

Dubbele taakbelasting bij het behandelen van posttraumatische stress stoornis (PTSS). Doet de emotionele lading van de afleidende taak ertoe?

Gepubliceerd: 08-07-2015 Laatste bijgewerkt: 19-03-2025

Het primaire onderzoeksdoel is om na te gaan of de emotionele valentie van de afleidende taak van invloed is op de mate waarin de emotionele lading en helderheid van traumatische herinneringen tijdens een dual tasking procedure kunnen worden...

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

Samenvatting

ID

NL-OMON47667

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

Dubbele taakbelasting in traumabehandeling (DTbTb)

Aandoening

- Angststoornissen en -symptomen

Synoniemen aandoening

Posttraumatische Stressstoornis (PTSS); psychotrauma

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Parnassia Bavo Groep (Den Haag)

Overige ondersteuning: low budget onderzoek; uitgevoerd binnen de bestaande

aanstellingen binnen de deelnemende instellingen

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: dubbele taakbelasting, PTSS, veranderingsmechanismen, werkgeheugen

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Twee VAS-schaaltjes waarop op een schaal van 0 t/m 100 mm de emotionaliteit en levendigheid van de traumatische herinnering moet worden aangegeven. Deze schaaltes worden in totaal zeven keer, rondom de exposure blokken afgenomen.

Secundaire uitkomstmaten

Van drie variabelen wordt de eventuele modererende en/of mediërende invloed op de effecten van de interventie nagegaan. Dit zijn:

- Capaciteit werkgeheugen (gemeten met Wechsler Adult Intelligent Scale IV, cijferreeksen)
- Zelfbeeld (Rosenberg Self Esteem Scale)
- algemene psychopathologie (gemeten op de SCL-90)

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

EMDR en Trauma-Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT) gelden als twee van de meest effectieve psychologische behandelingen voor PTSS. Hoewel de effectiviteit van beide behandeling onomstreden is, bestaat er de nodige discussie over de werkingsmechanismen die voor deze effectiviteit verantwoordelijk zijn. Sinds enige jaren is mbt EMDR vastgesteld dat dual tasking waarschijnlijk verantwoordelijk is voor de effectiviteit. Dual tasking verwijst naar het fenomeen dat de patiënt aan de ene kant traumatische herinneringen moet 'overbrengen' van zijn langetermijngeheugen naar zijn

werkgeheugen en tegelijkertijd een afleidende taak moet uitvoeren. In het geval van EMDR bestaat deze taak doorgaans uit het maken van horizontale oogbewegingen. Onderzoek heeft inmiddels uitgewezen dat ook verticale oogbewegingen, het doen van een computerspelletjes en het natekenen van complexe figuren als een effectieve afleidende taak kunnen fungeren. Verondersteld wordt dat dual tasking de beperkte capaciteit van het werkgeheugen zodanig belast dat het werkgeheugen 'steekjes laat vallen'. Traumaherinneringen worden daardoor tijdens dual tasking minder helder en minder emotioneel beladen, waarna zij in deze gecorrigeerde vorm worden teruggeschreven naar het langetermijngeheugen en als zodanig worden gereconsolideerd. In enkele onderzoeken is gebleken dat er een samenhang bestaat tussen de capaciteit van het werkgeheugen, de ervaren ernst van het trauma en de omvang van de afleidende taak. Bij een relatief groot werkgeheugen zou men bij gelijkblijvend trauma een relatief grote afleidende taak moeten inzetten, terwijl men bij een als relatief ernstig ervaren trauma bij een gelijke werkgeheugencapaciteit een grotere afleidende taak moet inzetten dan bij een relatief mild trauma. De afleidende taak moet een deel van het werkgeheugen bezetten dat anders door het trauma zou worden bezet, maar moet het trauma niet overschaduwten.

De meeste onderzoeken naar dual tasking zijn uitgevoerd bij analoge populaties, hebben betrekking gehad op weliswaar nare maar niet klinisch relevante negatieve herinneringen en hebben gebruik gemaakt van een relatief korte exposure duur. Dat laatste was ook het geval wanneer wel een klinische populatie werd (van den Hout, Rijkeboer, Engelhard, Klulist, Hornsveld, Toffolo & Cath, 2012). De positieve bevindingen rondom de effecten van dual tasking moeten dan ook vooralsnog vooral worden gezien als een proof of concept en niet als bewijs voor een nieuwe meteen in de klinische praktijk bruikbare interventie.

Er moet nog een ander aspect worden genoemd van het dual tasking onderzoek. Tot nu hebben de dual tasking experimenten zich vooral bezig gehouden met de mate van de werkgeheugen belasting. De vraag of, naast omvang, ook de emotionele valentie van de afleidende taak ertoe zou kunnen doen is pas recent in een onderzoek aan de orde gesteld. Tsai en McNally (2014) lieten proefpersonen filmpjes zien van verkeersongelukken. Vervolgens moesten de proefpersonen vragen over de filmpjes beantwoorden, terwijl zij een afleidende activiteit uitvoerden die in emotioneel opzicht positief, dan wel negatief, dan wel neutraal was gekleurd. In de controlegroep werd geen afleidende taak opgelegd. De afleidende taak bestond uit het combineren van foto's uit het International Affective Picture System (IAPS: Lang, Bradley & Cuthbert, 2005). Er werd nagegaan of de emotionele valentie van de afleidende taak van invloed was op de mate waarin de herinneringen aan de filmpjes waren vervaagd. Dat bleek het geval te zijn. Na het uitvoeren van de positieve afleidende taak bleken de herinneringen aan de verkeersongelukken minder gedetailleerd te zijn dan in de andere condities. Er werd niet nagegaan of ook de levendigheid en emotionele lading van de herinneringen veranderden. Het onderzoek werd uitgevoerd binnen een analoge populatie en de exposure duur aan het 'trauma' was relatief kort.

In het huidige onderzoek staat de vraag naar de mogelijke waarde van de emotionele valentie van de afleidende taak centraal. De primaire onderzoeksvraag is daarbij of een in emotioneel opzicht positieve afleidende taak beter in staat is om de emotionele lading en de helderheid van traumatische herinneringen te reduceren in een dual tasking opzet dan een afleidende taak die in emotioneel opzicht eerder neutraal is. De onderzoekshypothese is daarbij dat dit inderdaad het geval zal zijn. De secundaire onderzoeksvraag is of de effecten van dual tasking die worden gevonden in analoge populaties in een 'behandelopzet' die slechts beperkt klinisch relevant is ook kunnen worden in een behandelsetting bij hulpzoekende PTSS patiënten en met een interventie die binnen de klinisch relevante interventieduur valt.

Tevens zullen vooraf een aantal variabelen (algemene psychopathologie, zelfwaardering, capaciteit van het werkgeheugen; ernst van het trauma; en belangrijkste zintuigelijke modaliteit waarin het trauma is gerepresenteerd) worden meegenomen om de gevonden resultaten desgewenst nader te kunnen interpreteren en nuanceren.

Doel van het onderzoek

Het primaire onderzoeksdoel is om na te gaan of de emotionele valentie van de afleidende taak van invloed is op de mate waarin de emotionele lading en helderheid van traumatische herinneringen tijdens een dual tasking procedure kunnen worden gedesensitiseerd. De onderzoekshypothese is daarbij dat een positieve afleidende taak daarin beter werkt dan een in emotioneel opzicht neutrale afleidende taak.

Daarnaast is het de vraag of de diverse 'proofs of principle' die in allerlei voorgaande onderzoeken zijn aangetoond bij voor het overgrote deel analoge populaties en in alle gevallen met qua duur en intensiteit van de exposure procedure subklinische toepassingen ook kan worden gevonden bij een hulpzoekende GGZ populatie met een meer klinische relevante 'behandelprocedure'.

In de derde plaats wordt nagegaan of aspecten als algemene psychopathologie, zelfwaardering, capaciteit van het werkgeheugen, de impact van het trauma en de zintuigelijke modaliteit waarin het trauma vooral is gerepresenteerd de effectiviteit van de dual tasking procedure modereren.

Onderzoeksopzet

Het onderzoek bestaat uit twee bijeenkomsten van ieder 60 tot maximaal 90 minuten. In de eerste sessie vindt assessment en informed consent plaats, worden de traumascripts opgesteld en de hotspots (zie hieronder) bepaald en wordt een aantal kenmerken en achtergrondvariabelen van de patiënt gemeten en geregistreerd.

In de tweede sessie, aansluitend op of kort na de eerste, worden de zes

interventieblokken (verdeeld over drie verschillende interventies) uitgevoerd, vinden de effectmetingen plaats en wordt de patiënt gedebriefed.

Sessie 1:

Na een korte uitleg over doel en opzet van het onderzoek en de rol die de patiënt daarin zal spelen, wordt aan de patiënt voorgesteld met de procedure te starten.

Eerst wordt dan de diagnose (PTSS) vastgesteld aan de hand van de sectie angststoornissen van de SCID-5 (First et al., 2015).

Aan de hand van een checklist worden aansluitend de overige in- en exclusiecriteria gecontroleerd.

Na informed consent en inclusie worden enkele vragenlijsten afgenomen om de ernst van de traumatisering en algemene psychopathologie in kaart te brengen. Voor het eerste wordt de Symptom Checklist-90 (SCL-90: Arrindell & Ettema, 2005) gebruikt, voor het tweede een Nederlandse vertaling van de Posttraumatic Diagnostic Scale-5 (PDS: Foa, et al., 2016). Ook de mate van zelfwaardering (met behulp van de Rosenberg Self-esteem Scale: Franck et al., 2008) wordt dan bepaald, evenals een aantal aanvullende gegevens, zoals duur van de klachten, de zintuigelijke modaliteit waarin de traumatische herinnering zich vooral manifesteert (of de herinnering eerder visueel, dan wel auditief, olfactorisch, tactiel of kinesthetisch is gerepresenteerd), medicatiegebruik, opleidingsniveau en eerdere behandelingen.

Om de capaciteit van het werkgeheugen te meten wordt de subtest cijferreeksen afgenomen van de Wechsler Adult Intelligent Scale IV (WAIS IV: Wechsler, 2008). Al deze gegevens dienen ertoe om de patiëntengroep nader te kunnen typeren en om, desgewenst, hun modererende invloed ervan te kunnen inschatten op de effecten met betrekking tot levendigheid en emotionaliteit van de trauma herinneringen.

Aan het einde van sessies stelt de onderzoeker samen met de patiënt het traumascenario op. Aan de patiënt wordt gevraagd om zijn belangrijkste trauma te beschrijven. De onderzoeker vraagt op de gegeven informatie door en zorgt er daarbij voor dat in de traumabeschrijving relevante informatie beschikbaar komt over de zogenaamde stimulusaspecten van de traumarepresentatie (hoe ziet het eruit, hoe klinkt het, ruikt het, voelt het etc.) over de zogenaamde responsaspecten (wat voelt de patiënt fysiek, hoe reageert het lichaam, wat 'wil' het lichaam doen, welke gedragsneigingen zijn er) en de betekenisaspecten (welke betekenis hecht de patiënt aan de gebeurtenis en aan zijn eigen reacties daarop). Vervolgens vertelt de onderzoeker dit traumascenario in een samenvatting van 1 minuut terug aan de patiënt om te kijken of er geen dingen in staan die niet kloppen en of geen dingen die van belang zijn werden overgeslagen. Meteen na afloop van sessie 1 schrijft de proefleider het traumascenario op zodat hij dit tijdens sessie 2 kan voorlezen tijdens de imaginaire exposures die daar zullen worden toegepast. Aansluitend wordt van 'het naaste plaatje van het trauma' een zogenaamd trauma hotspot opgesteld: een beschrijving van door de patiënt op dat moment als het meest naar beleefde moment van het traumascenario. Ook deze traumahotspot wordt opgeschreven meteen na afloop van sessie 1 door de proefleider. De hotspot wordt gebruikt om op een aantal momenten tijdens sessie 2 de emotionele impact en de levendigheid (de

twee voornaamste uitkomstmaten van het onderzoek) van de traumatisch herinnering te meten. Tenslotte wordt de eerste onderzoekssessie afgesloten met een kort gesprek met de patiënt waarin kort wordt vooruitgelopen op de volgende en laatste sessie (na ongeveer een week) en waarin ook wordt nagegaan of de patiënt niet al te zeer van zijn stuk is gebracht door de bespreking van het traumascenario en hotspot.

Sessie 2:

Ongeveer een week na de eerste assessment sessie vindt de tweede sessies van het onderzoek plaats, daar waar de drie verschillende interventieblokken in gerandomiseerde volgorde worden toegepast. Zoals gezegd kunnen beide sessies ook op 1 dag worden gepland en het is ook mogelijk de tussenliggende tijd op te rekken tot maximaal 3 weken.

Voorafgaande aan sessie 2 is de randomisatie vastgesteld en is het fotoprogramma met de voor de patient van toepassing zijnde foto-volgorde klaargezet op de laptop.

Na een korte uitleg over de procedure gaat de patiënt achter een laptop zitten. Eerst krijgt hij gedurende enkele minuten een aantal testplaatjes te zien, gekozen uit het IAPS systeem. Hij moet die plaatjes telkens gedurende 5 seconden bekijken en aan het einde van de exposuuretijd een waarderingscijfer (0 = heel onaangenaam en 9 is heel aangenaam) intoetsen op het toetsenbord. Deze plaatjes worden verder niet gebruikt in de dual tasking procedures. Als de procedure helder is wordt met het eerste exposureblok gestart.

De patient moet in 6 blokjes van telkens 4 minuten zijn traumascenario activeren, terwijl hij tegelijk naar het computerscherm kijkt. Na iedere minuut is er een korte pauze van 10-15 seconden, waarna de procedure weer verder gaat. Op het computerscherm verschijnen intussen in 2 van de blokjes gedurende telkens 5 seconden foto's die in emotioneel opzicht positief zijn, in 2 andere blokjes gaat het om in emotioneel opzicht neutrale foto's en in weer 2 andere blokjes zijn er geen foto's, maar kijkt de patient gedurende 4 x een minuut naar een kruis als fixatiepunt op het scherm. In het geval van de foto's moet de patient middels een cijfer op het toetsenbord (0-9) van iedere foto telkens aangeven hoe aangenaam hij de betreffende foto vindt. Bij de blokjes zonder foto's (de controle conditie) wordt er vanzelfsprekend geen beoordeling gevraagd. De volgorde van de blokjes is vooraf door toeval met behulp van het computerprogramma www.randomization.com bepaald.

In elk van de 6 blokjes moet de patient 2 x een minuut geheel zelfstandig zijn trauma activeren ('roept u dat beeld van die situatie weer op') terwijl in de beide andere minuten de therapeut telkens ondersteuning geeft bij het activeren van het traumascenario ('gaat u weer terug naar die nacht; let op de koplampen die op u af komen; hoor het gepiep van de remmen...').

Voorafgaande aan het eerste blokje en vervolgens na afloop van elk van de 4 minuten blokjes (in totaal 7 keer) moet de patient de trauma hotspot activeren

gedurende 10-15 seconden en aansluitend op de VAS-schalen aangeven hoe helder en hoe emotioneel onaangenaam die herinnering aan het naaste moment van de traumatische gebeurtenis is (de primaire uitkomstmetingen van het onderzoek).

Na afloop van het laatste blok volgt er een kort gesprek ter 'debriefing'. Daarin wordt aan de patient gevraagd of hij een idee heeft over de onderzoeksvraag en worden de achtergronden van het onderzoek nader toegelicht. Daarbij wordt de patient de gelegenheid geboden om nog vragen over het onderzoek te stellen, mocht hij die hebben. Tevens wordt gevraagd naar de actuele gemoedstoestand van de patient. Hierbij wordt een inschatting gemaakt of de trauma-exposure de patient niet dusdanig emotioneel heeft ontregeld dat het onverantwoord is om de patient op dat moment alleen naar huis te laten gaan. Ook wordt in deze 'debriefing' gecontroleerd of de eerstvolgende behandelafpraak door de patient is genoteerd.

Onderzoeksproduct en/of interventie

De interventie is in feite hierboven beschreven bij de onderzoeksofzet. Iedere patiënt wordt tijdens sessie 2 van het onderzoek in zes blokken van ieder 4 minuten blootgesteld aan zijn traumatische herinnering. In vier van deze blokken (verdeeld over twee interventies) verricht de patiënt gelijktijdig een afleidende taak die bestaat uit het kijken naar en beoordelen van foto's uit het International Affective Picture System (IAPS: Lang, Bradley & Cuthbert, 2005). In de ene afleidingsconditie worden foto's getoond die eerder als emotioneel positief werden beoordeeld, terwijl de foto's in de andere conditie als emotioneel neutraal gelden. In de derde conditie vindt traumablootstelling plaats zonder afleiding.

Inschatting van belasting en risico

Deelname aan het onderzoek vraagt een tijdsinvestering van de patiënt van maximaal 3 uur (2 sessies van ieder maximaal 90 minuten, die eventueel kunnen worden samengevoegd). Hierbij moet worden bedacht dat een deel van de onderzoeksactiviteiten in feite onderdeel uitmaken van de behandeling waarvoor de patiënt is geïndiceerd en die, aansluitend op het onderzoek, zal starten of reeds kort daarvoor is gestart.

In emotionele zin kan het onderzoek belastend zijn doordat in sessie 1 expliciet wordt stilgestaan bij het trauma waarvoor de patiënt behandeling heeft gezocht. Dit gebeurt tijdens het vaststellen van zowel het traumascenario als de traumahotspot.

In sessie 2 van het onderzoek vindt de feitelijke systematische blootstelling aan traumascenario en traumahotspot plaats. Beide situaties (bespreken scenario en hotspot en de systematische blootstelling aan beide) zullen doorgaans emotionerend zijn voor de patiënt en zullen in principe kunnen leiden tot negatieve emotionaliteit die ook nog enige tijd buiten de onderzoeksessies zou kunnen voortduren.

De eventuele risico's die voor de patiënt aan deze gebeurtenissen zouden kunnen zijn verbonden worden als betrekkelijk gering ingeschat. De 'traumabehandelingen' (sessie 2 van het onderzoek) worden uitgevoerd door therapeuten die ervaring hebben in het behandelen van psychotrauma. In de tweede plaats vindt het onderzoek plaats op reguliere werktijden binnen een reguliere GGZ instelling. Dat impliceert onder andere dat er altijd andere hulpverleners, waaronder een psychiater aanwezig zijn om, in geval van onverhoopte calamiteiten om te kunnen inspringen. Verder is het onderzoek de aanloop naar de behandeling van de patiënt welke meteen op het onderzoek aansluit. In de vierde plaats is het nu juist een kenmerk van PTSS dat de patiënten geregeld worden geconfronteerd met herinneringen aan hun trauma's, zodat, enigszins cynisch, kan worden vastgesteld dat PTSS patiënten een grote ervaring hebben met het omgaan met heftige traumatische herinneringen. Deze indruk wordt ondersteund door een reviewartikel, waarin onvoldoende bewijs werd gevonden voor nadelige effecten van behandelingen voor PTSS (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, & Lewis, 2013. Psychological treatment of chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 13;12:CD003388. doi: 10.1002/14651858). Tenslotte zijn in het onderzoek de gebruikelijke veiligheidsmaatregelen ingebouwd waarbij de patiënt enerzijds zowel aan het eind van de eerste onderzoekssessie als aan het einde van de tweede kort wordt gesproken over de eventuele emotionele impact van het onderzoek en waarbij de patiënt expliciet de mogelijkheid wordt geboden om op ieder moment van verdere deelname aan het onderzoek te kunnen afzien, zonder dat dit consequenties heeft voor zijn verdere behandeling.

Contactpersonen

Publiek

Parnassia Bavo Groep (Den Haag)

Lijnbaan 4
Den Haag 2512 VA
NL

Wetenschappelijk

Parnassia Bavo Groep (Den Haag)

Lijnbaan 4
Den Haag 2512 VA
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)

- * Intake, indicatiestelling en adviesgesprek hebben plaatsgevonden
- * Hoofddiagnose is posttraumatische stressstoornis, volgens DSM*5 criteria
Behandelindicatie is EMDR of TF-CGT en behandeling is minder dan 3 maanden aan de gang
- * Leeftijd is 18 - 65 jaar
- * Gebruik psychofarmaca (indien van toepassing) is minstens 2 maanden stabiel voor deelname aan de studie
- * Informed consent

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

- * Andere ernstige emotionele of psychosociale problematiek, waaronder crisis, suicidaliteit, ernstige verslaving aan alcohol of drugs en psychose, die een primair op de PTSS gerichte behandeling in de weg kunnen staan
- * Er heeft gedurende de twee jaar voor de huidige aanmelding een niet succesvolle maar lege artis uitgevoerde behandeling plaatsgevonden met TF-CGT of EMDR voor de huidige klachten

Onderzoeksopzet

Opzet

Type:	Interventie onderzoek
Onderzoeksmodel:	Cross-over
Blinding:	Open / niet geblindeerd
Controle:	Geen controle groep
Doel:	Behandeling / therapie

Deelname

Nederland	
Status:	Werving gestart
(Verwachte) startdatum:	19-11-2015
Aantal proefpersonen:	50
Type:	Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	08-07-2015
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)
	metc-ldd@lumc.nl

Goedgekeurd WMO	
Datum:	02-03-2017
Soort:	Amendement
Toetsingscommissie:	METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)
	metc-ldd@lumc.nl

Goedgekeurd WMO	
Datum:	26-09-2019
Soort:	Amendement
Toetsingscommissie:	METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

ID: 24099

Bron: NTR

Titel:

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL51740.058.15
OMON	NL-OMON24099