

Effectiviteit van EMDR voor adolescenten met een Depressieve Stoornis

Gepubliceerd: 03-12-2020 Laatste bijgewerkt: 16-11-2024

Deze studie heeft als doel de effectiviteit van EMDR (n = 32) te onderzoeken in vergelijking met een wachtlijst (n = 32) bij adolescenten (12-18 jaar) met een primaire diagnose van een Depressieve stoornis (DSM-5; American Psychiatric Association,...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Beëindigd
Type aanpak	Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON54319

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

EMDR bij Depressie

Aandoening

- Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG

Synoniemen aandoening

depressie, stemmingsstoornis

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Stichting Rivierduinen

Overige ondersteuning: GGZ Rivierduinen

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: adolescenten, Depressieve Stoornis, EMDR

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Hypothese 1: De toepassing van EMDR-therapie gaat gepaard met een significante afname van de ernst van depressieve symptomen (CDI-2) en een afname van het percentage patiënten dat voldoet aan de DSM-5-criteria van de Depressieve stoornis (K-SADS-PL-5) in vergelijking met de wachtlijst.

Primaire uitkomstmaten:

- Childrens Depression Inventory-2 (CDI-2)
- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children

Present and Lifetime Version (K-SADS-5-PL)

Secundaire uitkomstmaten

Hypothese 2: De toepassing van EMDR-therapie gaat gepaard met een significante afname van de ernst van comorbide symptomen (CATS, SCARED, SDQ) vergeleken met de wachtlijst.

Secundaire uitkomstmaten:

- Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)
- Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

Hypothese 3: Het behandel-effect wordt voorspeld door de ernst van

posttraumatische stresssymptomen (CATS), gezinsdisfunctioneren (FAD) en emotioneel misbruik of verwaarlozing (CTQ) bij aanvang.

Secundaire uitkomstmaten:

- Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)
- Family Functioning Device (FAD)
- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

De Depressieve Stoornis is een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen bij kinderen en adolescenten (Mullen, 2018). Geschat wordt dat 14 tot 25% van de adolescenten minstens één episode van een depressieve stoornis ervaart voordat ze volwassen worden (Ryan, 2005). De Depressieve stoornis is een belangrijke oorzaak van invaliditeit in termen van ziektelast en slecht functioneren (Smith, 2014; Stikkelbroek, Bodden, Dekovi* & van Baar, 2013). Bovendien bleek de Depressieve stoornis met start in de adolescentie geassocieerd te zijn met een reeks fysieke gezondheidsproblemen en andere psychische stoornissen in het volwassen leven (Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012; Weersing, Jeffreys, Do, Schwartz & Bolano, 2017) evenals met sociale problemen, juridische problemen en verhoogd zelfmoordrisico (Stikkelbroek et al., 2013).

Huidige behandelingen vertonen beperkte effectiviteit en hoge uitval- en terugvalpercentages. Zo was de gemiddelde effectgrootte van cognitieve gedragstherapie (CGT), die wordt aanbevolen als evidence-based psychosociale interventie voor de Depressieve stoornis in de NICE-richtlijn (2019), slechts 0,29 in een meta-analyse van CGT voor MDD bij adolescenten (Weisz et al. al., 2017). In een Nederlandse multicenter studie uitgevoerd in gespecialiseerde GGZ-instellingen (Stikkelbroek, 2016) bleek CGT niet effectiever dan de gebruikelijke behandeling (Treatment-as-Usual, TAU). CGT presteerde zelfs slechter op zowel drop-out als het aantal bijwerkingen tijdens de behandeling dan TAU. Daarom is de ontwikkeling van innovatieve strategieën voor de behandeling van de Depressieve stoornis, vooral tijdens de adolescentie, van het grootste belang om het aantal adolescenten dat profiteert van behandeling te vergroten.

Een toenemende hoeveelheid onderzoek benadrukt de rol van familierelaties en interacties als bijzonder relevant voor het ontstaan en het behoud van de Depressieve stoornis bij adolescenten (Feeny et al., 2009; Schwartz et al., 2012; Stein et al., 2000). Het functioneren van het gezin wordt als meer disfunctioneel beoordeeld in gezinnen met een depressieve adolescent (bijv. Tamplin, Goodyer & Herbert, 1998) in vergelijking met gezinnen zonder psychische stoornissen. Gezinsfunctioneren voorspelt het begin van de Depressieve stoornis bij adolescenten (bijv. Wang, Tian, Guo en Huebner, 2020) en mogelijk het resultaat van de behandeling (bijv. Feeny et al. 2009, Rengasamy et al., 2013).

Daarnaast wordt al decennialang de rol van ingrijpende ervaringen in de ontwikkeling en het voortbestaan van de Depressieve stoornis erkend (Monroe, Slavich en Georgiades, 2014, Mandelli, Petrelli & Serretti, 2015). Meer specifiek werd vastgesteld dat traumatische interpersoonlijke ervaringen, zoals vernedering en beknelling (Kendler et al., 2003), en verschillende vormen van kindermishandeling, voornamelijk emotioneel misbruik en emotionele verwaarlozing (Hovens et al., 2010, Mandelli et al., 2015) gerelateerd zijn aan de Depressieve stoornis. Bovendien voorspelt het hebben van een geschiedenis van trauma's bij kinderen een slechte werkzaamheid van de behandeling (Barbe, Bridge, Birmaher, Kolko & Brent, 2004; Lewis et al. 2010; Nanni, Uher & Danese, 2012), wat het belang benadrukt van het identificeren van traumageschiedenissen en het toevoegen van traumagerichte interventies in de behandeling van depressieve adolescenten (Lewis, 2010).

Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 2017) lijkt een veelbelovende behandeling voor de Depressieve stoornis bij adolescenten (Paauw, De Roos, Tummers, De Jongh & Dingemans, 2019). Volgens de recente behandelrichtlijnen is EMDR-therapie (Shapiro, 2017) een van de aanbevolen behandelingen voor posttraumatische stressstoornis (PTSD; ISTSS Guidelines Committee, 2018; World Health Organization, 2013). Het is in staat herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen te verwerken (Shapiro, 2017). In de afgelopen vijf jaar zijn er verschillende onderzoeken uitgevoerd die voorlopig bewijs tonen voor de werkzaamheid van EMDR-therapie bij de behandeling van de Depressieve stoornis bij volwassenen. Veelbelovende resultaten werden verkregen uit onderzoeken naar EMDR-therapie als aanvullende therapie naast CGT (Hoffman et al., 2014), farmacologische behandeling (Ostacoli et al., 2018, Minelli et al., 2019) en klinische behandeling (Hase et al., 2015; 2018). Drie onderzoeken naar de werkzaamheid van EMDR als een op zichzelf staande behandeling toonden significante vermindering van depressieve symptomen aan (Gauhar, 2016), zelfs voor patiënten met langdurige depressie (Wood, Ricketts & Parry, 2018) en therapieresistente depressie (Minelli et al., 2019). Behandeling van de Depressieve stoornis resulteerde ook in significante afname van traumasymptomen (Gauhar, 2016) en angstsymptomen (Minelli et al., 2019), verbeterd sociaal functioneren (Minelli et al., 2019) en kwaliteit van leven (Gauhar, 2016). Naast de bovengenoemde gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's), werden er ook verschillende casestudy's en pilotstudies uitgevoerd (zie Wood & Ricketts (2013) en Carletto et al. (2017)). De vermelde

onderzoeken waren echter allemaal gericht op volwassen patiënten. Een eerste grotere effectiviteitsstudie met adolescenten (afgezien van een case series van Bae, Kim & Park; 2008) is onlangs uitgevoerd door onze groep, waar we 32 adolescenten behandelden die naar de jeugd GGZ waren verwezen en waarbij sprake was van een Depressieve stoornis als primaire diagnose (Paauw, De Roos, Tummers, De Jongh & Dingemans, 2019). Na 6 EMDR-sessies voldeed 60,9% van de adolescenten die de behandeling beëindigden niet langer aan de DSM-IV-criteria van de Depressieve stoornis en de ernst van comorbide angst, posttraumatische stressklachten en somatische klachten was significant verminderd. Bij follow-up metingen drie maanden na behandeling bleven deze resultaten behouden. Aangezien deze resultaten veelbelovend waren, zijn meer kwalitatief hoogwaardige onderzoeken nodig (met bijv. een gerandomiseerde gecontroleerde opzet, een groter aantal deelnemers en een langere follow-up periode).

Doel van het onderzoek

Deze studie heeft als doel de effectiviteit van EMDR (n = 32) te onderzoeken in vergelijking met een wachtlijst (n = 32) bij adolescenten (12-18 jaar) met een primaire diagnose van een Depressieve stoornis (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).

Er wordt verondersteld dat de toepassing van EMDR-therapie gepaard gaat met een significante afname van de ernst van depressieve symptomen en een afname van het percentage patiënten dat voldoet aan de DSM-5-criteria voor de Depressieve stoornis in vergelijking met de wachtlijst. Bovendien veronderstellen we dat behandeling gepaard gaat met een significante afname van de ernst van comorbide symptomen (d.w.z. posttraumatische stresssymptomen, angst, en algehele sociaal-emotionele problemen) in vergelijking met de wachtlijst.

Daarnaast zullen we onderzoeken of de mate van posttraumatische stresssymptomen bij aanvang, de ernst van het gezinsdisfunctioneren en het ervaren van emotioneel misbruik of verwaarlozing, de uitkomst na de behandeling significant voorspellen.

Onderzoeksopzet

In dit onderzoek worden patiënten willekeurig toegewezen aan een van de volgende twee condities: (a) EMDR-behandeling of (b) wachtlijstconditie. Randomisatie zal worden gedaan (met behulp van de SPSS-functie "willekeurige getallen") door een onafhankelijke onderzoeker. Meetmomenten zijn gepland voor behandeling (T0), na behandeling (T1), na 3 maanden (T2) en na 6 maanden (T3). Beoordeling zal worden uitgevoerd door een team van onafhankelijke beoordelaars (d.w.z. opgeleide klinici en studenten op masterniveau) die blind zijn voor de conditie. Deelnemers aan de wachtlijstconditie krijgen EMDR-behandeling aangeboden na T1, vervolgens volgens ook bij deze groep meetmomenten na de behandeling en na 3 en 6 maanden follow-up.

De primaire uitkomstvariabelen zijn depressieve symptomen (zoals gemeten door de CDI) en de aan- of afwezigheid van een MDD-diagnose, gebaseerd op het Kiddie-SADS-interview (K-SADS-PL-5; Kaufman et al., 2016). Secundaire uitkomstvariabelen zijn posttraumatische stresssymptomen, angst, somatische symptomen en algemene sociaal-emotionele problemen.

Omdat er perceptuele verschillen bestaan t.a.v. zowel symptomen als gezinsfunctioneren tussen adolescenten met een Depressieve stoornis en hun ouders (cf. Chen et al., 2017), zullen vragenlijsten worden afgenomen bij zowel adolescenten als ouders.

Onderzoeksproduct en/of interventie

Er wordt gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van het standaard EMDR-protocol met leeftijdsspecifieke aanpassingen voor kinderen en jongeren (De Roos, Beer, De Jongh & Ten Broeke, 2020). Deze procedure omvat acht fasen: anamnese, voorbereiding, beoordeling, desensibilisatie, installatie, bodyscan, sluiting en herevaluatie (Shapiro, 2017). De behandeling bestaat uit maximaal zes wekelijkse individuele behandelsessies van 60 minuten. Wanneer alle targetherinneringen uit de casusconceptualisatie binnen minder dan zes sessies kunnen worden opgehaald zonder emotionele verstoring (d.w.z. SUD gerelateerd aan het geheugen wordt teruggebracht tot nul), wordt dit geclassificeerd als vroege voltooiing van de behandeling (>early completion>). Herinneringen worden in een hiërarchie geplaatst op basis van de Subjective Units of Disturbance (SUD) en worden vervolgens behandeld van hoog naar laag SUD. Elke sessie wordt gevolgd door een gesprek van 15 minuten met de adolescent en een of beide ouders. De inhoud van deze bijeenkomst wordt vooraf met de adolescent besproken en omvat een van de volgende elementen: (1) een samenvatting van de inhoud van de sessie (2) de visie van ouders op het verloop van de symptomen in de week voor de sessie en (3) de behoefte aan en mogelijkheden voor emotionele ondersteuning van de adolescent na de sessie. Therapeuten hebben minimaal zowel de basis- als de gevorderde EMDR-opleiding gevolgd. Alle sessies worden op video opgenomen en alle therapeuten nemen deel aan maandelijkse supervisie van twee uur door een gecertificeerde EMDR Europe Child and Adolescent Consultant (CdR). Extra consultatie per e-mail of telefoon is op verzoek beschikbaar.

Inschatting van belasting en risico

Deelname aan het onderzoek gaat niet gepaard met evidente risico's. De last van deelname aan het onderzoek is klein en tijdelijk. De nulmeting (T0) duurt maximaal twee uur; tijdsinvestering voor vervolgbeoordelingen (T1-T3) is 1-1,5 uur.

Alle deelnemers krijgen een actieve behandeling aangeboden, hetzij direct na inclusie, hetzij na 6 weken wachtlijst.

Voor deelnemers in zowel actieve als wachtlijstconditie wordt routinematig een patiëntveiligheidsplan gemaakt als onderdeel van de intake/assessmentfase.

Voor deelnemers aan de wachtlijstconditie is een therapeut beschikbaar in geval

van crisis of plotselinge verergering van symptomen; van dergelijke contacten zal een verslag worden gemaakt. Tijdens de behandelingsfase zijn de therapeut en het multidisciplinaire team, en ook het 24-ons crisisteam, op dezelfde manier beschikbaar als tijdens de gewone zorg.

Indien nodig, kunnen na deelname aan het onderzoek aanvullende interventies ingezet worden.

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

Adolescenten (12-15 jaar)
Adolescenten (16-17 jaar)

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

Inclusie criteria:

- (a) leeftijd tussen 12 en 18 jaar
- (b) Depressieve Stoornis als primaire diagnose
- (c) er zijn herinneringen geïdentificeerd aan tenminste één ingrijpende of traumatische gebeurtenis die gerelateerd is aan de depressieve symptomen

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

- (a) suïcidepoging of ernstig zelfbeschadigend gedrag waarvoor ziekenhuisopname nodig was in de afgelopen maand
- (b) middelen afhankelijkheid
- (c) geschat IQ < 80 (op basis van informatie uit verwijsbrief of diagnostische fase)
- (d) onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal

Onderzoeksopzet

Opzet

Type:	Interventie onderzoek
Onderzoeksmodel:	Parallel
Toewijzing:	Gerandomiseerd
Blinding:	Enkelblind

Doel: Behandeling / therapie

Deelname

Nederland	
Status:	Beëindigd
(Verwachte) startdatum:	24-12-2020
Aantal proefpersonen:	64
Type:	Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO

Datum: 03-12-2020

Soort: Eerste indiening

Toetsingscommissie: METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)
metc-ldd@lumc.nl

Goedgekeurd WMO

Datum: 28-01-2022

Soort: Amendement

Toetsingscommissie: METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)
metc-ldd@lumc.nl

Goedgekeurd WMO

Datum: 05-05-2023

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

CCMO

ID

NL74425.058.20