

Wetenschap & Praktijk

Systeemtherapeutische behandeling bij zelfverwondend gedrag

Imke Baetens, Lise De Ridder & Tinne Buelens

De laatste decennia groeit de aandacht voor de behandeling van zelfbeschadigend gedrag en wordt er onder meer gezocht naar de meerwaarde van een systeemtherapeutische behandeling. In deze review beschrijven we de effectiviteit van systeemtherapeutische behandeling bij zelfbeschadiging en lichten we enkele kernthematieken toe.

Zelfbeschadigend gedrag is een overkoepelende term die verwijst naar elke directe of indirecte vorm van schade die wordt toegebracht aan het eigen lichaam (Nock & Favazza, 2009). Een specifieke vorm van zelfbeschadigend gedrag is opzettelijk zelfverwondend gedrag, waarbij indirecte en/of suïcidale gedragingen worden uitgesloten. De term automutilatie wordt voorbehouden voor ernstige vormen van zelfverminking, zoals amputatie van ledematen. Zelfverwondend gedrag wordt specifiek gedefinieerd als 'sociaal onacceptabel gedrag waarbij een persoon zichzelf opzettelijk en op een directe manier fysiek letsel toebrengt zonder de bedoeling te hebben zich het leven te benemen' (Claes & Vandereycken, 2007, p. 14). Door zichzelf bijvoorbeeld te krassen, te snijden, te branden of te slaan (Nock & Favazza, 2009), poogt het individu negatief affect te reguleren of positief affect op te wekken (Nock & Prinstein, 2004). Internationaal worden in niet-klinische populaties prevalentiecijfers gerapporteerd van circa achttien procent in de adolescentie, dertien procent in de jongvolwassenheid (18-26 jaar), en vijf procent bij volwassenen (Swannell, Martin, Page, Hasking & St John, 2014). Een eerste piek in aanvangsleeftijd tekent zich af rond de leeftijd van veertien tot vijftien jaar, een tweede piek bevindt zich tussen twintig en vierentwintig jaar (Gandhi et al., 2018). De hoge prevalentiecijfers zijn alarmerend, gezien het verband dat reeds werd aangetoond tussen zelfverwondend gedrag en een verhoogd risico op onder meer depressie en angstklachten, rumi-

natie (piekeren) en latere suïcidepogingen (Buelens, Luyckx, Gandhi, Kiekens & Claes, 2019; Moran et al., 2012).

Om meer inzicht te verkrijgen in ontstaan en in stand houden van zelfverwondend gedrag is op uitgebreide schaal internationaal onderzoek uitgevoerd naar zowel intra- als interpersoonlijke risicofactoren. Intrapersoonlijk worden voornamelijk moeilijkheden in de emotieregulatie, ontoereikende copingstrategieën, een negatief zelfbeeld en een gestagneerde identiteitsontwikkeling aangeduid als risicofactor voor zelfverwondend gedrag (voor een volledig overzicht zie Cassels & Wilkinson, 2016).

Op het interpersoonlijke vlak worden verschillende beschermende en risicofactoren onderzocht, zowel in de gezinscontext als bij leeftijdsgenoten (voor een overzicht zie Arbuthnott & Lewis, 2015). In de gezinscontext zijn onder meer angstige gehechtheid, familiale conflicten en een lagere socio-economische status risicofactoren voor zelfverwondend gedrag bij adolescenten (Baetens, Claes, Martin et al., 2014; Tatnell, Kelada, Hasking & Graham, 2014). Een warme en afgestemde, niet-intrusieve ouderlijke steun is een van de meest uitgesproken beschermende factoren voor zelfverwonding (Tatnell et al., 2014).

Het bieden van steun als ouder kan echter onder druk komen te staan in een gezin waarin een van de kinderen zichzelf verwondt. Wanneer ouders geconfronteerd worden met het zelfverwondend gedrag van hun kind, rapporteren ze vaak zelfverwilt, spijt en schuldgevoelens (Whitlock, Lloyss-Richardson, Fisseha & Bates, 2017), alsmede gevoelens van machteloosheid, eenzaamheid, verdriet en angst (McDonald, O'Brien & Jackson, 2007; Oldershaw, Richards, Simic & Schmidt, 2008). Die angst om een nieuwe episode van zelfverwonding uit te lokken (Oldershaw et al., 2008) kan ervoor zorgen dat ouders het gevoel krijgen op eieren te lopen en dat ze moeite hebben met grenzen stellen en hun eigen grenzen te bewaken. Andere ouders gaan juist meer controlerend gedrag stellen (Baetens, Claes, Onghena et al., 2014). Hoewel de intentie is om hierdoor meer controle te krijgen op de situatie, het zelfverwondend gedrag en het welbevinden van hun kind, verhoogt intrusief en controlerend gedrag echter enigszins de kans op verderdurend zelfverwondend gedrag (Waals et al., 2018). Naast ouders ervaren ook broers en zussen effecten van zelfverwondend gedrag in de gezinscontext, zoals het gevoel overschaduwd te worden of zelf stress te ondervinden door een toename van conflicten in het gezin (Tschan, Lüdtke, Schmid & In-Albon, 2019).

Naast de gezinscontext is de relatie met leeftijdsgenoten onderzocht als interpersoonlijke factor die zou kunnen bijdragen aan de start van

Systeemtherapeutische behandeling bij zelfverwondend gedrag

zelfverwondend gedrag bij jongeren. Enerzijds blijkt er een socialisatie-effect te spelen, waarbij jongeren beïnvloed kunnen worden door leeftijdsgenoten in hun omgeving (Jarvi, Jackson, Swenson & Crawford, 2013). Vooral bij adolescenten die al enige kwetsbaarheid vertonen in hun ontwikkeling en veel negatief affect ervaren, verhoogt het socialisatie-effect de kans op initiatie van zelfverwondend gedrag. Zelfverwonding bij leeftijdsgenoten is namelijk een makkelijk te kopiëren coping-strategie (Jarvi et al., 2013). Anderzijds kan ook een selectie-effect het risico op zelfverwonding verhogen, waarbij een individu zelf op zoek gaat naar een sociale context van jongeren met gedeelde kenmerken en kwetsbaarheden (Jarvi et al., 2013). Zelfverwonding draagt dan bij tot het vinden van aansluiting bij deze leeftijdsgenoten en de heersende subcultuur (Hooley & Franklin, 2018).

Psychotherapeutische behandeling van zelfverwondend gedrag

Ondanks de relatief hoge prevalentie en de impact van zelfverwonding op de jongere en diens omgeving is er tot op heden geen evidence-based behandeling ontwikkeld die zich specifiek richt op zelfverwondend gedrag (Flaherty, 2021; Timberlake, Beeber & Hubbard, 2020). Enkele bestaande behandelvormen worden wel reeds toegepast op zelfbeschadigend gedrag (de overkoepelende omschrijving van directe en indirecte vormen van beschadiging, inclusief suïcidepogingen). Verschillende meta-analyses toonden voorlopige, maar voorzichtig positieve resultaten wat betreft de afname van de frequentie en ernst van zelfbeschadiging (zoals Muehlenkamp, 2006; Ougrin et al., 2015; Turner, Austin & Chapman, 2014). Tot dusver lijken cognitieve gedragstherapie (cgt), dialectische gedragstherapie (dgt), mentalisatiebevorderende therapie voor adolescenten (mbt-a), en *developmental group based therapy* (dgbt) de meest veelbelovende behandelingen voor zelfbeschadigende gedragingen zoals zelfverwonding en suïcidepogingen (Flaherty, 2021; Ougrin et al., 2015; Turner et al., 2014). Zowel dialectische gedragstherapie als mentalisatiebevorderende therapie voor adolescenten besteedt ruim aandacht aan gezinsdynamieken, en beide omvatten (groeps)gezinstherapie, respectievelijk wekelijks en maandelijks. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat deze interventies op de langere termijn niet voor betere resultaten zorgden dan *treatment as usual* (Witt et al., 2021). Mogelijk kan de effectiviteit van *treatment as usual* ten opzichte van meer gestructureerde behandelvormen verklaard worden door de grotere flexibiliteit, waardoor de

behandelaar de interventie preciezer kan afstemmen op de individuele behoeften van de cliënt (Witt et al., 2021).

Werkzame factoren Een van de belangrijkste gedeelde werkzame factoren in de hierboven besproken behandelvormen is de kwaliteit van de therapeutische relatie en een niet-veroordelende houding van de therapeut ten opzichte van het zelfverwondend gedrag (Miller, Muelenkamp & Jacobson, 2009). Zo worden er minder episodes van zelfverwonding gerapporteerd tijdens een dialectische gedragstherapeutische behandeling wanneer cliënten hun therapeut ervaren als warm en beschermend (Bedics, Atkins, Comtois & Linehan, 2012).

Toch is de opbouw van een werkrelatie met een cliënt die zichzelf verwondt niet altijd eenvoudig, onder meer doordat zelfverwonding sneller dan andere problematieken tegenoverdracht kan oproepen (Favazza, 2009; Saunders, Hawton, Fortune & Farrel, 2012). Een literatuurstudie van Karman, Kool, Poslawsky en Meijel (2015) wees bijvoorbeeld op de frequente aanwezigheid van negatieve attitudes bij (psychiatrisch) verpleegkundigen die geconfronteerd worden met jongeren die aan zelfverwonding doen. Bij de verpleegkundigen leidt de confrontatie met herhaaldelijke zelfverwonding tot gevoelens van frustratie, kwaadheid en incompetentie. In vergelijking met verpleegkundigen en artsen is de houding van de paramedici zoals psychologen, sociaal werkers en ergotherapeuten ten opzichte van cliënten met zelfverwondend gedrag significant positiever (Commons Treloar & Lewis, 2008). Meerdere studies tonen bovendien aan dat gerichte bijscholing over omgaan met zelfverwonding samenhangt met een meer positieve houding van de hulpverleners ten opzichte van zelfverwonding, minder gevoelens van incompetentie en minder frustratie (Hauck, Harrison & Montecalvo, 2013; Koning, McNaught & Tuffin, 2018; Rayner, Allen & Johnson, 2005).

Als specifiek onderdeel van deze reflectie, bijscholing en inter- of supervisie kan het spanningsveld tussen tonen en niet tonen van zelfverwonding aan bod komen (Karman et al., 2015; Muehlenkamp, 2006). Er wordt geëxploreerd of er openlijk kan worden gesproken over zelfverwondend gedrag (onder meer over frequentie, functies, triggers) in de therapie. Er wordt van de cliënt een zekere openheid over zelfverwonding verwacht om therapeutisch aan de slag te kunnen gaan (De Rijdt, 2007). Toch gaan geheimzinnigheid, verborgen houden of weinig inzicht geven in de eigen beleving vaak gepaard met zelfverwondend gedrag (Baetens et al., 2011), hetgeen moeilijk te verdragen of frustrerend kan zijn voor de hulpverlener (Hoffman & Kress, 2010). Om deze tegenover-

dracht te hanteren, kan het helpend zijn om de betekenis van het 'niet tonen' nader te bekijken. Helpende vragen kunnen bijvoorbeeld zijn: 'Wat doet jou aarzelen om te spreken over zelfverwonding?' De therapeut kan reflecteren op de geheimzinnigheid en onderzoeken of deze gekaderd is binnen gevoelens van schaamte of de aarzeling rond vertrouwen en het toelaten van zorg bij de jongere (De Rijdt, 2007). Of wordt het 'niet tonen' gedreven vanuit een angst dat zelfverwonding als vertrouwde emotieregulatiestrategie zal moeten worden opgegeven (Heath, Baxter, Toste & McLouth, 2010)?

Echter, een te grote openheid, bijvoorbeeld door het openlijk tonen van wonden of het verhinderen van het genezingsproces van littekens, kan moeilijk te hanteren zijn voor de therapeut (Thompson, Powis & Carradice, 2008). Ook kan een expliciete of sensationele manier van spreken over zelfverwonding als choquerend of zelfs weerzinwekkend worden ervaren door de therapeut (Thompson et al., 2008). Wederom kan dan een nader begrip van de betekenis van het 'tonen' helpend zijn in het hanteren van deze tegenoverdracht. Zo kan het betekenen dat deze jongere erg beperkt is in zijn emotionele taal. Is het zichtbaar maken van wonden of littekens dan een reflectie van zijn innerlijke pijn? Ook kan de band met de therapeut op de proef gesteld of uitgedaagd worden door expliciet te spreken over het zelfverwondend gedrag. Het bovenstaande illustreert hoe het herkennen en hanteren van tegenoverdracht een belangrijke therapeutische hefboom kan zijn.

Behalve een constructieve werkrelatie en het hanteren van tegenoverdracht behoren ook de bereidheid tot verandering bij de jongere (Kruzan & Whitlock, 2019) en een gerichte aanpak van het zelfverwondend gedrag (Turner et al., 2014) tot werkzame factoren van een succesvolle behandeling. Bereidheid tot verandering kan concreet gemaakt worden door de wens te stoppen met zelfverwonding, minder afhankelijk te worden van het zelfverwondend gedrag of tegen anderen te durven spreken over het eigen zelfverwondend gedrag (Kruzan & Whitlock, 2019). De gerichte aanpak van zelfverwonding kan starten met een functieanalyse met oog voor de complexiteit en de gelaagdheid die zelfverwonding vaak met zich meebrengt (Kruzan & Whitlock, 2019; Turner et al., 2014). Zo kan een episode van zelfverwonding voor hetzelfde individu een verschillende functie of betekenis hebben, afhankelijk van de situatie, de uitlokkende factoren of de emotionele beleving op dat moment (Møhl, 2019; Nock & Prinstein, 2004). Tot slot kunnen mogelijke adaptieve emotieregulatiestrategieën worden geëxploreerd, zodat de cliënt nieuwe manieren kan uitproberen om negatief affect te hanteren en zodoende minder afhanke-

lijk te worden van het zelfverwondend gedrag (Kruzan & Whitlock, 2019; Turner et al., 2014).

Systeemtherapeutische behandeling Verschillende onderzoeken tonen aan dat behandelingen van psychische problematiek die families actief betrekken, in het algemeen effectiever lijken dan therapieën die zich louter op het individu richten (Fonagy et al., 2014). Ook bij zelfverwondend gedrag wijzen enkele onderzoeken erop dat de betrokkenheid van het systeem in de interventie samengaat met herstel, zoals een vermindering van het aantal zelfverwondende episodes (Brent et al., 2013; Ougrin et al., 2015). Toch is de effectiviteit van systeemtherapie bij behandeling van zelfverwondend gedrag tot op heden slechts beperkt systematisch onderzocht. Cottrell en collega's (2018) rapporteren over de effectiviteit van gezinstherapie versus treatment as usual voor zelfbeschadigend gedrag, de ruimere definitie van beschadigend gedrag die zowel suïcidepogingen als niet-suïcidale zelfverwonding omvat. Deze *randomised controlled trial* toont aan dat gezinstherapie geen betere uitkomst biedt dan treatment as usual wat betreft het aantal spoedopnames naar aanleiding van zelfbeschadiging. Ook in kosteneffectiviteit, gemeten aan de hand van positieve effecten op het vlak van levenskwaliteit, is het effect van gezinstherapie niet gunstiger dan treatment as usual. Opgemerkt moet worden dat wanneer het effect van de therapie op de levenskwaliteit van alle gezinsleden wordt meegenomen in plaats van alleen op die van de jongere, gezinstherapie wel gunstiger uitpakt.

Twee uitzonderingen op deze algemene bevinding verdienen een bijzondere vermelding. Ten eerste bleek het succes van de behandeling deels afhankelijk te zijn van de mate waarin de jongere a priori in staat was om over zijn of haar emoties te spreken. Gezinstherapie heeft een positiever resultaat voor de jongere zelf dan treatment as usual wanneer de jongere makkelijker zijn of haar emoties kon bespreken, en vice versa: wanneer hij of zij er meer moeite mee heeft, doet treatment as usual het beter dan gezinstherapie. Het inschatten en bevragen van deze vaardigheden bij de jongere vormt daarom een belangrijke stap in het keuzeproces voor de behandelvorm van zelfverwondend gedrag (Cottrell et al., 2018).

Ten tweede bleek het succes van de behandeling ook afhankelijk van de hoeveelheid familiale problemen die het gezin ervaart. Zo zorgde gezinstherapie voor een grotere daling van het risico op zelfbeschadiging dan treatment as usual wanneer er meer familiale problemen werden gemeld door het gezin. Dit geldt ook andersom: in vergelijking met gezinstherapie geeft treatment as usual een grotere daling in het risico

Systeemtherapeutische behandeling bij zelfverwondend gedrag

op zelfbeschadigend gedrag in gezinnen met minder familiale problemen (Cottrell et al., 2018).

De systeemtherapeut en zelfverwondend gedrag

In de systeemtherapie creëert de therapeut een kader waarin elk gezinslid de mogelijkheid heeft om zijn eigen rol te begrijpen in het familieproces en om nieuw aangeleerde relationele vaardigheden uit te proberen. Dit is de basis om correctieve hechtingservaringen op te doen en zo het vertrouwen in elkaar te herstellen (Diamond, Russon & Levy, 2016). In verschillende studies wordt het belang benadrukt van de aanwezigheid van een gemotiveerd gezin, familiale steun en bevredigende hechtingsrelaties voor een effectieve behandeling van zelfverwondend gedrag (Tatnell et al., 2014; Turner et al., 2014). Het is vanzelfsprekend dat ouders deze rol pas op zich kunnen nemen indien zij over voldoende mentale ruimte en veerkracht beschikken om er voor hun kind te kunnen zijn. In gezinnen waar sprake is van zelfverwondend gedrag is dit niet evident, gezien de stressvolle en emotionele context waarin een gezin zich op dat moment bevindt (Arbuthnott & Lewis, 2015). Het is immers vaak zo dat wanneer het zelfverwondend gedrag van hun kind aan het licht komt, al dan niet na een periode van geheimhouding van het zelfverwondend gedrag (Baetens et al., 2011), ouders acute stress en uiteenlopende intense emoties rapporteren als kwaadheid, angst, schuld, schaamte en verwarring (McDonald et al., 2007; Whitlock et al., 2017). Zoals eerder in deze review reeds is beschreven, kunnen gezinnen op dat moment in een zichzelf versterkende negatieve spiraal terechtkomen.

Waals en collega's (2018) formuleerden een *non-suicidal self-injury family distress cascade theory*. In deze theorie wordt gesteld dat de emotionele intensiteit die ouders ervaren na confrontatie met het zelfverwondend gedrag van hun kind, kan leiden tot een zogenaamde 'empathieburn-out', waarbij de ouders steeds minder in staat zijn om afgestemd te reageren op de noden van hun kind (Thomas, 2013; Waals et al., 2018). 'Empathieburn-out', al dan niet in combinatie met verwarring, onbegrip of angst (Kelada, Whitlock, Haskins & Melvin, 2016), kan leiden tot krampachtige pogingen van de ouders om grip te krijgen op het zelfverwondend gedrag (Baetens et al., 2015). Deze pogingen kunnen als intrusief worden ervaren door de jongere, verhinderen verbinding tussen het kind en diens ouders, en verhogen vaak de druk op de reeds gespannen gezinsdynamiek (Muehlenkamp et al., 2012).

In een dergelijke gespannen en zichzelf versterkende cyclus tracht de systeemtherapeut het gezin opnieuw met elkaar te verbinden door uit de escalatie te stappen en de negatieve communicatie te blokkeren, onder meer door middel van circulaire vragen. In systeemtherapie wordt de mogelijkheid gecreëerd om op een andere manier met elkaar te praten over thema's die voordien misschien onbespreekbaar waren, zoals de angst van de ouders dat het zelfverwondend gedrag van hun zoon of dochter zal leiden tot een suïcide, of de frustratie van de jongere over het controlerende gedrag van de ouder. De therapeuten benadrukken het belang van het ondernemen van gezamenlijke activiteiten om het gevoel van connectie te versterken. Ook het kunnen praten over wat eenieder dwarszit en het kunnen luisteren naar elkaar, waarbij de verschillende narratieven naast elkaar mogen staan, is een belangrijke hoeksteen in de systeemtherapie. Zo kan de jongere zijn ouders als aanklampend en controlerend ervaren, terwijl de ouders vanuit angst maar ook zorgzaamheid proberen grip te krijgen op hun kind en diens zelfverwondend gedrag. Hierbij is het belangrijk om het perspectief van het gezin te verbreden en niet alleen te focussen op het symptoomgedrag. De gezinstherapeut kan bijvoorbeeld voorstellen aan de jongere om een gevoelsthermometer aan de deur te hangen, zodat de ouders weten hoe hun zoon of dochter zich voelt. Er wordt een duidelijk plan van aanpak in geval van crisis opgesteld, bijvoorbeeld bij een score van 9 of 10 op de gevoelsthermometer. Ook gaat de systeemtherapeut met het gezin op zoek naar wat zelfverwonding betekent in de gezinscontext, en welke gezinsdynamieken er uit evenwicht zijn geraakt. Veel gezinnen lopen vast in angstvallig controlegedrag, waardoor de sfeer voortdurend gespannen lijkt en er veelvuldige conflicten tussen alle gezinsleden zijn. Op deze manier wordt het probleem gedragen door het hele gezin en verdwijnt de druk van de schouders van de jongere. Het kan ook helpend zijn om broers en zussen te betrekken. Zij spreken vanuit hun eigen ervaring over de thuissituatie, waardoor de focus niet enkel ligt op de zelfverwonding. Al deze uitgangspunten maken dat systeemtherapie opnieuw voor verbinding kan zorgen tussen de ouders en de jongere, wat een groot effect heeft op het herstelproces.

Conclusie

Zelfverwondend gedrag komt relatief vaak voor in de adolescentie en heeft een aangetoond en uitgesproken belastend effect op zowel de jongere als diens gezin. Alhoewel systematisch wetenschappelijk onderzoek

Systeemtherapeutische behandeling bij zelfverwondend gedrag

naar de effectiviteit van gezinstherapie tot op heden beperkt is, kunnen wel enkele werkzame factoren voor behandeling van zelfverwonding geïdentificeerd worden. Dit zijn onder andere een warme, niet-veroordelende houding van de therapeut ten opzichte van de jongere, het competent kunnen hanteren van tegenoverdrachtsgevoelens, een volgehouden en genuanceerde functie- en betekenisanalyse, en het de-escaleren van de gezinsdynamieken met behulp van systeemtherapie.

Imke Baetens is doctor in de psychologie, master in pedagogische wetenschappen, postgraduaat in relatie-, gezins- en systeemtherapie. Zij is hoogleraar aan de Vrije Universiteit Brussel, onderzoeksgroep Brussels University Consultation Center. E-mail: imke.baetens@vub.be.

Lise De Ridder is klinisch psycholoog in opleiding tot psychotherapeut in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. E-mail: lise@lisederidder.be.

Tinne Buelens is doctor in klinische psychologie, master in de theoretische en onderzoekpsychologie, master in de klinische psychologie en hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam, departement Klinische Psychologie. E-mail: t.buelens@uva.nl.

Literatuur

- Arbuthnott, A.E., & Lewis, S.P. (2015). Parents of youth who self-injure – A review of the literature and implications for mental health professionals. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1-20.
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., & Griffith, J.W. (2014). Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387-405.
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Martin, G., Grietens, H., & Onghena, P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents – A web-survey. *Archives of Suicide Research*, 15(1), 56-67.
- Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., ... Griffith, J.W. (2014). Non-suicidal self-injury in adolescence – A longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. *Journal of Adolescence*, 37, 817-826.
- Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., & Griffith, J.W. (2015). The effects of nonsuicidal self-injury on parenting behaviors – A longitudinal analyses of the perspective of the parent. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(24). doi:10.1186/s13034-015-0059-2
- Bedics, J., Atkins, D., Comtois, K., & Linehan, M.M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 66-77.

Imke Baetens, Lise De Ridder & Tinne Buelens

- Brent, D.A., McMakin, D.L., Kennard, B.D., Goldstein, T.R., Mayes, T.L., & Douaihy, A.B. (2013). Protecting adolescents from self-harm – A critical review of intervention studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 1260-1271.
- Buelens, T., Luyckx, K., Gandhi, A., Kiekens, G., & Claes, L. (2019). Non-suicidal self-injury in adolescence – Longitudinal associations with psychological distress and rumination. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(9), 1569-1581.
- Cassels, M., & Wilkinson, P. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 554-558.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). *Zelf-verwonding – Hoe ga je ermee om?* Tiel: Lannoo.
- Commons Treloar, A.J., & Lewis, A.J. (2008). Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 578-584.
- Cottrell, D.J., Wright-hughes, A., Collinson, M., Boston, P., Eisler, I., Fortune, S., & Farrin, A.J. (2018). Effectiveness of systemic family therapy versus treatment as usual for young people after self-harm – A pragmatic, phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 203-216.
- Diamond, G.U.Y., Russon, J., & Levy, S. (2016). Attachment-based family therapy – A review of the empirical support. *Family Process*, 55(3), 595-610.
- De Rijdt, L. (2007). *Automutilatie – Bloed, zweet en tranen*. www.rapunzelvzw.be/vorming/artikel/automutilatie-bloed-zweet-en-tranen.php
- Favazza, A.R. (2009). A cultural understanding of nonsuicidal self-injury. In M.K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury – Origins, assessment and treatment* (pp. 19-35). Washington, DC: American Psychological Association.
- Flaherty, H.B. (2021). Treating adolescent non-suicidal self-injury – Guidelines for clinical practice. *Child & Youth Services*. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2021.1938525>
- Fonagy, P., Cottrell, P., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2014). *What works for whom? – A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: Guilford Publications.
- Gandhi, A., Luyckx, K., Beatens, I., Kiekens, G., Sleuwaegend, E., Berens, A., ... Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults – An event history analysis of pooled data. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 170-178.
- Hauck, J.L., Harrison, B.E., & Montecalvo, A.L. (2013). Psychiatric nurses' attitudes toward patients with borderline personality disorder experiencing deliberate self-harm. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(1), 20-29.
- Heath, N.L., Baxter, A.L., Toste, J.R., & McLouth, R. (2010). Adolescents' willingness to access school-based support for non-suicidal self-injury. *Canadian Journal of School Psychology*, 25(3), 260-276.
- Hoffman, R., & Kress, V. (2010). Adolescent nonsuicidal self-injury – Minimizing client and counselor risk and enhancing client care. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(4), 342-353.
- Hooley, J.M., & Franklin, J.C. (2018). Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 428-451.
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury – A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 1-19.
- Karman, P., Kool, N., Poslowsky, I.E., & Meijel, B. van (2015). Nurses' attitudes towards self-harm – A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 65-75.
- Kelada, L., Whitlock, J., Haskins, P., & Melvin, G. (2016). Parents' experiences of non-suicidal self-injury among adolescents and young adults. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3403-3416.

Systeemtherapeutische behandeling bij zelfverwondend gedrag

- Koning, K.L., McNaught, A., & Tuffin, K. (2018). Emergency department staff beliefs about self-harm – A thematic framework analysis. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 814-822.
- Kruzan, K.P., & Whitlock, J. (2019). Processes of change and nonsuicidal self-injury – A qualitative interview study with individuals at various stages of change. *Global Qualitative Nursing Research*, 6, 2-15.
- McDonald, G., O'Brien, L., & Jackson, D. (2007). Guilt and shame – Experiences of parents of self-harming adolescents. *Journal of Child Health Care*, 11(4), 298-310.
- Miller, A.L., Muehlenkamp, J.J., & Jacobson, C.M. (2009). Special issues in treating adolescent nonsuicidal self-injury. In M.K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury – Origins, assessment and treatment* (pp. 251-270). Washington, DC: American Psychological Association.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J.B., & Patton, G.C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood – A population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236-243.
- Møhl, B. (2019). *Assessment and treatment of non-suicidal self-injury – A clinical perspective*. Routledge.
- Muehlenkamp, J.J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 166-185.
- Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P.L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(10). doi:10.1186/1753-2000-6-10
- Nock, M.K., & Favazza, A.R. (2009). Nonsuicidal self-injury – Definition and classification. In M.K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury – Origins, assessment and treatment* (pp. 9-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M.K., & Prinstein, M.J. (2004). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140-146.
- Oldershaw, A., Richards, C., Simic, M., & Schmidt, U. (2008). Parents' perspectives on adolescent self-harm – Qualitative Study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 140-144.
- Ougrin, D., Mrcpsych, M., Oxon, P., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.e2.
- Rayner, G.C., Allen, S.L., & Johnson, M. (2005). Countertransference and self-injury – A cognitive behavioural cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 12-19.
- Saunders, K.E.A., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm – A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 205-216.
- Swannell, S.V., Martin, G.E., Page, A., Hasking, P., & St John, N.J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples – Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Graham, M. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI – The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885-896.
- Thomas, J. (2013). Association of personal distress with burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among clinical social workers. *Journal of Social Service Research*, 39(3), 365-379.
- Thompson, A.R., Powis, J., & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 153-161.
- Timberlake, L.M., Beeber, L.S., & Hubbard, G. (2020). Nonsuicidal self-injury – Management on the inpatient psychiatric unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(1) 10-26.

Imke Baetens, Lise De Ridder & Tinne Buelens

- Tschan, T., Lüdtke, J., Schmid, M., & In-Albon, T. (2019). Sibling relationships of female adolescents with nonsuicidal self-injury disorder in comparison to a clinical and a nonclinical control group. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(15). <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0275-2>
- Turner, B.J., Austin, S.B., & Chapman, A.L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury – A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *La revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11), 576-585.
- Waals, L., Baetens, I., Rober, P., Lewis, S., Van Parys, H., Goethals, E.R., & Whitlock, J. (2018). The NSSI family distress cascade theory. *Child Adolescence Psychiatric Mental Health*, 12(52). doi: 10.1186/s13034-018-0259-7
- Whitlock, J., Lloyss-Richardson, E., Fisseha, F., & Bates, T. (2017). Parental secondary stress – The often hidden consequences of nonsuicidal self-injury in youth. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 178-197.
- Witt, K.G., Hetrick, S.E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T.L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>