



Welke interventies kunnen zelfbeschadiging bij kinderen en adolescenten voorkomen?

Referentie

Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;3:CD013667. DOI: 10.1002/14651858.CD013667.pub2

Duiding

Imke Baetens, Vrije Universiteit Brussel, Departement Psychologie en Tinne Buelens, Universiteit van Amsterdam, Departement Klinische Psychologie

We bespraken in Minerva reeds de SHIFT-studie (1,2). In deze pragmatische gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) kon men niet aantonen dat gestandaardiseerde familietherapie effectiever was dan gebruikelijke zorg voor de behandeling van jongeren met minstens twee episodes van zelfbeschadiging in een gespecialiseerde zorgstructuur in het Verenigd Koninkrijk.

Een recente systematische review van de Cochrane Collaboration onderzocht naast familietherapie ook de effecten van andere psychosociale of farmacologische interventies voor kinderen en adolescenten (tot 18 jaar) met elke vorm van zelfbeschadigend gedrag (3). Hierbij gaat het dan om opzettelijke zelfverwonding zoals zichzelf snijden, verhangen, van een hoogte springen, ...en zelfvergiftiging zoals een overdosis geneesmiddelen innemen,... los van de motivatie of de intentie om zichzelf te doden.

Uit verschillende databanken (waaronder Cochrane Common Mental Disorders Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE Ovid, Embase Ovid en PsycINFO Ovid, tot juli 2020) en aanvullende bronnen (zoals abstracts van conferenties, referentielijsten en contacten met auteurs en experts) selecteerden drie onderzoekers onafhankelijk van elkaar 17 RCT's die een specifieke psychosociale interventie vergeleken met gebruikelijke zorg (standaardzorg die kinderen en adolescenten krijgen buiten studieverband) (N=11), niet-specifieke psychiatrische zorg (N=3) of verbeterde gebruikelijke zorg (aangevuld met bijvoorbeeld psycho-educatie, assertiviteitstraining, regelmatige contacten met hulpverleners, standaard beoordelingsbenadering) (N=3) bij 2 280 jongeren (gemiddelde leeftijd 14,7 (SD 1,5) jaar; 87,6% meisjes) met een recente (binnen de 6 maanden) episode van zelfbeschadiging resulterend in een aanmelding in een ziekenhuis of een klinische dienst voor zelfbeschadiging. Het studieprotocol plande ook een systematische literatuurzoektocht naar RCT's die de doeltreffendheid van geneesmiddelen versus placebo of een andere farmacologische interventie evalueerden. De onderzoekers konden echter geen enkele farmacologische studie weerhouden, wat mogelijks kan toegeschreven worden aan bestaande twijfels over de veiligheid van psychofarmaca bij kinderen en adolescenten. Als primaire uitkomstmaat koos men voor het aantal recidiverende episodes van zelfbeschadiging (via zelfrapportering en hospitaalgegevens) gedurende een follow-up van maximaal twee jaar na de interventie. Secundaire uitkomstmaten waren therapietrouw, depressie, hopeloosheid, algemeen functioneren, sociaal functioneren, suïcidale ideatie en suïcide.

In vergelijking met (verbeterde) gebruikelijke zorg of niet-specifieke psychotherapie ging *dialectische gedragstherapie* statistisch significant gepaard met minder recidiverende episodes van zelfbeschadiging (43% versus 30%; OR 0,46 met 95% BI van 0,26 tot 0,82; N=4, n=270; I²=0%; GRADE hoog). In één studie zag men echter na 12 maanden geen statistisch significant verschil meer tussen dialectische gedragstherapie en niet-specifieke psychotherapie. In tegenstelling tot cognitieve gedragstherapie waar de focus ligt op het veranderen van (verkeerde) denkpatronen en gedragingen wil dialectische gedragstherapie de ontwikkeling van vaardigheden stimuleren waarbij de patiënt gedachten en emoties leert herkennen en aanvaarden zonder ze te beoordelen of te proberen wijzigen, onderdrukken of vermijden. Het is een intensieve therapie waarbij men gebruikmaakt van wekelijkse individuele of familietherapiesessies met telefonische ondersteuning indien nodig. Mogelijk verklaart een betere afstemming van de therapie op individuele behoeften van de patiënt het positieve effect van deze behandeling. De secundaire resultaten toonden op korte termijn ook een verbetering van therapietrouw, depressie, hopeloosheid en suïcidale ideatie. Ten opzichte van gebruikelijke zorg zag men met *individuele cognitieve gedragstherapie* geen statistisch significant verschil in recidiverende episodes van zelfbeschadiging (N=2, n=51; I²=29%; GRADE laag wegens hoog risico van rapporteringsbias in één studie). Ook voor *familietherapie* kon men versus (verbeterde) gebruikelijke zorg geen verschil in recidiverende episodes van zelfbeschadiging aantonen (N=2, n=191; I²=0%; GRADE matig) en dat

was evenmin het geval voor *mentaliserende therapie* versus gebruikelijke zorg (N=2, n=85; I²=68%; GRADE zeer laag wegens onduidelijkheid over de manier waarop zelfbeschadiging gemeten werd in één studie). Bij deze laatste therapie gaat men ervan uit dat onaangepast en impulsief gedrag voortkomt uit onbegrip over de motivatie van en de emotie bij het eigen gedrag en dat van anderen. Men tracht dit te remediëren in wekelijkse individuele en maandelijks familiesessies gedurende een lange periode.

Daarnaast geven de auteurs ook nog enkele resultaten van psychologische interventies die men tijdens in plaats van ná de interventies beoordeelde. Zo was er geen bewijs voor een vermindering in recidiverende episodes van zelfbeschadiging met *motiverende gespreksvoering* (waarbij men belemmerende factoren voor het bijwonen van behandelsessies aanpakt) tijdens 6 maanden follow-up (N=1, n=63), met *groepstherapie* tijdens 6 (N=2, n=430; I²=65%) of 12 maanden (N=3, n=490; I²=77%) follow-up, met *interventies met contact op afstand* tijdens 12 maanden follow-up (N=1, n=105) of met de *psychodiagnostische benadering* tijdens 12 of 24 maanden follow-up (N=1, n=69). Interventies met contact op afstand zijn gericht op het onderhouden van langdurig contact met kinderen en adolescenten. Hierbij kan men kennis verbeteren over triggers en waarschuwingssignalen voor zelfbeschadiging, informatie geven over alternatieve coping-gedragingen en toegang tot hulp aanbieden. In de psychodiagnostische benadering worden bronnen van psychologische pijn en hun verband met probleemgedrag, zoals zelfbeschadiging, geïdentificeerd en wordt er een manier gezocht om deze cyclus te doorbreken.

Hoewel de auteurs een poging doen om de verschillende psychologische interventies te beschrijven blijft het moeilijk om ze van elkaar te onderscheiden. Het gaat vaak om complexe interventies bestaande uit verschillende componenten. Gebruikelijke zorg wordt in de meeste studies onvoldoende beschreven en tussen de studies onderling is er op dat vlak waarschijnlijk veel variatie. Ook moeten we ermee rekening houden dat gebruikelijke zorg net door zijn grotere flexibiliteit om de behandeling aan de noden van de patiënt aan te passen wel eens voordeliger zou kunnen zijn dan meer complexe interventies.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische 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 van een volgende episode van zelfbeschadiging in te schatten. Op basis hiervan moet een gepaste therapie opgestart worden (4). 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 (5).

Besluit

Deze methodologisch correct uitgevoerde systematische Cochrane review en meta-analyse van 17 heterogene studies die vaak een hoog risico van bias vertonen, toont met een hoge graad van evidentie aan dat dialectische gedragstherapie na 12 maanden ten opzichte van (verbeterde) gebruikelijke zorg de kans op herval van zelfbeschadiging reduceert bij kinderen en adolescenten. Voor familietherapie kon men met een matige graad van evidentie geen effect ten opzichte van (verbeterde) gebruikelijke zorg aantonen. Andere specifieke psychologische interventies, waaronder individuele gedragstherapie, waren niet beter dan (verbeterde) gebruikelijke zorg, maar door een tekort aan studies en door het hoge risico van bias in verschillende studies kunnen we hierover niets definitief besluiten.

Referenties

1. Baetens I, Poelman T. Zelfbeschadiging bij jongeren: wat is het nut van familietherapie? *Minerva* 2020;19(6):64-8.
2. 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
3. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2021, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD013667.pub2
4. National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence. NICE Clinical guideline [CG16] Published date: 28 July 2004.
5. Deboutte D, Smet M, Walraven V, et al. Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010.KCE Reports 135A. D/2010/10.273/49.