



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Zelfcontrole en cognitieve exposure bij de behandeling van automutilatie

Kees van Wijk*

Samenvatting

Soms staat automutilatie zo sterk onder invloed van cognities en/of interne voorstellingen dat een behandeling louter met behulp van een zelfcontroleprocedure niet goed mogelijk is. In dit artikel worden twee korte gevalbeschrijvingen gepresenteerd waarbij patiënten werd gevraagd bewust de angstoproepende gedachten en beelden voor de geest te halen. Dit werd gedaan mét of zonder therapeutische afleiding, totdat de angst hiervoor afnam. In beide gevallen had dit als gunstig gevolg dat ook de neiging tot zelfbeschadiging verminderde en de zelfcontroleprocedure kon worden voortgezet.

Inleiding

Bij automutilatie heeft de patiënt een niet of nauwelijks te bedwingen drang om zichzelf herhaaldelijk lichamelijk letsel toe te brengen, zonder dat hij daarbij de bedoeling heeft zichzelf van het leven te beroven. De zelfverwonding kan diverse vormen aannemen, variërend van licht, zoals het oppervlakkig beschadigen van de huid, tot zeer ernstig, bijvoorbeeld het uitsteken van de ogen of zelfs amputatie van ledematen. Voor zover bekend is er geen goed beeld van hoe vaak automutilatie voorkomt in de totale bevolking. De laatste jaren verschijnen er regelmatig artikelen in de pers en op internet die lijken te wijzen op een grotere openheid over dit verschijnsel en die doen vermoeden dat het op uitgebreidere schaal voorkomt dan tot nu toe werd gedacht. Vooral meisjes van middelbareschooleetijd lijken kwetsbaar in dit opzicht. Ook Vandereycken (2001) wijst op de mogelijkheid van onderschatting.

De schattingen van het voorkomen van automutilatie bij psychiatrische patiënten lopen sterk uiteen. Het lijkt erop dat automutilatie bij hen onder meer samenhangt met leeftijd en diagnostische categorie. Als naar opgenomen psychiatrische patiënten gekeken wordt, komt men in de literatuur cijfers tegen van 4 tot 20 procent (Darche, 1990) en als men zich beperkt tot opgenomen adolescente psychiatrische patiënten een percentage van 40 tot 61 procent (Darche, 1990; Suyemoto, 1998). Het is onduidelijk of deze cijfers nog geldig zijn voor de huidige Nederlandse situatie. Zlotnick, Mattia en Zimmermann (1999) geven aan dat één op de drie psychiatrische patiënten zichzelf wel eens verwondt. In onderzoeken bij borderline-patiënten variëren de percentages van 43 tot 70% (Brodsky, Cloître, & Dulit, 1995; Dulit, Fyer, Leon, Brodsky, & Frances, 1994; Linehan, 1993; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius, & Ulrich, 1994).

Het meest frequent zou automutilatie voorkomen bij vrouwen: veelal wordt een man-vrouwverhouding van 1:3 genoemd (Birrer, Robinson, Rao, & Leber, 1993; Darche,

* C.M.VAN WIJK is als Klinisch Psycholoog/Psychotherapeut verbonden aan GGZ Delfland, Circuit Volwassenen Kortdurende Behandeling. Correspondentie: Gebouw De Stadhouderslaan 98, 3116 HT Schiedam. E-mail: K.van.Wijk@GGZ-Delfland.nl.

1990). De gemiddelde leeftijd waarop zelfbeschadiging het meest voorkomt ligt tussen de 20 en 30 jaar (Soloff et al., 1994). Belangrijke risicofactoren voor automutilatie zijn het meemaken van traumatische ervaringen (Gratz, 2003) en het affectief verwaarloosd worden in de jeugd (Suyemoto, 1998).

Automutilatie heeft een sterke impact op iedereen die ermee te maken krijgt; zowel de patiënt als de naaste omgeving voelt zich vaak machteloos en de emoties die zelfverwonding oproept, kunnen heftig oplaaien. Ondanks het feit dat automutilatie vaak voorkomt, staan therapeutische benaderingen ervan merkwaardigerwijs nog in de kinderschoenen (Vandereycken, 2001). Bosman en Van Meijel (2006) gaan zelfs zo ver dat ze beweren dat behandelingen die zich op automutilatie richten, 'niet werken'. Tevens stellen zij dat 'voor een therapie die wél werkt, patiënt en hulpverlener erachter moeten komen wat de achtergrond van de zelfverwonding is en welke betekenis deze in het leven van de patiënt heeft.

Dit lijkt onder meer niet op te gaan voor de dialectische gedragstherapie volgens Linehan (1993), waar in de eerste fase van de behandeling vaak met succes veel aandacht wordt geschonken aan gedragingen als automutilatie, terwijl een uitgebreide bespreking van de achtergrond en mogelijke oorzaken van de klachten, al dan niet liggend in het verleden van de patiënt, juist wordt vermeden.

Dit artikel borduurt in deze lijn voort op een eerder voorgestelde aanpak van zelfbeschadiging met behulp van zelfcontroleprincipes (Van Wijk, 1996; Van Wijk, Keijsers, Jacobs, & Van der Heiden, 1998; Van Wijk, Keijsers, & Jacobs, 1999). In het bijzonder wordt hier meer aandacht gevraagd voor de rol van cognities en beelden die aan automutilatie vooraf kunnen gaan en het gedrag mede in stand kunnen houden. Vervolgens wordt de behandeling ervan besproken.

Het behandelmodel

Er is gekozen voor een behandelprocedure waarbij aandacht wordt gegeven aan de beïnvloeding van gedrag, cognitie en affect. De aanpak bestaat uit een zelfcontroleprocedure en is eerder uitgebreider beschreven (Van Wijk et al., 1999). De volgende stappen zijn daarin te onderscheiden:

Indicatiestelling en motivatie

Naast het vaststellen van de wijze van zelfbeschadiging en de eventuele medische risico's besteedt de therapeut aandacht aan de motivatie van de patiënt om het gedrag te willen leren beheersen en zich er actief voor in te zetten. Is de patiënt wel echt bereid een zelfregistratie bij te houden en zich aan de afspraken met de therapeut te houden? In veel gevallen is het nuttig om in dit stadium als therapeut een judoachtige houding aan te nemen, waarin de therapeut zich terughoudend opstelt en de patiënt zelf de argumenten laat bedenken waarom hij de behandeling wil volgen om zodoende de compliance te verhogen (Lange, 1987; 2006).

Voorlichting over automutilatie en de behandeling

De therapeut geeft uitleg over de functies van automutilatie, waarbij vooral de relatie met aversieve, antecedente spanning aandacht krijgt. Doel van de behandeling is de patiënt te leren om op een minder schadelijke manier met spanning om te gaan. Ook

krijgt hij in dit stadium een overzicht van wat er van hem verwacht wordt: intensieve zelfregistratie, het toepassen van alternatief gedrag en, indien nodig, het nemen van een time-out. De therapeut besteedt aandacht aan de rol van bepaalde spanning- en angst oproepende cognities en beelden, en hoe de patiënt deze probeert te verzachten door zich te verwonden. In de behandeling wordt gezocht naar alternatieve manieren om met die spanning en angst om te gaan.

Registratieopdrachten

- De therapeut vraagt de patiënt de frequentie van automutilatie, in vooraf afgesproken eenheden, te registreren. Bijvoorbeeld: een aantal maal onafgebroken met de hand tegen de muur slaan binnen vijf minuten is eenmaal turven.
- Voor de vele aversieve belevingen die patiënten kunnen hebben voorafgaand aan de zelfverwonding, wordt de meer algemene term 'spanning' gebruikt. Meestal voldoet dit, soms wordt in overleg met de patiënt een andere benaming gebruikt. De patiënt wordt verzocht een registratielevel bij te houden, waarbij hij op een denkbeeldige schaal van 0 tot 10, op ieder heel uur, de hoogste mate van 'spanning' noteert die hij het afgelopen uur heeft gehad. Belangrijk hierbij is dat de therapeut begrip toont voor de zwaarte van deze opdracht.
- Ten slotte wordt de patiënt verzocht apart op het registratielevel aan te geven als de spanning wordt veroorzaakt door cognities en/of beelden die aan de automutilatie voorafgaan.

Stimulus-responsinterventie

De patiënt stelt samen met de therapeut een lijst op met ongeveer tien spanningsreducerende, direct uitvoerbare activiteiten, die volgens de patiënt onverenigbaar zijn met automutilerend gedrag. Denk aan uiteenlopende activiteiten, zoals een wandelingetje maken, een gesprekje aanknopen met een verpleegkundige, een vriendin bellen – om het even welke activiteit zolang het maar ontspannend is en zelfbeschadiging erdoor wordt bemoeilijkt. Uit deze lijst kiest hij, als de spanning een vooraf afgesproken grenswaarde overschrijdt (bijvoorbeeld: 5), steeds een bepaalde activiteit.

Responsconsequentie: time-out

Als de patiënt zich desondanks onverhoopt toch heeft 'beschadigd', wordt de patiënt geacht om zélf onmiddellijk gedurende vier uur de locatie te verlaten waar de automutilatie heeft plaatsgevonden (time-out). Uiteraard met in achtneming van de eventueel noodzakelijke medische verzorging. Deze tijdsduur is vrij willekeurig gekozen en kan indien gewenst worden uitgebreid of ingekort. In de praktijk blijkt een time-out van vier uur voor de meeste patiënten voldoende om toekomstige automutilatie af te remmen. Het is hier van belang de opdracht bij de patiënt goed te motiveren en erop te wijzen dat hierdoor de mogelijk onderhoudende sociale bekrachtigingen en andere omgevingseffecten ná de zelfverwonding doorbroken worden, waardoor hopelijk uiteindelijk de drang tot zelfbeschadiging afneemt. Tevens kan de therapeut wijzen op het te verwachten effect van de milde zelfbestrafing die deze opdracht in zich draagt en de mogelijkheid dat alleen al het vooruitzicht een time-out te moeten nemen de patiënt misschien helpt om zichzelf dan maar niet te beschadigen.

De rol van gedachten en innerlijke beelden

Voor veel patiënten is de combinatie van bovenstaande opdrachten afdoende, waardoor de behoefte om zich te verwonden geleidelijk afneemt. In sommige gevallen is het niet

genoeg. Bijvoorbeeld als blijkt dat zelfbeschadiging voorafgegaan wordt door cognities en interne voorstellingen die de patiënt erg angstig en gespannen kunnen maken, en die pas verdwijnen nadat de patiënt zichzelf daadwerkelijk verwond heeft. Dat kunnen beelden zijn van de wijze waarop de automutilatie uitgevoerd zou kunnen worden; de patiënt beleeft als het ware in gedachten de zelfverwonding en wordt heen en weer geslingerd tussen enerzijds de angst voor de pijn en andere negatieve gevolgen en anderzijds de wens hierdoor een einde te maken aan de toenemende aversieve arousal. In andere gevallen staat de angst voor controleverlies meer op de voorgrond; de patiënt ziet in gedachten hoe hij een tegen zichzelf gekeerde, onomkeerbare daad uitvoert (zoals suïcide) en wordt angstig van het feit dat het ook echt een reële mogelijkheid is. Ook kan de patiënt in paniek raken van de gedachte de controle te verliezen, omdat het aantrekkelijke gevoel van bevrediging en rust na de automutilatie zo sterk kunnen zijn.

Deze beelden en gedachten hebben met elkaar gemeen dat ze bij de patiënt sterke angst oproepen en de al aanwezige arousal verder versterken. Begrijpelijke pogingen om ze vervolgens te onderdrukken, door er bijvoorbeeld maar *niet* aan te denken, werken natuurlijk niet en hebben een averechts effect. Door zichzelf te beschadigen slaagt de patiënt er vervolgens wél in zowel deze cognities en voorstellingen kwijt te raken als ook de ermee gepaard gaande angst.

De therapeut heeft grofweg twee manieren ter beschikking om de automutilerende patiënt te helpen: exposure *zonder* en *met* afleiding. Hieronder volgt een korte beschrijving van beide exposurevormen, geïllustreerd met gevalbeschrijvingen.

Exposure zonder afleiding

De therapeut kan proberen de patiënt ertoe te bewegen de gedachten en/of beelden die aan de automutilatie voorafgaan, rechtstreeks onder ogen te zien, zonder deze te vermijden. Dat wil zeggen: hij kan de patiënt vragen om de beelden bewust op te roepen met zo veel mogelijk details, waaronder de lichamelijke gewaarwordingen, en deze enige tijd vast te houden zodat de angst die daarbij onvermijdelijk naar boven komt, kan uitdoven. Aanvankelijk vindt dit plaats in de spreekkamer, later kan de patiënt thuis oefenen in de vorm van huiswerk. Het verdient aanbeveling om bij deze opdracht de moeilijkheidsgraad geleidelijk op te voeren. De therapeut kan dit doen door de patiënt zich eerst op relatief neutrale details te laten concentreren en dan langzaam over te gaan op de meer angstoproepende onderdelen. Het vraagt in het begin meestal veel overredingskracht de patiënt zover te krijgen, maar in aanwezigheid van de therapeut – en een goede therapeutische relatie – werkt de patiënt vaak goed mee.

Casus Petra

Petra (24 jaar) is zichzelf gaan beschadigen toen zij was opgenomen in een kliniek. Ze voert tijdens de ambulante behandeling de registratieopdrachten goed uit, maar het lukt haar niet om met behulp van de zelfgekozen activiteiten uit de lijst haar spanningsniveau te reduceren. Tijdens het gesprek hierover wordt duidelijk dat zij, als de spanning stijgt, het beeld voor ogen heeft waarbij ze zichzelf naar de keukenla ziet lopen om daar de schaar te pakken waarmee ze vervolgens haar polsen zal gaan bewerken. Dat vooruitzicht maakt haar erg angstig. Ze is bang er geen weerstand aan te kunnen bieden. Het is maar een kleine stap – de keukenla is maar een paar meter van haar vandaan. Ze probeert er hard niet aan te denken,

uiteraard met averechts effect: de gedachten dringen zich steeds harder aan haar op waardoor ze in een vicieuze cirkel terechtkomt. Ze krijgt daarbij verschillende lichamelijke angstverschijnselen, zoals sterke transpiratie. Ze heeft het gevoel dat ze in een soort trance raakt en ze kan ook niet helder denken; ze wil alleen nog maar snijden. Als ze zich daar uiteindelijk aan overgeeft, voelt ze zich rustiger en verdwijnen de beelden.

De therapeut vraagt haar in de sessie deze scène zo gedetailleerd mogelijk voor de geest te halen, de nare lichamelijke verschijnselen gewoon te laten komen en ernaar te kijken zonder er iets aan te veranderen. Aanvankelijk kost dit haar veel moeite en is er veel overredingskracht van de therapeut nodig. Begonnen wordt met het beeld van de schaar, dan volgt het beeld van haar naar boven gedraaide pols, vervolgens het contactmoment van pols en schaar en het zien van het eerste bloed. Na een aantal keren oefenen en geleidelijk opvoeren van de scènes lukt het haar zich deze reeks zonder al te veel problemen voor te stellen. Daarna durft Petra het ook thuis in haar eentje te oefenen.

Haar ervaringen worden achteraf steeds in de therapie sessies besproken. Na enkele weken blijkt de angst af te nemen en ook de neiging haarzelf te beschadigen wordt minder. Hierdoor lukt het Petra ook haar spanningsniveau te reguleren met haar activiteitenlijst en de zelfcontroleprocedure uit te voeren. De automutilatie neemt hierdoor verder af en haar gevoel van controle neemt toe. Waar ze zich aan het begin van de behandeling vier maal per week sneed, snijdt ze zichzelf tijdens de follow-up na zes maanden nog maar één keer per drie weken, zo blijkt.

Exposure met afleiding

Regelmatig komt het voor dat een patiënt er niet in slaagt op 'directe' wijze met de innerlijke beelden te oefenen, doordat de angst die erdoor wordt opgeroepen gewoonweg te groot is. In deze gevallen kan afleiding een uitkomst bieden. Daarbij roept de patiënt korte tijd de gekozen scène in combinatie met een neutrale stimulus op om zodoende de aandacht van de angst af te leiden, waardoor het ervaren van de angstopwekkende beelden beter verdragen wordt. Een voorbeeld van een afleidende stimulus kan de opdracht zijn om, zo gauw het beeld helder voor ogen staat, bewust een essentieel onderdeel eraan te veranderen, zodat het zijn bedreigende karakter verliest. Ook een afleiding zoals die bijvoorbeeld bij EMDR (Shapiro, 1995) wordt toegepast in de vorm van oogbewegingen, kan goed van pas komen.

Casus Joyce

Joyce (32 jaar), zes jaar in behandeling na ernstige seksuele traumata (met een veelheid aan psychiatrische diagnoses waarvan de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis het meest voorkomt), beschadigt zichzelf sinds ongeveer tien jaar regelmatig met tussenposes. Ze krast en snijdt in haar onderarmen en drukt sigarettenpeuken uit op haar armen. Als ze weer in behandeling komt, is ze zwanger en erg gemotiveerd er iets aan te doen. Desondanks mislukken alle pogingen haar te laten registreren. Als de therapeut met haar nagaat waarom ze zich niet aan de huiswerkopdrachten heeft gehouden, vertelt ze dat als ze gespannen is de angst te groot wordt. Als voorbeeld geeft ze aan dat ze na een ruzie met haar vriend erg in paniek kan raken van terugkerende beelden in haar hoofd waarbij ze zichzelf aan een touw aan een boom ziet bungelen. Ook ziet ze vaak voor zich hoe ze haar polsen met een stanley mes bewerkt. Ze begint dan sterk te transpireren en ervaart een hevige drang tot automutilatie. Als ze zich eenmaal beschadigd heeft, verdwijnen deze beelden en voelt ze zich rustiger. Ze beleeft de zelfbeschadiging als een verslaving.

Joyce is tijdens de therapie niet in staat om het beeld waarbij zij zichzelf aan een boom ziet hangen, lang vast te houden. Ook de aanwezigheid van de therapeut verandert hier weinig aan en voor een geleidelijke toenadering is zij ongevoelig. De angst is eenvoudigweg te groot. Het lukt haar echter wel het beeld enigszins op te roepen en vast te houden, wanneer zij van de therapeut op hetzelfde moment haar ogen snel van links naar rechts moet bewegen. Door de afleidende beweging met de ogen te maken, vindt ze het aanvankelijk moeilijk om het beeld gedetailleerd op te roepen, want als ze dat probeert vergeet ze op de oogbewegingen te letten. Na enige oefening gaat dit beter en het blijkt dat 'de scherpe kanten ervan af gaan'. Het lukt haar dan de oogbewegingen te maken tegelijk met het oproepen van het beeld, en geleidelijk merkt ze dat door deze combinatie de angst afneemt. Volgens Joyce komt dit doordat zij steeds even kan 'wegvluchten' en haar aandacht op de oogbewegingen kan richten als het zien van het beeld te moeilijk voor haar wordt. Ze durft hierna ook thuis zelf te oefenen in de vorm van huiswerk. In de daaropvolgende periode merkt ze dat ook de drang om te automutileren afneemt.

Hierna wordt dezelfde procedure toegepast op het beeld waarbij ze zichzelf met een stanleymes in de weer ziet. Het uitvoeren van de registratieopdracht vormt dan geen probleem meer voor haar. Uiteindelijk vermindert de automutilatie van een frequentie van veertien maal per week naar één à twee maal per week en dat blijft zo gedurende de resterende periode van de zwangerschap en de eerste maanden daarna. Verdere follow-up gegevens ontbreken nog.

Nabespreking

In leertheoretische termen kan automutilatie opgevat worden als aangeleerd gedrag dat onder invloed staat van antecedente, intermediaire en consequente factoren. Automutilatie kan dan worden beschreven als een gedragsketen waarbij een bepaalde stimulusconstellatie (1) leidt tot een aversieve affectieve toestand, (2) waarbij de patiënt denkt dat deze toestand slechts door automutilatie ongedaan kan worden gemaakt (3). De patiënt heeft soms beelden/voorstellingen (4) hoe de automutilatie uitgevoerd zou kunnen worden en voelt hierbij een toenemende spanning/angst tegelijkertijd opkomen met een sterker wordende drang om het echt te doen (5). De patiënt verliest uiteindelijk het gevoel van controle (6) en beschadigt zichzelf (7), waardoor de heftigheid van de gevoelens afneemt en de beelden vaak verdwijnen. Dit hele proces wordt vaak gevolgd door sociale bekrachtiging vanuit de directe omgeving in de vorm van positieve dan wel negatieve aandacht.

In dit artikel wordt beschreven hoe beelden en voorstellingen soms veel angst en spanning kunnen oproepen, die kunnen afnemen door automutilatie. Dit kan betekenen dat in sommige gevallen deze beelden zelf uitlokkers van de zelfbeschadiging kunnen worden, zonder dat er andere meer duidelijk zichtbare spanningsbronnen hoeven te zijn, zoals conflicten. Het resultaat is een versterking van de gedachten dat alleen zelfverwonding helpt de spanning/angst te reduceren en een mogelijke kwetsbaarheid voor de aversieve toestand. Dit laatste kan misschien verklaren waarom in een aantal gevallen waarin de behandeling zich uitsluitend richt op het veranderen van de antecedente factoren (zoals met behulp van een responspreventielijst) of aan de consequente kant (zoals met de time-out), de patiënt toch niet in staat is om de drang tot zelfbeschadiging onder controle te krijgen. In die gevallen doet de therapeut er goed aan bij de patiënt te informeren of er wellicht sprake is van interfererende beelden en/of cognities die veel angst oproepen. Als dit het geval is, zou een vorm van exposure in de behandeling gebruikt kunnen worden, waarbij de patiënt leert om de

angstveroorzakende beelden en gedachten geleidelijk onder ogen te zien, zonder zelfverwonding als vermijdingsgedrag toe te passen. Hierdoor kan de angst uitdoven en de zelfbeschadiging zijn functie verliezen. De therapeut kan bij het kiezen van afleiding van verschillende mogelijkheden gebruikmaken, waarbij bestaande therapievormen als inspiratiebron kunnen dienen. In de casus van Joyce werden bijvoorbeeld de oogbewegingen uit de EMDR als afleiding gebruikt.

In dit artikel gaat het specifiek over moeilijkheden die kunnen optreden bij de behandeling van automutilatie door de cognities en interne voorstellingen die ze instandhouden. Geen aandacht is besteed aan de verslavende kanten van zelfverwonding, die vaak wel door patiënten worden genoemd. Een sterk gevoel van 'craving', zoals behorend bij de andere verslavingen, kan de patiënt ervan weerhouden zich aan behandelafspraken te houden. Hetzelfde geldt voor relationele aspecten. Ook die kunnen een goed verloop van de therapie bemoeilijken of zelfs onmogelijk maken.

Er is ook niet ingegaan op de vraag hoe belangrijk het is dat de therapeut aandacht besteedt aan de betekenis en functie van het zelfverwondende gedrag. Automutilatie kan bijvoorbeeld een manier zijn om een einde te maken aan dissociatieve belevingen en een gevoel van vervreemding van zichzelf (Schoppmann, 2003) of juist bedoeld zijn om een toestand van vervreemding op te roepen omdat daardoor meedoen aan het sociale leven makkelijker wordt (Bosman & Van Meijel, 2006; Vandereycken, 2001). Dit laatste ziet men wel bij extreem sociaal angstige patiënten. Veronachtzaming hiervan zou eveneens kunnen leiden tot mislukking van een behandeling die gericht is op de toename van zelfcontrole.

Abstract

Sometimes self-mutilation is strongly influenced by cognitions and/or internal representations which may inhibit a treatment that focuses on a selfcontrol procedure. This article suggests that cognitive exposure, with or without distraction, may be a way out of the impasse. This article presents two case illustrations wherein patients are asked to intentionally recall fear-evoking thoughts or internal representations, with or without therapeutic distraction, until their fear diminished and also the tendency to automutilation after which selfcontrol procedures could successfully continue.

Referenties

- Birrer, R.B., Robinson, T., Rao, Z., & Leber, M. (1993). Self-mutilation: three cases and a review of literature. *The Journal of Emergency medicine*, 11, 27-31.
- Bosman, M., & Meijel, B. van (2006). Betekenis en behandeling van zelfverwondend gedrag. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 414-426.
- Brodsky, B.S., Cloître, M., & Dulit, R.A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(12):1788-1792.
- Darche, M.A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-selfmutilating adolescent inpatient females. *Psychiatric hospital* 21(1), 31-35.
- Dulit, R.A., Fyer, M.R., Leon, A.C., Brodsky, B.S., & Frances, A.J. (1994). Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1305-1311.

- Gratz, K. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 192-205.
- Lange, A. (1987). *Strategieën in directieve therapie*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen, cognitieve gedrags- en systeemtherapie*, 8ste editie. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Schoppmann, S. (2003). "Dann habe ich ihr einfach meine arme hingehalten". *Selbstverletzendes Verhalten aus der Perspektive der Betroffenen*. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Soloff, P.H, Lis, J.H., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Selfmutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(4), 257-267.
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of selfmutilation. *Clinical Psychology Review*, 5, 531-554.
- Vandereycken, W. (2001). Aanpak zelfverwondend gedrag bij psychiatrische patiënten. *Psychopraxis*, 3, 94-98.
- Wijk, K. van (1996). De behandeling van automutilatie met behulp van een zelfcontroleprocedure. *Directieve Therapie*, 16, 25-32.
- Wijk, K. van, Keijsers, L., Jacobs, C., & Heiden, C. van der (1998). Automutilatie en zelfcontrole: een oriënterend onderzoek bij zeven patiënten. *Directieve Therapie*, 18, 245-258.
- Wijk, C.M. van, Keijsers, L.H.A., & Jacobs, C.G.A.M. (1999). Zelfcontrole bij Automutilatie. In: C.A.L. Hoogduin & C.P.F. van der Staak, *Behandelingsstrategieën bij ziekelijke impulsen* (pp. 49-62). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Zlotnick, C., Mattia, J., & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of selfmutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 296-301.