



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **Cognitive-behavioural therapy for deliberate self-harm**

Slee, N.

### **Citation**

Slee, N. (2008, April 24). *Cognitive-behavioural therapy for deliberate self-harm*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/12835>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/12835>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Nederlandse Samenvatting

Dankwoord

Curriculum Vitae

## Samenvatting

Zelfbeschadiging omvat alle gedragingen waarbij letsel wordt toegebracht aan het eigen lichaam, zoals snijden, branden, krassen, hoofdbonken, overdosering en het innemen van giftige stoffen, ongeacht de intentie (Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003). Eén op de 20 jongeren tussen de 15 en 20 jaar heeft er ervaring mee (de Wilde, 2005). Bij volwassenen tussen de 18 en 34 jaar is dat ongeveer één op de 35 (Ten Have et al., 2006). De aard van de verwondingen die mensen zichzelf toebrengen zegt weinig over het achterliggende motief. Achter een lichte verwonding kan een doodswens schuilgaan, terwijl iemand die veel pillen slikt dat kan doen om door anderen gehoord te worden. Pas als je weet waarom iemand zich verwondt, kun je de ernst van de situatie inschatten. Mensen die zichzelf beschadigen doen dit echter meestal in het geheim. Schaamte speelt hierbij een grote rol. Slechts een klein percentage zoekt hulp, waardoor de omvang van zelfbeschadiging zich voor een groot deel onttrekt aan het oog van de hulpverlening (Evans, Hawton, & Rodham, 2005). Bekend is dat zelfbeschadiging toeneemt in de puberteit en een piek bereikt bij de leeftijd van 15 jaar (Schmidtke et al., 1996). Als hulp uitblijft kan zelfbeschadiging verergeren. Bovendien is zelfbeschadiging een sterke voorspeller voor suïcide. Hoewel het risico op suïcide het hoogst is tijdens de eerste 6 maanden na zelfbeschadigend gedrag (Cooper et al., 2005), blijft het nog tientallen jaren verhoogd, vooral als de psychiatrische en psychosociale problemen van jongeren zich voortzetten in de volwassenheid (Harrington et al., 2005).

Onderzoek laat zien dat zelfbeschadiging vaak impulsief is (Rodham, Evans, & Hawton, 2004), en volgt op ruzies met ouders of partner, het verbreken van een relatie, of problemen op school of op het werk. In veel gevallen treedt zelfbeschadiging op in de context van depressieve klachten, angstklachten en gedragsproblemen (Burgess, Hawton, & Lovday, 1998; Kerfoot et al., 1996). Bovendien hebben mensen die zichzelf beschadigen dikwijls zeer pijnlijke en schokkende ervaringen meegemaakt, zoals seksueel misbruik en mishandeling binnen het gezin (Evans, Hawton, & Rodham, 2005).

Behandelingen van zelfbeschadigend gedrag kunnen in twee groepen worden ingedeeld: behandelingen die zich richten op de onderliggende psychiatrische klachten en behandelingen die specifiek gericht zijn op zelfbeschadigend gedrag. Bij aanvang van het onderzoeksproject was er voor beide invalshoeken enige evidentie uit empirisch onderzoek. De meeste studies hadden echter ernstige methodologische tekortkomingen, zoals kleine onderzoeksgroepen en het ontbreken van random toewijzing aan condities. De huidige studie is opgezet om de effectiviteit te onderzoeken van een cognitieve gedragstherapie (CGT) die specifiek gericht is op zelfbeschadigend gedrag bij adolescenten en (jong) volwassenen (15-35).

Gezien de ernst en complexiteit van zelfbeschadiging is het van groot belang dat de

kennis over effectieve behandelingen voor zelfbeschadiging toeneemt. Het verbeteren van behandelingen voor zelfbeschadigend gedrag is dan ook het belangrijkste doel van dit proefschrift. Het proefschrift combineert theorie, onderzoek en praktische adviezen voor de therapeutische praktijk. Het behandelt vragen als: Hoe kunnen we de theoretische kennis over risicofactoren vertalen naar de klinische praktijk? Is een kortdurende CGT die zich specifiek richt op zelfbeschadigend gedrag effectief? Wat maakt de CGT effectief? Is de kortdurende CGT voor alle cliënten even effectief? Verschillen mensen die zichzelf beschadigen van mensen zonder voorgeschiedenis van zelfbeschadiging op het gebied van emotieregulatie? Tot zover de achtergrond van het onderzoek zoals beschreven in de algemene inleiding van hoofdstuk 1.

Hoofdstuk 2 gaat over vraag hoe theoretische kennis over risicofactoren vertaald kan worden naar de therapeutische praktijk. Om de belangrijkste ingrediënten voor een effectieve cognitief-gedragsmatige behandeling van zelfbeschadigend gedrag op te sporen, worden drie cognitief-gedragsmatige theorieën besproken: de theorieën van Linehan (1993), Berk en anderen (2004) en Rudd en anderen (2001). Een kritische analyse van deze theorieën leidt tot de formulering van vier essentiële ingrediënten voor cognitieve gedragstherapie bij zelfbeschadigend gedrag: (1) een veilige therapeutische relatie, (2) het vergroten van emotieregulatievaardigheden, (3) het vergroten van functionele cognities en (4) het vergroten van probleemoplossingsvaardigheden. De werkzaamheid van deze behandelingen zou verklaard kunnen worden door deze vier elementen. Dit is echter nooit onderzocht. Het belangrijkste doel van hoofdstuk 2 is dan ook om therapeuten een theoretisch kader te bieden dat houvast geeft bij het werken met cliënten met zelfbeschadigend gedrag. Het theoretische kader kan uitkomst bieden als een therapie vastloopt, omdat therapeuten dan na kunnen gaan welk van de ingrediënten te weinig aan bod is gekomen.

Op basis van dit theoretische kader hebben we een kortdurende CGT ontwikkeld voor zelfbeschadigend gedrag. Hoofdstuk 3 beschrijft deze kortdurende CGT (12 sessies van 45 minuten). De behandeling bestaat uit 3 fasen. In de vroege fase (sessie 1 en 2) wordt de zelfbeschadiging in kaart gebracht, worden doelen gesteld en maken de therapeut en de cliënt afspraken. In de middenfase van de behandeling (sessie 3 t/m 10) is de aandacht gericht op de cognitieve, emotionele, gedrags- en relationele problemen die zelfbeschadiging in stand houden. In de laatste fase van de behandeling (sessie 11 en 12) ligt het accent op preventie van terugval en de rol die negatieve gedachten en negatieve gevoelens hierbij spelen.

Hoofdstuk 4 beschrijft de uitkomsten van de effectstudie naar de kortdurende CGT. De studie bestond uit 90 mensen (95% vrouwen), in leeftijd variërend van 15-35 jaar, die random werden toegewezen aan twee groepen: één groep kreeg CGT als aanvulling op reguliere hulp, de andere groep kreeg alleen reguliere hulp. Na afloop van de behandeling rapporteerden

## Samenvatting

mensen die aanvullend CGT hadden gekregen niet alleen minder zelfbeschadigend gedrag, maar ook minder depressieve klachten, angstklachten en suïcidale gedachten. Bovendien was hun zelfvertrouwen toegenomen en waren ze beter in staat om met dagelijkse problemen om te gaan. Het lijkt aannemelijk dat de positieve uitkomsten toegeschreven kunnen worden aan de CGT, omdat de cliënten random waren toegewezen aan één van beide groepen en de groepen bij aanvang van de studie niet van elkaar verschilden wat betreft psychologische en psychiatrische klachten. Het is bemoedigend dat deze positieve resultaten zijn gevonden bij cliënten met ernstige psychiatrische klachten en een lange voorgeschiedenis van zelfbeschadiging. Deze resultaten lijken te bevestigen dat zelfbeschadiging beïnvloed kan worden door het aanpakken van disfunctionele gedachten, problemen met emotieregulatie, vaardigheidstekorten en relationele problemen.

Een belangrijke vervolgvraag is hoe de CGT voor zelfbeschadigend gedrag precies werkt. Recente theorieën over zelfbeschadiging roepen de vraag op of de werkzaamheid van de CGT zou kunnen liggen in het verminderen van problemen met emotieregulatie. Deze vraag is echter nooit onderzocht in een gerandomiseerde en gecontroleerde studie. Het doel van de studie die in hoofdstuk 5 beschreven wordt is om te onderzoeken of veranderingen in emotieregulatie inderdaad de uitkomst van de behandeling mediëren. De resultaten lieten zien dat veranderingen in zelfbeschadigend gedrag deels werden gemedieerd door veranderingen in problemen met emotieregulatie. Bovendien werd onderzocht of depressieve klachten, angstklachten en suïcidale gedachten een mediërende rol speelden. Hoewel deze klachten sterk verminderden onder invloed van de CGT, speelden ze geen mediërende rol. Deze bevindingen suggereren dat hoewel het belangrijk is om in behandelingen voor zelfbeschadiging rekening te houden met aanwezige psychiatrische klachten, de behandeling primair gericht zou moeten zijn op problemen met emotieregulatie.

Een andere belangrijke vraag is voor wie de CGT geschikt is. Het doel van de studie in hoofdstuk 6 was om te onderzoeken of de CGT effectief is voor cliënten met uiteenlopende demografische, psychologische en psychiatrische kenmerken en in het bijzonder misbruik en mishandeling in de kindertijd. Cliënten die verschilden op demografische, psychologische en psychiatrische kenmerken bleken evenveel baat te hebben bij de therapie. Onderzoek naar misbruik of mishandeling in de kindertijd (< 15 jaar) liet zien dat 46% van de cliënten was mishandeld, 46% was seksueel misbruikt, 96% was emotioneel verwaarloosd en 29% rapporteerde een combinatie van mishandeling en seksueel misbruik in de kindertijd. Cliënten met een voorgeschiedenis van mishandeling, misbruik, of een combinatie van mishandeling en misbruik, hadden bij aanvang van behandeling de ernstigste psychologische en psychiatrische klachten. Toch bleken zij evenveel baat te hebben bij de CGT als cliënten zonder voorgeschiedenis van mishandeling of misbruik. Het lijkt erop dat een CGT die niet specifiek is gericht op de verwerking van trauma's uit de

kindertijd werkzaam kan zijn bij cliënten met een verleden van vroege trauma's. Uit de resultaten blijkt echter ook dat cliënten met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik minder baat hebben bij reguliere behandelingen dan cliënten zonder traumatische voorgeschiedenis. Dit lijkt erop te wijzen dat juist deze cliënten veel baat hebben bij de ingrediënten van de CGT, zoals het verbeteren van emotieregulatievaardigheden. CGT lijkt daarom de behandeling van eerste keus.

Hoofdstuk 7 beschrijft de relatie tussen het gebruik van verschillende cognitieve strategieën om emoties te reguleren en zelfbeschadigend gedrag. Jonge vrouwen die zichzelf beschadigen (n=85) werden vergeleken met jonge vrouwen zonder geschiedenis van zelfbeschadiging (n=93) op verschillende maten voor de inhoud van cognities (bijv. gedachten van hulpeloosheid, anderen tot last te zijn, gedachten liefde onwaardig te zijn) en cognitieve processen (bijv. gebrek aan helderheid over emoties, problemen met impuls controle, het niet-accepteren van emoties). Voor alle uitkomstmaten werden significante groepsverschillen gevonden, zelfs wanneer er gecontroleerd werd voor de ernst van depressieve klachten. Vervolgens lieten logistische regressie analyses zien dat specifieke maten voor de inhoud van cognities, in het bijzonder 'suïcidale gedachten', 'weinig zelfvertrouwen' en 'jezelf de schuld geven', een significante, onafhankelijke bijdrage leverden aan de voorspelling van zelfbeschadigend gedrag. Een vergelijkbaar resultaat werd gevonden met betrekking tot cognitieve processen, in het bijzonder: 'gebrek aan helderheid over emoties', 'problemen met impuls controle', en 'het niet-accepteren van emoties'. Wanneer er voor de ernst van depressieve klachten gecontroleerd werd, voorspelden suïcidale gedachten en het niet-accepteren van emoties -onafhankelijk van elkaar- zelfbeschadigend gedrag. Het sterke verband tussen suïcidale gedachten en zelfbeschadigend gedrag lijkt erop te wijzen dat deze gedachten een belangrijke rol spelen bij terugval en chroniciteit van zelfbeschadigend gedrag. Het sterke verband tussen het niet-accepteren van emoties en zelfbeschadigend gedrag sluit aan bij theorieën die stellen dat zelfbeschadigend gedrag de functie heeft om emoties niet te voelen. Deze bevindingen worden besproken in relatie tot recente CGT interventies, in het bijzonder Dialektische Gedragstherapie, Aandachtsgerichte Cognitieve Therapie en Acceptatie en Commitment Therapie.

In het achtste hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van de studies in dit proefschrift nog eens samengevat. Ook komen de beperkingen van de studies aan de orde. Tenslotte worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek en worden de implicaties voor de klinische praktijk besproken.