van de 2586 jongeren in het vijfde en zesde middelbaar die deelnamen aan de studie hebben 177 jongeren (7,7%) één maal opzettelijk teveel pillen geslikt of zichzelf op een andere manier geprobeerd lichamelijk te beschadigen, 203 (8,8%) jongeren meldden dit al meerdere keren gedaan te hebben. In totaal rapporteerden dus 380 jongeren (16,5%) dat ze ooit opzettelijk teveel pillen slikten of zich op een andere manier probeerden te verwonden. Bij 17,3% van de jongeren dateerde de laatste keer dat ze zelfbeschadigend gedrag uitten van minder dan een maand geleden, bij 28,2% was het tussen een maand en een jaar geleden. Bij iets meer dan de helft van de 380 jongeren die zelfbeschadigend uitten was het meer dan een jaar geleden (54,4%). Driehonderd vijftien jongeren (83%) rapporteerden dat ze zichzelf thuis verwonden, 33 jongeren (8,8%) waren onder invloed van alcohol en 33 jongeren (8,7%) waren onder invloed van een ander middel.

Zelfbeschadigend gedrag komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Dit verschil is significant ($\text{Chi}^2=43,401$; $\text{df}=2$; $p< 0,001$). Bij de jongens probeerde 5,4% zichzelf 1 maal opzettelijk schade toe te brengen, terwijl dit bij de meisjes 9,9% was. Bijna 6% van de jongens bracht zichzelf meerdere keren schade toe ten opzichte van 11,6% bij meisjes. Twee derden (65,5%) van de jongeren die eenmaal zelfbeschadigend gedrag uitten of zich op een andere manier schade probeerden toe te brengen, is vrouwelijk. Voor jongeren die meerdere keren zelfbeschadigend gedrag uitten, zien we een gelijkaardige verdeling tussen jongens en meisjes, respectievelijk 33% en 67%.

Wanneer we kijken naar de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en de onderwijsvorm die jongeren volgen zien we ook hier enkele verschillen ($\text{Chi}^2=10,612$; $\text{df}=4$; $p=0,031$). Van de jongeren die in het BSO zitten, heeft 12,3% al meerdere keren zichzelf schade toegebracht, in het ASO en TSO was dit respectievelijk 7,7% en 8,0%. De cijfers voor het eenmaal voorkomen van zelfbeschadigend gedrag zijn in de drie onderwijsvormen gelijklopend, tussen de 7,3 en 8,1 %.

Van diegene die de open vraag rond de gebruikte methode beantwoordden, gaf 41,6% snijden op als gebruikte methode. Krassen kwam voor bij 22,3% van de jongeren die zelfbeschadigend gedrag uitten en slikken van teveel pillen kwam voor bij 10,8% van de jongeren. Nog 8,9% van deze jongeren gaf aan dat ze één van de voorgaande methoden gebruikten samen met nog een andere. Bijna 10% gaf een andere methode op, 6,7% vertelde liever niet welke manier ze gebruikten om zichzelf te verwonden.

In een gesloten vraag werden verschillende mogelijke redenen van zelfbeschadigend gedrag opgesomd. Er werd bevraagd aan te duiden welke van de redenen van toepassing waren op de laatste keer dat de jongere opzettelijk teveel pillen slikte of zichzelf op een andere manier probeerde lichamelijk te beschadigen. De redenen die meest werden opgegeven waren, mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daarvan af wilde, ik wilde mezelf straffen en ik wilde sterven.

Tabel 4: Percentage van jongeren die zichzelf opzettelijk verwond hebben volgens de reden die ze daarvoor opgaven

Reden van zelfbeschadigend gedrag	%
Mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daarvan af wilde <u>Voorbeelden:</u> ‘ik zag het leven niet meer zitten en zocht een manier om de mentale pijn te vergeten’	35,2%
Ik wilde mezelf straffen <u>Voorbeelden:</u> ‘ ik was razend op mezelf en op de wereld, ik voelde mij slecht en wou mezelf straffen’	33,1%
Ik wilde sterven <u>Voorbeelden:</u> ‘‘ik wou dood’; ‘Ik wou er niet meer zijn, ten gevolge van verschillende dingen die gebeurd waren en die zich opstapelden. Ik kon het niet meer aan, ik had er genoeg van.’; ‘ ik ben al 2 jaar met zelfbeschadigend bezig en ik werd er zo depressief van dat ik dood wilde.’	27,2%
Ik wilde laten zien hoe wanhopig ik me voelde	15,5%
Ik wilde weten of er werkelijk iemand was die van me hield <u>Voorbeelden:</u> ‘ik was verdrietig en had veel problemen. ik voelde me te dik en ik dacht dat niemand van me hield.’	15,0%
Ik wilde anderen betaald zetten voor de manier waarop ze me behandeld hebben <u>Voorbeelden:</u> ‘ om anderen pijn te doen, mijn ouders te straffen’	12,2%
Ik wilde aandacht krijgen	10,4%
Ik wilde iemand bang maken	6,1%

Er werd ook gevraagd aan de jongere om met hun eigen woorden te beschrijven waarom ze zich opzettelijk probeerden te verwonden. Deze antwoorden werden verwerkt in de tabel ter illustratie (Tabel 4).

Bepaalde redenen konden niet thuisgebracht worden in de categorieën. Ten eerste ruzies en problemen zowel met ouders, lief als met vrienden. Enkele voorbeelden: ‘ruzie met men vader, ben heel tijd alleen thuis, slapen ook’, ‘ik woonde op dat moment bij mijn vader en stiefmoeder en was daar zeer ongelukkig’, ‘ruzie met goede vriendin ze heeft kwetsende woorden gezegd’, ‘ omdat ik woordenwisseling had met mijn vriend omdat ik iets gedaan had en ik was bang hem te verliezen. Een tweede reden die werd aangehaald en niet kon thuisgebracht worden in een van de categorieën was problemen op school. Enkele voorbeelden: ‘het ging minder goed op school’, ‘slechte resultaten’, ‘zat op internaat, straf gekregen, zwaarmoedig en zag het niet meer zitten’, ‘ alles werd teveel, druk van school, van leerkrachten, en thuis problemen’. Ten derde waren er ook jongeren die dit gedrag uitten omdat ze zich verdrietig, eenzaam, depressief voelden. Voorbeelden hiervan: ‘verdrietig, dood van een geliefde’, ‘vriendin overleden’, ‘uit onmacht, om verdriet, ongeluk te vergeten’,

1.2 Socio-demografisch profiel

Herkomst van de ouders

Ongeveer 95% percent van de jongeren die deelnamen aan de studie is geboren in België. Als we kijken naar de ouders zien we dat 89,8% van de moeders hier geboren is en zijn 88,8% van de vaders. Andere landen van herkomst die vaak voorkomen bij de moeder zijn: Nederland (2,2%), Marokko (1,6%), Turkije (1,5%), Italië (0,3%) en Frankrijk (0,3%). Bij de vaders zien we dezelfde landen van herkomst het vaakst terug: Nederland (2,1%), Marokko (1,7%), Turkije (1,4%), Frankrijk (1,1%) en Italië (0,4%). Er zijn 2218 jongeren (87,6%) die 2 ouders van autochtone afkomst hebben, er zijn 156 jongeren (6,1%) waarvan één ouder autochtoon en één ouder allochtoon is en 158 jongeren (6,3%) waarvan beide ouders allochtoon zijn. Wanneer we kijken naar de relatie tussen de afkomst van één van beide ouders of beide ouders en zelfbeschadigend gedrag bij de jongeren zien we dat er geen significant verband is. ($\chi^2=4,319$; $df=2$;

$P=0,115$). Er is dus geen verschil tussen de jongeren waarvan beide ouders allochtoon zijn en de jongeren waarvan één van beide ouders of beide ouders autochtoon zijn bij het uiten van zelfbeschadigend gedrag.

Socio-economische status (SES)

Bij de moeders behoort 15% tot de categorie hoge SES, 27,2% tot de middenste groep en 57,8% tot de categorie lage SES. Bij de groep lage SES wordt 21,1% ingenomen door de groep economisch inactief (werklozen, huisvrouwen, gepensioneerden, studenten, zieken,...). Ongeveer 6% is wel economisch actief maar niet classificeerbaar wegens te weinig informatie. Deze worden samen met de groep ‘unclassifiable’ aangeduid als missing variables. Bij de vaders zit 23,4% in de groep met een hoge SES, 28,7% in de groep met midden SES en 47,9% in de groep met lage SES. Van deze laatste groep wordt 6,9% ingenomen door vaders die economisch inactief zijn. In de groep van mensen die wel economisch actief zijn maar waar te weinig informatie over is zit nog eens 10,9%. Deze vormen, eveneens met de groep ‘unclassifile’, missing variables. Als we in deze studie kijken naar de relatie tussen SES van de ouders en zelfbeschadigend gedrag, zien we geen verband ($\text{Chi}^2=0,845$; $\text{df}=4$; $P=0,932$).

1.3 Middelengebruik

Roken

Van de ondervraagde jongeren heeft 60,9% ooit gerookt, momenteel roken er 35,7% van de jongeren, waarvan 63,25% elke dag rookt. Honderd tweeëntwintig jongeren (4,7%) begonnen te roken vanaf 11 jaar of jonger. Het grootste aantal jongeren (12,7% en 11,2%) begon te roken op 14- , 15-jarige leeftijd.

Er is een significant verband tussen zelfbeschadigend gedrag en roken ($\text{Chi}^2=98,868$; $\text{df}=6$; $P<0,001$). Jongeren die roken, zowel elke dag als minstens 1 maal in de week of minder dan 1 maal in de week, hebben ook vaker geantwoord dat ze 1 of meerdere keren opzettelijk teveel pillen slikten of op een andere manier geprobeerd hebben zichzelf te verwonden. Net geen 16% van diegene die elke dag roken, uitten al meerdere keren zelfbeschadigend gedrag. Bij diegene die minstens 1 maal in de week roken maar

niet elke dag en diegene die minder dan 1 maal per week roken lagen de percentages iets lager, respectievelijk 11,4% en 11, 2%.

Cannabis

Ongeveer veertig percent van de jongeren die de vragenlijst invulde, gebruikte ooit al cannabis. Iets meer dan 10% (261 jongeren) deed dit slechts 1 of 2-maal, maar 11,7% gebruikte al 40 keer of meer cannabis in zijn hele leven.

Als we kijken naar de relatie tussen cannabis en zelfbeschadigend gedrag zien we net als bij roken en alcohol een significant verband ($\text{Chi}^2=62,816$; $\text{df}=2$; $p<0,001$). Er zijn procentueel meer mensen die zelfbeschadigend gedrag uitten bij diegene die cannabis gebruiken. Ongeveer 59% van de jongeren die meerdere keren geprobeerd heeft zichzelf te verwonden, gebruikte ooit al cannabis. Iets meer dan 56% van de jongeren die eenmaal zelfbeschadigend gedrag uitten, gebruikte ooit al cannabis.

Alcohol

Tien percent van de jongeren was 11 jaar of jonger toen ze voor de eerste maal alcohol dronken. Op 18-jarige leeftijd heeft 99,3% van de jongeren al eens alcohol gedronken, 68,4% van hen waren op die leeftijd al minstens eenmaal dronken, 28,2% was al meer dan 10 keer dronken. De meeste jongeren waren voor het eerst dronken op 15- , 16 jarige leeftijd, respectievelijk 17% en 21,7% . Ongeveer 44,4% van de jongeren drinkt wekelijks bier, 4,6% doet dit dagelijks. Wijn wordt wekelijks door 14,7% van de jongeren geconsumeerd, sterke drank door 17,9%; alcopops door 10,7% en aperitief door 5,9%. Deze dranken worden door gemiddeld 1% van de jongeren elke dag geconsumeerd.

Wanneer we kijken naar de relatie van de verschillende soorten alcoholische drank en zelfbeschadigend gedrag bij jongeren, zien we voor vijf soorten een significant verband, enkel met bier is er geen gevonden. Van de jongeren die meerdere keren zelfbeschadigend gedrag uitten, drinkt 18,4% wekelijks wijn, 30,0% wekelijks sterke drank, 16,3% wekelijks alcopops, 10,0% wekelijks aperitief en 20,2% wekelijks een andere alcoholische drank. Ook tussen dronkenschap en zelfbeschadigend gedrag is er verband. ($\text{Chi}^2=21,558$; $\text{df}=2$; $P<0,001$). Van de jongeren die meerdere keren zelfbeschadigend gedrag uitten, was 41,1% al meer dan 4 maal dronken. (Tabel 5)

Tabel 5: relatie tussen zelfbeschadigend gedrag (ZBG) en verscheidene soorten alcohol

Alcoholische drank	ZBG: eenmaal	ZBG: meerdere keren	Geen ZBG	Pearson Chi-Square	df	P
Bier: ten minste wekelijks	50,6%	48,0%	42,7%	Chi ² =5,695	2	P=0,058
Wijn: ten minste wekelijks	21,3%	18,4%	13,6%	Chi ² =9,968	2	P=0,007
Sterke drank: ten minste wekelijks	17,6%	30,0%	15,5%	Chi ² =27,705	2	P<0,001
Alcopops: ten minste wekelijks	11,4%	16,3%	9,2%	Chi ² =10,568	2	P=0,005
Aperitief: ten minste wekelijks	7,4%	10,0%	4,9%	Chi ² =10,404	2	P=0,006
Een andere alcoholische drank: ten minste wekelijks	13,0%	20,2%	8,7%	Chi ² =26,050	2	P<0,001
Dronkenschap: meer dan 4 maal	39,5%	41,1%	28,4%	Chi ² =21,558	2	P<0,001

1.4 Muziekvoorkeur

Van alle jongeren die de vragenlijst invulden, luisteren 965 jongeren (37,7%) graag naar Top 40 muziek, 1065 jongeren (41,6%) blijven neutraal. Heavy Metal wordt door de meeste jongeren niet graag beluisterd, slechts 17,2% houdt van deze muziek. Van hiphop houdt er 51,6% en van Rock muziek 46%. Bijna drie kwart van de jongeren houdt niet van Gothic, 12,2% houdt er wel van en 15,3% blijft neutraal. Van country muziek houdt 9,1% van de jongeren.

Wanneer we kijken naar de relatie tussen de verschillende muziekgenres en zelfbeschadigend gedrag, zien we dat er voor vier muziekgenres een significant verband bestaat. Vooral voor Heavy Metal en Gothic zijn er sterke significanties. Dit vooral tussen geen zelfbeschadigend gedrag uiten en meerdere keren zelfbeschadigend gedrag uitten.

Tabel 6: relatie tussen zelfbeschadigend gedrag (ZBG) en muziekvoorkeur

Muziekgenre	ZBG:eenmaal	ZBG: meerdere keren	Geen ZBG	Pearson Chi-square	df	P
Top 40 / Pop: houden ervan	43,5%	31,8%	38,1%	Chi ² =11,102	4	P=0,025
Heavy Metal: houden ervan	17,5%	29,9%	15,9%	Chi ² =30,614	4	P<0,001
Hip hop: houden ervan	58,3%	51,0%	50,7%	Chi ³ = 8,450	4	P=0,076
Rock: houden ervan	44,1%	57,6%	45,9%	Chi ³ =13,334	4	P=0,010
Gothic: houden ervan	12,6%	29,0%	10,1%	Chi ³ =66,225	4	P<0,001
Country: houden ervan	8,0%	11,0%	8,8%	Chi ² =3,820	4	P=0,431

1.5 School en relatie met ouders

School

Net iets minder dan de helft van de jongeren (48,1%) vindt het momenteel leuk op school. De andere helft van de jongeren houdt niet van school of doet het helemaal niet graag. Bijna 34% van de jongeren bleef al één of meerdere keren zitten. Van alle jongeren werd 5,1% de laatste maanden vaak gepest, 8,1% werd een of twee keer gepest in de laatste maanden. We zien voor alle onderzochte variabelen een significant verband tussen de variabele en zelfbeschadigend gedrag. Van de jongeren die het leuk vinden op school uitten 49,7 % nog nooit zelfbeschadigend gedrag. Van de jongeren die meerdere keren zelfbeschadigend gedrag uitten, bleef 14,4% al meerdere keren zitten op school en werd 11,4% vaak gepest. Van de jongeren die zichzelf eenmaal verwonden, ervaart

55,9% nogal veel of veel schooldruk, bij de jongeren die zich meermaals verwonden was dit 49,7%.

Tabel 7: relatie tussen zelfbeschadigend gedrag (ZBG) en school

	ZBG: eenmaal	ZBG: Meerdere keren	Geen ZBG	Pearsons Chi- Square	df	P
School is leuk	47,2%	36,6%	49,7%	Chi ² =13,752	2	P=0,001
Blijven zitten: > 1 maal	6,2%	14,4%	6,4%	Chi ² =17,887	2	P<0,001
Nogal veel/veel schooldruk	55,9%	49,7%	38,8%	Chi ² =28,001	2	P<0,001
Vaak gepest op school	7,3%	11,4%	3,9%	Chi ² =25,147	2	P<0,001

Relatie met ouders

Er zijn 1761 jongeren (70,9%) die makkelijk kunnen praten met hun moeder, 1168 jongeren (46,5%) kunnen makkelijk praten met hun vader. Wanneer we kijken naar de variabele praten met ouders, dan zien we dat 1024 jongeren (40,7%) gemakkelijk praten met beide ouders, 922 jongeren (36,6%) praten zonder problemen met één van beide ouders en 573 jongeren (22,8%) kunnen met geen enkele ouder makkelijk praten.

Wanneer we kijken naar de relatie tussen de verschillende variabelen en zelfbeschadigend gedrag, zien we dat er bij alle drie een verband is. Bij de jongeren die meerdere keren zelfbeschadigend gedrag uitten, kan 54,2% moeilijk of niet praten met zijn/haar moeder. Bij jongeren die zichzelf eenmaal opzettelijk schade toebrachten is dit 38,2% ten opzichte van 25,4% die geen zelfbeschadigend gedrag uiten. (Chi²=81,262; df=2; P<0,001).

Bij de jongeren die meerdere keren zelfbeschadigend gedrag uitten kan 70,4% moeilijk praten of niet praten met zijn/haar vader. Bij de jongeren die zichzelf eenmaal opzettelijk schade toebrachten is dit 66,9% ten opzichte van 51,3% die geen zelfbeschadigend gedrag uiten. (Chi²=39,387; df=2; P<0,001).

2 Invloed van beschermende factoren

2.1 Blijven Zitten

Wanneer we de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en blijven zitten op school controleren voor geslacht en onderwijsvorm in een logistische regressie, zien we dat de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en blijven zitten blijft bestaan. Zitten blijven heeft een odds ratio van 1,946 ($p=0,001$). Dit betekent dat jongeren die meer dan een keer zijn blijven zitten, 95% meer kans hebben om zelfbeschadigend gedrag te uiten. Wanneer we de variabele ‘leuk op school’ bij de analyse toevoegen zien we dat de odds ratio van zitten blijven gedaald is naar 1,828 ($p=0,003$). Dit wil zeggen dat wanneer een jongere het leuk vindt op school, de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en blijven zitten iets zwakker wordt. Een jongere die meer dan een keer blijven zitten is, heeft dan 83% kans om zelfbeschadigend gedrag te uiten. Op dezelfde manier kijken we naar de invloed van gemakkelijk kunnen praten met de ouders of een van de ouders. Hier zien we dat de odds ratio gestegen is naar 2,009 ($p=0,001$). Dit betekent dat gemakkelijk kunnen praten met één van de ouders of beide ouders in tegenstelling tot wat we verwachten een negatieve invloed heeft op de relatie tussen zitten blijven en zelfbeschadigend gedrag.

Tabel 8: Logistische regressie: Nooit of 1 keer blijven zitten t.o.v. meerdere keren blijven zitten

	Odds Ratio	95% C.I.	
		ondergrens	bovengrens
Blijven zitten ¹	1,946	1,318	2,873
Blijven zitten ²	1,828	1,226	2,725
Blijven zitten ³	2,009	1,350	2,990

1= gecontroleerd voor geslacht en opleiding; 2= gecontroleerd voor geslacht, opleiding en leuk op school;

3= gecontroleerd voor geslacht, opleiding en relatie met de ouders

2.2 Schooldruk

Zoals het geval was bij blijven zitten, blijft de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en schooldruk bestaan na controle van geslacht en onderwijsvorm. Schooldruk heeft een odds ratio van 1,828 ($1/.547$; $p<0,001$). Dit wil zeggen dat jongeren die nogal veel of veel schooldruk ervaren, 83% meer kans hebben tot het uiten van zelfbeschadigend

gedrag dan jongeren die geen of weinig schooldruk ervaren. Wanneer we kijken naar de invloed dat het leuk vinden op school erop heeft, zien we dat de odds ratio van schooldruk licht daalt naar 1,761(1/.568; $p<0,001$). Als de jongere veel druk ervaart van school uit maar het toch leuk vindt op school zien we dat de kans ongeveer 7% kleiner wordt op het uitten van zelfbeschadigend gedrag dan wanneer de jongere naast veel schooldruk het ook niet leuk op school vindt op school. Wanneer de jongere veel schooldruk ervaart maar makkelijk kan praten met zijn/haar ouders of één van hen, daalt de kans ongeveer met 10% (odds ratio=1,736; 1/.576; $p<0,001$).

Tabel 9: Logistische regressie: nogal veel schooldruk t.o.v zelden of geen schooldruk.

	Odds Ratio	95% C.I.	
		Ondergrens	bovengrens
Schooldruk ¹	0,547	0,433	0,690
Schooldruk ²	0,568	0,448	0,720
Schooldruk ³	0,576	0,454	0,729

1= gecontroleerd voor geslacht en opleiding; 2= gecontroleerd voor geslacht, opleiding en leuk op school; 3= gecontroleerd voor geslacht, opleiding en relatie met de ouders

2.3 Cannabis

De relatie tussen cannabis en zelfbeschadigend gedrag blijft eveneens significant na controle van geslacht en onderwijsvorm in een logistische regressie. De odds ratio van cannabis is 2,890 (1/.346; $p<0,001$). Dit wil zeggen dat wanneer jongeren cannabis gebruiken, ze 2,9 keer meer kans hebben om zelfbeschadigend gedrag te uiten. Bij jongeren die cannabis roken en het leuk vinden op school ligt de kans dat ze zelfbeschadigend gedrag uitten iets lager, namelijk 11% (OR=2, 778; 1/.360; $p<0,001$). Bij jongeren die cannabis roken en makkelijk kunnen praten met hun ouders ligt de kans dat ze zelfbeschadigend gedrag uitten iets hoger, namelijk 4%. (OR=2,933; 1/.341; $p<0,001$)

Tabel 10: Logistische regressie: Ooit gebruik van Cannabis t.o.v. nooit gebruik.

	Odds Ratio	95% C.I.	
		Ondergrens	bovengrens
Cannabis ¹	0,346	0,273	0,437
Cannabis ²	0,360	0,284	0,457
Cannabis ³	0,341	0,268	0,433

1= gecontroleerd voor geslacht en opleiding; 2= gecontroleerd voor geslacht, opleiding en leuk op school;
3= gecontroleerd voor geslacht, opleiding en relatie met de ouders

Discussie

1 Conclusie

Zelfbeschadigend gedrag kwam in de populatie van deze studie voor bij 16,5% van de jongeren. Van deze jongeren nam 53,4% meerdere keren opzettelijk teveel pillen of trachtte op een andere manier zichzelf meerdere keren schade toe te brengen. Deze resultaten liggen iets hoger dan de resultaten van het CASE-onderzoek dat Van Rijsselberge, Portzky en Van Heeringen voerden in 2006. (Rijsselberge, Portzky, & Van Heeringen, 2006) Dit is waarschijnlijk te wijten aan het leeftijdsverschil van de jongeren in beide studies. Beide onderzoeken werden gevoerd binnen een algemene populatie, maar in het CASE-onderzoek lag de gemiddelde leeftijd op 15,5 jaar terwijl in deze studie enkel gegevens rond zelfbeschadigend gedrag beschikbaar zijn voor jongeren in het vijfde en zesde middelbaar (17-18 jarigen). Laye-Gindhu en Schonert-Reichl (2005) vonden wel een gelijkaardige prevalentie (15%) van zelfbeschadigend gedrag bij adolescenten uit Canada. In hun studie was drie kwart van de jongeren die zelfbeschadigend gedrag rapporteerden, vrouwelijk. Dit percentage lag iets hoger dan in ons onderzoek. Wij vonden dat ongeveer twee derden van de jongeren die zelfbeschadigend gedrag uitten vrouwelijk is. Er is niet alleen in geslacht een verschil te vinden maar ook naargelang de richting die jongeren volgen op school. Jongeren die zich herhaaldelijk opzettelijk schade toebrachten, komen vaker uit het beroepsonderwijs.

De meest frequent gebruikte methoden om zichzelf te verwonden die uit de open vraag naar voor kwamen, komen eveneens overeen met de gegevens gevonden in de literatuur. Van Rijsselberge, Portzky en Van Heeringen (2006) stelden in hun onderzoek vast dat 67,3% van de jongeren die zelfbeschadigend gedrag uitte als gebruikte methode snijden of krassen opgaf, gevolgd door overdosis pillen. In ons onderzoek waren dit eveneens de meest gebruikte methoden: 41,6 procent gaf snijden op als gebruikte methode, krassen kwam voor bij 22,3% en het slikken van teveel pillen kwam voor bij 10,8%.

Zowel Haw et al.(2005) als Hawton et al.(2002) bespraken in hun onderzoek de relatie tussen middelengebruik en zelfbeschadigend gedrag. Ze vonden beide dat

zelfbeschadigend gedrag vaak gepaard gaat met alcoholgebruik of druggebruik. Ook in deze studie gebruikten jongeren die zelfbeschadigend gedrag uiten vaker alcohol en cannabis. Ze rookten ook vaker. Opmerkelijk is wel dat er een relatie is tussen elke bevraagde alcoholische drank en zelfbeschadigend gedrag uitgezonderd voor bier. Dit kan mogelijk te wijten zijn aan het feit dat bier zo goed ‘ingeburgerd’ is in onze samenleving. Madge et al.(2008) bespraken in hun studie ook de relatie tussen de gebruikte methode om zelfbeschadigend gedrag te uiten en middelengebruik. Dit werd in deze studie niet onderzocht.

In de literatuur vonden we ook verbanden tussen zelfbeschadigend gedrag en verschillende genres van muziek. De meeste literatuur die we vonden, legde een relatie tussen Heavy Metal en Gothic en zelfbeschadigend gedrag (Rutledge et al., 2008; Wells en Hakanen, 1991; Lacrouse, Claes en Villeneuve, 2001). Dit komt ook naar voor in onze resultaten waar vooral het verschil opvalt tussen houden van Heavy Metal of Gothic in de groep van de jongeren die meerdere keren zelfbeschadigend gedrag hebben geuit. Diegene die al meerdere keren zelfbeschadigend gedrag uitten rapporteerden veel vaker dat ze houden van Heavy Metal of Gothic dan diegene die nog nooit zelfbeschadigend gedrag uitten.

Er werd in deze studie een relatie gevonden tussen schooldruk, blijven zitten, gepest worden op school en zelfbeschadigend gedrag. Jongeren die nogal veel schooldruk ervaren, uiten vaker zelfbeschadigend gedrag. Ook bij jongeren die meer dan eenmaal zijn blijven zitten en voor jongeren die vaak gepest werden de laatste maanden, zien we vaker zelfbeschadigend gedrag.

In deze studie vonden we zowel voor het leuk vinden op school als voor het hebben van een goede relatie met ouders een verband met zelfbeschadigend gedrag. Jongeren die graag naar school gaan en makkelijk praten met beide ouders of één van beide ouders uitten minder zelfbeschadigend gedrag. We gingen ook na in hoeverre deze variabelen een beschermende rol kunnen spelen in de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en blijven zitten, schooldruk of cannabisgebruik. Bij jongeren die nogal veel schooldruk ervaren, zien we de kans op zelfbeschadigend gedrag dalen wanneer jongeren het leuk

vinden op school of makkelijk kunnen praten met beide ouders of één van de ouders. Bij jongeren die meer dan een keer zijn blijven zitten of cannabis gebruiken, zien we de kans op zelfbeschadigend gedrag enkel dalen als de jongere het leuk vindt op school. Wanneer deze jongeren makkelijk kunnen praten met hun ouders of een van hen zien we dat de kans op zelfbeschadigend gedrag licht toeneemt. Dit zouden we als volgt kunnen verklaren. Door het goede contact kan de jongere zich schuldig voelen dat hij zijn ouders teleurgesteld heeft door te blijven zitten of cannabis te gebruiken en dit kan leiden tot zelfbeschadigend gedrag om zich te straffen.

We kunnen concluderen dat heel wat associaties die naar voor kwamen in de literatuur ook gevonden werden in dit onderzoek bij Vlaamse jongeren van het vijfde en het zesde middelbaar. Uitzondering hierop zijn de relaties tussen SES en zelfbeschadigend gedrag (Jablonska, Lindberg, Lindblad, Hjern, 2008; Hawton, Harriss, Hodder, Simkim en Gunell, 2001; Ayton, Rasool, Cotren, 2003) en tussen etniciteit en zelfbeschadigend gedrag (Jablonska, Lindberg, Lindblad, Hjern, 2008) die in de literatuur gevonden werden maar niet voorkomen in deze studie. De afwezigheid van een verband tussen SES en zelfbeschadigend gedrag is mogelijk te verklaren door de manier waarop SES werd bepaald in deze studie. In deze studie werd ervoor gekozen ervoor om SES na te gaan aan de hand van het beroep van de ouders. De vragenlijst werd echter ingevuld door de jongeren zelf. Het is dus mogelijk dat niet alle verkregen informatie rond het beroep van de ouders en de mensen waarover ze al dan niet leiding hebben correct was. Als we kijken naar de literatuur zien we dat er soms gebruikt wordt gemaakt van beroep als indicator van SES maar niet altijd. Jablonska et al. (2008) gingen de socio-economische status na door te kijken naar volgende factoren: beroep, graad van opleiding, type van productie en de positie op het werk. Ayton, Rasool en Cotren (2003) brachten de sociale deprivatie in kaart aan de hand van 4 variabelen: werkloosheid, gezin zonder auto, overbevolkte huizen en geen eigenaar zijn van hun woning. Hawton et al. (2001) bepaalden de graad van socio-economische deprivatie aan de hand van een aantal karakteristieken. De karakteristieken die onderzocht werden waren werkstatus, werkproblemen, financiële problemen, gezinsproblemen, leefomstandigheden en sociale isolatie. De verschillen in de gebruikte indicatoren van SES kan aan de basis liggen waarom wij geen verband vinden en andere studies wel.

We konden met de gegevens uit de vragenlijst enkel kijken naar de herkomst van de ouders. Slecht 6,3% van de jongeren heeft ouders die beide afkomstig zijn uit een ander land. In de analyse werden de jongeren waarvan beide ouders allochtoon zijn, samengenomen met de jongeren waarvan één van de ouders allochtoon is. Het samennemen van deze categorieën kan een invloed hebben op het verband tussen herkomst van de ouders en zelfbeschadigend gedrag. Dat er geen verband gevonden werd tussen land van herkomst van de ouders en zelfbeschadigend gedrag is waarschijnlijk te wijten aan bovenvermelde factoren: het geringe aantal jongeren in de steekproef met een ouders uit een ander land van herkomst en de manier van coderen.

2 Beperkingen in de studie

Eerst en vooral is dit onderzoek een cross-sectionele studie. Daardoor kunnen er wel associaties tussen verschillende variabelen gevonden worden maar geen causale verbanden. De richting van de relatie kan dus niet bepaald worden. Het zou ook kunnen dat noch de ene variabele noch de andere de oorzaak is maar dat beide variabelen beïnvloed worden door nog een derde factor.

Bij het zoeken in hoeverre makkelijk kunnen praten met de ouders een beschermende rol kan spelen op de relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en schooldruk, blijven zitten en cannabisgebruik, vonden we bij twee van de drie relatie net het omgekeerde. Wanneer de jongeren een goed contact hadden met de ouders, steeg de kans op het uitten van zelfbeschadigend gedrag bij jongeren die meerdere keren bleven zitten of cannabis gebruikten. Deze stijging van de odds ratio's zouden we kunnen wijten aan het kleine aantal jongeren waarvoor alle drie deze aspecten van toepassing waren.

Niet alle relaties tussen zelfbeschadigend gedrag en de verschillende risicofactoren die naar voor zijn gekomen in de literatuur werden onderzocht. Sommige thema's worden niet bevraagd in de vragenlijst zoals seksuele geaardheid. Andere risicofactoren zoals relatie tussen de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen en zelfbeschadigend gedrag worden niet bevraagd. Deze relatie komt meestal naar voor in onderzoeken die gevoerd worden in klinische settings. Deze vragenlijst werd afgenomen in een algemene populatie. Er wordt verondersteld dat jongeren die zonder problemen naar een gewone

school gaan, geen psychiatrische stoornissen hebben of dit toch geen te grote invloed heeft op het alledaagse leven van de jongere.

Het zou ook onmogelijk zijn alles in één vragenlijst te willen bevragen, dit zou de vragenlijst te lang maken wat een negatieve invloed kan hebben op bijvoorbeeld het aantal volledig ingevulde vragenlijsten, de concentratie van de jongere bij het invullen, enz.

3 Suggesties voor verder onderzoek en de praktijk

De vragenlijst van de studie jongeren en gezondheid 2006 werd uitgebreid met enkele gesloten vragen rond zelfbeschadigend gedrag en twee open vragen rond zelfbeschadigend gedrag. De eerste open vraag peilde naar de gebruikte methode. De antwoorden die hierop gegeven werden lagen volledig in de lijn van de al bestaande literatuur. Deze vraag zou daarom misschien beter omgezet worden naar een gesloten vraag. De vraag zou dan een keuzelijst kunnen weergeven van de meest gebruikte methoden aangevuld met de mogelijkheid om een andere methode aan te brengen als dit nodig zou zijn. De tweede open vraag gaf dan weer heel wat bijkomende informatie bij de gesloten vraag rond de mogelijke redenen voor het uiten van zelfbeschadigend gedrag. Een veel voorkomende reden was het hebben van problemen met ouders, lief of vrienden, ook problemen op school kwamen meermaals voor. Deze twee redenen zouden eventueel extra opgenomen kunnen worden in de gesloten vraag. Het blijft echter zinvol om deze laatste open vraag wel in de vragenlijst te laten staan, omdat ze in de toekomst misschien nog andere redenen kan aanbrengen die nu nog niet in de gesloten vraag zijn opgenomen.

Aan de hand van de huidige vragenlijst kunnen we bij het nagaan van de relatie tussen etniciteit en zelfbeschadigend gedrag enkel kijken naar het land van herkomst van de ouders. Een suggestie voor verder onderzoek is bijvoorbeeld vragen naar religie in de vragenlijst omdat dit toch ook met etniciteit te maken geeft en het kan misschien ook een beschermende factor zijn. Eagles, Carson, Begg & Naji (2003) stelden in hun onderzoek vast dat voor sommige mensen hun geloof ervoor zorgde dat ze geen zelfmoord pleegden. Er is dus meer onderzoek nodig om dit te verfijnen.

Uit de literatuurstudie is gebleken dat weinig studies zich richtten op mogelijke beschermende factoren in relatie tot zelfbeschadigend gedrag. Dit zou een onderwerp kunnen vormen voor verder onderzoek over zelfbeschadigend gedrag en informatie kunnen bieden voor mogelijke preventiestrategieën om zelfbeschadigend gedrag te doen dalen of er op zijn minst op een adequate manier mee om te gaan.

Dit onderzoek kan ook implicaties bieden voor de praktijk. Bij het opstellen van preventiecampagnes kan er rekening gehouden worden met de risicofactoren die in deze studie naar voor kwamen en ook in de literatuur al gevonden werden en zich specifiek daarop toe te spitsen. Zo kunnen preventieve campagnes attractief gemaakt worden voor jongeren die graag naar Gothic, Heavy Metal luisteren, of extra inspanningen gedaan worden in het beroepsonderwijs, ...

Het leuk vinden op school had voor de drie onderzochte relaties een positieve invloed. Het zou interessant zijn op zoek te gaan naar welke factoren bepalen of school leuk is of niet en die opnemen bij het uitwerken van een preventiecampagne.

In 2010 wordt de vragenlijst opnieuw afgenomen. We krijgen dan voor de tweede keer gegevens rond zelfbeschadigend gedrag. Dit geeft ons de mogelijkheid om te kijken naar de evolutie, de verschillende trends en kan een meerwaarde zijn bij het verder op punt stellen van de preventie van zelfbeschadigend gedrag.

Literatuurlijst

Artikels

- Ayton, A., Rasool, H., & Cottrell, D. (2003). Deliberate self-harm in children and adolescents: Association with social deprivation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 303-307.
- Baker, F., & Bor, W. (2008). Can music preference indicate mental health status in young people. *Australasian Psychiatry*, 16(4), 284-288.
- Borowsky, I.W., & Resnick, M.D. (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485-493.
- Eagles, J.M., Carson, D.P., Begg, A., & Naji, S.A. (2003). Suicide Prevention: a study of patients' views. *British Journal of Psychiatry*, 182, 261-265.
- Harrington, R. (2001). Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *British Medical Bulletin*, 57, 47-60.
- Haw, C., & Hawton, K. (2008). Life problems and deliberate self-harm: associations with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder. *Journal of affective disorders*, 109, 139-148.
- Haw, C., Hawton, K., Casey, D., Bale, E., & Shepherd, A. (2005). Alcohol dependence, excessive drinking and deliberate self-harm. Trends and patterns in oxford, 1989-2002. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 964-971.
- Hawton, K., Harris, L., Hodder, K., Simkin, S., & Gunnell, D. (2001). The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychological Medicine*, 31(5), 827-836.
- Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *British Medical Journal*, 330(7496), 891-894.
- 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.
- Jablonska, B., Lindberg, L., Lindblad, F., & Hjern, A. (2008). Ethnicity, socio-economic status and self-harm in Swedish youth: a national cohort study. *Psychological Medicine*, 39(1), 87-94.

- King, M., McKeown, E., Warner, J., Ramsay, A., Johnson, K., Cort, C. et al. (2003). Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 183, 552-558.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S.S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. et al. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1), 70.
- Lacourse, E., Claes, M., & Villeneuve, M. (2001). Heavy metal music and adolescent suicidal risk. *Journal of youth and adolescence*, 30(3), 321-332.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K.A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the 'Whats' and 'Whys' of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., De Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S., et al. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677.
- Mays, V.M., & Cochran, S.D. (2000). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91, 1869-1876.
- Portzky, G., De Wilde, E.J., & Van Heeringen, K. (2008). Deliberate self-harm in Young People: differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 179-186.
- Rutledge, C.M., Rimer, D., & Scott, M. (2008). Vulnerable Goth Teens: The role of schools in this psychosocial high-risk culture. *Journal of School Health*, 78(9), 459-464.
- Schwartz, K.D., & Fouts, G.T. (2003). Music Preferences, Personality style, and developmental issues of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3), 205-213.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366(9495), 1471-1483.
- Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., Paul, C., & Williams, S. (2003). Sexual orientation and self-harm in men and women. *American journal of Psychiatry*, 160(3), 541-547.

Wells, A., & Hakanan, E.A. (1991). The emotional use of popular-music by adolescents. *Journalism Quarterly*, 68(3), 445-454.

Boeken

Herdt, G., & Boxer, A W. (1993). *Children of horizons: How gay and lesbian teens are leading a new way out of the closet*. Boston: Beacon Press.

Bille-Brahe, U., Schmidtke, A., Kerkhof, A., De Leo, D., Lönnqvist, J., & Platt, S. (1994). Background and introduction to the study: In A. Kerkhof, D. De Leo & J. Lönnqvist (Eds), *Attempted suicide in Europe: Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe 1994* (3-15). Leiden: DSWO Press.

Elektronische bronnen

De Munck, S., Portzky, G. & Van Heeringen, C. (2007). *WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour, jaarverslag 2007*. Opgehaald op 5 januari, 2009, van <http://www.dplace.be/ezo/jaarverslagen/Jaarverslag 2007 Gent.pdf>

Van Rijsselberghe, L., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2006). *Zelfbeschadigend gedrag bij adolescenten in Vlaanderen*. Opgehaald 24 november, 2008, van <http://www.dplace.be/ezo/downloads/Zelfbeschadigend Gedrag.pdf>

Van Rijsselberghe, L., Autreve, S., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2007). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen, Jaarverslag 2007*. Opgehaald 5 januari, 2009, van <http://www.dplace.be/ezo/jaarverslagen/Jaarverslag Vlaanderen 2007.pdf>

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. *Gezondheidsdoelstelling depressie en zelfdoding*. Opgehaald op 27 oktober 2008, van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=5364>

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. *Suïcidepreventie en beleid*. Opgehaald op 27 oktober 2008, van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/preventiezelfdoding.aspx>

World Health Organization(2009). *Suicide*. Opgehaald op 14 oktober 2008, van <http://www.who.int/topics/suicide/en/>

