

Effectiviteit van kunstzinnige therapie op angstsymptomen bij volwassenen.

Gepubliceerd: 17-11-2017 Laatste bijgewerkt: 12-04-2024

De primaire doelstelling is: vaststellen welke veranderingen er m.b.t. angstniveau en ervaren kwaliteit van leven optreden bij patiënten met een of meer van de volgende angststoornissen (ICPC P74.02 en P74.02: gegeneraliseerde angststoornis, sociale...

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

Samenvatting

ID

NL-OMON45474

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

EKTANGST

Aandoening

- Angststoornissen en -symptomen

Synoniemen aandoening

angststoornissen, angstsymptomen

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Universiteit Leiden

Overige ondersteuning: Ministerie van OC&W, Nederlandse vereniging voor kunstzinnige therapie (NVKT)

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Angstklachten, Effectiviteit, Kunstzinnige therapie

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Het angstniveau wordt als primaire uitkomstmaat gehanteerd. Er wordt zowel subjectieve angst gemeten als objectieve angst.

- * Subjectieve angst, gemeten aan de hand van een vragenlijst
- * Objectieve angst (stressresponsiviteit), gemeten aan de hand van een psychofysiologisch protocol

Secundaire uitkomstmaten

- * Kwaliteit van leven, gemeten aan de hand van een vragenlijst
- * Emotieregulatie, gemeten aan de hand van een vragenlijst
- * Executieve functies, gemeten aan de hand van prestatietaken en vragenlijst
- * Veranderde aspecten in kunstzinnig werk, scoring aan de hand van een beeldelementenlijst.
- * Subjectief ervaren effecten, in kaart gebracht door middel van een open interview

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

1. Angststoornissen

Angststoornissen zijn verschillende stoornissen met een *abnormale* angstbeleving, waarbij de angst aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden en/of tot een belemmering van het sociaal functioneren. Onder deze stoornissen vallen de paniekstoornis, sociale fobie, agorafobie, specifieke fobie, obsessieve-compulsieve stoornis (OCD), posttraumatische stressstoornis

(PTSS) en de gegeneraliseerde angststoornis (Hassink-Franke et al, 2012). De prevalentie van angststoornissen in de bevolking is hoog (7.7% van de mannen en 12,5% van de vrouwen).

Angststoornissen ontstaan door specifieke persoonlijkheidskenmerken gecombineerd met genetische, neurobiologische, en sociale factoren (Hassink-Franke et al, 2012). Neuroticisme en introversie zijn persoonlijkheidskenmerken die een persoon vatbaarder maken voor het ontwikkelen van een angststoornis (Hassink-Franke et al, 2012). Hieronder valt: overgevoeligheid voor stress en de neiging om sterke negatieve emoties (nervositeit, verdriet, boosheid) te ervaren. Neurotische mensen hebben weinig zelfvertrouwen, minder goede copingvaardigheden en ze voelen zich weinig verbonden met andere mensen.

Angststoornissen en de effecten op kwaliteit van leven en functioneren
Angststoornissen beïnvloeden de kwaliteit van leven duidelijk nadelig, hebben effect op het psychosociale functioneren en het dagelijks functioneren (Mendlowicz & Stein, 2000; Stein, 2005). Niet alleen leiden zowel angstklachten als angststoornissen tot vermindering van kwaliteit van leven, maar ook op het werk is er veelal sprake van verminderd functioneren (Kessler, 1997; Kouzis, 1994; Waghorn, 2005). Angststoornissen gaan dan ook gepaard met substantiële persoonlijke en maatschappelijke kosten. Barrera & Norton (2009) stellen dat de symptoomscore op zich geen voorspeller is van de ervaren kwaliteit van leven. Een hoge angstscore houdt niet automatisch in dat de betreffende patiënt ook een hoge angstbeleving heeft en een slechte levenskwaliteit ervaart. En een lage angstbelevingscore op angst kan juist een grote lijdensdruk geven en een laag gewaardeerde kwaliteit van leven. Ze pleiten er daarom voor om in effectonderzoek bij angststoornissen ook altijd een subjectieve meting (zelfbeoordeling) van kwaliteit van leven mee te nemen.

2. Zelfregulatie bij angststoornissen

Zelfregulatie, het vermogen om het gedrag aan te passen aan veranderingen in de interne en externe omgeving, bestaat volgens Huijbregts (2015) uit drie componenten: stressregulatie, cognitieve regulatie en emotie regulatie (of wel sociale regulatie). Deze drie componenten beïnvloeden elkaar door de overlap in de betrokken hersengebieden en neurobiologische systemen (Huijbregts, 2015). De drie componenten worden hieronder besproken in relatie tot angstproblematiek.

Angststoornissen en stressregulatie

Stressresponsiviteit kan worden uitgesplitst naar stressreactiviteit en stressregulatie. Stressreactiviteit gaat over de initiële (veelal) lichamelijke reacties, terwijl bij stressregulatie de focus ligt op het omgaan met stressoren.

Bij stressresponsiviteit zijn de volgende hersengebieden betrokken: de hersengebieden met veel GC-receptoren, de nucleus accumbus, de orbitofrontale cortex (Lucassen et al., 2014), HPA-as, het autonome zenuwstelsel, het immuunsysteem, de hypothalamus-pituitary-adipose as en de hypothalamus-pituitary-gonadale-as. Er zijn twee typen GC-receptoren,

mineralocorticoïde (MR-) en glucocorticoïde (GR-) receptoren. MR-activatie is gerelateerd aan *verdediging* en GR-activatie staat in verband met *verwerking* van de stressor (De Kloet, 2009). Als MR-activerende en GR-onderdrukkende componenten van de stressregulatie uit balans raken, dan ontstaat er een verhoogde kans op stressgerelateerde psychopathologie.

Bij angststoornissen is het niet duidelijk of een disfunctionerend stresssysteem een symptoom is, of juist (in combinatie met andere factoren) een oorzaak. Waarschijnlijk spelen genetische en omgevingsinvloeden een rol bij de stressgevoeligheid (Risch et al., 2009).

Angststoornissen zijn geassocieerd met een vergrote of chronische activatie van de HPA-as. Bij PTSS lijkt juist sprake te zijn van hypoactivatie, gekenmerkt door verlaagde basale glucocorticoïden. De HPA-as activiteit kan onder invloed van (externe) factoren veranderen. De hersenstructuren die betrokken zijn bij stressresponsiviteit kunnen (adaptief) structurele en functionele veranderingen ondergaan.

Neurobiologisch onderzoek (Van den Bosch, 2004) wijst op een disfunctie van het *hersenangstcircuit*. De locus coeruleus is het belangrijkste kerngebied dat is betrokken bij angst. De activiteiten in dit circuit worden geregeld door neurotransmitters (serotonine, GABA, noradrenaline, glutamaat). Bij de sociale fobie en OCD lijkt verstoring van de dopamine huishouding betrokken te zijn. De hypothalamus-hypofyse-bijnieras is belangrijk bij het stressregulatiesysteem van het lichaam. Men veronderstelt dat de functie van deze as bij angststoornissen is verstoord. Bij PTSS is dit reeds aangetoond (Van den Bosch, 2004). Het stressregulatiesysteem regelt de lichamelijke reactie op *gevaar* (stress). Stressreacties kunnen onder andere gemeten worden via hartslag en huidgeleiding (zweetsecretie), door bijvoorbeeld een naturalistische setting na te bootsen waarin een stressreactie wordt opgewekt (stressparadigma) (Huijbregts et al., 2011).

Angststoornissen en cognitieve regulatie

Een aspect van de cognitieve regulatie is het executief functioneren.

Executieve functies zijn hogere cognitieve processen die nodig zijn om activiteiten te plannen en te sturen. Alle executieve functies hebben een controlerende en aansturende functie en zijn een verzameling van processen die nieuw gedrag mogelijk maken, gericht op het optimaliseren van iemands reactie op onbekende situaties (Gilbert & Burgess, 2008).

Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar het verband tussen angstproblematiek en de mate van executief functioneren maar het is duidelijk dat deficiënties in executieve vaardigheden predisponerende risicofactoren zijn bij het ontstaan en voortduren van angststoornissen en dat er correlaties bestaan tussen angstproblematiek en specifieke aspecten van het executief functioneren (Sharp, Miller & Heller, 2015). Men veronderstelt dat angststoornissen het gevolg zouden zijn van minder goede regulatieprocessen, dus van niet optimaal executief functioneren. Maar het is ook mogelijk dat angstklachten het executief functioneren negatief beïnvloeden.

Angststoornissen en emotieregulatie

De prefrontale cortex, hypothalamus, hypofyse en hippocampus zijn de hersengebieden die mede verantwoordelijk zijn voor het reguleren van de emoties. Emoties, stress en gedragsmatig functioneren staan in nauw verband met elkaar door deze hersengebieden.

Emotieregulatie is afhankelijk van de executieve functies en beiden staan in negatief verband met cortisolspiegels (Arnstern, 2009; Huizink et al., 2004).

Mensen met angststoornissen worden gekenmerkt door dysfunctionele emotieregulatiestrategieën (Cisler, Olatunji, Feldner & Forsyth, 2010; Ziv, Goldin, Jazaieri, Hahn & Gross, 2013; Jazaieri, Morrison, Goldin & Gross, 2014; Diefenbach, Assaf, Goethe & Guerorguieva, 2016). De vaardigheid in het reguleren van emoties blijkt samen te hangen met het ontstaan, voortduren en afnemen van angststoornissen (Cisler & Olatnuji, 2012).

3. Behandeling van angststoornissen

In de behandeling van angststoornissen volgt de huisarts een stepped-care behandeling zoals voorgeschreven door de NHG, gericht op het bevorderen van de zelfregulatie. Deze stepped-care behandeling van angststoornissen bestaat uit achtereenvolgens: voorlichting, therapie (CGT) en medicatie, of een combinatie van therapie en medicatie. De NHG Standaard Angst (Hassink-Franke et al, 2012) noemt als therapiemogelijkheden, naast CGT: psychosociale hulpverlening, problem solving treatment en EMDR (met name voor PTSS).

Hoewel er effectieve behandelmethoden zijn, bijvoorbeeld voor PTSS en OCD, hebben deze methoden bij sommige angststoornissen, waaronder de gegeneraliseerde angststoornis, de paniekstoornis en de sociale fobie, minder succesvolle behandelresultaten (Newman, Llera, Erickson, Przeworski & Castonguay, 2013). Het is daarom van belang om te kijken naar andere, nieuwe behandelopties.

Zwaardere problematiek, bijv. bij patiënten met ernstige klachten, een chronisch beloop en persoonlijkheidsproblemen, lijkt beter behandelbaar met een therapie die qua intensiteit en focus is aangepast op het individu (Newman et al, 2013). Kunstzinnige Therapie is zo'n individugeoriënteerde therapie. Het is een vorm van vaktherapie. In de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen van het Trimbos Instituut worden vaktherapeutische interventies als potentieel effectieve behandeling beschreven (Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen 2013), hieronder valt ook beeldende therapie. Kunstzinnige therapie beeldend (KTb) is hier een vorm van. Deze therapievorm neemt geen duidelijke positie in in de richtlijn, omdat effectiviteitsonderzoek naar KTb bij angststoornissen ontbreekt. Om inzicht te krijgen in de eventuele waarde van KTb en de mogelijke plaats in het bestaande behandelaanbod, is empirisch onderzoek nodig.

4. Kunstzinnige therapie

Kunstzinnige therapie (KT) is ontwikkeld door Dr. Margarethe Hauschka rond 1930, als onderdeel van de antroposofische gezondheidszorg (AG) (Hauschka, 2004). KT is een non-verbale therapievorm. Deze individugeoriënteerde therapie heeft een beeldende variant, een muziekvariant en een spraak/drama variant. In deze vorm van therapie wordt een expressieve benadering, waarbij

schilderen, tekenen en boetseren of muziek of spraak/drama worden ingezet om de cliënt de ruimte te geven zich te uiten, gecombineerd met een impressieve benadering. De therapeut begeleidt de cliënt bij het (onbewust) uiten van gevoelens en ervaringen. Dit heeft onder andere een diagnostische functie. Vervolgens biedt de therapeut kunstzinnige oefeningen aan met als doel de gezondheid te bevorderen en het innerlijk evenwicht van de cliënt te herstellen. Deze oefeningen bieden *impressies*: diepgaande ervaringen van kleur en vorm, of toon en harmonie. Het globale concept van het werkingsprincipe van KT is dat deze impressies de zelfregulatie van de cliënt ondersteunen (Christeller, Denzinger, Altmaier, Künstler, Umfrid, Frieling & Auer, 2000; Hauschka, 2004; Rolff & Gruber, 2015). Hier is echter nog geen uitgewerkte theorie over die is ingebed in algemeen geaccepteerde theorieën. KT is als specifieke vorm van vaktherapie recent erkend door de Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

De hypothese is dat KT beeldend het subjectieve en objectieve angstniveau kan verminderen en de kwaliteit van leven kan vergroten, bij volwassenen met angstklachten.

Doel van het onderzoek

De primaire doelstelling is: vaststellen welke veranderingen er m.b.t. angstniveau en ervaren kwaliteit van leven optreden bij patiënten met een of meer van de volgende angststoornissen (ICPC P74.02 en P74.02: gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, paniekstoornis met of zonder agorafobie), die gedurende drie maanden met KT behandeld worden. De secundaire doelstelling is het exploreren van werkingsmechanismen (met name stressreductie, emotieregulatie en executief functioneren) bij eventuele effecten van KT op angstsymptomen en kwaliteit van leven.

De onderzoeksvragen in deze studie zijn: 1) Wat zijn de effecten van KT op het angstniveau en de kwaliteit van leven? En 2) Welke mogelijke werkingsmechanismen zijn er die een eventueel positief effect van KT inzichtelijk maken?

Verwacht wordt dat KT een positief effect heeft op het angstniveau en op de kwaliteit van leven en dat deze effecten mogelijk verklaard kunnen worden door stressreductie en verbeteringen van het executief functioneren en de emotieregulatie.

Op basis van deze explorerende studie kan bij een positief resultaat aanvullend RCT onderzoek gedaan worden naar de effecten van KT bij elk van de vijf angststoornissen afzonderlijk. Tevens kunnen de resultaten van deze explorerende studie gebruikt worden om in vervolgonderzoek de hypothesen van werkingsmechanismen te toetsen.

Onderzoeksopzet

Exploratief onderzoek binnen een single-blind randomized controlled trial (RCT) design, met herhaalde metingen. Geïnccludeerde participanten worden verdeeld over vier strata: wel of geen psychofarmaca, en wel of geen depressieklachten (4DKL: depressiescore >6), en worden vervolgens via blokrandomisatie toegewezen aan behandel- of controlegroep. De behandelgroep krijgt gedurende 3 maanden kunstzinnige therapie (10-12 sessies). De controlegroep krijgt 3 maanden wachttijd en volgt daarna eveneens de behandeling. Binnen dit design worden dus alle cliënten behandeld en geëvalueerd d.m.v. een voor- en nameting.

Onderzoeksproduct en/of interventie

Kunstzinnige therapie beeldend, traject van 10-12 sessies (3 maanden). Na een intakegesprek en 1-3 vrije kunstzinnige werken stelt de therapeut een individueel behandelplan op, waarin diverse beeldende middelen en technieken worden aangeboden waarmee beoogd wordt de angstklachten te verminderen. In ieder geval zijn de volgende kunstzinnige middelen geïndiceerd (Mees-Christeller & Mees 2009): waarnemend tekenen, licht-duister oefeningen met houtskool, vormtekenen en boetsen (bol, reeks van kubus naar octaëder (Geuskens, 2014)).

Inschatting van belasting en risico

Bij alle participanten wordt treatment as usual voortgezet. KTb wordt ingezet als additionele therapie. De helft van de participanten komt gedurende drie maanden op een wachtlijst. De belasting van alle participanten bedraagt voor de initiële screening (T0) met de 4DKL 10 minuten.

De voormeting zal bestaan uit een psychodiagnostisch interview (MINI-plus, 30 min), cognitieve taken (ANT: BS (alertheid), SAD (volgehouden aandacht), SSV (inhibitie en mentale flexibiliteit), totaal 30 min), vragenlijsten (LWASQ, MANSA, DERS, BRIEF) en een fysiologische meting (hartslag en huidgeleiding). Deze metingen nemen maximaal 2 uur in beslag, met inbegrip van een pauze.

De nameting na 3 maanden bestaat uit dezelfde elementen, zonder het psychodiagnostische interview. Deze meting duurt daarom maximaal 1,5 uur.

De uitgestelde nameting na 6 maanden bestaat alleen uit vragenlijsten (4DKL, LWASQ, MANSA, DERS, BRIEF) en neemt ongeveer 40 minuten in beslag.

Aan alle deelnemers die de therapie hebben afgerond wordt vervolgens nog gevraagd of ze willen meewerken aan een open interview van maximaal 1 uur. Voor participanten in de behandelgroep is er een tijdsinvestering van 10 tot 12 sessies KT die elk 45-60 minuten duren.

De participanten in de controlegroep (wachttijd) starten na drie maanden eveneens met de therapie. Ook dit bedraagt een tijdsinvestering van 10 tot 12

sessies KT die elk 45-60 minuten duren.

Voordeel voor de participanten is dat ze deelnemen aan een non-verbale behandeling gericht op het verminderen van angstklachten. Het gevolg van de behandeling zou kunnen zijn dat de participant behoefte krijgt aan meer informatie of begeleiding. Indien dit het geval is wordt doorverwezen naar de behandelcoördinator van de participant.

Fysiologische parameters (stressresponsiviteit) worden gemeten met behulp van Biopac apparatuur, waarbij plakkers op romp en vingers geplakt worden. Het betreft hier een niet-invasieve meting. Het oproepen van stress tijdens het fysiologieprotocol zou negatieve gevolgen kunnen hebben voor de participant. Wanneer stressniveaus niet dalen zal na afloop van de meting overlegd worden met de behandelaar over de te volgen acties.

Contactpersonen

Publiek

Universiteit Leiden

Wassenaarseweg 52
Leiden 2333 AK
NL

Wetenschappelijk

Universiteit Leiden

Wassenaarseweg 52
Leiden 2333 AK
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)

- Leeftijd: 18-65 jaar
- Angstklachten (heden aanwezig), vastgesteld dmv score op 4DKL: verhoogd op angst (>7) en/of verhoogd op distress (=10/>10)
- Angststoornis (P74.01, P74.02): gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, paniekstoornis (met of zonder agorafobie)

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

- alcoholmisbruik, drugsverslaving (vast te stellen mbv MINI-plus diagnostisch interview)
- pacemaker (ivm vertekening fysiologische metingen) (vast te stellen dmv telefonische screening)
- scores 4DKL: angst =7/<7 en/of distress <10
- OCD, PTSS of een specifieke (enkelvoudige) fobie ((vast te stellen mbv MINI-plus diagnostisch interview)

Onderzoeksopzet

Opzet

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

Deelname

Nederland	
Status:	Werving gestart

(Verwachte) startdatum: 20-11-2017
Aantal proefpersonen: 60
Type: Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO
Datum: 17-11-2017
Soort: Eerste indiening
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	NL61366.058.17