

Zelfbeschadiging bij jongeren: wat is het nut van familietherapie?

Referentie

Cottrell DJ, Wright-Hughes A, Collinson M, et al. A pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation of family therapy versus treatment as usual for young people seen after second or subsequent episodes of self-harm: the Self-Harm Intervention - Family Therapy (SHIFT) trial. *Health Technol Assess* 2018;22:1-222. DOI: 10.3310/hta22120

Duiding

Imke Baetens, Brussels University Consultation Center (BRUCC); departement psychologie, VUB en Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent

Klinische vraag

Wat is de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van familietherapie versus usual care bij jongeren die zichzelf beschadigen?

Achtergrond

Zelfbeschadiging wordt gedefinieerd als elke vorm van opzettelijke zelfverwonding (zoals zichzelf snijden, verhangen, van een hoogte springen, ...) of niet-fatale zelfvergiftiging (zoals een overdosis geneesmiddelen innemen) en dit los van de motivatie of de intentie om zichzelf te doden. De **life-time prevalentie** wordt geschat op 6,4% (1). Als we kijken naar de cijfers van opzettelijke zelfverwonding zonder de intentie om zichzelf van het leven te benemen (zoals krassen, snijden, branden) worden life-time prevalenties van 18% gevonden (2). Binnen een termijn van één jaar na een eerste incident rapporteert men een herval van 5 tot 15% (3). Zelfbeschadiging gaat bij adolescenten gepaard met een toename in mortaliteit (viermaal hoger dan verwacht) en zelfmoord (tienmaal hoger dan verwacht) (4). Naast genetische, biologische, sociale, omgevings- en demografische factoren, persoonlijkheidsfactoren en psychiatrische morbiditeit (vooral depressie) (5) spelen ook familiale factoren zoals hechtingsproblemen, weinig zorg van en communicatieproblemen met de ouders, blootstelling aan seksueel en psychologisch misbruik een oorzakelijke rol (6). Daarnaast reageren ouders vaak op een sterk veroordelende manier op zelfbeschadiging van hun kinderen (7). Vandaar dat er voldoende elementen zijn om familietherapie als behandeling voor zelfbeschadiging bij jongeren voor te stellen.

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- 832 jongeren tussen 11 en 17 jaar oud (gemiddelde leeftijd: 14 jaar) die na minstens 2 episodes van zelfbeschadiging door de huisarts of het ziekenhuis zijn doorgestuurd naar een van de 40 deelnemende Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) in de UK
- bijkomende inclusiecriteria: duidelijke verklaring door de jongere dat het ging om zelfbeschadiging in geval van een overdosis drugs of alcohol; samenleven met een mantelzorger
- exclusiecriteria: ernstig suïciderisico, lopend onderzoek bij de kinder- en jeugdbescherming, zwangerschap, geen behandeling in een CAMHS mogelijk, reeds in behandeling in een CAMHS, verblijf in een tehuis voor crisisopvang, matige tot ernstige leerproblemen, binnen een periode van zes maanden vóór de start van de studie betrokken bij een andere studie, deelname van zus/broer aan de studie of zus/broer kreeg reeds familietherapie in een CAMHS, jongere en mantelzorger zijn onvoldoende het Engels machtig.

Onderzoeksopzet

Pragmatische multicenter gerandomiseerde gecontroleerde studie met 2 onderzoeksgroepen:

- familietherapie (n=415): gedurende 6 maanden krijgen jongeren en hun familie een maandelijks sessie van ongeveer anderhalf uur familietherapie door gekwalificeerde en ervaren

stelseltherapeuten; deze laatste kregen een gestandaardiseerde training (onder andere met rollenspelen) en werkten met 3 of 4 samen in een team dat verantwoordelijk was voor meerdere CAMHS; in plaats van louter te zoeken naar oorzaken voor het gestelde gedrag ging men samen met de jongere en zijn familie op zoek naar een ‘andere manier van respons’ op onderliggende problemen

- usual care (n=417): jongeren krijgen een individuele en/of familiegeoriënteerde behandeling die rekening houdt met de aanbevelingen van NICE, uitgevoerd in een CAMHS door verschillende hulpverleners met een verschillende theoretische achtergrond.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: verschil tussen beide groepen in aantal nieuwe episodes van zelfbeschadiging leidend tot een bezoek aan het ziekenhuis na 18 maanden; uitgedrukt in **Cox’s proportional hazard ratio** en gecontroleerd voor verschillende co-variabelen
- secundaire uitkomstmaten: meerdere vragenlijsten die peilen naar gedragsproblemen (zoals SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)), familiaal functioneren (zoals FAD (McMaster Family Assessment Device)); levenskwaliteit, depressie en suïcidaliteit (zie uitgebreide lijst in de tabel)
- kosteneffectiviteit
- intention-to-treat-analyse.

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: na 18 maanden was het aantal ziekenhuisbezoeken wegens een nieuwe episode van zelfbeschadiging statistisch niet significant verschillend tussen beide groepen (28,4% in de familietherapiegroep versus 24,7% in de usual care groep; HR 1,14 (95% BI van 0,87 tot 1,49; $p = 0,33$)
- secundaire uitkomstmaten:
 - op de SDQ-vragenlijst zag men met familietherapie in vergelijking met usual care een statistisch significante verbetering in prosociaal gedrag zowel na 12 als na 18 maanden ($p=0,0064$ en $p=0,0337$), alsook een statistisch significante vermindering van emotionele problemen ($p=0,0166$ en $p=0,0218$), problemen met leeftijdsgenoten ($p=0,0366$ en $p=0,0092$) en internaliserende problemen ($p=0,0111$ en $p=0,0074$); er was een statistisch significante vermindering van gedragsproblemen en externaliserende problemen ($p=0,0499$ en $p=0,0446$) na 18 maanden
 - met familietherapie zag men na 12 maanden een statistisch significante verbetering in het uitvoeren van gezinstaken op de FAD-vragenlijst
 - na 12 maanden was er statistisch significant minder suïcidale ideatie in de groep met familietherapie ($p=0,0242$) maar dit effect verdween na 18 maanden
- kosteneffectiviteit: wanneer men rekening hield met de **QALY**’s zowel van de jongeren als van de mantelzorgers was familietherapie kosteneffectiever dan usual care
- geen verschil in ongewenste effecten.

Tabel. Secundaire uitkomstmaten.

Vragenlijst	Wat wordt nagegaan?	Ingevuld door	Tijdstip
Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)	Doodswens: intentie en ernst van actuele doodswens en zelfdodingsplannen	jongere	baseline, 12, en 18 maanden
Paediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q)	Levenskwaliteit van de jongere: algemeen	jongere	baseline, 12, en 18 maanden
General Health Questionnaire -12 (GHQ-12)	Levenskwaliteit van de jongere: mentale gezondheid	zorgfiguur	baseline, 12, en 18 maanden
Children's Depression Rating Scale-revised (CDRS-R)	Depressie: ernst van depressieve symptomen	jongere	baseline, 12, en 18 maanden
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Algemene mentale gezondheid en emotionele en gedragsproblemen	jongere en zorgfiguur	baseline, 12, en 18 maanden
Hopelessness Scale for Children	Hopeloosheid: mate waarin jongeren negatieve verwachtingen hebben over zichzelf en de toekomst	jongere	baseline, 12, en 18 maanden
McMaster Family Assessment Device (FAD)	Familiaal functioneren	jongere en zorgfiguur	baseline, 12, en 18 maanden
Family Questionnaire	Familiaal functioneren: verschillende manieren waarop families proberen om te gaan met dagelijkse problemen en emoties uitdrukken	jongere en zorgfiguur	baseline, 3, en 6 maanden
Suicide Attempt Self-Injury Interview	Zelfgerapporteerde zelfverwonding: factoren die betrokken zijn bij niet-fatale zelfdodingspogingen en intentionele zelfverwonding, het weergeven van een tijdlijn van zelfverwondingsepisodes	jongere	baseline, 12, en 18 maanden
Inventory of Callous Unemotional Traits (ICU)	Ongevoelig, onbezorgd, en niet-emotionele trekken van jongere	jongere en zorgfiguur	baseline
EQ-5D-3L	Gezondheidseconomie: gezondheidsproblemen overheen dimensies, geconverteerd naar health utilities	jongere	baseline, 6, 12, en 18 maanden
Health Utilities Index 3	Gezondheidseconomie: levenskwaliteit m.b.t. het classificatiesysteem van gezondheidsstatus, geconverteerd naar health utilities	zorgfiguur	baseline, 6, 12, en 18 maanden
Health Economics Questionnaire	Trial-specifieke vragenlijst voor gezondheidseconomie	jongere en zorgfiguur	Baseline, 3, 6, 12, en 18 maanden
System for Observing Family Therapy Alliances	Engagement in therapie	jongere, zorgfiguur en therapeut	3 maanden

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat familietherapie in vergelijking met usual care het aantal nieuwe episodes van zelfbeschadiging niet vermindert bij adolescenten die zijn doorverwezen naar een CAMHS wegens een episode van zelfbeschadiging en voordien minstens één episode van zelfbeschadiging doormaakten. Er bestaat enige evidentie dat familietherapie zelfbeschadiging vermindert wanneer zorgverleners familiale problemen rapporteerden. Wanneer jongeren zelf moeilijkheden met de expressie van emotie rapporteerden, bleek familietherapie niet effectiever te zijn dan usual care. Er was geen evidentie dat familietherapie kosteneffectief is wanneer men alleen de gezondheidsvoordelen van deelnemers binnen beschouwing neemt, maar mogelijk wel kosteneffectief is wanneer men ook de gezondheidsvoordelen van hulpverleners in rekening brengt. Familietherapie had een significante positieve impact op globale emotionele en gedragsproblemen na 12 en 18 maanden.

Financiering van de studie

National Institute for Health Research, Health Technology Assessment (HTA) Programme.

Belangenconflict van de auteurs

4 auteurs verklaren lid of consultant te zijn van HTA of NHS.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

Deze pragmatische studie is methodologisch correct opgezet. Als enig inclusiecriteria met betrekking tot zelfbeschadiging gold minstens één voorafgaande episode van zelfbeschadiging. De auteurs opteerden niet voor het duidelijke onderscheid tussen opzettelijke zelfverwonding en suïcidepoging, zoals beschreven in sectie 3 van de nieuwe DSM 5-criteria. Bovendien is het niet duidelijk waarop het inclusiecriteria van minstens twee doorgemaakte episodes van zelfbeschadiging gebaseerd is. De randomisering verliep op een correcte manier met stratificatie naar CAMHS, geslacht, leeftijd (11-14 of 15-17-jarigen), accommodatie (thuis met ouders/voogden of jeugdinstelling), aantal voorafgaande episodes van zelfbeschadiging (2 of ≥ 3), type zelfbeschadiging (zelfvergiftiging, zelfverwonding of combinatie). Gezien de aard van de interventie konden deelnemers en therapeuten niet geblindeerd worden. De onderzoekers zelf waren wel geblindeerd wat de kans op **informatiebias** verkleint. De keuze van het aantal ziekenhuisopnames na zelfbeschadiging als primaire uitkomstmaat is omwille van de objectiviteit verdedigbaar maar is anderzijds toch ook beperkend. Jongeren die zich na zelfbeschadiging niet aanmelden in het ziekenhuis, worden op die manier immers uitgesloten. Een verschil in reductie van zelf gerapporteerde verwondingen had wellicht een beter beeld geschetst van de effectiviteit van beide behandelingen. Als secundaire uitkomstmaten koos men voor een ruim arsenaal van door de deelnemers zelf ingevulde vragenlijsten. Ruim de helft van deze vragenlijsten ging verloren tijdens de follow-up, waardoor we zeer voorzichtig moeten zijn bij de interpretatie van de secundaire uitkomstmaten. Door het tekort aan zelf gerapporteerde gegevens is het evenmin mogelijk om te achterhalen in hoeverre een door familietherapie mogelijke toename van de bespreekbaarheid van zelfbeschadiging binnen het gezin en van de wil om professionele hulp te zoeken als **confounder** de primaire uitkomstmaat beïnvloed hebben. De keuze voor een follow up van 6 tot 18 maanden is zeer terecht. Het is immers mogelijk dat een kortdurende psychotherapeutische behandeling het meeste effect vertoont post en 1 maand na stopzetting van behandeling en daarna uitdooft.

Interpretatie van de resultaten

Deze studie is de tot op heden de eerste en enige die de effectiviteit en efficiëntie van familietherapie onderzoekt bij jongeren die zichzelf beschadigen. Familietherapie leidde niet tot een statistisch significante vermindering van het aantal ziekenhuisopnames wegens zelfbeschadiging. Misschien was het in deze studie niet mogelijk om nog een effect van familietherapie aan te tonen in vergelijking met een kwaliteitsvolle usual care die rekening hield met de bestaande NICE-aanbevelingen en in een bestaande gespecialiseerde zorgstructuur (CAMHS) plaatsvond. Bovendien bleek dat 21% van

de usual care groep ook psychotherapie vanuit een familietherapeutisch kader kreeg aangeboden. De resultaten waren echter niet anders wanneer men hiermee in een aparte analyse rekening hield. De lengte van familietherapie (8-10 sessies) was verschillend van de gemiddelde lengte van usual care, een belangrijke co-variabele die men mee in rekening had moeten brengen. In een **moderator analyse** stelde men ook vast dat bij adolescenten die het moeilijk vonden om te praten over hun gevoelens het risico op zelfbeschadiging groter was in de familietherapiegroep. Anderzijds stelde men ook vast dat families die zwakker scoorden op familiaal functioneren wat betreft affectieve betrokkenheid (waarbij men meer naar elkaar luisterde) het risico op zelfbeschadiging lager was in de familietherapiegroep. Dit laatste gaat in tegen een andere studie die net suggereerde dat goed functionerende families net voordeel hadden bij familietherapie (8). Dat illustreert de complexiteit van het probleem en vraagt mogelijk naar een aangepaste vorm van familietherapie afhankelijk van de context.

Besluit van Minerva

Deze goed opgezette pragmatische RCT kon niet aantonen dat gestandaardiseerde familietherapie effectiever is dan usual care voor de behandeling van jongeren met minstens twee episodes van zelfbeschadiging in een gespecialiseerde zorgstructuur in het Verenigd Koninkrijk.

Voor de praktijk

NICE pleit voor voldoende training van gezondheidswerkers die in contact komen met personen die zichzelf beschadigen. Zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn moeten alle personen die zich wegens zelfbeschadiging aanmelden psychosociaal gescreend worden na toediening van de noodzakelijke lichamelijke zorgen. Onderliggende psychologische, psychiatrische (depressie en suïcidegedrag) en sociale factoren moeten worden nagevraagd om het risico op een volgende episode van zelfbeschadiging in te schatten. Op basis hiervan moet een gepaste therapie opgestart worden (9). Dit vraagt om een goed georganiseerd zorgbeleid met voldoende samenwerking tussen de verschillende types zorgorganisaties en -verleners die verder gaat dan een ad-hocsamenwerking rond een individuele patiënt (10). De hoger beschreven studie kon niet aantonen dat gestructureerde familietherapie beter is dan usual care in een gespecialiseerde en gecentraliseerde zorgstructuur in het Verenigd Koninkrijk. Indien jongeren aangeven vlot over emoties te kunnen praten of wanneer een mantelzorger aangeeft dat er familiale problemen zijn, zou familietherapie wel overwogen kunnen worden.

Referenties zie website