

Mentale beelden bij vrouwen met een eetstoornis en een gezonde controle groep.

Gepubliceerd: 18-04-2016 Laatst bijgewerkt: 19-04-2024

We moeten eerst aantonen dat eetstoornispatienten en gezonde controles van elkaar verschillen met betrekking tot de mentale beelden. Dus het eerste doel van ons onderzoek is om de aard en kenmerken (emotionele lading, helderheid en perspectief) van...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving gestart
Type aandoening	Eetstoornissen en -afwijkingen
Onderzoekstype	Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen

Samenvatting

ID

NL-OMON43857

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

Mentale beelden en eetstoornissen

Aandoening

- Eetstoornissen en -afwijkingen

Synoniemen aandoening

Eetstoornissen

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Stichting Rivierduinen

Overige ondersteuning: Stichting Rivierduinen

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Eetstoornissen, Mentale beelden

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Mentale beelden gemeten met een semigestructureerd interview (Day et al., 2004; Osman et al., 2004) en toekomstgerichte mentale beelden gemeten met de Impact of Future Event Scale (Deeprrose & Holmes, 2010).

Secundaire uitkomstmaten

BMI berekend op basis van zelfrapportage lengte en gewicht, PTSS-symptomen gemeten met de Zelfinventarisatielijst (ZIL, Hovens et al., 2001) ernst van de eetstoornispathologie gemeten met de Eating Disorder Questionnaire (EDEQ 6.; Fairburn en Beglin, 2008).

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Eetstoornissen zijn ernstige psychiatrische stoornissen (APA, 2000) en patiënten zijn gedurende vele jaren beperkt in hun functioneren en het duurt lang voordat zij volledig hersteld zijn als volledige remissie van klachten überhaupt al wordt bereikt (Keel & Brown, 2010). De behandelresultaten bij anorexia nervosa (AN) zijn slecht. Na zeven tot negen jaar na intake is bij 31% van de vrouwen met AN remissie van de symptomen bereikt en vervolgens valt 36% van deze groep in de jaren erna weer terug. Bij vrouwen met boulimia nervosa (BN) bereikt 75% remissie van de symptomen en valt in de jaren daarna 35% terug (Keel, Dorer, Franko, Jackson & Herzog, 2005). Over de gehele linie bereikt 30% van de eetstoornispatiënten volledige remissie, 30% bereikt een gedeeltelijke remissie, 30% kent een chronisch beloop en 10% overlijdt aan de gevolgen van de ziekte (Steinhausen, 2002, 2009).

Meta *analyse laat (Stice, 2002) zien dat verinnerlijking van een dun ideaal beeld en risicofactor is voor de ontwikkeling van ontevredenheid met het lichaam, lijnen, negatief affect en boulimische pathologie. Verinnerlijking van

een dun ideaalbeeld en lichaamsontevredenheid blijken ook in stand houdende factoren te zijn voor boulimische pathologie. Lichaamsontevredenheid is een van de robuuste en consistente factoren voor het in stand blijven van eetstoornispathologie omdat het leidt tot lijnen en lijnen het risico op boulimisch gedrag verhoogt.

Voorspellende factoren voor terugval in AN of BN, zelfs na remissie, zijn: vertekende waarneming van het gewicht of lichaam, angst om aan te komen en dik te worden en overmatige zorg met betrekking tot gewicht of figuur (Keel et al., 2005). Bij vrouwen met BN verhogen een verslechterd psychosociaal functioneren en overmatige bezorgdheid mbt gewicht en figuur het risico op terugval (Keel et al., 2005).

Er is wetenschappelijk bewijs dat bij alle subtypes van de eetstoornissen hetzelfde transdiagnostische mechanisme een grote rol speelt bij het in stand houden van de eetstoornispathologie (Fairburn, 2003, 2008). Voor BN in cognitieve gedragstherapie (CGT) de behandeling van eerste keus en evidence-based (Hay, 2013). Evidence based behandelingen voor AN zijn beperkt, gedeeltelijk als gevolg van de zeldzaamheid van de ziekte. Hoe dan ook, er is toenemend bewijs dat het cognitief gedragsmatige model en cognitieve gedragstherapie ook toepasbaar zijn bij AN evenals systeemtherapie (Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Palmer & Dalle Grave, 2013; Hay, 2013). Een beter begrip van de in stand houdende factoren van eetstoornissen is van groot belang en kan de behandeling verbeteren.

De afgelopen twee decennia hebben mentale beelden steeds meer aandacht gekregen vanwege het krachtige effect dat deze beelden hebben op emoties. Als gevolg van dit effect op emoties en gedrag speelt imagery een belangrijke rol in psychopathologie en bij het in stand blijven van psychopathologie (Brewin, Gregory, Lipton & Burgess, 2010; Holmes & Mathews, 2010). Beelden zijn een centraal kenmerk van posttraumatische stress stoornis (PTSS) (APA, 2000). Beelden in de vorm van herbelevingen veroorzaken grote emotionele stress. Onderzoek heeft laten zien dat mentale beelden niet alleen geassocieerd zijn met PTSS, maar ook met andere psychische stoornissen (Hackmann & Holmes, 2004), zoals sociale fobie (Hackmann, Suraway & Clark, 1998; Hackmann, Clark & McManus, 2000), hypochondrie (Muse, McManus, Hackmann, Williams & Williams, 2010), bipolaire stoornis disorder (Holmes et al. , 2011), depressieve stoornis en angststoornissen (Morina, Deeproose, Pusowski, Schmid & Holmes, 2011).

Holmes en Matthews (2010) hebben een cognitief model gepresenteerd van imaginatie versus verbale representaties inclusief de impact van mentale beelden en verbale representaties op emotie, waarneming van de werkelijkheid en gedrag. In dit model worden twee verschillende wegen onderscheiden waardoor mentale beelden kunnen ontstaan. 1 een bottom-up proces waarbij ongewilde intrusieve mentale beelden een resultaat zijn van een sensorische cue passend bij een emotionele representatie in het episodische geheugen. 2 een top-down gecontroleerd proces dat leidt tot de constructie van een beeld.

Mentale beelden die qua inhoud emotioneel geladen zijn worden verondersteld

emotionele informatieverwerkingsprocessen in het brein te activeren die vergelijkbaar zijn met daadwerkelijke gebeurtenissen en effect hebben op de bereidheid tot het nemen van actie. In vergelijking met mentale beelden hebben verbale representaties minder emotionele invloed en worden ze ook als minder *echt* ervaren. Verbale therapie, zoals CGT, lijken niet helemaal in staat om zo doordringend te zijn als de emotionele lading van beelden. Uit een experimentele studie blijkt dat in vergelijking met verbale representaties mentale beelden sterkere emotionele reacties veroorzaken (Holmes & Mathews, 2005). Verondersteld zou kunnen worden dat bij eetstoornissen mentale beelden een rol spelen in het gevoel dik te zijn. De mentale beelden overheersen het cognitieve weten niet dik te zijn.

Zoals eerder is gesteld door Hackmann en Holmes (2004) heeft binnen de cognitieve therapie altijd de grootste focus gelegen op verbale gedachten en is het belang van mentale beelden binnen psychopathologie en psychotherapie niet volledig onderkend. Mentale beelden kunnen ook een positieve bijdrage leveren aan een behandeling (Holmes & Mathews, 2010). Het gebruik van imaginatie als een therapeutische techniek kan mogelijk het resultaat van behandelingen vergroten en biedt een mogelijkheid om non-verbale technieken toe te voegen aan de reeds bestaande verbale therapieën. Dit is in feite al het geval bij de behandeling van PTSS. Twee op mentale beelden gebaseerde technieken zijn effectief in de behandeling van PTSS (NICE, 2005): imaginatie met rescripting (Brewin et al., 2010) en Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1989).

De emotionele impact van beelden wordt beïnvloed door het perspectief van waaruit een beeld wordt waargenomen en de helderheid van het beeld (Holmes & Mathews, 2010). Het toeschouwerperspectief (jezelf zien vanaf een afstand) wordt verondersteld negatiever en onrealistischer te zijn dan het veldperspectief (het beeld zien alsof het door de eigen ogen is) (Hackmann, Suraway & Clark, 1998). Maar het tegenovergestelde waarbij het toeschouwerperspectief leidt tot een afname van de emotionele arousal is ook bekend (Brewin, et al., 2010). Hackmann, Suraway en Clark (1998) vonden in hun onderzoek dat mensen met een sociale fobie significant meer spontaan optredende negatieve beelden hadden in sociale situaties dan de controle groep. De beelden die worden gerapporteerd door de mensen met een sociale fobie waren vooral observant perspectief maar ook veldperspectief. Toeschouwerperspectief was gerelateerd aan het hebben van meer negatieve emoties. Later onderzoek van Hackmann en collega's (2000) liet zien dat in angst veroorzakende sociale situaties patiënten spontaan optredende beelden hebben met een negatieve inhoud en met verschillende zintuigelijke modaliteiten zoals beeld en geluid. De meeste terugkerende beelden waren gekoppeld aan herinneringen aan nare ervaringen rond de tijd van het ontstaan van de stoornis.

Onderzoek laat zien dat mensen met agorafobie in zgn agorafobische situaties (bijv. met de trein reizen, naar de supermarkt gaan) last hebben van stress veroorzakende beelden die gepaard gaan met lichamelijke sensaties (Day, Holmes

& Hackmann, 2004). Tweederde van de proefpersonen rapporteerde dat deze beelden gerelateerd waren aan onplezierige gebeurtenissen in de kindertijd zoals mishandeling thuis of een dreiging of aanval door een niet-familielid, en negatieve opvattingen over zichzelf. Opvallend is dat deze proefpersonen niet gediagnosticeerd waren met PTSS. Osman, Cooper, Hackmann and Veale (2004) onderzochten de rol van spontaan optredende beelden en het verband met vroege herinneringen in mensen met een stoornis in de lichaamsbeleving (body dysmorphic disorder, BDD). Opvallend was dat in vergelijking met de controle groep geen verschillen werden gevonden in de frequentie van uiterlijk gerelateerde beelden, maar de kwaliteit van de beelden verschilde wel. Mensen met BDD hadden significant meer negatieve beelden of indrukken. De beelden waren negatief van inhoud, gezien vanuit een toeschouwerperspectief en waren levendiger en met meer details en met meerdere zintuiglijke waarnemingen.

Er is een beperkt aantal onderzoeken naar mentale beelden bij eetstoornissen. Cooper en collega's (2007) gebruikten een semigestructureerd interview om de aanwezigheid, inhoud en kenmerken van spontane mentale beelden te onderzoeken bij vrouwen met BN in vergelijking met een controle groep. De controlegroep was onderverdeeld in lijnende en niet-lijnende vrouwen. Vergeleken met de niet-lijnende groep hadden vrouwen met BN en vrouwen die aan het lijnen waren meer spontaan opkomende beelden als zij zich zorgen maakten over eten, gewicht of figuur. De emotionele toon van de beelden bij de vrouwen met BN was negatiever en angstverhogend. Een ander interessant resultaat was dat de helderheid van de beelden toenam met restrictief eten bij vrouwen met BN en de lijnende controlegroep waarbij er een significant verschil was met de niet-lijnende groep. De auteurs suggereren dat de betekenis van de beelden catastrofaler is en gelinkt is aan onderliggende assumpties en negatieve kernovertuigingen. Vergelijkbaar met wat Cooper, Todd en Wels (1998) hadden gevonden: de overtuigingen waren gelinkt aan beelden van onplezierige ervaringen in de kindertijd of jeugd waarvan sommige expliciet gerelateerd waren aan situatie mbt gewicht en figuur. Alle patiënten geloofden dat het beperken van hun voedselinname hielp bij de negatieve overtuigingen. Echter, dit onderzoek focuste meer op het exploreren van de kernovertuigingen dan op de beelden zelf. In een groep van 30 patienten met BN rapporteerde 57% beelden voorafgaand aan het braken. Deze beelden waren terugkerend en gerelateerd aan gebeurtenissen in het verleden waarin er sprake was van vernedering, misbruik of verlating (Hinrichsen, Morrison, Waller & Schmidt, 2007).

Wetende dat PTSS een vaak voorkomende comorbide stoornis is bij eetstoornissen met percentages variërend van 21 tot 62 procent (Brewerton, 2007) is het niet verrassend dat de beelden die gevonden bij eetstoornispatienten gerelateerd zijn aan negatieve gebeurtenissen uit het verleden. Een voorgeschiedenis met trauma is een non-specifieke risicofactor voor het ontwikkelen van eetstoornissen (Swinbourne & Touyz, 2007). De aard van de gerapporteerde beelden (Somerville et al., 2007; Cooper et al., 1998) kan er op wijzen dat de beelden een symptoom zijn van een comorbide PTSS en niet een specifiek kenmerk van de eetstoornis. Het is van belang voor het vergroten van de kennis over

eetstoornissen om onderscheid te maken tussen beelden gerelateerd aan PTSS en beelden gerelateerd aan een eetstoornis.

Niet alleen beelden gerelateerd aan het verleden worden in verband gebracht met psychopathologie, maar ook beelden van toekomstige gebeurtenissen spelen een rol bij het in stand blijven van psychopathologie. Holmes, Crane, Fennell and Williams (2007) vonden in een kleine steekproef van mensen die hersteld waren van een depressie met suicidaliteit dat iedereen rapporteerde tijdens een crisis beelden te hebben gehad over het uitvoeren van het suïcideplan. Deze prospectieve beelden werden beschreven als levendig, gedetailleerd en intrusief.

Mensen met een depressieve stoornis of een angststoornis hebben meer moeite met het zich voorstellen van positieve situaties in de toekomst en mensen met een angststoornis in vergelijking met mensen met een depressieve stoornis hebben een groter vermogen om zich levendig negatieve beelden voor de geest te halen met betrekking tot de toekomst (Morina, Deeproose, Pusowski, Schmid & Holmes, 2011).

Patienten met een bipolaire stoornis rapporteerden meer algemene en toekomstgerichte beelden dan de controlegroep. De patienten met een instabiel stemmingspatroon (bijvoorbeeld hogere niveaus van angst of somberheid) rapporteerden het meest onvrijwillige intrusieve beelden met betrekking tot de toekomst (Holmes et al., 2011). Dit onderzoek laat zien dat toekomstgerichte mentale beelden een belangrijke rol spelen in het in stand blijven van psychopathologie. Er kan verondersteld worden dat de angst om dik te worden of aan te komen in gewicht een toekomstgerichte angst is. Patienten met een eetstoornis ervaren mogelijk toekomstgerichte mentale beelden vergelijkbaar met patienten met een angst- of depressieve stoornis.

Samenvattend: eetstoornissen zijn complexe stoornissen met een lange behandelduur, beperkte positieve behandelresultaten en veel terugval. Behandelingen worden gekenmerkt door een verbale en gedragsmatige aanpak. Imaginatie/ mentale beelden spelen een belangrijke rol bij verschillende psychiatrische stoornissen. Als mentale beelden ook een rol spelen bij het in stand blijven van eetstoornispathologie, dan zou het kunnen toevoegen van op imaginatie gebaseerde technieken de effectiviteit en het resultaat van de behandeling kunnen verbeteren. Voor eetstoornissen zijn er drie domeinen die mogelijk van waarde met betrekking tot op imaginatie gebaseerde technieken: negatieve kernovertuigingen, emotieregulatieproblemen en een verstoord lichaamsbeeld (Tatham, 2011).

Doel van het onderzoek

We moeten eerst aantonen dat eetstoornispatienten en gezonde controles van elkaar verschillen met betrekking tot de mentale beelden. Dus het eerste doel van ons onderzoek is om de aard en kenmerken (emotionele lading, helderheid en perspectief) van spontaan optredende, terugkerende mentale beelden bij vrouwen

met een eetstoornis en gezonde controles met elkaar te vergelijken. Is er een verschil tussen vrouwen met een eetstoornis en gezonde controles met betrekking tot terugkerende, spontaan optredende mentale beelden? Wij verwachten dat eetstoornispatienten een hogere frequentie van mentale beelden hebben met meer emotionele lading en een grote helderheid dan de gezonde controle groep.

Het tweede doel is om de kenmerken en de impact van intrusieve toekomstgerichte mentale beelden bij vrouwen met een eetstoornis en gezonde controles te onderzoeken. Zijn er verschillen tussen vrouwen met een eetstoornis en gezonde controles met betrekking tot toekomstgerichte mentale beelden? Onze hypothese is dat eetstoornispatienten een grote impact van de persoonlijke intrusieve toekomstgerichte beelden rapporteren en meer negatieve toekomstige gebeurtenissen dan gezonde controles.

Het derde doel van ons onderzoek is om te exploreren of er een verband is tussen de verschillen in mentale beelden en PTSS-symptomen, BMI en ernst van de eetstoornis. Zijn er onderliggende factoren die de verschillen in intrusieve toekomstgerichte mentale beelden verklaren? Wij verwachten dat een grotere impact van de intrusieve toekomstgerichte mentale beelden geassocieerd is met meer PTSS-symptomen, een lager BMI en ernstigere eetstoornispathologie.

Onderzoeksopzet

Cross-sectioneel onderzoek waarbij eenmalig wordt gevraagd om drie vragenlijsten in te vullen en een semigestructureerd interview wordt afgenomen.

Proefpersonen met een eetstoornis zullen geworven worden bij Centrum Eetstoornissen Ursula. Alle voor dit onderzoek in aanmerking komende clients bij het behandelcentrum zullen gevraagd worden om deel te nemen aan het onderzoek aan het begin van hun behandeling. De afname zal een aanvulling zijn op de Routine Outcome Monitoring (ROM) aan het begin van de behandeling. Proefpersonen voor de controlegroep zullen geworven worden via advertenties in de lokale krant, vrouwenbladen, de Universiteit Leiden en de Hogeschool Leiden. De proefpersonen moeten drie vragenlijsten invullen en er zal een semigestructureerd interview worden afgenomen. De totale duur is ongeveer een uur. Het onderzoek zal plaatsvinden bij Centrum Eetstoornissen Ursula.

Inschatting van belasting en risico

Het risico en de belasting van dit onderzoeksvoorstel wordt als relatief laag ingeschat. Het gaat om inventarisatie van klachten en symptomen middels een semigestructureerd interview en vragenlijsten. Het semigestructureerde interview is al gebruikt in patientpopulaties en bij gezonde controle groepen en alle vragenlijsten zijn al eerder afgenomen bij patiënten. In eerder onderzoek waarin dit interview en de vragenlijsten zijn gebruikt is geen melding gemaakt van bijwerkingen of risico's. Voor patiënten zal het onderzoek

een aanvulling zijn op de Routine Outcome Monitoring, dus er hoeft geen extra keer voor gereisd te worden. Patiënten zijn in behandeling bij het centrum en indien nodig is er een psycholoog of psychiater beschikbaar. Mensen in de gezonde controle groep moeten eenmalig naar de onderzoekslocatie reizen.

Contactpersonen

Publiek

Stichting Rivierduinen

Sandifortdreef 19
Leiden 2333 ZZ
NL

Wetenschappelijk

Stichting Rivierduinen

Sandifortdreef 19
Leiden 2333 ZZ
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)

Patiënten: huidige diagnose eetstoornis, BMI < 25

Gezonde controlegroep: geen huidige psychiatrische diagnose, BMI <25

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

Psychotische stoornis, bipolaire stoornis, BMI >25.

Onderzoeksopzet

Opzet

Type:	Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen
Onderzoeksmodel:	Anders
Toewijzing:	Niet-gerandomiseerd
Blinding:	Open / niet geblindeerd
Controle:	Geneesmiddel
Doel:	Algemeen wetenschappelijk

Deelname

Nederland	
Status:	Werving gestart
(Verwachte) startdatum:	30-05-2016
Aantal proefpersonen:	52
Type:	Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	18-04-2016
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)
	metc-ldd@lumc.nl

Goedgekeurd WMO

Datum: 13-07-2016
Soort: Amendement
Toetsingscommissie: METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)
metc-ldd@lumc.nl

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL55254.058.15