

Het verband tussen zelfbeschadigend gedrag en zelfregulatie

Thesis in het kader van de master Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie

Juni 2009

Abstract (Nederlands): In dit onderzoek, werd het verband tussen zelfbeschadigend gedrag en zelfregulatie onderzocht. Hiervoor werden diverse risico- en beschermende persoonlijkheidsfactoren voor zelfbeschadigend gedrag afgeleid uit de zelfregulatie theorie. De participanten werden verdeeld in een zelfbeschadigende groep en een niet zelfbeschadigende groep. Deze groepen werden aan elkaar gematcht, wat resulteerde in twee groepen met beide 48 participanten. Discriminant analyse toonde een significant verband aan tussen zelfbeschadigend gedrag en de risicofactoren neuroticisme en conatieve pathologie. Voor de beschermende factoren werd geen significant verband gevonden. Deze resultaten laten zien dat het mogelijk is om voorspellingen te doen over de kans dat iemand zelfbeschadigend gedrag zal vertonen op basis van persoonlijkheidsfactoren.

Abstract (English): In this study, the relationship between selfharm and selfregulation was investigated. For this, diverse risk- and protective personality factors for selfharm were distilled from selfregulation theory. The participants were divided in a self-harming group and a non self-harming group. These groups were matched. This resulted in two groups, both existing of 48 participants. Findings from discriminant analysis show that there is a significant relationship between self-harm and the riskfactors neuroticism and conative pathology. For the protective factors, no significant relationships were found. These results show that it is possible to make predictions about the chance that someone will selfharm, based on personality factors.

KEY WORDS: Self-harm, selfregulation, discriminant analysis

Auteur: Eelke Joosten, 3054772

Begeleiding: Marleen Rijkeboer (Universiteit Utrecht)
Han Berghuis (Symfora groep)

Faculteit Sociale Wetenschappen



Universiteit Utrecht

Inleiding

Zelfbeschadigend gedrag is een ernstig en veelvoorkomend probleem. Zelfbeschadigend gedrag wordt gedefinieerd als direct, sociaal onacceptabel en frequent gedrag dat resulteert in fysieke beschadigingen (Suyemoto, 1998). Dit gedrag kan bestaan uit snijden in het eigen lichaam (Sadock & Sadock, 2003). Andere veel voorkomende vormen van zelfbeschadigend gedrag zijn krabben, branden en het voorkomen dat een wond kan helen (Kamphuis, Ruyling & Reijntjes, 2007). Er kan zelfs sprake zijn van genitale mutilatie en het afsnijden van lichaamsdelen (Favazza, 1998). Klonsky, Oltmanns en Turkheimer (2003) vonden dat zelfbeschadigend gedrag zich voordoet bij 4% van de volwassenen in de algemene populatie. Briere en Gil (1998) vonden dezelfde prevalentie in de normale populatie en een prevalentie van 21% bij patiënten in de klinische populatie. Adolescenten en jong volwassenen vertonen het meest zelfbeschadigend gedrag (Suyemoto, 1998). Uit onderzoek blijkt dat ernstige vormen van zelfbeschadigend gedrag tevens het meest worden geobserveerd bij patiënten met significante persoonlijkheidspathologie (Simeon & Favazza, 2001). Bijvoorbeeld, in een onderzoek van Haw, Hawton, Houston en Townsend (2001) werden 150 participanten die in het ziekenhuis kwamen na zelfbeschadigend gedrag te hebben vertoond, onderzocht op psychische problematiek. Bij bijna de helft (46%) van deze participanten werd een persoonlijkheidsstoornis geconstateerd. Maar waarom vertonen mensen zelfbeschadigend gedrag?

De functie die zelfbeschadigend gedrag kan hebben, heeft in de literatuur veel aandacht gekregen. Deze functie betreft de reden dat het zelfbeschadigende gedrag in stand wordt gehouden. Dit kan zowel worden verklaard vanuit een emotieregulatie perspectief als vanuit een gedragsregulatie perspectief. Vanuit emotieregulatie bezien, werkt zelfbeschadigend gedrag volgens Kamphuis et al. (2007) via het principe van negatieve bekrachtiging. Doordat het zelfbeschadigende gedrag aversieve emotionele toestanden vermindert of zelfs wegneemt gaat het individu dit gedrag herhalen. Kamphuis et al. beschrijven dat herhaalde negatieve bekrachtiging vervolgens de verbinding tussen negatieve opwinding en zelfbeschadigend gedrag versterkt. Dit zorgt ervoor dat het zelfbeschadigende gedrag uiteindelijk gaat dienen als een maladaptieve, maar effectieve automatische respons op negatieve opwinding. Ook het ervaren van een gevoel van leegte kan een reden zijn voor het vertonen van zelfbeschadigend gedrag. Wanneer mensen zichzelf beschadigen zal het gevoel van leegte verdwijnen (negatieve bekrachtiging) en zal er iets positiefs voor in de plaats komen, namelijk weer iets voelen (positieve bekrachtiging). Een andere mogelijke functie kan zelfbestraffing zijn. Wanneer patiënten zich slecht of

schuldig voelen, kunnen ze het idee hebben dat ze straf verdienen. Wanneer ze deze door middel van zelfbeschadiging toedienen, voelen ze zich mogelijk opgelucht en beter. Vanuit gedragsregulatie bezien, kan zelfbeschadigend gedrag dienen om meer ernstige gedragingen te vermijden, zoals suïcide en disfunctionele seksuele neigingen (Suyemoto, 1998). Iemand gaat dan over tot zelfbeschadigend gedrag om gedrag dat nog ernstiger is te voorkomen. Het is dan een maladaptieve, maar effectieve respons op meer ernstige neigingen. Daarnaast wordt zelfbeschadigend gedrag gezien als een manier om naar anderen te communiceren dat er sprake is van intense pijn of onoplosbare crisissen (Linehan, 1993). Samengevat kan zelfbeschadigend gedrag zowel effectief zijn in het wegnemen van negatieve emoties als in het voorkomen van meer ernstig gedrag.

Wat naast de in stand houdende factoren van belang is om te weten, is hoe het komt dat mensen überhaupt overgaan tot zelfbeschadigend gedrag. Wat zijn mogelijke risico- en beschermende factoren voor het ontwikkelen van zelfbeschadigend gedrag? Er bestaan voor zover ons bekend geen onderzoeken naar stabiele persoonlijkheidskenmerken die fungeren als risico- en beschermende factoren voor zelfbeschadigend gedrag. Er zijn wel enkele onderzoeken gedaan naar risicofactoren die een indirect verband houden met persoonlijkheidspathologie. Gratz, Conrad en Roemer (2002) toonden bijvoorbeeld aan dat onzekere hechting, separatie in de kindertijd, emotionele verwaarlozing, seksueel misbruik en dissociatie significante risicofactoren zijn voor zelfbeschadigend gedrag onder studenten. Het onderhavige onderzoek zal zich richten op persoonlijkheidskenmerken als risico- en beschermende factoren voor zelfbeschadigend gedrag.

Een belangrijke theorie voor het identificeren van mogelijke risico- en beschermende factoren voor het vertonen van zelfbeschadigend gedrag, is de zelfregulatie theorie. Zelfregulatie wordt door Baumeister, Heatherton en Tice (1994) gedefinieerd als iedere poging die door een individu wordt gedaan om de eigen reactie te veranderen. Baumeister et al. (1994) beschrijven dat bij zelfregulatie het ene proces het andere proces tenietdoet. Er is sprake van een strijd tussen de ene reactie, bijvoorbeeld een impuls tot bepaald gedrag, en een andere reactie, bijvoorbeeld de controle die deze impuls tenietdoet. Wanneer deze tenietdoening succesvol is, is zelfregulatie het resultaat. Maar wanneer deze tenietdoening niet succesvol is, kan zelfregulatie falen. Zelfbeschadigend gedrag doet zich voor wanneer een individu er niet in slaagt om de impuls tot dit gedrag teniet te doen. Zelfregulatie wordt volgens Baumeister en Vohs (2004) ook wel aangeduid met de term zelfcontrole.

Van zelfregulatie is reeds aangetoond, dat het een voorspeller is voor een diversiteit aan persoonlijke en sociale problemen (o.a. Baumeister & Vohs, 2004). Zo wordt een tekort aan zelfregulatie gezien als de oorzaak voor verschillende probleemgedragingen, waaronder misdaad en verslaving aan alcohol, sigaretten, drugs, eten, kopen en seksueel gedrag

(Baumeister, 2002; Baumeister et al., 1994; Faber & Vohs, 2004; Herman & Polivy; 2004; Hirschi, 2004; Hull & Slone, 2004; Sayette 2004; Wiederman, 2004). Opvallend is, dat er is aangetoond dat meerdere van deze probleemgedragingen samenhangen met zelfbeschadigend gedrag. Zo blijkt uit een onderzoek van Paul, Schroeter, Dahme en Nutzinger (2002) dat een aanzienlijk deel (34,6%) van de vrouwen met een eetstoornis ook zelfbeschadigend gedrag vertoont. Met andere woorden, mensen met een eetstoornis hebben een grotere kans om zelfbeschadigend gedrag te vertonen dan mensen in de normale populatie (ongeveer 4%). Ook middelenmisbruik is gerelateerd aan zelfbeschadigend gedrag (Zlotnick, Mattia & Zimmerman, 1999). Samengevat, zelfregulatie is reeds in verband gebracht met verschillende probleemgedragingen waarvan enkele samenhangen met zelfbeschadigend gedrag. Hierdoor is het mogelijk dat er een verband bestaat tussen zelfregulatie en het vertonen van zelfbeschadigend gedrag.

Baumeister et al. (1994) stellen dat er drie belangrijke aspecten van zelfregulatie zijn. Dit zijn als het ware de voorwaarden voor adequate zelfregulatie. Vanuit deze drie aspecten kan ook worden verklaard waarom zelfregulatie soms faalt. Achtereenvolgens zullen deze drie aspecten en de problemen die zich bij deze aspecten kunnen voordoen, worden besproken.

Het eerste aspect is dat het individu moet beschikken over normen. Wanneer mensen controle over zichzelf willen uitoefenen, halen ze verschillende normen aan. Dit zijn abstracte concepten over hoe dingen zouden moeten zijn. Een probleem met zelfregulatie doet zich voor wanneer normen ontbreken of tegengesteld zijn. Er kan een gebrek aan normen zijn, in welk geval iemand geen basis heeft voor zelfregulatie. Het komt echter vaker voor dat verschillende normen onverenigbaar met elkaar zijn. Zo kunnen normen die door ouders worden aangeleerd soms verschillen van normen die heersen bij leeftijdsgenoten. Een persoon weet dan vaak niet welke set van normen te gebruiken als basis voor zelfregulatie. Volgens Keijsers, van Minnen en Hoogduin (2006) bedoelt Baumeister met dit aspect dat een eenduidig te behalen doel ontbreekt. Door een gebrek aan duidelijke normen over bijvoorbeeld het omgaan met emoties zou iemand zelfbeschadigend gedrag kunnen ontwikkelen. Iemand weet dan niet hoe hij of zij met emoties moet omgaan en kan een uitweg zoeken in zelfbeschadigend gedrag.

Het tweede aspect van zelfregulatie is het analyseren van de huidige omstandigheden om te zien of het gedrag van een individu strookt met de normen die hij of zij heeft. Mensen kunnen zichzelf alleen succesvol reguleren wanneer zij hun acties evalueren tegen het licht van hun normen. Wanneer een persoon dit niet vaak genoeg doet, kan er een probleem met zelfregulatie ontstaan. Het is dan mogelijk dat iemands norm niet strookt met het gedrag dat hij of zij vertoont. Een voorbeeld hiervan is dat iemand veel

waarde hecht aan het uitspreken van emoties, maar dit niet doet en in plaats daarvan in zijn of haar huid snijdt. Zijn of haar gedrag is dan niet in overeenstemming met de heersende normen over het uiten van emoties die deze persoon heeft.

Het derde aspect van zelfregulatie is dat mensen in staat moeten zijn om de gewenste verandering of reactie te verkrijgen. Zoals hierboven werd beschreven, omvat zelfregulatie reacties die andere reacties tenietdoen. Als mensen niet genoeg kracht of vaardigheid hebben om deze reacties teniet te kunnen doen, zal zelfregulatie ineffectief zijn. Door Baumeister en Vohs (2003) wordt deze kracht ook wel beschreven als energie of als het operationele vermogen om gedrag te veranderen (zie ook Baumeister, 2002). Het probleem is dus een tekort aan kracht of energie, waardoor een individu er niet in slaagt zich aan zijn of haar normen te houden. De persoon voelt zich in dit geval niet in staat om een reactie te veranderen, zodat deze in overeenstemming is met zijn of haar normen. Zo kan een persoon die wil stoppen met zichzelf snijden, zich hiertoe niet in staat voelen. Volgens Keijsers et al. (2006) is het bij dit aspect ook van belang dat wanneer iemand verhoogd kwetsbaar is, bijvoorbeeld door vermoeidheid of stress, het vermogen tot zelfregulatie meer beperkt is. Muraven en Baumeister (2000) stellen dat er bij zelfregulatie sprake is van de uitputting van gelimiteerde bronnen. Dit houdt in dat het uitoefenen van zelfcontrole kracht consumeert, waardoor de hoeveelheid kracht voor zelfcontrole die overblijft, vermindert. Hierdoor is het, nadat iemand zelfcontrole heeft uitgeoefend, meer waarschijnlijk dat volgende pogingen tot zelfregulatie falen.

Uit deze zelfregulatie theorie kunnen verschillende risico- en beschermende factoren worden afgeleid voor het verlies van zelfcontrole en daarmee het vertonen van zelfbeschadigend gedrag.

Er wordt verwacht dat neuroticisme een risicofactor voor zelfbeschadigend gedrag is, omdat emotionele instabiliteit en kwetsbaarheid kan leiden tot problemen met alle aspecten die benodigd zijn voor effectieve zelfregulatie. Zo zal een emotioneel instabiel en kwetsbaar iemand moeite hebben met het zetten van en zich houden aan duidelijke doelen in het leven. Ook zal het vermogen of de kracht voor effectieve zelfregulatie bij een verhoogd kwetsbare persoon verminderd zijn. Daarnaast wordt verwacht dat conatieve pathologie (dit houdt in dat betekenis, richting en doelen in het leven ontbreken) een risicofactor voor zelfbeschadigend gedrag is, omdat mensen met meer conatieve pathologie vaak geen duidelijk doel voor ogen hebben en/of veel moeite hebben met het stellen en behalen van doelen.

Zelfsturing wordt verwacht een beschermende factor voor zelfbeschadigend gedrag te zijn. Iemand die sturing aan zichzelf en zijn of haar leven kan geven stelt duidelijke doelen voor zichzelf en streeft ernaar zich hieraan te houden en te evalueren of zijn of haar gedrag hiermee in overeenstemming is. Er wordt verwacht dat verantwoordelijkheid een

beschermende factor voor zelfbeschadigend gedrag is, omdat verantwoordelijkheid erop wijst dat iemand duidelijke doelen voor ogen heeft en zich erop richt zich hieraan te houden. Van consciëntieusheid wordt tevens verwacht dat het een beschermende factor voor zelfbeschadigend gedrag is, omdat iemand die consciëntieus is gewetensvol en nauwgezet is. Dit is nodig voor het stellen en volgen van duidelijke normen en doelen. Ten slotte wordt verwacht dat energie een beschermende factor is voor zelfbeschadigend gedrag, omdat een tekort aan kracht of energie ervoor zorgt, dat een individu er niet in slaagt om zich aan zijn of haar normen te houden.

Wanneer bij een individu risicofactoren aanwezig zijn en weinig beschermende factoren, wordt op basis van de zelfregulatie theorie van Baumeister et al. (1994) verwacht dat er zelfbeschadigend gedrag zal optreden. De onderzoeksvraag die hieruit volgt is: *Bestaat er een verband tussen de risico- en beschermende factoren die afgeleid kunnen worden uit de zelfregulatie theorie van Baumeister et al. en het vertonen van zelfbeschadigend gedrag?* Dit kan het beste worden onderzocht bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen, omdat zij in verhoogde mate zelfbeschadigend gedrag vertonen (Simeon & Favazza, 2001).

Verwacht wordt dat er bij mensen die zelfbeschadigend gedrag vertonen **a)** meer sprake is van de risicofactoren neuroticisme en conatieve pathologie, dan bij mensen die dit gedrag niet vertonen en **b)** minder sprake is van de beschermende factoren zelfsturing, verantwoordelijkheid, consciëntieusheid en energie dan bij mensen die dit gedrag niet vertonen.

Methoden

Participanten

Er namen in totaal 300 participanten deel aan het onderzoek; 19 participanten moesten uit de dataset verwijderd worden omdat van deze personen niet kon worden vastgesteld in welke groep ze vielen (zelfbeschadigend of niet). Het totaal aantal participanten in dit onderzoek bedraagt daarom 281. Het betrof volwassen patiënten die een regulier persoonlijkheidsonderzoek binnen de Symfora groep of de Viersprong hebben ondergaan. Participanten werden ten behoeve van het onderzoek verdeeld in twee groepen: een groep bestaande uit personen die zelfbeschadigend gedrag vertonen ($n=63$) en een groep van personen die dit zelfbeschadigende gedrag niet vertonen ($n= 218$). Personen die positief (een score van 5, 6 of 7) scoorden op item 65 van de Assessment of DSM-IV Personality Disorders (Schotte & de Doncker, 1994): "Ik heb mezelf herhaaldelijk met opzet pijn gedaan of wonden toegebracht" vielen in de zelfbeschadigende groep. Personen die

hier negatief op scoorden (een score van 1, 2 of 3) vielen in de niet zelfbeschadigende groep. Personen met een neutrale score (een score van 4) werden uit het onderzoek verwijderd ($n=17$). Door Schotte, de Doncker en Courjaret (2007) wordt de ADP-IV beschreven als een instrument voor de evaluatie van de DSM-IV persoonlijkheidspathologie. Voor dit onderzoek werd de Nederlandse versie van de ADP-IV gebruikt. Deze omvat 94 items.

De groep van personen die zelfbeschadigend gedrag vertonen bestond uit 4 mannen (5%) en 69 (95%) vrouwen. Dit waren personen van 17 tot 59 jaar (gemiddelde leeftijd= 28,59, $SD=10,88$). Het opleidingsniveau van deze groep was als volgt verdeeld: 4,8% lager onderwijs, 4,8% LBO of VMBO, 31,7% MBO, VMBO-t of MAVO, 39,7% HBO of HAVO, 15,9% WO of VWO en 3,2% onbekend. Van deze groep was 76,2% ongehuwd, 14,3% getrouwd of samenwonend en 9,5 % gescheiden. Er waren 46 mensen (73%) met een persoonlijkheidsstoornis in deze groep (zie Tabel 3). Daarvan had de grootste groep mensen een Persoonlijkheidsstoornis NAO (34,9%), een Borderline persoonlijkheidsstoornis (20,6%) of een Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (11,1%).

Tabel 1
DSM As-II Klinische Diagnose van de Zelfbeschadigende Groep t.t. van Onderzoek

Diagnose	Frequentie	Percentage
Borderline	13	20,6
Narcicstisch	1	1,6
Ontwijkend	7	11,1
Afhankelijk	2	3,1
Obsessief-compulsief	1	1,6
NAO	22	34,9
Geen As-II	7	11,1
Uitgesteld	10	15,9

De groep participanten die geen zelfbeschadigend gedrag vertonen bestond uit 67 (30,7%) mannen en 151 (69,3%) vrouwen in de leeftijd van 18 tot 66 jaar ($M=37,35$, $SD=11,85$). Het opleidingsniveau van deze groep was als volgt verdeeld: 1,8% lager onderwijs, 13,3% LBO of VMBO, 39% MBO, VMBO-t of MAVO, 34,9% HBO of HAVO, 11% WO of VWO. De burgerlijke status van deze groep was als volgt verdeeld: 39,0% ongehuwd, 43,6% getrouwd of samenwonend, 15,6% gescheiden. 0,5% weduwe/weduwenaar en 0,5% onbekend. In deze groep hadden 124 personen (56,9%) een persoonlijkheidsstoornis. De grootste groep hiervan had een Persoonlijkheidsstoornis NAO (34,9%), een Borderline persoonlijkheidsstoornis (8,7%) of een Ontwijkende

persoonlijkheidsstoornis (6%).

Tabel 2
DSM As-II Klinische Diagnose van de Niet Zelfbeschadigende Groep t.t. van Onderzoek

Diagnose	Frequentie	Percentage
Schizotypisch	3	1,4
Borderline	19	8,7
Theatraal	1	0,5
Narcicstisch	3	1,4
Antisociaal	1	0,5
Ontwijkend	13	6,0
Afhankelijk	5	2,3
Obsessief-compulsief	3	1,4
NAO	76	34,9
Geen As-II	37	17,0
Uitgesteld	54	24,9
Onbekend	3	1,4

Er werden significante verschillen gevonden tussen deze twee groepen op het gebied van geslacht ($U=5192.5$, $Z=-3.92$, $p<.01$), gemiddelde leeftijd ($t(1)=5,26$, $p<.01$), burgerlijke staat ($U=4492.5$, $Z=-4.54$, $p<.01$) en het hebben van een persoonlijkheidsstoornis ($t(1)=2,69$, $p=.01$). Er werd geen significant verschil tussen deze twee groepen gevonden op het gebied van opleiding ($t(1)=-.97$, ns). Hieruit blijkt dat de twee groepen verschillen op een aantal variabelen. Hiermee zal rekening gehouden worden bij het uitvoeren van de analyses door de twee groepen participanten aan elkaar te matchen.

Matching van participanten

Omdat de twee groepen significant verschillen op een aantal variabelen, zal in dit onderzoek gebruik worden gemaakt van matching. Hierdoor wordt voor deze verschillen gecontroleerd, zodat zeker is dat verschillen tussen de groepen niet te wijten zijn aan verschillen op deze variabelen. Ook werden alle participanten waarvan de data incompleet waren uit het onderzoek verwijderd. Van deze participanten ontbrak de score op een voor dit onderzoek belangrijk domein

De uiteindelijke groep na matching bestond uit 96 participanten; waarvan 48 in de zelfbeschadigende groep en 48 in de niet zelfbeschadigende groep. Onder de participanten in de zelfbeschadigende groep waren 3 (6,7%) mannen en 42 (93,3%) vrouwen in de leeftijd van 17 tot 59 jaar ($M=29,67$, $SD=11,20$). Het opleidingsniveau van deze groep was als volgt

verdeeld: 43,8% lager opgeleiden (lager onderwijs, LBO of VMBO en MBO, VMBO-t of MAVO) en 56,3% hoger opgeleiden (HBO of HAVO en WO of VWO). De burgerlijke status was als volgt verdeeld: 83,3% was ongehuwd of gescheiden en 16,7% was gehuwd of samenwonend. In de niet zelfbeschadigende groep waren 4 (8,9%) mannen en 41 (91,1%) vrouwen in de leeftijd van 20 tot 53 jaar ($M=31,08$, $SD=9,53$). In deze groep was het opleidingsniveau als volgt verdeeld: 43,8% lager opgeleiden (lager onderwijs, LBO of VMBO en MBO, VMBO-t of MAVO) en 56,3% hoger opgeleiden (HBO of HAVO en WO of VWO). De burgerlijke status was als volgt verdeeld: 81,2% was ongehuwd of gescheiden en 18,8% was gehuwd of samenwonend.

De persoonlijkheidsstoornissen waren na matching gelijk verdeeld over beide groepen. In zowel de zelfbeschadigende groep als de niet zelfbeschadigende groep vielen 9 personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (18,8%), 1 persoon met een narcistische persoonlijkheidsstoornis (2,1%), 4 personen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (8,3%), 2 personen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis (4,2%), 1 persoon met een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (2,1%), 20 personen met een persoonlijkheidsstoornis NAO (41,7%), 5 personen zonder een persoonlijkheidsstoornis (10,4%) en 6 personen met een uitgestelde diagnose op As-II (12,5%).

Procedure

Aan cliënten die in behandeling waren of deelnamen aan een routine psychologisch onderzoek werd bij de start van de behandeling gevraagd om vrijwillig te participeren in het onderzoek. De beloning voor deelname was een VVV-bon van 10 euro. De cliënten gaven daarbij toestemming voor het gebruik van de resultaten in het kader van wetenschappelijk onderzoek middels een informed consent formulier.

Instrumentarium

Voor het reguliere persoonlijkheidsonderzoek binnen de Symfora groep en de Viersprong werd een standaard pakket met vragenlijsten ingevuld. Voor dit onderzoek zijn daarbinnen de volgende lijsten van belang: de NEO-PI-R (Big Five Persoonlijkheidsvragenlijst), de AGPD (Assessment of General Personality Disorder), de TCI (Temperament Character Inventory) en de SIPP (Severity Index of Personality Pathology),

De risicofactor neuroticisme zal gemeten worden met de NEO-PI-R. De risicofactor conatieve pathologie wordt gemeten met de gelijknamige subschaal van de hoofdschaal 'Zelfpathologie' van de AGPD. De beschermende factor zelfsturing zal gemeten worden met

de TCI (schaal Zelfsturend), verantwoordelijkheid met de SIPP en consciëntieusheid met de NEO-PI-R. Energie zal tevens met de NEO-PI-R worden gemeten, namelijk met het facet energie uit de schaal extraversie.

NEO-PI-R

De Nederlandstalige versie van de NEO-PI-R (Hoekstra, Ormel & de Fruyt, 1996) meet persoonlijkheidspathologie op basis van vijf universele persoonlijkheidstrekken volgens het Vijf Factoren Model: neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid. In totaal bestaat de vragenlijst uit 240 items. Items worden gescoord door middel van een 5-punts Likert schaal. De hoofddomeinen die voor dit onderzoek van belang zijn, zijn 'neuroticisme' (emotionele stabiliteit) en 'consciëntieusheid' (gewetensvol en nauwgezet zijn). Daarnaast zal gebruik worden gemaakt van het facet 'energie' uit het hoofddomein 'extraversie.' De psychometrische kwaliteiten van deze vragenlijst zijn ruim voldoende, met een test-herstest betrouwbaarheid over 6 jaar van 0.87 voor het domein neuroticisme, 0.79 voor consciëntieusheid en 0.82 voor Extraversie (waarvan de subschaal energie wordt gebruikt). De validiteit van deze schalen werd goed bevonden. Door de Fruyt, Mervielde, Hoekstra en Rolland (2000) wordt de interne consistentie beschreven van de domeinen neuroticisme ($\alpha=.92$), consciëntieusheid ($\alpha=.90$) en de subschaal energie ($\alpha=.66$).

AGPD

De AGPD werd ontwikkeld door Livesley (2003). Deze vragenlijst bestaat uit 142 items om adaptief falen op enkele voor de persoonlijkheid relevante levensgebieden in kaart te brengen. De vragenlijst bestaat uit 3 hoofdschalen. Voor dit onderzoek is de subschaal conatieve pathologie van de hoofdschaal Zelfpathologie van belang. Deze subschaal omvat twee lagere orde schalen: 'Gebrek aan betekenis, doelen en richting' en 'moeite met het zetten en aanhouden van veelbelovende persoonlijke doelen.' Deze vragenlijst is nog niet onderzocht op psychometrische kwaliteiten. Voor dit onderzoek werd de Nederlandse vertaling van deze vragenlijst afgenomen (Berghuis, 2007).

De TCI

De TCI is een zelfrapportage vragenlijst die zeven dimensies van de persoonlijkheid meet, welke samenhangen met het temperament en karakter van een persoon (Svaric et al., 2002). De vragenlijst bestaat uit 238 items verdeeld over zeven schalen. De schaal 'zelfsturend' is voor dit onderzoek van belang. Deze omvat de lagere orde facetten: 'verantwoordelijk,' 'doelbewust,' 'vindingrijk,' 'positief-zelfbeeld' en 'goede-gewoontes.' Items worden gescoord met een 2-punts schaal ('juist' of 'onjuist'). In de handleiding van de TCI worden empirische data beschreven die de psychometrische kwaliteit van deze vragenlijst

ondersteunen (Cloninger, Prybeck, Svrakic & Wetzel, 1994). Door Duijsens, Spinhoven, Goekoop, Spermon en Eurelings-Bontekoe (2000) werd gevonden dat de TCI voldoende valide is. Zij toonden aan dat de schaal zelfsturend een goede interne consistentie heeft ($\alpha=.85$). Duijsens & Spinhoven (2000) beschrijven dat de test-hertest betrouwbaarheid van de schaal zelfsturend goed is. Voor dit onderzoek is de Nederlandse versie van deze vragenlijst afgenomen (Duijsens & Spinhoven, 2000).

SIPP

De SIPP is beschreven door Verheul et al. (2008). De SIPP is een vragenlijst die de manifeste persoonlijkheidspathologie meet in termen van disadaptief functioneren in verschillende levensgebieden in de drie maanden voorafgaande aan het persoonlijkheidsonderzoek. De vragenlijst bestaat uit 118 items verdeeld in 5 hoofddomeinen. Voor dit onderzoek is het domein verantwoordelijkheid van belang. Dit omvat de volgende twee facetten: 'Verantwoord presteren' en 'betrouwbaarheid.' Verheul et al. (2008) toonden aan dat de SIPP valide is. Het domein verantwoordelijkheid had een voldoende test-hertest betrouwbaarheid en een acceptabele interne consistentie ($\alpha=.76$). Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de SIPP (Verheul et al., 2008).

Analyses en instrument

Er is een discriminant analyse uitgevoerd om de hypothesen te toetsen. Hiermee wordt het discriminatieve vermogen van de verschillende risico- en beschermende factoren geanalyseerd, rekening houdend met covariantie tussen deze factoren.

Resultaten

Een discriminant analyse werd uitgevoerd met zelfbeschadigend gedrag als de discriminante variabele en neuroticisme, consciëntieusheid, energie, zelfsturing, verantwoordelijkheid en conatieve pathologie als onderscheidende variabelen.

De discriminante functieanalyse was statistisch significant (Wilks' $\lambda=.867$, $\chi^2=12,964$, $p<.05$), wat betekent dat de variabelen onderscheid maken tussen de twee groepen. ANOVA's laten zien dat de zelfbeschadigende en niet zelfbeschadigende participanten significant verschillen op 2 van de 6 variabelen. Het betreft de risicofactoren neuroticisme ($F(1,94)=10.43$, $p<.05$) en conatieve pathologie ($F(1,94)=5.44$, $p<.05$). Op de overige variabelen verschillen de zelfbeschadigende en niet zelfbeschadigende participanten niet significant. Dit betreft de beschermende variabelen consciëntieusheid ($F(1,94).94$, $p=.34$),

energie ($F(1,94)=.01$, $p=.94$), zelfsturing ($F(1,94)=2.67$, $p=.11$) en verantwoordelijkheid ($F(1,94)=1.37$, $p=.25$). De correlaties tussen de risicofactoren en de discriminante functie (zie tabel 3) laten zien dat neuroticisme de beste voorspeller is van zelfbeschadigend gedrag ($r=.851$). Neuroticisme was positief gecorreleerd met de discriminante functie waarde, wat erop duidt dat mensen die meer neurotisch zijn meer waarschijnlijk zelfbeschadigend gedrag zullen vertonen. De risicofactor conatieve pathologie was ook positief gecorreleerd met de discriminante functiewaarde ($r=.615$) wat betekent dat mensen met meer conatieve pathologie tevens meer waarschijnlijk zelfbeschadigend gedrag zullen vertonen. De samenhang tussen de overige variabelen en het vertonen van zelfbeschadigend gedrag was niet significant. Voor de variabele zelfsturing was echter wel een trend waarneembaar.

Tabel 3

Discriminante functie-variabele correlaties, toetsen van de gelijkheid van groepsgemiddelden (Wilks' lambda; F-statistiek), p-waarden en gestandaardiseerde discriminante functie coëfficiënten

Onderscheidende variabelen	Discriminante functie	Wilks' lambda	F(df=1; df2=94)	p-waarden	Functie coëfficiënten
Neuroticisme	.851	.900	10.428	.002	1.090
Conatieve pathologie	.615	.945	5.443	.022	.719
Zelfsturing	-.431	.972	2.670	.106	.712
Verantwoordelijkheid	-.308	.986	1.367	.245	-.035
Consciëntieusheid	-.256	.990	.940	.335	.267
Energie	-.021	1.000	.006	.936	.270

Door deze resultaten wordt hypothese a bevestigd; bij mensen die zelfbeschadigend gedrag vertonen is meer sprake van de risicofactoren neuroticisme en conatieve pathologie, dan bij mensen die dit gedrag niet vertonen. Hypothese b wordt door de resultaten niet bevestigd. Bij mensen die zelfbeschadigend gedrag vertonen is niet minder sprake van de beschermende factoren consciëntieusheid, zelfsturing, verantwoordelijkheid en energie dan bij mensen die dit gedrag niet vertonen.

In totaal was de discriminante functie succesvol in het juist classificeren van 63,5% van de participanten, met accurate voorspellingen voor 66,7% voor de personen die geen zelfbeschadigend gedrag vertoonden en 60,4% voor de personen die wel zelfbeschadigend gedrag vertoonden (zie tabel 4).

Tabel 4
*Resultaten van de classificatie analyse van de groepen**

Groepen	Voorspeld groepslidmaatschap	
	Niet zelfbeschadigend	Zelfbeschadigend
Niet zelfbeschadigend	66,7%	33,3%
Zelfbeschadigend	39,6%	60,4%

* 63,5% correct geclassificeerd

Discussie

In dit onderzoek werd het verband tussen zelfbeschadigend gedrag en zelfregulatie onderzocht. Hiervoor werden risico- en beschermende factoren afgeleid uit de zelfregulatie theorie van Baumeister et al. (1994). Deze risicofactoren waren neuroticisme en conatieve pathologie en de beschermende factoren waren zelfsturing, verantwoordelijkheid, consciëntieusheid en energie.

De onderzoekspopulatie werd verdeeld in een groep die zelfbeschadigend gedrag vertoont en een groep die geen zelfbeschadigend gedrag vertoont. Aansluitend bij de bevindingen van Suyemoto (1998) bleek de zelfbeschadigende groep gemiddeld jonger dan de niet zelfbeschadigende groep. Ook werd aangetoond dat de zelfbeschadigende groep vaker een DSM-IV diagnose had op As-II. Dit sluit aan bij het onderzoek van Simeon en Favazza (2001), waarin werd aangetoond dat zelfbeschadigend gedrag het meest voorkomt bij patiënten met significante persoonlijkheidspathologie. Verder bleek dat vrouwen meer zelfbeschadigend gedrag vertonen dan mannen. Ten slotte waren mensen die in de zelfbeschadigende groep vielen vaker ongehuwd of gescheiden dan mensen in de niet zelfbeschadigende groep. Deze verschillen tussen beide groepen gaven de aanleiding om de groepen aan elkaar te matchen.

De verwachting dat er bij mensen die zelfbeschadigend gedrag vertonen meer sprake zou zijn van de risicofactoren is uitgekomen. Bij mensen die zelfbeschadigend gedrag vertonen is meer sprake van neuroticisme en conatieve pathologie, dan bij mensen die dit gedrag niet vertonen. Er werd hiernaast verwacht dat er bij mensen die zelfbeschadigend gedrag vertonen minder sprake zou zijn van de beschermende factoren. Deze verwachting is niet uitgekomen. Er was bij mensen die zelfbeschadigend gedrag vertonen niet minder sprake van de beschermende factoren consciëntieusheid, zelfsturing, verantwoordelijkheid en energie dan bij mensen die dit gedrag niet vertonen. Voor de factor zelfsturing was echter wel een trend waarneembaar. Deze factor zou bij een grotere onderzoekspopulatie wellicht wel significant blijken.

Dat energie geen voorspellende waarde blijkt te hebben, kan verklaard worden doordat de maat waarmee energie gemeten is (de subschaal energie van de NEO-PI-R) bij nader inzien niet goed overeenkomt met energie of kracht zoals deze werd beschreven door Baumeister et al. In de handleiding van de NEO-PI-R wordt beschreven dat iemand met een hoge score op de subschaal energie wordt gekenmerkt door een hoog tempo en krachtige bewegingen en de behoefte om steeds bezig te zijn (Hoekstra et al., 1996). Door Baumeister et al. (1994) wordt energie omschreven als de kracht of het middel om een gewenste verandering te verkrijgen. Deze beschrijvingen komen bij nader inzien onvoldoende overeen en dit vormt een verklaring voor het feit dat er geen significant verband werd aangetoond tussen energie en zelfbeschadigend gedrag.

Een andere verklaring voor het feit dat er wel een verband werd gevonden tussen zelfbeschadigend gedrag en risicofactoren voor verminderde zelfregulatie maar niet tussen zelfbeschadigend gedrag en beschermende factoren, kan gezocht worden in de mate waarin deze factoren van invloed zijn. Het is mogelijk dat risicofactoren voor verminderde zelfregulatie van invloed zijn op het ontwikkelen van zelfbeschadigend gedrag en beschermende factoren niet of in mindere mate. Baumeister et al. (1994) gaan er namelijk van uit dat de drie aspecten van zelfregulatie als het ware de voorwaarden voor adequate zelfregulatie zijn. Zij stellen hierbij dat zelfregulatie kan falen, wanneer er zich in deze aspecten problemen voordoen. Een hoge mate van neuroticisme en/of conatieve pathologie zorgt voor problemen in deze drie aspecten. Iemand met een verhoogde score op neuroticisme heeft meer moeite met het zetten van duidelijke doelen en met het zich hieraan houden. Iemand met verhoogde conatieve pathologie (het ontbreken van betekenis, richting en doelen in het leven) heeft vaker geen duidelijk doel voor ogen en/of moeite met het zetten en behalen van doelen. Dit leidt tot verminderde zelfregulatie en zodoende ook tot de ontwikkeling van zelfbeschadigend gedrag. Binnen de theorie van Baumeister et al. blijft de mogelijkheid dat er ook factoren zijn die mensen beschermen tegen de problemen die kunnen leiden tot verminderde zelfregulatie buiten beschouwing. Het is dus mogelijk dat beschermende factoren niet of in mindere mate van invloed zijn op zelfregulatie dan risicofactoren.

Uit de resultaten blijkt dat er een verband bestaat tussen zelfbeschadigend gedrag en de risicofactoren voor verminderde zelfregulatie van de zelfregulatie theorie van Baumeister et al. Tussen de beschermende factoren van deze theorie en zelfbeschadigend gedrag lijkt geen verband te bestaan. Deze resultaten ondersteunen met name het eerste en tweede aspect van de zelfregulatie theorie van Baumeister et al. Deze aspecten houden in dat een eenduidig te behalen doel ontbreekt en dat iemand niet in staat is na te gaan of de huidige omstandigheden stroken met zijn of haar normen. Voor het derde aspect van

zelfregulatie theorie werd niet voldoende ondersteuning gevonden. Dit aspect is het hebben van voldoende energie of kracht om een gewenste verandering te krijgen. De meest belangrijke meting van dit aspect, namelijk energie, bleek in dit onderzoek niet valide. Wel hangt de risicofactor neuroticisme ook met dit aspect samen; bij een verhoogd kwetsbaar persoon is het vermogen of de kracht voor effectieve zelfregulatie verminderd. Verder onderzoek is nodig om met meer zekerheid aan te tonen of er sprake is van een verband tussen de derde factor van zelfregulatie theorie en zelfbeschadigend gedrag. Hierdoor zou de voorspellende waarde voor zelfbeschadigend gedrag mogelijk vergroot kunnen worden. Een andere verklaring voor het feit dat er niet voldoende ondersteuning voor het derde aspect van de zelfregulatie theorie werd gevonden, is dat de belangrijkste variabele die afgeleid kon worden uit dit aspect een beschermende factor is (energie). Zoals eerder genoemd zijn risicofactoren namelijk mogelijk van grotere invloed op zelfregulatie dan beschermende factoren.

Samengevat laat dit onderzoek zien dat er een verband bestaat tussen zelfbeschadigend gedrag en risicofactoren voor verminderde zelfregulatie. Met de risicofactoren die werden afgeleid uit de zelfregulatie theorie van Baumeister et al., kan een voorspelling gedaan worden over de kans dat iemand zelfbeschadigend gedrag zal vertonen. Deze voorspellende waarde is niet bijzonder groot, maar kan waarschijnlijk vergroot worden wanneer deze wordt gecombineerd met de variabelen leeftijd en geslacht. Op deze variabelen verschillen de zelfbeschadigende en niet zelfbeschadigende groep namelijk significant. Geconcludeerd kan worden dat de mogelijkheid bestaat om voorspellingen te doen over de kans dat iemand zelfbeschadigend gedrag zal vertonen op basis van persoonlijkheidskenmerken. Toekomstig onderzoek is nodig om uit te wijzen of deze voorspellende waarde, bijvoorbeeld aan de hand van additionele (persoonlijkheds)variabelen, vergroot kan worden.

Referenties:

- Baumeister, R.F., Heatherton, T.F. & Tice, D.M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Baumeister R.F. & Vohs, K.D. (2003). Willpower, choice and self-control. In G. Loewenstein, D. Read & R. F. Baumeister (Eds.), *Time and decision: Economic and psychological perspectives on intertemporal choice* (pp. 201-216). New York: Russell Sage Foundation.
- Baumeister, R.F. & Vohs, K. D. (2004). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. New York: Guilford.
- Baumeister, R.F. (2002). Yielding to temptation: Self-control failure, impulsive purchasing, and consumer behavior. *The Journal of Consumer Research*, 28: 670-676.
- Berghuis, J.G. (2007). *Assessment of General Personality Disorder (AGPD). Version 2007*. Amersfoort: Symfora groep.
- Briere, J. & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68: 609-620.
- Cloninger, C.R., Prybeck, T.R., Svrakic, D.M. & Wetzel, R. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide tot its development and use*. St. Louis: Washington University School of Medicine.
- Duijsens, I.J & Spinhoven, P. (2000). TCI: Handleiding van de Nederlandse temperament en karakter vragenlijst. Leiderdorp: Datec.
- Faber, R.J. & Vohs, K.D. (2004). To buy or not to buy?: Self-control and self-regulatory failure in purchase behavior. In R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 509-524). New York: Guilford Press.
- Favazza, A.R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186: 259-268.
- Fruyt, F. de, Mervielde, I., Hoekstra, H.A. & Rolland, J.P. (2000). Assessing adolescents' personality with the NEO-PI-R. *Psychological assessment*, 7: 329-345.
- Gratz, K.L., Conrad, S.D. & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72: 128-140.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K. & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178: 48-54.
- Herman, C.P. & Polivy, J. (2004). The self-regulation of eating: Theoretical and practical problems. In R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 491-508). New York: Guilford Press.

- Hirschi, H. (2004). Self-control and crime. In R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 537-552). New York: Guilford Press.
- Hoekstra, H.A., Ormel, J. & Fruyt, F. de (1996). Handleiding NEO-Persoonlijkheidsvragenlijsten NEO-PI-R en NEO-FFI (Manual for NEO Personality Inventories NEO-PI-R and NEO-FFI). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hull, J.G. & Slone, L.B. (2004). Alcohol and self-regulation. In R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 466-491). New York: Guilford Press.
- Kamphuis, J.H., Ruyling, S.B. & Reijntjes, A.H. (2007). Testing the emotion regulation hypothesis among self-injuring females: Evidence for differences across mood states. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 195: 912-918.
- Keijsers, G., Minnen, A. van & Hoogduin, K. (2006). Kunnen ongewenste gewoonten blijvend veranderd worden?: Zelfcontrole in de klinische psychologie. *De Psycholoog*, 11: 594-600.
- Klonsky, D.E., Oltmanns, T.F. & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160: 1501-1508.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Livesley W.J. (2003). *Practical management of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Muraven, M. & Baumeister, R.F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126: 247-259.
- Paul, T., Schroeter, K.M.A., Dahme, B. & Nutzinger, D.O. (2002). Self injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159: 408-411.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/Clinical psychiatry 9th ed.* (pp. 793). Philadelphia: lippincott Williams & Wilkins.
- Sayette, M.A. (2004). Self-regulatory failure and addiction. In R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 447-465). New York: Guilford Press.
- Schotte, C.K.W., Doncker, D, de & Courjaret J. (2007). De ADP-IV: Vragenlijst voor DSM-IV en gedragstherapeutische diagnostiek. *Gedragstherapie*, 40: 113-125.
- Schotte, C. & Doncker, D, de (1994). *Assessment DSM persoonlijkheidsstoornissen – versie DSM-IV*. Edegem: Universitair ziekenhuis Antwerpen.
- Simeon, D. & Favazza, A.R. (2001) *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment*. In

- D. Simeon & E. Hollander (Eds.), *Self-Injurious Behaviors: Assessment and Treatment* (pp.1-28). Washington (DC): American Psychiatric Publishing.
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review, 18*:581-584.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J.V., Kroft, P.J.A. van der, Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP- 118): Development, factor structure, reliability and validity. *Psychological Assessment, 20*: 23-34.
- Wiederman, M.W. (2004). Self-control and sexual behavior. In R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 525-536). New York: Guilford Press.
- Zlotnick, C., Mattia J.I. & Zimmerman (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Chicago Journal of Nervous & Mental Disease, 187*: 296-301.