

Automutilatie: een functioneel model

Uit een aantal recente onderzoeken die Nock & Prinstein(2004) aanhalen in hun artikel blijkt dat 4% van de algemene bevolking en 21% van alle volwassenen, klinisch opgenomen psychiatrische patiënten automutilatiegedrag vertoont. Bij adolescenten liggen de percentages hoger: 14-39% in de algemene bevolking en 40-61% bij opgenomen adolescenten.

Nock & Prinstein onderzochten de validiteit van een functioneel model dat uitgaat van vier primaire functies van automutilatie: automatische (intrapersoonlijke) versus sociale (interpersoonlijke) bekrachtiging en positieve versus negatieve bekrachtiging. Bij automatische negatieve bekrachtiging wordt automutilatie gebruikt om spanningen of andere negatieve gevoelens te verminderen. Automatische positieve bekrachtiging heeft als doel een gewenste fysiologische toestand en daarmee positieve gevoelens op te roepen. Bij sociale negatieve bekrachtiging tracht betrokkene te ontsnappen aan negatieve interpersoonlijke interactie, terwijl sociale positieve bekrachtiging juist als doel heeft aandacht of materiële genoegdoening van anderen te verkrijgen.

In een adolescentenkliniek in New England zijn 180 opgenomen adolescenten (12-17 jaar) geselecteerd. Psychotische en mentaal geretardeerde patiënten zijn geëxcludeerd. Bij allen wordt een zelfrapportagelijst afgenomen: *The functional assessment of self-mutilation*. Deze lijst meet verschillende modaliteiten van automutilatie, zoals methode, frequentie en functie.

Negenentachtig adolescenten vertoonden in de voorafgaande 12 maanden automutilatiegedrag. Er zijn geen significante leeftijds- en geslachtsgebonden of etnische verschillen gevonden. Factoranalyse ondersteunde de structurele validiteit van het model en daarmee de hypothese van de vier primaire functies van automutilatie. De interne consistentie van de vier subschalen, geëvalueerd met Cronbachs alfacoefficienten, was matig

tot hoog.

Tevens is gekeken naar de mate waarin de verschillende functies van automutilatie werden gerapporteerd. Items die vallen onder automatische bekrachtiging werden door 24-53% van de onderzochten als reden genoemd, en items passend bij sociale bekrachtiging door 6-24%. Een post hoc gepaarde t-toets toonde aan dat automatische negatieve bekrachtiging significant hoger scoorde dan alle andere vormen van bekrachtiging en automatische positieve bekrachtiging weer hoger dan beide vormen van sociale bekrachtiging. Automutilatie werd aldus vaker gebruikt om emoties te reguleren dan om het gedrag van anderen te beïnvloeden. Het is echter de vraag of deze conclusie niet te voorbarig is.

Het onderzoek van Nock & Prinstein moet gerepliceerd worden wegens de geringe omvang van de onderzoeksgroep en de beperkingen van zelfrapportages. Daarnaast wordt in het artikel geen rekening gehouden met het feit dat automutilatie vaak multifunctioneel bepaald is (Brown e.a. 2002). De auteurs stellen dat onderkenning van specifieke functies kan leiden tot gerichte therapeutische interventies. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke interventies, bijvoorbeeld het leren van alternatieve sociale vaardigheden of manieren van affectregulatie, bij welke redenen het meest succesvol zijn. Het is volgens ons noodzakelijk te kijken of onderliggende psychopathologie van invloed is op de redenen die patiënten rapporteren, temeer daar beide bepalend zijn voor de keuze van behandeling.

Het hier gerefereerde onderzoek geeft een gedifferentieerde kijk op automutilatie en kan leiden tot begrip voor patiënten met dergelijk gedrag. Het kan als springplank fungeren voor toekomstig onderzoek naar een gebied waar velen van ons regelmatig mee van doen hebben, maar waar, verbaasd genoeg, nog weinig onderzoek gedaan is.

LITERATUUR

- Brown, M.Z., Comtois, K.A., & Linehan, M.M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198-202.
- Nock, M.K., & Prinstein, M.J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890

P. STEURES, arts in opleiding tot psychiater

T. RINNE, psychiater

Cognitieve therapie ter preventie van psychose

Morrison e.a. (2004) hebben een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek opgezet om te onderzoeken of cognitieve therapie effectief is bij het voorkomen van psychose bij mensen met een daarvoor sterk verhoogd risico. Omdat er inmiddels meer bekend is over deze risicogroep, lijkt het zinnig preventieprogramma's te ontwikkelen. Met preventief gebruik van antipsychotica zijn al goede resultaten geboekt, maar wegens de mogelijke bijwerkingen wordt ook naar andere interventies gekeken. Morrison heeft een cognitieve therapie ontwikkeld gebaseerd op de principes van Beck (1976).

De deelnemers aan het onderzoek hadden voorbijgaande en subklinische psychotische symptomen, gemeten met de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS). De 60 deelnemers werden gerandomiseerd in twee groepen: 37 in de cognitievetherapiegroep en 23 in de controlegroep. In de cognitievetherapiegroep kregen de deelnemers maximaal 26 sessies in 6 maanden, in de controlegroep kregen ze geen therapie, maar er werd wel hulp geboden in crisissituaties.

Beide groepen werden maandelijks getest en na twaalf maanden werd bekeken hoeveel deelnemers een psychose ontwikkeld hadden. Dit gebeurde op basis van drie uitkomstmaten: de PANNS-score, het voorschrijven van een antipsychoticum of het voldoen aan de DSM-IV-diagnose

psychotische stoornis. In de controlegroep ontwikkelden vijf deelnemers een psychose en in de therapiegroep twee. Dit verschil was significant en cognitieve gedragstherapie bleek dus de kans op psychotische decompensatie te verminderen.

Natuurlijk zijn er een aantal discussiepunten bij dit onderzoek. Allereerst ging het om een kleine groep. Twee deelnemers uit de cognitievetherapiegroep zijn uitgevallen omdat ze toch psychotisch bleken te zijn bij de aanvang van het onderzoek. Als deze deelnemers in het onderzoek waren gebleven, waren de resultaten niet significant geweest. Ten tweede was het de vraag of het onderzoek wel blind was, omdat de onderzoeker uit het taalgebruik van de deelnemers vaak af kon leiden tot welke interventiegroep ze behoorden. Een ander punt is dat de deelnemers in de cognitievetherapiegroep veel intensievere begeleiding kregen dan de deelnemers van de andere groep. Het betere effect van de cognitieve gedragstherapie kan dus aan de frequentie van de contacten liggen en is niet noodzakelijkerwijs toe te schrijven aan de therapie zelf. Ook is het de vraag of het hier wel om een populatie ging met een verhoogd risico. Uiteindelijk heeft maar twaalf procent van de deelnemers een psychose ontwikkeld. Tot slot is er follow-uponderzoek nodig om te onderzoeken of cognitieve therapie de kans op een psychose effectief kan verminderen of deze slechts uitstelt.

Belangrijker is misschien echter hoe de resultaten van dit onderzoek toe te passen zouden zijn in de praktijk. De deelnemers bestonden voornamelijk uit mensen die zelf hulp zochten, zij zijn wellicht niet representatief voor de risicogroep. De vraag is dan ook waar in de gezondheidszorg cognitieve gedragstherapie geïmplementeerd kan worden en of dit wel kosteneffectief is.

LITERATUUR

Beck, A.T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.

Morrison, A.P., French, P., Walford, L., e.a. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 291-297.

L.M. VAN DE BEEK, arts in opleiding tot psychiater

M.A. OUWENS, researchmedewerker

Prevalentie van suïcides bij schizofrenie

Al jarenlang wordt de levensprevalentie van suïcide bij schizofrenie geschat op 10-13%. Deze schatting is gebaseerd op 1 meta-analyse van 34 onderzoeken uit 1977 en een review uit 1990 van twee lange-termijn-follow-uponderzoeken. Recent verscheen een meta-analyse van cohortonderzoeken waarin de levensprevalentie 5,6% bleek (Palmer e.a. 2005).

Inclusiecriteria voor deze analyse waren: klinische patiënten met minimaal 2 jaar follow-up; minder dan 10% verlies bij follow-up; en een goede documentatie betreffende suïcides. Onderzoeken met een leeftijdbias (adolescenten), schizoaffectieve ziekten en patiënten met een onzekere doodsoorzaak, werden geëxcludeerd. Een zoekopdracht in onder meer Medline, vanaf 1966, leverde 29 onderzoeken op met 22.598 patiënten vanaf het ziektebegin (groep 1) en 32 onderzoeken met 25.578 patiënten vanaf een willekeurig tijdstip in het ziektebeloop (groep 2). Aan de hand van het aantal patiënten, het aantal overledenen, het aantal suïcides en de lengte van follow-up zijn 2 factoren berekend: de *proportionate mortality* (PM), dit is het percentage suïcideplegers van alle overledenen, en de *case fatality* (CF), het percentage suïcideplegers van de onderzoeksgroep. Suïcides concentreren zich in het begin van de ziekte waardoor aanvankelijk de PM een overschatting, en de CF een betere schatting geeft. Idealiter volgt men patiënten vanaf het ziektebegin tot aan de dood waardoor de

PM gelijk is aan de CF, en deze bias van aanvankelijke overschatting en later onderschatting wegvalt. De CF neemt namelijk toe naar een bovenste limiet en de PM vermindert tot dezelfde limiet. De CF van groep 1 bleek 4,9%, de PM 30,6% en de levensprevalentie van suïcide die hieruit berekend wordt naar deze denkbeeldige limiet was 5,6%. Van groep 2 bleek de CF 2,3%, de PM 5,6% en de levensprevalentie 1,8%. Concluderend blijkt dat 5,6% van de patiënten met schizofrenie zich suïcideert.

Beperkingen bij dit onderzoek zijn het bijeenbrengen van onderzoeken met een beperkte follow-up en het gebruik van een eerste klinische opname als ziektebegin, iets dat uiteraard discutabel is. Verder zijn poliklinische patiënten (bij hen blijkt uit één onderzoek een hoger percentage suïcides), subgroepen van schizofrenie (zoals schizoaffectieve stoornissen) en onderzoeken die het niet plaatsvinden van een suïcide niet expliciet vermelden, buiten beschouwing gelaten. Bij schizoaffectieve stoornissen zou men kunnen verwachten dat het suïcidepercentage hoger is. Daarnaast is niet gekeken naar variabelen die invloed hebben op het suïciderisico. Grote onderzoeken met een langere follow-up vanaf het ziektebegin zijn nodig om deze berekende prevalentieschatting te bevestigen. Voor de kliniek is het belangrijk dat suïcidepreventie het meeste zin lijkt te hebben bij het ziektebegin, wanneer het suïciderisico het grootst is.

LITERATUUR

Palmer, B.A., Pankratz, V.S., & Bostwick, J.M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a re-examination. *Archives of General Psychiatry*, 62, 247-253.

B.H. PIETERSE, arts in opleiding tot psychiater

J. DE JONG, psychiater