

Zelfverwondend gedrag in detentie: prevalentie, risicofactoren en preventie

L. FAVRIL, I. BAETENS, F. VANDER LAENEN

- ACHTERGROND** Hoewel zelfverwondend gedrag (zvg) internationaal een ernstig probleem vormt bij gedetineerden, zijn hieromtrent geen empirische gegevens beschikbaar in de Belgische detentiecontext.
- DOEL** De prevalentie van, en risicofactoren voor, zvg nagaan in de Vlaamse gevangenissen.
- METHODE** Dwarsdoorsnedeonderzoek bij een representatieve steekproef van 1326 gedetineerden (1203 mannen en 123 vrouwen), willekeurig gerekruteerd uit 15 Vlaamse gevangenissen.
- RESULTATEN** Van alle gedetineerden gaf 17,3% aan zichzelf ooit in het leven opzettelijk verwond te hebben. Eén op twaalf (8,6%) rapporteerde zvg tijdens de detentieperiode, wat significant geassocieerd was met zowel statische risicofactoren (jongere leeftijd, een definitieve veroordeling en gewelddadige delicten) als dynamische risicofactoren (psychiatrische stoornissen, distress en copingstrategieën).
- CONCLUSIE** De omvang van zvg bij gedetineerden in Vlaanderen is aanzienlijk. De geïdentificeerde risicofactoren vormen belangrijke aanknopingspunten voor preventie en interventie in detentie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)12, 808-816

TREFWOORDEN gedetineerden, gevangenis, zelfverwondend gedrag



Zelfverwondend gedrag (zvg) verwijst naar het direct en opzettelijk aanbrengen van fysieke schade aan het eigen lichaam zonder de intentie zichzelf het leven te benemen (Nock 2010). Precies dit laatste, de afwezigheid van suïcidale intentie, differentieert zelfverwondend van suïcidaal gedrag. Bij een suïcidepoging heeft het gedrag als doel om een einde aan het leven te maken, terwijl bij zvg de handeling (zoals krassen, snijden of branden) het doel op zich is en er geen primaire intentie is tot zelfdoding. Daarnaast onderscheidt zvg zich van suïcidaal gedrag op het vlak van de (letaliteit van) gehanteerde methoden en de frequentie van het gedrag (Butler & Malone 2013; Muehlenkamp & Kerr 2010). Ondanks deze verschillen is er duidelijk sprake van comorbiditeit tussen beide (Hamza e.a. 2012), en zvg verhoogt het risico op later suïcidaal gedrag (Franklin e.a. 2017), deels vanwege overlappende risicofactoren (Fox e.a. 2015). Ongeveer 2-8% van de volwassenen in de algemene bevolking rapporteert zvg over de levensloop (Bebbington e.a. 2010; Klonsky 2011; Martin e.a. 2010).

ZVG bij gedetineerden

Net zoals bij suïcide (Favril e.a. 2018; Fazel e.a. 2017) toont onderzoek aan dat zvg vaker voorkomt in detentie in vergelijking met de algemene samenleving (Dixon-Gordon e.a. 2012). Risicofactoren voor zvg in detentie omvatten vroegkinderlijk misbruik, maladaptieve copingvaardigheden, psychiatrische aandoeningen, druggebruik, agressie en impulsiviteit (Carli e.a. 2011; Dixon-Gordon e.a. 2012; Knight e.a. 2017; Sakellidis e.a. 2010; Verdolini e.a. 2017). In detentie heeft zvg verschillende functies (Power e.a. 2013, 2015; Snow 2002). Zoals ook in de algemene samenleving (Taylor e.a. 2018) blijkt dat zvg het vaakst gehanteerd wordt om met negatieve emoties en distress om te gaan, of deze tot uiting te brengen. Zichzelf verwonden biedt aldus een tijdelijke verlichting van stresserende gevoelens en symptomen van depressie en angst. Verder wordt zvg frequent aangewend om controle te verkrijgen op de omgeving. Deze functies van zvg zijn weinig verrassend binnen de detentiecontext. De penitentiaire setting is immers een

stresserende omgeving die angst en depressie in de hand werkt, en waar controle grotendeels afwezig is (Liebling & Crewe 2012). Dit kan, in combinatie met de beschreven kwetsbaarheden die oververtegenwoordigd zijn binnen de muren van de gevangenis (Favril & Dirkzwager 2019), de verhoogde prevalentiecijfers van zvg in detentie verklaren.

Doel van het onderzoek

zvg vormt dus een ernstig en multifactorieel bepaald verschijnsel, dat de nodige preventiemaatregelen behoeft. Ondanks de klinische relevantie van zvg (zowel als een op zichzelf staand fenomeen, als in relatie met toekomstig suïcidaal gedrag) zijn hieromtrent geen empirische gegevens beschikbaar in de Belgische detentiecontext. Het doel van het huidige onderzoek was dan ook om, voor de eerste maal in België, de prevalentie en risicofactoren van zvg bij gedetineerden in kaart te brengen, teneinde aanbevelingen te formuleren voor het beleid en de praktijk.

METHODE

Steekproef en dataverzameling

In de periode oktober 2015-mei 2016 werden 15 Vlaamse gevangenissen benaderd. Een actuele daglijst van de gedetineerdenpopulatie in elke penitentiaire inrichting diende als basis voor de steekproeftrekking. Geïnterneerden (personen die wegens psychische problematiek ontoerekeningsvatbaar werden verklaard door een rechter) werden *a priori* geëxcludeerd gezien de eigenheid van deze populatie (zie Vandevelde e.a. 2011). Voor de 15 gevangenissen telde de populatie die in aanmerking kwam voor de studie, op het moment van de bevraging, 3862 gedetineerden (3636 mannen en 226 vrouwen). Voor elke gevangenis werd een volledig aselechte steekproef getrokken van minimaal één derde van de populatie.

De steekproef bedroeg in totaal 1550 gedetineerden (40,1%), die allen persoonlijk op cel werden benaderd door de onderzoeker (LF) met de vraag of men wou deelnemen aan het onderzoek. Gedetineerden die vanwege een (tucht)maatregel in afzondering verbleven, of die wegens externe redenen (zoals vrijlating of transfer) niet konden worden gecontacteerd, werden vervangen door een andere gedetineerde. In geval van weigering tot deelname werd de gedetineerde niet vervangen.

De anonieme vragenlijsten, beschikbaar in het Nederlands, Frans en Engels, werden in kleine groepen (circa 10 personen) ingevuld, uitsluitend in het bijzijn van de onderzoeker, of individueel afgegeven op cel en enkele dagen nadien persoonlijk opgehaald door de onderzoeker. Van de steekproef ($n = 1550$) vulden uiteindelijk 1326 gedetineerden de vragenlijst in (1203 mannen en 123 vrouwen), wat overeenstemt met een responsgraad van 85,5%.

AUTEURS

LOUIS FAVRIL, psycholoog, onderzoeker, Faculteit Recht en Criminologie, Universiteit Gent.

IMKE BAETENS, docent, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel.

FREYA VANDER LAENEN, hoofddocent, Faculteit Recht en Criminologie, Universiteit Gent.

CORRESPONDENTIEADRES

Louis Favril, Universiteit Gent, Faculteit Recht en Criminologie, Universiteitstraat 4, 9000 Gent, België.
E-mail: louis.favril@ugent.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-7-2018,

Volgens cijfers van het directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen (DG EPI 2017) bedroeg de gemiddelde dagelijkse gevangenisbevolking (zonder geïnterneerden) 9835 personen in 2016, waarvan er dus 13,5% werd bevraged in het huidige onderzoek. De uiteindelijke steekproef bestond overwegend uit mannen (90,7%) en veroordeelden maakten 65,4% van alle participerende gedetineerden uit. De gemiddelde leeftijd bedroeg 37,7 (SD: 11,8) jaar (uitersten: 18-77). Een dergelijke steekproefverdeling is representatief voor de gedetineerdenpopulatie in België (DG EPI 2017). De geheel aselechte steekproeftrekking, in combinatie met de hoge responsgraad, draagt tevens bij tot de representativiteit van de (grote) steekproef.

Variabelen

ACHTERGRONDGEGEVENS

In de vragenlijst werden demografische gegevens (geslacht, leeftijd en nationaliteit) bevraged, alsook criminologische variabelen, namelijk detentiestatus (beklaagd/veroordeeld) en het soort misdrijf waarvoor men werd opgesloten. Deze laatste variabele werd gecategoriseerd in gewelddadig (zoals moord, doodslag of verkrachting) vs. niet-gewelddadig (zoals diefstal, fraude of drugsdelicten).

ZELFVERWONDEND GEDRAG

Conform voorgaand onderzoek, zowel in de algemene samenleving (Bebbington e.a. 2010) als in de detentiecontext (Knight e.a. 2017), hanteerden we één item om zvg in kaart te brengen ('Heb je uzelf ooit opzettelijk verwond op eender welke manier, maar zonder de bedoeling om zelfmoord te plegen?'). In de antwoordmogelijkheden werd uitdrukkelijk een onderscheid gemaakt tussen zvg vóór en tijdens de huidige detentieperiode. Een positief antwoord

op minstens één van deze antwoordmogelijkheden werd als indicatief genomen voor zvg over de levensloop.

PSYCHIATRISCHE DIAGNOSES

Gedetineerden werden bevraagd of zij ooit in het leven (zowel buiten als binnen de gevangenis) een formele psychiatrische diagnose kregen, gesteld door een huisarts, psychiater of psycholoog of een andere professioneel, van één of meer psychiatrische stoornissen: as 1-stoornissen (depressieve stoornis, angststoornis, bipolaire stoornis, eetstoornis en psychotische stoornis), verslaving (alcohol, medicatie en drugs), persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen (ADHD en autismespectrumstoornis). Dit item werd overgenomen uit eerder onderzoek in de Verenigde Staten (Binswanger e.a. 2010). De diagnose(s) van toepassing konden de respondenten aankruisen, en zij kregen additioneel de ruimte om bijkomende informatie of andere diagnoses neer te schrijven. Formele psychiatrische diagnoses over de levensloop werden dichotoom gecodeerd (aanwezig/afwezig).

PSYCHOLOGISCHE DISTRESS

Psychologische distress werd gemeten aan de hand van de *General Health Questionnaire* (GHQ-12; Goldberg 1972). Deze vragenlijst omvat 12 items naar psychische klachten (zoals angst, depressie en sociaal disfunctioneren) en deze worden gescoord op een 4-puntlikertschaal van 'helemaal niet' (0) tot 'veel meer dan gewoonlijk' (3), waardoor de globale GHQ-score van elke respondent varieert tussen 0 en 36. Een hogere score duidt op een grotere ernst van psychologische distress gedurende de laatste vier weken in detentie.

COPINGVAARDIGHEDEN

Om coping in kaart te brengen werd de *Brief COPE* (Carver 1997) gehanteerd. Dit gevalideerd meetinstrument omvat 28 items die het gebruik van copingstrategieën in stressvolle situaties peilen. Participanten scoorden elk item op een 4-puntlikertschaal van '(bijna) nooit' (1) tot '(bijna) altijd' (4). In onze studie onderscheidde we twee overkoepelende dimensies van coping: adaptieve copingstrategieën (zoals probleemoplossing, planning en positieve herwaardering) en maladaptieve copingstrategieën (zoals ontkenning, zelfverwijt en middelengebruik).

Data-analyse

Om na te gaan of er statistisch significante verschillen waren tussen gedetineerden met (zvg-groep) en zonder (geen-zvg-groep) zelfgerapporteerd zvg gedurende de detentie werden bivariate analyses uitgevoerd; de χ^2 -toets van Pearson voor categorische variabelen en de onafhankelijke t-test voor continue variabelen. Vervolgens werd

een multivariate logistische-regressieanalyse uitgevoerd om risicofactoren te identificeren voor zvg tijdens de detentie, terwijl werd gecontroleerd voor alle onafhankelijke variabelen in het model. Oddsratio's (OR) en hun 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI) worden gerapporteerd als schattingen voor de sterkte van de associaties tussen zvg en de onafhankelijke variabelen. Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 24, waarbij het significantieniveau werd vastgelegd op $p < 0,05$.

Ethische aspecten

Het studieprotocol werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit Gent, faculteit Recht en Criminologie. Toestemming voor de uitvoering van de studie in de Vlaamse gevangenissen werd verkregen via het DG EPI.

RESULTATEN

Prevalentie en bivariate analyses

Over de levensloop rapporteerde 17,3% (95%-BI: 15,3-19,4) van alle gedetineerden minstens één episode van zvg. Tijdens de detentieperiode meldde 8,6% (95%-BI: 7,1-10,1) zvg; opgesplitst naar geslacht 8,5% mannen en 9,8% vrouwen. Zoals weergegeven in **TABEL 1** bleek zvg tijdens de opsluiting positief geassocieerd te zijn met jongere leeftijd ($p < 0,0001$), Belgische nationaliteit ($p = 0,042$), detentiestatus van veroordeelde ($p < 0,0001$), een opsluiting wegens een gewelddadig delict ($p = 0,003$), hogere psychologische distress ($p < 0,0001$) en psychiatrische diagnoses ($p < 0,0001$). Wanneer we deze laatste variabele opsplitten, zagen we dat zvg significant geassocieerd was met elke categorie van psychiatrische stoornissen afzonderlijk (alle $p < 0,0001$). Ook coping bleek significant geassocieerd met zvg, al verschilde de richting van het verband naargelang het type: adaptieve copingstrategieën waren negatief geassocieerd met zvg ($p = 0,039$), terwijl voor maladaptieve coping een positief verband werd gevonden ($p < 0,0001$). De hoogste oddsratio observeerden we voor psychiatrische diagnoses (OR = 3,98), wat aangeeft dat gedetineerden met een psychiatrische diagnose een viermaal zo hoge kans hadden om zichzelf te verwonden tijdens de detentie als degenen zonder diagnose.

Multivariate analyse

De resultaten van de multivariate regressieanalyse worden weergegeven in **TABEL 2**. Het volledige model met alle variabelen was statistisch significant ($\chi^2_{(9)} = 111,172$; $p < 0,0001$), wat aangeeft dat het model in staat is om gedetineerden die zvg rapporteerden in detentie te onderscheiden van degenen die dit niet deden (91,5% van alle cases werd correct geclassificeerd).

TABEL 1 Prevalentiecijfers en bivariate analyses voor zelfverwondend gedrag (ZVG) in detentie; percentages (voor categorische data) of gemiddelde met standaarddeviatie (SD) (voor continue data)

	ZVG in detentie		OR	p	
	Totaal (n = 1326)	Geen ZVG (n = 1212)			ZVG (n = 114)
Geslacht (man)	90,7	90,8	89,5	1,17	0,631
Leeftijd (SD)	37,7 (11,8)	38,1 (12,0)	33,3 (8,0)	0,96	< 0,0001
Nationaliteit (niet-Belg)	26,5	27,2	18,4	0,60	0,042
Status (veroordeeld)	65,4	63,7	83,3	2,85	< 0,0001
Gewelddadig delict	26,3	25,1	38,1	1,83	0,003
<i>Psychiatrische diagnose</i>	46,3	43,6	75,4	3,98	< 0,0001
As 1-stoornis ^a	25,4	22,9	52,6	3,75	< 0,0001
Verslaving	25,3	23,9	39,5	2,07	< 0,0001
Persoonlijkheidsstoornis	8,7	7,3	23,7	3,96	< 0,0001
Ontwikkelingsstoornis ^b	13,1	11,7	28,1	2,94	< 0,0001
Psychologische distress (SD)	16,7 (7,9)	16,4 (7,9)	20,2 (7,9)	1,06	< 0,0001
Adaptieve coping (SD)	4,3 (0,9)	4,8 (1,0)	4,6 (1,0)	0,82	0,039
Maladaptieve coping (SD)	4,8 (1,0)	4,3 (1,0)	4,9 (0,9)	1,86	< 0,0001

^a Depressieve stoornis, angststoornis, bipolaire stoornis, eetstoornis en psychotische stoornis.

^b ADHD en autismespectrumstoornis.

Van de demografische variabelen bleef enkel leeftijd ($OR = 0,94$; $p < 0,0001$) significant in het model. Factoren eigen aan de detentie waren sterk positief geassocieerd met ZVG, namelijk de detentiestatus ($OR = 3,49$; $p < 0,0001$) en opsluiting vanwege een gewelddadig delict ($OR = 2,27$; $p = 0,001$). Op klinisch gebied was er eveneens een positieve relatie merkbaar wat betreft psychiatrische diagnoses ($OR = 2,08$; $p = 0,007$) en psychologische distress ($OR = 1,04$; $p = 0,007$). Ten slotte was zowel adaptieve ($OR = 0,75$; $p = 0,017$) als maladaptieve ($OR = 1,57$; $p < 0,001$) coping geassocieerd met ZVG; respectievelijk negatief en positief.

DISCUSSIE

De huidige studie had tot doel om, voor de eerste maal in België, de prevalentie en risicofactoren van ZVG bij gedetineerden te onderzoeken. Dit deden wij aan de hand van een representatieve steekproef van 1326 gedetineerden in de Vlaamse gevangenis; goed voor 13,5% van de gemiddelde gevangenisbevolking in België.

Interpretatie van de resultaten

De omvang van ZVG bij gedetineerden in Vlaanderen is aanzienlijk. Grofweg één gedetineerde op zes (17,3%)

TABEL 2 Multivariate regressieanalyse voor zelfverwondend gedrag (ZVG) in detentie

	β	SE	Wald	OR (95%-BI)	p
Geslacht (man)	-0,088	0,360	0,060	0,92 (0,45-1,86)	0,806
Leeftijd	-0,064	0,013	23,942	0,94 (0,92-0,96)	< 0,0001
Nationaliteit (niet-Belg)	0,099	0,317	0,097	1,10 (0,59-2,06)	0,756
Status (veroordeeld)	1,249	0,301	17,219	3,49 (1,93-6,29)	< 0,0001
Gewelddadig delict	0,820	0,250	10,720	2,27 (1,39-3,71)	0,001
Psychiatrische diagnose	0,734	0,270	7,366	2,08 (1,23-3,54)	0,007
Psychologische distress	0,041	0,015	7,226	1,04 (1,01-1,07)	0,007
Adaptieve coping	-0,292	0,122	5,705	0,75 (0,59-0,95)	0,017
Maladaptieve coping	0,450	0,126	12,771	1,57 (1,23-2,01)	< 0,001

TABEL 3 Prevalentiecijfers van zelfverwondend gedrag (ZVG) bij gedetineerden

Eerste auteur (jaar)	Land	Steekproef	ZVG ooit	ZVG in detentie
Huidige studie	België	1326 (123 vrouwen)	17,3%	8,6%
Carli (2011)	Italië	1555 mannen	17,9%	.
Knight (2017)	Engeland & Wales	3142 (771 vrouwen)	.	6,6%
Kruttschnitt (2007)	Engeland & VS	2119 vrouwen	.	6,0%
Verdolini (2017)	Italië	526 mannen	17,7%	11,0%

verwondde zichzelf ooit opzettelijk in het leven, en 8,6% deed dit gedurende de huidige detentieperiode. Hoewel zvg bij gedetineerden in België vaak blijkt voor te komen, zeker in vergelijking met volwassenen in de algemene populatie, zijn dit geen uitzonderlijke cijfers in het licht van de internationale literatuur. Meer nog, de huidige prevalentiecijfers zijn conform Europees onderzoek met representatieve steekproeven van gedetineerden (TABEL 3).

Analoog aan bevindingen in de doorsnee bevolking (Klonsky 2011; Martin e.a. 2010) vonden we geen significant prevalentieverschil tussen gedetineerde mannen (8,5%) en vrouwen (9,8%). Dit spreekt echter eerder onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk tegen (Knight e.a. 2017), waar vrouwelijke gedetineerden (9,6%) significant meer zvg in detentie rapporteerden dan mannelijke (5,7%). In elk geval kunnen we aannemen dat zvg geen exclusief 'vrouwelijk probleem' betreft, zoals vaak (nog) wordt aangenomen (Kimbrel e.a. 2017). Op demografisch gebied blijkt leeftijd wel een rol te spelen: jongere gedetineerden vertonen, als groep, een hoger risico op zvg dan oudere personen. Deze bevinding is consistent met longitudinaal onderzoek dat wijst op een daling van zvg naarmate de leeftijd toeneemt (Plener e.a. 2015).

COPING EN DISTRESS

Psychologische distress was significant geassocieerd met zvg, hetgeen een terugkerende bevinding is (Kruttschnitt & Vuolo 2007; Martin e.a. 2010). Het ervaren van hoge psychologische distress kan een belangrijke reden vormen om zichzelf te verwonden. Onderzoek toont inderdaad aan dat zvg frequent wordt aangewend als een manier om distress en negatieve gevoelens te verlichten, zoals kwaadheid, frustratie, spanning, angst en depressieve gevoelens. Hoewel wij de functies van zvg niet bevroegen in deze studie, liggen onze bevindingen in lijn met de wetenschappelijke literatuur. De samenhang tussen zvg, distress en (maladaptieve) coping, zoals de huidige resultaten aantonen, bevestigt de intrapersonlijke functies van zvg, in het bijzonder affectregulatie (Gratz 2003). Personen die een hoge mate van distress ervaren en die onvoldoende

beschikken over de nodige adaptieve copingvaardigheden om hier mee om te gaan, hebben grotere kans om terug te vallen op zvg. Affectregulatie blijkt inderdaad veruit de vaakst vernoemde functie van zvg (Taylor e.a. 2018), wat consistent is met empirische bevindingen bij zowel vrouwelijke (Kenning e.a. 2010; Mangnall & Yurkovich 2010; Power e.a. 2013) als mannelijke (Power e.a. 2015; Sakelliadis e.a. 2010) gedetineerden.

PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN

Onze bevinding dat psychiatrische diagnoses sterk gerelateerd zijn aan zvg werd reeds veelvuldig beschreven (Dixon-Gordon e.a. 2012; Verdolini e.a. 2017). Bij driekwart van alle gedetineerden die zvg rapporteren in detentie was sprake van minstens één psychiatrische diagnose. Gelet op dit duidelijke verband kunnen we aannemen dat de werkelijke prevalentie van zvg in de Vlaamse gevangnissen nog hoger ligt, aangezien wij geïnterneerden *a priori* hebben geëxcludeerd uit de steekproef. Verder was zvg duidelijk geassocieerd met een breed spectrum van psychiatrische stoornissen (zie TABEL 1). Traditioneel wordt zvg beschouwd als een specifieke manifestatie van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, waarbij het gedrag expliciet als een diagnostisch criterium is opgenomen sinds haar introductie in de DSM-III in 1980 (Selby e.a. 2015; Gunderson e.a. 2018). Hoewel een dergelijk criterium in de huidige psychiatrische nosologie bij geen enkele andere DSM-stoornis wordt gebruikt, toont ons onderzoek aan dat zvg niet exclusief is voor één bepaalde diagnose.

Ondanks deze diagnostische heterogeniteit komt zvg eveneens voor in de *afwezigheid* van psychiatrische stoornissen (Nock 2010). Recent werd zvg dan ook voor het eerst opgenomen in de DSM-5 als een op zichzelf staand syndroom, onder de naam *nonsuïcidale zelfinjury disorder* (NSSID), als aandoening die verder onderzoek behoeft (Selby e.a. 2015; Zetterqvist 2015). In dit opzicht dient zvg als transdiagnostisch gedrag te worden beschouwd, eerder dan als een symptoom, dat evenzeer voorkomt in niet-klinische populaties. Tot op heden blijft (inter)nationaal onderzoek naar de NSSID onder gedetineerden echter uit.

DETENTIESPECIFIEKE FACTOREN

Naast klinische factoren bleken in de huidige studie ook detentiespecifieke variabelen zvg bij gedetineerden te verklaren. Zo was de kans op zvg grofweg 3,5 maal zo hoog bij veroordeelde gedetineerden als bij beklagden. Algemeen genomen zijn veroordeelden reeds langer opgesloten dan beklagden, wat ertoe leidt dat zij tijdens hun detentieperiode meer kans hebben op blootstelling aan (detentiegebonden) stressoren, hetgeen hun verhoogd risico op zvg kan verklaren (Knight e.a. 2017).

Ongeacht de detentiestatus vonden wij een duidelijk verband tussen zvg en het plegen van gewelddadig delicten. Studies brachten zvg reeds herhaaldelijk in verband met agressie en interpersoonlijk geweld (O'Donnell e.a. 2015; Sahlin e.a. 2017), ook in de detentiecontext (Carli e.a. 2011; Kruttschnitt & Vuolo 2007; Sakellidis e.a. 2010).

De bevinding dat gewelddadige personen niet enkel agressief gedrag naar anderen richten, maar ook naar zichzelf (zvg als inwaarts-gerichte agressie), werd reeds onder de aandacht gebracht door Freud (1917) en wordt op heden verklaard door eenzelfde onderliggende (neurobiologische) kwetsbaarheid voor beide gedragvormen. Verschillende gedeelde risicofactoren en mechanismen worden hiervoor gesuggereerd, zoals een disfunctie in het serotoninesysteem, impulsief-agressieve persoonlijkheidskenmerken en emotionele dysregulatie via een verhoogde autonome arousal (Mann 2003; Skegg 2005; Coccaro e.a. 2015).

Methodologische aandachtspunten

Onze resultaten moeten worden geïnterpreteerd in het licht van enkele methodologische beperkingen. Ten eerste verzamelden wij de data crosssectioneel, waardoor het niet mogelijk is om uitspraken te doen over *causale* verbanden met zvg; prospectief onderzoek is hiervoor vereist.

Ten tweede deden wij een beroep op retrospectieve zelfrapportage, wat potentieel onderworpen is aan geheugenefecten en sociaal wenselijke antwoorden, zeker gezien het onderzoeksonderwerp en het daaraan gekoppelde stigma (hoewel de vragenlijst volledig anoniem was).

Ten derde kunnen de resultaten beïnvloed zijn door de wijze waarop enkele variabelen werden bevraagd. Zo werd zvg, conform eerder grootschalig onderzoek (Bebbington e.a. 2010; Knight e.a. 2017), dichotoom bevraagd, waardoor we geen zicht hadden op de frequentie van zvg, noch op de gehanteerde methode(n). Nochtans toont onderzoek aan dat dergelijke parameters belangrijke indicatoren vormen voor de ernst van zvg (Turner e.a. 2013). Hierbij aansluitend bevroegen we formele psychiatrische diagnoses via zelfrapportage, eerder dan actuele stoornissen via een klinisch interview. Een dergelijke aanpak kan echter een onder-

schatting van de werkelijke omvang van psychiatrische stoornissen impliceren, gegeven de reële kans op onderdiagnostisering (Howerton e.a. 2007).

Ondanks deze beperkingen biedt de huidige studie nieuwe inzichten rond zvg in de Belgische penitentiaire context, hetgeen implicaties heeft voor zowel het beleid als de praktijk.

Implicaties en aanbevelingen

Gegeven de hoge prevalentie van zvg zijn de nodige preventie- en interventie maatregelen vereist in de detentiecontext. Naast preventiestrategieën die tot doel hebben om (verder) zvg te voorkomen, zijn de vroegtijdige detectie en behandeling van zvg van groot belang.

SCREENING EN ASSESSMENT

De vroegtijdige detectie van zvg vormt een cruciale stap in de preventie ervan. De meerwaarde van een systematische screening en assessment om personen met verhoogd risico te identificeren valt hierbij niet te ontkennen (Dixon-Gordon e.a. 2012). Gebaseerd op de huidige onderzoeksresultaten blijkt het bevragen van zowel statische indicatoren (leeftijd, detentiestatus en delicttype) als dynamische (psychiatrische aandoening, distress en coping) bijzonder relevant in een detentiecontext (Horton e.a. 2014). Een positieve screeningsuitslag, gevolgd door een diepgaander assessment, leidt idealiter tot geïndiceerde opvolging van de gedetineerden in kwestie, door hen te verbinden met diensten voor geestelijke gezondheidszorg of andere beschikbare hulpverlening binnen detentie (Favril & Dirkzwager 2019).

PERSONEEL EN TRAINING

In het verlengde van (het belang van) een vroegtijdige detectie dient het penitentiair personeel alert te zijn voor wijzigingen bij het individu die wijzen op een toename in distress. Gegeven hun eerstelijnsfunctie vormt het bewakingspersoneel een centrale actor in dit verhaal. Onderzoek toont echter aan dat het bewakingspersoneel zvg niet zelden percipieert als manipulatief of aandachtzoekend, eerder dan het gedrag toe te schrijven aan (het omgaan met) ernstige distress (Kenning e.a. 2010; Marzano e.a. 2012). Dergelijke attitudes kunnen hulpzoekend gedrag bij gedetineerden negatief beïnvloeden, wat het risico op toekomstig zvg verhoogt (Marzano e.a. 2012).

Specifieke training en ondersteuning van het penitentiair personeel vormt dan ook een belangrijke preventiestrategie (Mangnall & Yurkovich 2010; Marzano e.a. 2015), niet in het minst omdat personen die (repetitief) zvg laten zien een sterk verhoogd suïciderisico hebben. Meer inzicht verwerven in de motivaties en emoties die ten grondslag

liggen van zvg kan leiden tot verbeterde zorg en tot een toename van de competenties van het personeel dat werkt met gedetineerden die zichzelf verwonden.

BEHANDELING

Als evidence-based psychotherapeutische behandeling noemen we cognitieve gedragstherapie (CGT), dialectische gedragstherapie (DGT), mentalisatie-bevorderende therapie (MBT) en systeemtherapeutische behandeling (Turner e.a. 2014; Hawton e.a. 2016). Vanuit diverse meta-analyses (Hawton e.a. 2016; Hetrick e.a. 2016; Saunders & Smith 2016) en recente evaluaties van kortdurende interventies (Andover e.a. 2017; Bentley e.a. 2017) wordt geconcludeerd dat psychotherapie effectief is in de reductie van zvg, en dat er geen duidelijke superioriteit van één therapeutische stroming kan worden gevonden. Wel beveelt men algemeen aan om de volgende kernelementen in acht te nemen: psycho-educatie, continue monitoring van ernst en comorbide psychische problemen, risicotaxatie van suïcidaliteit, stimuleren van hulpzoekend gedrag en motivatie voor behandeling, en aanleren van alternatieve probleemoplossende en copingvaardigheden.

In een recente review die een systematisch overzicht biedt van behandelingen die men kan implementeren binnen de gevangeniscontext, komen drie interventies naar voren als werkzaam bij gedetineerden: training van penitentiair personeel, CGT en DGT (Shelton e.a. 2017). Effectieve behan-

delingen voor zvg bij gedetineerden dienen zich minstens te richten op het reguleren van emoties en distress, alsook op het aanleren van 'gezonde' copingvaardigheden, naast psycho-educatie. Meer inzetten op psychologische behandeling vormt aldus een belangrijke preventiepijler voor zvg bij gedetineerden. Echter, het gebrek aan voldoende geestelijke gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen blijkt een oud zeer, hetgeen recent nogmaals werd onderstreept (Favril e.a. 2017; Mistiaen e.a. 2017).

CONCLUSIE

Zvg vormt een ernstig en prevalent probleem binnen de Vlaamse gevangenissen dat aanzienlijke uitdagingen inhoudt voor de detentiecontext. De persoonlijke schade ervan is evident: zvg gaat gepaard met psychisch lijden en een verhoogd risico op suïcidaal gedrag. Ook qua institutionele middelen weegt zvg zwaar op het gevangeniswezen, gezien het onevenredig hoge gebruik van penitentiaire gezondheidszorg door personen die zichzelf verwonden (Smith & Kaminski 2010).

Vroegtijdige identificatie en preventie van zvg vormen aldus essentiële pijlers binnen een ruimer gevangenisbeleid. Verder onderzoek naar de NSSID in de detentiecontext is noodzakelijk, alsook naar de effectiviteit van behandelmethoden voor gedetineerden die zichzelf verwonden, wil men de incidentie (en de schadelijke uitkomsten) van zvg reduceren.

LITERATUUR

- Andover MS, Schatten HT, Morris BW, Holman CS, Miller IW. An intervention for nonsuicidal self-injury in young adults: a pilot randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2017; 85: 620-31.
- Bebbington PE, Minot S, Cooper C, Dennis M, Meltzer H, Jenkins R, e.a. Suicidal ideation, self-harm and attempted suicide: results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *Eur Psychiatry* 2010; 25: 427-31.
- Bentley KH, Sauer-Zavala S, Nock MK, Gorman BS, Barlow DH. A functional analysis of two transdiagnostic, emotion-focused interventions on nonsuicidal self-injury. *J Consult Clin Psychol* 2017; 85: 632-46.
- Binswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *Am J Public Health* 2010; 100: 476-82.
- Butler AM, Malone K. Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? *Br J Psychiatry* 2013; 202: 324-5.
- Carli V, Mandelli L, Postuvan V, Roy A, Bevilacqua L, Cesaro C, e.a. Self-harm in prisoners. *CNS Spectr* 2011; 16: 75-81.
- Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int J Behav Med* 1997; 4: 92-100.
- Coccaro EF, Fanning JR, Phan KL, Lee R. Serotonin and impulsive aggression. *CNS Spectr* 2015; 20: 295-302.
- DG EPI. Jaarverslag 2016. Brussel: Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen; 2017.
- Dixon-Gordon K, Harrison N, Roesch R. Non-suicidal self-injury within offender populations: a systematic review. *Int J Forensic Ment Health* 2012; 11: 33-50.
- Favril L, Dirkzwager A. De psychische gezondheid van gedetineerden in België en Nederland: een systematisch overzicht. *Tijdschr Criminol* 2019; 61.
- Favril L, Vander Laenen F, Audenaert K. Psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden in Vlaanderen. *Panopticon* 2017; 38: 231-45.
- Favril L, Wittouck C, Audenaert K, Vander Laenen F. Suïcide bij gedetineerden in België: een dossierstudie. *PROCES* 2018; 97: 43-59.

- Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 946-52.
- Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev* 2015; 42: 156-67.
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, e.a. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* 2017; 143: 187-232.
- Freud, S. *Mourning and melancholia*. London: Hogarth Press; 1917.
- Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press; 1972.
- Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clin Psychol Sci Pract* 2003; 10: 192-205.
- Gunderson, JG, Herpertz, SC, Skodol, AE, Torgersen, S, Zanarini, MC. *Borderline personality disorder*. *Nat Rev Dis Primers* 2018; 4: 18029.
- Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 482-95.
- Hawton K, Witt KG, Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, e.a. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 740-50.
- Hetrick SE, Robinson J, Spittal MJ, Carter G. Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMJ Open* 2016; 6: e011024.
- Horton M, Wright N, Dyer W, Wright-Hughes A, Farrin A, Mohammed Z, e.a. Assessing the risk of self-harm in an adult offender population: an incidence cohort study. *Health Technol Asses* 2014; 18: 64.
- Howerton A, Byng R, Campbell J, Hess D, Owens C, Aitken P. Understanding help seeking behaviour among male offenders: qualitative interview study. *BMJ* 2007; 334: 303-6.
- Kenning C, Cooper J, Short V, Shaw J, Abel K, Chew-Graham C. Prison staff and women prisoner's views on self-harm; their implications for service delivery and development: a qualitative study. *Crim Behav Ment Health* 2010; 20: 274-84.
- Kimbrel NA, Calhoun PS, Beckham JC. Nonsuicidal self-injury in men: a serious problem that has been overlooked for too long. *World Psychiatry* 2017; 16: 108-9.
- Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med* 2011; 41: 1981-6.
- Knight B, Coid J, Ullrich S. Non-suicidal self-injury in UK prisoners. *Int J Forensic Ment Health* 2017; 16: 172-82.
- Kruttschnitt C, Vuolo M. The cultural context of women prisoners' mental health. *Punishm Soc* 2007; 9: 115-50.
- Liebling A, Crewe B. Prison life, penal power, and prison effects. In: Maguire M, Morgan R, Reiner R, red. *The Oxford handbook of criminology*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- Mangnall J, Yurkovich E. A grounded theory exploration of deliberate self-harm in incarcerated women. *J Forensic Nurs* 2010; 6: 88-95.
- Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003; 4: 819-28.
- Martin G, Swannell SV, Hazell PL, Harrison JE, Taylor AW. Self-injury in Australia: a community survey. *Med J Aust* 2010; 193: 506-10.
- Marzano L, Adler JR, Ciclitira K. Responding to repetitive, non-suicidal self-harm in an English male prison: staff experiences, reactions, and concerns. *Legal Criminol Psych* 2015; 20: 241-54.
- Marzano L, Ciclitira K, Adler J. The impact of prison staff responses on self-harming behaviours: prisoners' perspectives. *Br J Clin Psychol* 2012; 51: 4-18.
- Mistiaen P, Dauvrin M, Eysen E, Roberfroid D, San Miguel L, Vinck I. *Gezondheidszorg in Belgische gevangenen: huidige situatie en toekomstige scenario's*. Brussel: KCE; 2017.
- Muehlenkamp J, Kerr P. Untangling a complex web: how non-suicidal self-injury and suicide attempts differ. *Prev Res* 2010; 17: 8-10.
- Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6: 339-63.
- O'Donnell O, House A, Waterman M. The co-occurrence of aggression and self-harm: systematic literature review. *J Affect Disord* 2015; 175: 325-50.
- Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2015; 2:2.
- Power J, Brown SL, Usher AM. Non-suicidal self-injury in women offenders: motivations, emotions, and precipitating events. *Int J Forensic Ment Health* 2013; 12: 192-204.
- Power J, Usher AM, Beaudette JN. Non-suicidal self-injury in male offenders: initiation, motivations, emotions, and precipitating events. *Int J Forensic Ment Health* 2015; 14: 147-60.
- Sahlén H, Kuja-Halkola R, Bjureberg J, Lichtenstein P, Molero Y, Rydell M, e.a. Association between deliberate self-harm and violent criminality. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 615-21.
- Sakelliadis EI, Papadodima SA, Sergeantanis TN, Giotakos O, Spiliopoulou CA. Self-injurious behavior among Greek male prisoners: prevalence and risk factors. *Eur Psychiatry* 2010; 25: 151-8.
- Saunders KE, Smith KA. Interventions to prevent self-harm: what does the evidence say? *Evid Based Ment Health* 2016; 19: 69-72.
- Selby EA, Kranzler A, Fehling KB, Panza E. Nonsuicidal self-injury disorder: the path to diagnostic validity and final obstacles. *Clin Psychol Rev* 2015; 38: 79-91.
- Shelton D, Bailey C, Banfi V. Effective interventions for self-harming behaviors and suicide within the detained offender population: a systematic review. *J Evid Based Pract Correct Health* 2017; 1: 3.
- Snow L. Prisoners' motives for self-injury and attempted suicide. *Br J Forensic Pract* 2002; 4: 18-29.

- Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005; 366: 1471-83.
- Smith HP, Kaminski RJ. Inmate self-injurious behaviors: distinguishing characteristics within a retrospective study. *Crim Justice Behav* 2010; 37: 81-96.
- Taylor PJ, Jomar K, Dhingra K, Forrester R, Shahmalak U, Dickson JM. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J Affect Disord* 2018; 227: 759-69.
- Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry* 2014; 59: 576-85.
- Turner BJ, Layden BK, Butler SM, Chapman AL. How often, or how many ways: clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicidality. *Arch Suicide Res* 2013; 17: 397-415.
- Vandavelde S, Soyez V, Vander Beken T, De Smet S, Boers A, Broekaert E. Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *Int J Law Psychiatry* 2011; 34: 71-8.
- Verdolini N, Murru A, Attademo L, Garinella R, Pacchiarotti I, Bonnin CDM, e.a. The aggressor at the mirror: psychiatric correlates of deliberate self-harm in male prison inmates. *Eur Psychiatry* 2017; 44: 153-60.
- Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015; 9:31.

SUMMARY

Non-suicidal self-injury among prisoners: prevalence, risk factors, and prevention

L. FAVRIL, I. BAETENS, F. VANDER LAENEN

BACKGROUND Although non-suicidal self-injury (nssi) is a serious health concern among prisoners worldwide, no empirical data on this issue are currently available specifically for Belgium.

AIM To investigate the prevalence rates of, and risk factors for, nssi in Flemish prisons.

METHOD A cross-sectional study based on a representative sample of 1326 prisoners (1203 men and 123 women), randomly selected from 15 Flemish prisons.

RESULTS Overall, 17.3% of prisoners self-reported a lifetime history of nssi. One in 12 prisoners (8.6%) engaged in nssi whilst incarcerated; this was significantly associated with both static (younger age, sentenced status, and violent offending) and dynamic (psychiatric disorders, distress, and coping strategies) risk factors.

CONCLUSION The extent of nssi among prisoners in Flanders is considerable. The identified risk factors present important targets for prevention and intervention in a custodial setting.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)12, 808-816

KEY WORDS incarceration, inmates, non-suicidal self-injury, self-harm