

Zelfbeeld behandeling in angst: positieve versus negatieve geheugenrepresentaties

Gepubliceerd: 08-05-2014 Laatste bijgewerkt: 19-03-2025

Wij willen de volgende onderzoeksvragen beantwoorden: - Welke van de twee genoemde benaderingen werkt beter voor het verbeteren van zelfbeeld? - Hebben de twee benaderingen ook aanvullende waarde (knappt een patiënt nog verder op na afloop van beide...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving gestopt
Type aandoening	Angststoornissen en -symptomen
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON40665

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

SETA trial

Aandoening

- Angststoornissen en -symptomen

Synoniemen aandoening

Angststoornissen | Angstklachten

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Universiteit Utrecht

Overige ondersteuning: Ministerie van OC&W

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Angst, Cognitieve gedragstherapie, Geheugenrepresentaties, Zelfbeeld

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Zelfbeeld. Hiervoor wordt ten eerste de Rosenberg Zelfwaardeschaal gebruikt.

Deze schaal is veelgebruikt in zelfbeeldstudies over de wereld (Schmitt & Allik, 2005), en de gereviseerde versie is iets beter qua construct-validiteit dan de originele versie, hoewel beide even betrouwbaar in de metingen zijn (Wongpakaran, Tinakon, Wongpakaran, & Nahathai, 2012). In Nederland is een gemiddelde score van 31,6 gevonden (SD=4,5) bij de normale Nederlandse populatie, en wij hanteren in deze studie een grens van 26 voor de inclusie (één standaarddeviatie onder het gemiddelde) (Schmitt & Allik, 2005). Ook gebruiken we de Self-Esteem Rating Scale - Short Form (SERS-SF), omdat deze duidelijk gevalideerde negatieve en positieve subdomeinen van het zelfbeeld meet (Lecomte, Corbière, & Laisné, 2006).

Secundaire uitkomstmaten

Angstklachten. Hiervoor wordt de Zelf Beoordelingsvragenlijst (ZBV) gebruikt.

De ZBV is een Nederlandse bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory en bestaat uit twee vragenlijsten met elk twintig vierkeuze-items. De ZBV meet angst als een toestand en angst als een kenmerk van de persoonlijkheid. De Engelse versie is gevalideerd, bijvoorbeeld in het licht van de DSM-IV symptomatologie van angststoornissen (Okun, Stein, Bauman, & Silver, 1996). Een cut-off score van 39 punten voor het state-gedeelte kan gebruikt worden (Julian, 2011).

Algemene psychopathologie. Hiervoor wordt de Brief Symptom Inventory (BSI) gebruikt. Het is een verkorte versie van de SCL-90, en een zelfbeoordelingsschaal die lichamelijke en psychische klachten meet voor het screenen van psychopathologie. De vragenlijst bestaat uit 53 omschrijvingen van klachten waarbij de cliënt moet aangeven in welke mate hij/zij daar de afgelopen week last van heeft gehad. De BSI kent acht schalen: 1. Agorafobie, 2. Angst, 3. Depressie, 4. Somatische klachten, 5. Insufficiëntie van denken en handelen, 6. Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, 7. Hostiliteit, 8. Slaapproblemen. De totaalscore duidt het algehele niveau van psychisch/lichamelijk disfunctioneren aan. Er wordt gebruik gemaakt van een vijf punt schaal, met de antwoordmogelijkheden: 'helemaal niet', 'een beetje', 'nogal', 'tamelijk veel' en 'heel erg'. De schaal met subdomeinen is valide en betrouwbaar bevonden (Morlan ea, 1998).

Depressieve stemming. Hiervoor wordt de Beck Depression Inventory II (BDI 2) gebruikt (Beck, Steer, & Brown, 1996; Beck, Steer, & Garbin, 1988). Deze zelf invullijst bestaat uit 21 items die ieder op een schaal van 0 t/m 3 worden gescoord. De totaalscore gaat van 0 t/m 63, waarbij een hogere score meer depressieve stemming betekent.

Er zal tenslotte bij de therapeuten hun behandelvoorkeur worden gemeten, zodat dit als covariaat in de analyses kan worden meegenomen. Mogelijk maakt de voorkeur een verschil, en dan is het nuttig om dit mee te nemen zodat ervoor

kan worden gecontroleerd.

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Angststoornissen worden in stand gehouden door de anticipatie van gevaar die in een bepaalde situatie bij de patiënt wordt geactiveerd. De relatie die de patiënt legt tussen stimulus en verwacht gevaar wordt in leer-theoretische termen verkort de CS-US relatie genoemd (Joos, Vansteenwegen, & Hermans, 2012). Bij dit verwachte gevaar zal iemand de betreffende stimulus meestal gaan vermijden (bijv. geen sociaal contact meer aangaan, of niet meer in de supermarktrij durven staan). Cognitieve gedragstherapie richt zich erop om tegenover deze negatieve CS-US relatie meer veilige associaties te bouwen door de gedachtegang goed uit te zoeken en nieuwe leerervaringen op te doen over de betreffende stimulus (Craske, Liao, & Vervliet, 2012). Vermijding wordt dus opgeheven en iemand moet aan den lijve ondervinden dat het toch veilig is. Het is gebleken dat een patiënt de oude geheugenrepresentaties niet ontleert, maar de veiligheidsassociaties worden sterker en inhiberen daardoor de oude representaties waar het gaat om de reactie die een stimulus oproept (Craske et al., 2008). De associatie van sociaal contact met een gevoel van veiligheid wordt dan dus sterker dan de associatie met gevaar.

Op basis van een theorie over de werkzame mechanismen binnen cognitieve gedragstherapie, kan gesproken worden van negatieve en positieve geheugenrepresentaties die onderling wedijveren om op de voorgrond te staan in het bepalen van de door stimuli opgeroepen gedachtegang, gevoelens en gedragingen (competitive memory retrieval account) (Brewin 2006). Het idee is dat CGT niet direct de inhoud van negatieve informatie in het geheugen wijzigt, maar veranderingen teweeg brengt in de relatieve activatie van positieve versus negatieve geheugenrepresentaties zodat de positieve worden ondersteund in het winnen van de competitie bij het ophalen uit het geheugen (2006).

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is effectief bij angststoornissen (Balkom van et al., 2013; Hofmann, Wu, & Boettcher, 2014). Echter, ondanks deze goede effecten bestaat er nog veel ruimte voor verbetering (Hofmann, Fang, & Gutner, 2014). Zo'n 40% knapt voldoende op en 30% blijft ernstige klachten houden ondanks intensieve CGT behandeling (Durham, Higgins, Chambers, Swan, & Dow, 2012). Er is weinig bekend over wat hen kwetsbaarder maakt waardoor ze minder opknappen en meer terugvallen in hun angstklachten. Een mogelijk obstakel is een negatief zelfbeeld. Recent is op basis van 18 longitudinale studies een meta-analyse uitgevoerd waarbij in de data door de tijd heen de oorzaak-gevolg relaties gesofisticeerd zijn geanalyseerd. Het bleek dat negatief zelfbeeld een ongunstig effect heeft op angstklachten en er tevens een gevolg van is (Sowislo & Orth, 2013). Hoewel deze effecten relatief klein waren, versterken beide

psychopathologische fenomenen elkaar dus wederzijds. Dat betekent dat er zowel evidentie is voor het littekenmodel (angststoornis beschadigt het zelfbeeld) als voor het kwetsbaarheidsmodel (negatief zelfbeeld maakt iemand kwetsbaarder voor angstklachten). Een nog recentere studie (met 5.607 adolescenten) vond dat het effect van gezinstegenslag en -functioneren op sociale angstklachten voor het grootste deel werd verklaard door lagere zelfwaarde (Yen, Yang, Wu, & Cheng, 2013). Ook een andere recente longitudinale studie (met 1.641 middelbare school leerlingen) vond dat een negatief zelfbeeld latere angstklachten voorspelde, maar niet andersom; angstklachten voorspelden niet een later laag zelfbeeld (van Tuijl, de Jong, Sportel, de Hullu, & Nauta, 2014). Het kwetsbaarheidsmodel krijgt hiermee dus enige voorsprong. Vermoedelijk voelen mensen met een negatief zelfbeeld zich meer onzeker en minder opgewassen tegen stressvolle situaties, ervaren ze minder controle, en hebben ze meer aandacht voor negatieve en beangstigende informatie in plaats van informatie die erop wijst dat het veilig is en dat ze de situatie aankunnen. Een negatief zelfbeeld hangt vermoedelijk samen met kwetsbaarheid voor stress, terwijl mensen met een stabiel positief zelfbeeld meer buffer voor stressvolle situaties hebben (Zeigler-Hill 2011). Patiënten met een zwak of inferieur zelfbeeld interpreteren situaties en mensen ook vaker als bedreigend (Kesting & Lincoln, 2013).

Waarschijnlijk heeft de behandeling van een laag zelfbeeld gunstige invloed op angstklachten, ook indien de angstklachten niet voldoende opknappen na cognitieve gedragstherapie (CGT). Maar terugkijkend op de mechanismen van CGT zoals hierboven geschetst, is het niet duidelijk wat beter werkt om iemands negatieve zelfbeeld te behandelen: positieve geheugenrepresentaties versterken of negatieve geheugenrepresentaties afzwakken. Ook is niet duidelijk of beide aanpakken aanvullend op elkaar extra effect hebben voor het zelfbeeld, en wat precies het effect is op angstklachten. Hier is vooralsnog weinig onderzoek naar gedaan.

In CGT-termen zijn er dus twee therapiestrategieën mogelijk voor een steviger zelfbeeld: negatieve geheugenrepresentaties afzwakken of positieve geheugenrepresentaties versterken. In de praktijk bestaan reeds twee behandelmodules voor een negatief zelfbeeld die hierop aansluiten:

- 'EMDR rechtsom' richt zich op het verminderen van negatieve geheugenrepresentaties, door drie tot vijf herinneringen uit de leergeschiedenis te bewerken die als het ware voor de patiënt nu nog steeds bewijzen dat hij/zij waardeloos is (of andere negatieve zelfopvatting).
- Competitive Memory Training (COMET) richt zich op het versterken van positieve geheugenrepresentaties, door (1) dergelijke representaties van positieve persoonlijke kenmerken emotioneel saillant te maken, (2) deze herhaaldelijk te activeren en (3) uiteindelijk aan de negatief-beladen stimulus te koppelen.

Terwijl EMDR rechtsom tot nu toe nog niet is onderzocht op effectiviteit, is de werkzaamheid van COMET inmiddels bij diverse patiëntpopulaties aangetoond, maar

nog niet specifiek bij patiënten met een angststoornis. In het huidige onderzoek zal de effectiviteit van beide modules bij deze patiëntengroep worden bepaald. Bovendien biedt dit onderzoek niet alleen de mogelijkheid om te onderzoeken wat nu beter werkt voor zelfbeeld-verbetering -- negatieve geheugenrepresentaties afzwakken of positieve geheugenrepresentaties versterken -- het is ook mogelijk om een indruk te krijgen of en zo ja wanneer een combinatie van beide de voorkeur verdient.

Doel van het onderzoek

Wij willen de volgende onderzoeksvragen beantwoorden:

- Welke van de twee genoemde benaderingen werkt beter voor het verbeteren van zelfbeeld?
- Hebben de twee benaderingen ook aanvullende waarde (knapt een patiënt nog verder op na afloop van beide benaderingen, meer dan na slechts één)?
- Maakt de volgorde van deze benaderingen uit voor het totaaleffect?
- Hoe werken de benaderingen op positief en negatief zelfbeeld als aparte constructen? Kloppen de verwachte specifieke relaties?
- Voorspellen zelf ingeschatte positieve eigenschappen en ervaringen het succes bij COMET? Als deze factoren afwezig zijn, werkt EMDR dan beter dan COMET?
- Dalen de angstklachten als het zelfbeeld verbetert? (slechts exploratief middels de huidige studie te onderzoeken)

Onderzoeksopzet

Een Randomized Controlled Trial (RCT) met cross-over design met twee condities.

De twee armen in de studie krijgen deze volgorde van behandelmodules:

1. Eerst EMDR rechtsom (6 sessies in 6-8 weken) en daarna COMET (6 sessies in 6-8 weken)
2. Eerst COMET (6 sessies in 6-8 weken) en daarna EMDR rechtsom (6 sessies in 6-8 weken)

Patiënten zullen om te beginnen door de behandelend arts/psycholoog of door de medewerkers die bij de intake betrokken zijn worden geïnformeerd over de studie. Bij mogelijke interesse wordt de Rosenberg Zelfwaardeschaal afgenomen om te zien of de patiënt voldoet aan de basale inclusiecriteria. De behandelaar stelt de patiënt uitgebreid op de hoogte van de studie, zowel mondeling als schriftelijk. Als de patiënt toestemming geeft voor contact, zal na twee weken bedenktijd de onderzoeker van de instelling contact met de patiënt opnemen om te vragen of de patiënt wil deelnemen. Als de patiënt instemt, dan wordt een 'informed consent' getekend en de eerste meting afgenomen door de onderzoeksassistent. Daarna vindt de randomisatie plaats.

Randomisatie

De randomisatie zal worden gedaan met een computersysteem (www.randomised.com), uitgevoerd door het randomisatiebureau Parnassia; een persoon die daarnaast niet bij het onderzoek betrokken is en ook op een andere locatie werkt dan de hoofdonderzoeker. De randomisatie wordt met kleine *batches* van 4 uitgevoerd, naar instelling gestratificeerd. Op deze manier wordt voorkomen dat de uitvoerende GGZ-instelling een *confounding factor* is in de uiteindelijke data-interpretatie.

Metingen

Vooraf, tussentijds en achteraf zullen er metingen plaatsvinden voor zelf-invullijsten. De metingen worden afgenomen door een onafhankelijke onderzoeksassistent. Dit om het sociaal wenselijk invullen te voorkomen, wat een risico is wanneer de patiënt merkt dat de eigen behandelaar de meetinstrumenten afneemt.

Therapeuten, training en controle van behandelintegriteit

Uitvoerende therapeuten zijn minimaal psycholoog en in EMDR geschoold, bovendien hebben zij ervaring met directieve behandelmethodes. Ze zullen worden getraind in bovenstaande behandelmodules; in totaal twee dagen training, gevolgd door supervisie over de lopende behandeltrajecten. Alle behandelsessies worden op video of audio opgenomen, tenzij de patiënt daar bezwaar tegen maakt. Een willekeurig geselecteerde sample hiervan zal worden gescoord om de trouw aan de behandelprotocollen te monitoren. Bovendien zal bij de therapeuten hun behandelvoorkeur worden gemeten, zodat dit als covariaat in de analyses kan worden meegenomen. Mogelijk maakt de voorkeur een verschil, en dan is het nuttig om dit mee te nemen zodat ervoor kan worden gecontroleerd.

Onderzoeksproduct en/of interventie

>EMDR rechtsom> wordt in boeken beschreven en gedoceerd door de Vereniging EMDR Nederland (VEN). EMDR staat voor Eye Movement and Desensitization Reprocessing. Het is een effectieve behandelmethode bij Posttraumatische Stresstoornis (Balkom van et al., 2013; Engelhard 2012; van den Hout, Rijkeboer, Engelhard et al., 2012). Middels EMDR worden levendige mentale representaties die met negatieve emotionaliteit beladen zijn afgezwakt (Shapiro n.d.). Deze representaties nemen door EMDR af in emotionaliteit en levendigheid, en de geheugeninhoud wordt minder toegankelijk (van den Hout, Bartelski, & Engelhard, 2012). Een onderliggend principe is dat negatieve gebeurtenissen hun sporen achterlaten in het geheugen van een individu op een manier die symptomen veroorzaakt, inclusief disfunctionele opvattingen over zichzelf (bijv. >ik ben een slecht persoon>) of de wereld (>ik ben in gevaar>) (de Jongh, ten Broeke, & Meijer, 2010). Middels het verzwakken van deze negatieve geheugeninhouden door EMDR, kan een negatief zelfbeeld mogelijk worden behandeld en de methodiek hiervoor wordt >EMDR rechtsom> genoemd (Broeke ten, Jongh de, & Oppenheim, 2012). COMET staat voor Competitive Memory Training en is al vaker effectief gebleken op het verminderen van zowel een negatief zelfbeeld als depressieve klachten, bij verschillende psychische stoornissen (Korrelboom, de Jong, Huijbrechts, & Daansen, 2009; Korrelboom, Maarsingh, & Huijbrechts, 2012; Korrelboom,

Marissen, & van Assendelft, 2011; van der Gaag, van Oosterhout, Daalman, Sommer, & Korrelboom, 2012). COMET maakt gebruik van positieve herinneringen die het tegen-thema behelzen van het huidige negatieve zelfbeeld. Als iemand bijvoorbeeld van zichzelf denkt >ik ben incompetent>, dan is het tegenthema: >ik ben competent>. Daar worden in het autobiografische geheugen voorbeeldsituaties van gezocht, die vervolgens herhaaldelijk en zo levendig mogelijk worden herbeleefd. Op die manier wordt het positieve tegenthema meer actief in het actuele geheugen, ten koste van de negatieve geheugenrepresentaties. Op die manier verbetert het zelfbeeld.

Inschatting van belasting en risico

Van deelnemende patiënten wordt verwacht dat zij aan de drie meetmomenten deelnemen (die per keer ongeveer 60 minuten kost), waarin zij vragen beantwoorden op hun psychische klachten. Hoewel dit soms niet leuk is om te doen, is het bekend dat hier geen risico's aan verbonden zitten. De betreffende meetinstrumenten zijn veelvuldig in onderzoek gebruikt en veilig af te nemen. Deze belasting wordt niet als zwaar ingeschat.

Daarnaast krijgen de proefpersonen 2 behandelmodules van ieder 6 sessies van 45 minuten (12 sessies in totaal). De behandeling wordt uitgevoerd door erkende psychologen die in deze modules zijn getraind. Binnen deze behandeling wordt met cognitief gedragstherapeutische technieken aan het negatieve zelfbeeld gewerkt. Tussen de sessies door moet patiënten met de geboden technieken oefenen in alledaagse situaties. Dit betreft dus een grotere belasting dan de genoemde metingen van de tijd van de patiënt, maar dat is ook regulier bij psychotherapie.

We verwachten geen risico's voor de patiënten van deze metingen en behandelmodules. De COMET-behandelmodule is in zes eerdere interventie-studies reeds uitgevoerd, zonder nadelige effecten en met positieve effecten. Dit betrof verschillende psychische stoornissen, bijv. depressie en zelfs psychose (van der Gaag et al., 2012). Een COMET variant is ook uitgevoerd bij angstpatiënten, zonder dat hierbij nadelige effecten optraden bij de patiënten (Korrelboom, Peeters, Blom & Huijbrechts, 2014). De EMDR-procedure is ook al vaak in de praktijk toegepast, doch is echter nog niet op zelfbeeld bij angst onderzocht.

Contactpersonen

Publiek

Universiteit Utrecht

Heidelberglaan 1
Utrecht 3584 CS
NL

Wetenschappelijk

Universiteit Utrecht

Heidelberglaan 1
Utrecht 3584 CS
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Volwassenen (18-64 jaar)
65 jaar en ouder

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

- Een angststoornis, gebaseerd op een gestructureerd DSM-IV interview
- Een negatief zelfbeeld (< 26 op de Rosenberg Zelfwaardeschaal)
- Minimaal 1 maand geen verandering gehad in medicatie
- Voldoende Nederlandse taal beheersen om vragenlijsten te kunnen invullen
- In staat om minimaal één positieve eigenschap van zichzelf te benoemen, zonder dat deze voelbaar of volledig overtuigend hoeft te zijn;- Bij Altrecht geldt verder dat de angststoornis al ten minste 12 sessies (mag ook langer) reguliere evidence-based behandeling heeft ontvangen (dat is volgens de richtlijn cognitieve gedragstherapie eventueel ook medicamenteuze behandeling). Ondanks deze behandeling zijn de angstklachten nog steeds in de pathologische range, blijkend uit een score van 39 of hoger op het state-gedeelte van de ZBV (Julian 2011). De stoornis is dus niet voldoende opgeknapt door reguliere behandeling.

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

- Middelenmisbruik of -afhankelijkheid volgens DSM-IV criteria
- Ernstige depressie volgens DSM-IV criteria
- Psychotische stoornis volgens DSM-IV criteria

Onderzoeksopzet

Opzet

Type:	Interventie onderzoek
Onderzoeksmodel:	Parallel
Toewijzing:	Gerandomiseerd
Blinding:	Enkelblind
Controle:	Actieve controle groep
Doel:	Behandeling / therapie

Deelname

Nederland	
Status:	Werving gestopt
(Verwachte) startdatum:	10-05-2014
Aantal proefpersonen:	60
Type:	Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	08-05-2014
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	METC Universitair Medisch Centrum Utrecht (Utrecht)
Goedgekeurd WMO	
Datum:	23-06-2014
Soort:	Amendement

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

ID: 26034

Bron: Nationaal Trial Register

Titel:

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL47772.041.14
OMON	NL-OMON26034