

Angst aanpakken: een werkgeheugen behandeling

Gepubliceerd: 17-01-2012 Laatste bijgewerkt: 27-04-2024

Het huidige onderzoek is erop gericht om de onderliggende cognitieve componenten van angststoornissen te onderzoeken door te focussen op het werkgeheugen van angstpatiënten. Zowel op korte als op lange termijn zal er een therapeutische interventie...

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

Samenvatting

ID

NL-OMON38354

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

Een werkgeheugen behandeling

Aandoening

- Angststoornissen en -symptomen

Synoniemen aandoening

angst, Angststoornis

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Erasmus Universiteit Rotterdam

Overige ondersteuning: Ministerie van OC&W

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Angst, Behandeling, Stemningsinductie, Werkgeheugen

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

- Scores op vragenlijsten:

SCID-I: angst

STAI: angst

- Score op stemmingsinductie

- Scores op werkgeheugentaken

Secundaire uitkomstmaten

NVT

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Een angststoornis bestaat uit een hevige vorm van angst zonder dat er een realistische dreiging aanwezig is. Er zijn verschillende soorten angststoornissen, zoals de paniekstoornis, agorafobie, de sociale fobie, de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en de obsessief compulsieve stoornis (OCS). Samen met stemmingsstoornissen en middelenmisbruik kunnen angststoornissen gerekend worden tot de meest voorkomende mentale stoornissen (Brysbaert, 2006). De World Health Organisation (WHO; 2010) geeft aan dat ongeveer 12% van de populatie per jaar lijdt aan een angststoornis. Het leven van mensen met een angststoornis verandert significant. Angstsymptomen worden vaak geassocieerd met een verscheidenheid aan fysieke symptomen zoals zweten, hartkloppingen en trillen. Angst veroorzaakt veel stress en spanning in het leven van patiënten en hun omgeving. Bovendien leiden angststoornissen tot grote economische kosten. Zo kostten deze stoornissen Nederland in 2005 285,6 miljoen euro (Van Wieren, Schoemaker, & Van Balkom, 2010).

Er zijn verschillende soorten behandelmethoden voor angststoornissen, zoals cognitieve therapie, cognitieve gedragstherapie, psychofarmacologie, exposure (blootstelling) therapie, relaxatietraining, biofeedback, meditatie, ondersteunende psychotherapie, psychodynamische psychotherapie en anderen vormen van psychotherapie (Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995). De meeste toegepaste vormen van therapie zijn op dit moment de cognitieve gedragstherapie en psychofarmacologie. Onderzoek laat zien dat genetica en belangrijke

levensgebeurtenissen beiden een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen van angststoornissen. Omdat er echter nog veel onbekend is over het ontstaan en de instandhouding van deze stoornissen, is er meer onderzoek nodig om dit te verduidelijken en om preventie en behandelingen te verbeteren. Het huidige onderzoeksvoorstel richt zich dan ook op het onderzoeken van belangrijke cognitieve processen die betrokken zijn bij angst en is erop gericht om een nieuwe benadering op te stellen voor een klinische behandeling die zich richt op deze processen.

Tijdens de afgelopen drie decennia hebben cognitieve modellen van angststoornissen laten zien dat selectieve informatieverwerkingsprocessen een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling en de instandhouding van angst (Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1988). Recente studies leveren bewijs om te stellen dat angst sterk geassocieerd is met een aandachtsbias voor bedreigende stimuli, een interpretatiebias en een bias met betrekking tot het geheugen (Mathews & MacLeod, 1994; Mathews & MacLeod, 2005). Zo neigen patiënten met een angststoornis er bijvoorbeeld toe om ambigue informatie op een negatieve manier te interpreteren. Verschillende onderzoekers hebben aangetoond dat individuen die een hoge mate van angst ervaren, een sterk vergroot vermogen vertonen om emotioneel negatieve woorden te identificeren of detecteren (bv. Foa & McNally 1986; zoals beschreven in Mathews & MacLeod, 1994). Tijdens Stroop taken laten angstige mensen bijvoorbeeld problemen zien met het negeren van de emotioneel negatieve lading van aan dreiging gerelateerde stimuluswoorden (bv. Mathews & MacLeod 1985; zoals beschreven in Mathews & MacLeod, 1994). De precieze aard van de relatie tussen angst en cognitie is echter nog niet duidelijk. Om deze relatie te verduidelijken is het belangrijk om meer inzicht te verkrijgen in de cognitieve processen die onderliggend zijn aan angst.

Eerder onderzoek toont aan dat een hoge mate van angst geassocieerd is met een verminderd vermogen om complexe cognitieve taken uit te voeren (Mueller 1992, Watts & Cooper 1989; zoals beschreven in Mathews & MacLeod, 1994). Veel onderzoekers stellen dat deze beperking veroorzaakt wordt door een uitputting van cognitieve bronnen met een gelimiteerde capaciteit, met de nadruk op het werkgeheugen (Eysenck & Calvo 1992, Ellis & Ashbrook 1988; zoals beschreven in Mathews & MacLeod, 1994). Het werkgeheugen vormt dan ook een belangrijk begrip om de cognitieve fouten die geassocieerd zijn met angststoornissen te kunnen begrijpen. Het werkgeheugen kan beschreven worden als een systeem met een beperkte capaciteit voor het tijdelijke, actieve behoud en de opslag van informatie (Baddeley, 2003). Dit systeem is van groot belang voor de denkprocessen van de mens, omdat het voor een verbinding zorgt tussen perceptie, het lange termijngeheugen en het overgaan tot actie (Andrade, 2001; Miyake & Shah, 1999; Conway, Jarrold, Kane, Miyake, & Towse, 2007; zoals beschreven in Klingberg et al., 2002). Het vermogen om informatie te onthouden en te manipuleren in het werkgeheugen is gerelateerd aan de prefrontale cortex (Fuster, 1989; Goldman-Rakic, 1987; zoals beschreven in Klingberg, Forssberg, & Westerberg, 2002) en is onderliggend aan verschillende executieve functies,

zoals probleem oplossend vermogen en redeneren (Engle, Kane, & Tuholski, 1999; Hulme & Roodenrys, 1995; Klingberg, 2000; zoals beschreven in Klingberg et al., 2002). Een afname van de capaciteit van het werkgeheugen is geassocieerd met verschillende neurologische en psychische stoornissen zoals schizofrenie en ADHD (Goldman-Rakic, 1994; Castellanos & Tannock, 2002; zoals beschreven in McNab et al., 2009).

Onderzoekers hebben aangetoond dat het werkgeheugen getraind kan worden. Klingberg en collega*s (2002) demonstreerden dat het trainen van het werkgeheugen bij kinderen en volwassenen met ADHD (met werkgeheugenproblemen) niet alleen leidde tot een significante verbetering van prestatie op de getrainde werkgeheugentaken, maar ook op niet-getrainde werkgeheugentaken. Deze resultaten laten zien dat het werkgeheugen significant verbeterd kan worden door middel van training. In 2005 hebben Klingberg en zijn collega*s tevens een significante reductie in symptomen van ADHD aangetoond als resultaat van een werkgeheugentraining. McNab en collega*s (2009) hebben gedemonstreerd dat effectieve training van het werkgeheugen tevens geassocieerd is met veranderingen in corticale activiteit.

Bovenstaande bevindingen leiden tot een belangrijke vraag voor dit onderzoeksvoorstel. Is het mogelijk om symptomen van angststoornissen te reduceren door het werkgeheugen van patiënten met deze stoornissen te verbeteren? Dit voorstel richt zich dus op de vraag of een verbeterd werkgeheugen het gedrag van patiënten met een angststoornis zal beïnvloeden en de cognitief gerelateerde klinische symptomen bij deze patiënten zal reduceren.

Doel van het onderzoek

Het huidige onderzoek is erop gericht om de onderliggende cognitieve componenten van angststoornissen te onderzoeken door te focussen op het werkgeheugen van angstpatiënten. Zowel op korte als op lange termijn zal er een therapeutische interventie getest worden die is gericht op het werkgeheugen. Op deze manier wordt getracht om tot een nieuwe benadering van klinische behandelingen te komen door te richten op de cognitieve tekorten die aan angst zijn gerelateerd. Dit onderzoek heeft als doel om een brug te slaan tussen de kloof tussen de cognitieve wetenschap en klinisch psychologische behandelingen voor angststoornissen.

Onderzoekopzet

120 mensen door middel van een RCT in twee groepen verdelen: ze krijgen een werkgeheugentraining of een bogus/controle werkgeheugentraining.

Pre-test:

- SCID-I: angst
- STAI: angst

- Werkgeheugentaken (of deel bogustaak)

4 weken drie keer per week op de computer (ongeveer 20 min. per keer).

Post-test (na 4 weken):

- SCID-I
- STAI
- Werkgeheugentaken (of deel bogustaak)
- Stemningsinductie

Follow-up (2 maanden na laatste post-test):

- SCID-I
- STAI
- Werkgeheugentaken (of deel bogustaak)

Onderzoeksproduct en/of interventie

Werkgeheugentaken die ze bij de pre- en postmeting doen en thuis: - AB-AC-AD taak: leren van cue-target woordparen bij een bepaald criterium, daarna leren van nieuwe targets die met dezelfde cue zijn geassocieerd; dit zorgt voor interferentie, wat ze dus ook trainen. - Number-letter taak: Proefpersoon krijgt een vierkant te zien waarin elke keer in een vakje een cijfer-letter paar verschijnt. Bij de bovenste twee moeten ze beoordelen of het een even (2, 4, 6, 8) of oneven cijfer (1, 3, 5, 7) is en bij de onderste twee moeten ze aangeven of het een klinker (G, K, M, R) of een medeklinker (I, U, A, E) is met behulp van twee knoppen (bv M en Z). Dit traint het wisselen van context. Werkgeheugentaak die ze alleen bij de pre- en postmeting uitvoeren: Sternberg taak: Woorden die met angst te maken hebben en niet-angstige woorden worden aangeboden in een lijst. Ze moeten dan, nadat ze ze hebben onthouden, één lijst negeren. Dit oefent het updaten van het werkgeheugen en het weghalen van irrelevante informatie. Stemningsinductie: Op VAS schalen vullen ze in hoe ze zich op dat moment voelen, daarna krijgen ze een stemningsinductie met behulp van het aanbieden van zinnen, daarna vullen ze weer de schalen in en krijgen ze ambigue zinnen te zien waarbij ze opschrijven wat er volgens hen aan de hand is. Vervolgens beoordelen ze ook drie opties naar waarschijnlijkheid.

Inschatting van belasting en risico

Het kost de proefpersoon een uur bij zowel de pre- en postmeting, daarnaast 4 weken 3 keer per week 20 minuten. Dit laatste mogen ze op zelf bepaalde momenten doen. Er zijn geen risico's aan het onderzoek verbonden.

Contactpersonen

Publiek

Erasmus Universiteit Rotterdam

Postbus 1738 Woudestein
3000 DR Rotterdam
NL

Wetenschappelijk

Erasmus Universiteit Rotterdam

Postbus 1738 Woudestein
3000 DR Rotterdam
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)

- Aan een angststoornis lijden
- Op een wachtlijst staan bij één van de deelnemende behandelcentra

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

- Aan een specifieke fobie lijden
- Psychotische klachten hebben
- Middelenmisbruik

Onderzoeksopzet

Opzet

Type:	Interventie onderzoek
Onderzoeksmodel:	Parallel
Toewijzing:	Gerandomiseerd
Blindering:	Dubbelblind
Controle:	Placebo
Doel:	Behandeling / therapie

Deelname

Nederland	
Status:	Werving gestopt
(Verwachte) startdatum:	23-04-2012
Aantal proefpersonen:	120
Type:	Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	17-01-2012
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	METC Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam (Rotterdam)

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	NL35126.078.11