

Behandeling van pestervaringen middels imaginaire rescripting (ImRs); een pilotstudie middels een quasi-experimenteel design

Gepubliceerd: 06-07-2020 Laatste bijgewerkt: 09-04-2024

Dit onderzoek heeft als doel imaginaire rescripting (ImRs) als **stand alone** interventie te onderzoeken bij cliënten in de leeftijd van acht tot twaalf jaar, waarbij pestervaringen hebben geleid tot klachtgedrag (emotionele problemen, depressieve...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving gestopt
Type aandoening	Overige aandoening
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON49681

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

'De Peststudie'

Aandoening

- Overige aandoening

Synoniemen aandoening

PTSS gerelateerde klachten

Aandoening

PTSS gerelateerde klachten.

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Karakter

Overige ondersteuning: geen financiering

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Imaginatie Rescripting, Pestervaringen, PTSS, Trauma

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Ten behoeve van de screening van cliënten wordt gebruik gemaakt van de intakevragenlijst Karakter (versie 2012). In deze vragenlijst worden, naast andere belangrijke zaken met betrekking tot de reden van aanmelding, ook pestervaringen en/of andere traumatische gebeurtenissen uitgevraagd.

Ouders/verzorgers geven aan of hun kind gepest is en op welke wijze (in de intakevragenlijst Karakter wordt een toelichting gegeven op wat pesten is en welke vormen van pesten er zijn).

*

Ten behoeve van de inclusie van cliënten en als primaire uitkomstmaat (PTSS-symptomen) wordt gebruik gemaakt van de Children's Revised Impact of Event Scale, ofwel CRIES-13 (Children and War Foundation, 1998). De CRIES-13 is een zelfrapportage vragenlijst voor kinderen vanaf 8 jaar en ouder (en een versie voor ouders/verzorgers). De lijst bestaat uit 13 items die screenen op herbelevingen, vermijding en verhoogde arousal. De items worden gescoord op een 4-punts schaal. Psychometrische kwaliteiten werden gerapporteerd door Verlinden et al., 2014, waarbij de CRIES-13 beschouwd wordt als een valide meetinstrument voor PTSS. Cronbachs alpha .89 (Olff, 2005).

Secundaire uitkomstmaten

Secundaire uitkomstmaten worden in kaart gebracht door middel van de KIDSCREEN-27, de Child Behavior Checklist, ofwel CBCL, de Outcome Rating Scale, ofwel ORS en de Revised Child Anxiety and Depression Scale, ofwel RCADS.

De KIDSCREEN-27 (Ravens-Sieberger, 2007) is een meetinstrument welke door middel van 27 items, beantwoordt op een 5-punts schaal, 10 verschillende dimensies meet ten aanzien van de gezondheidsafhankelijke kwaliteit van leven bij kinderen en adolescenten in de leeftijd van 8 tot 18 jaar (en een versie voor ouders/verzorgers). De dimensies zijn: *lichamelijk welzijn*, *psychologisch welzijn*, *stemming en emoties*, *zelfbeeld*, *autonomie*, *relaties met ouders en gezinsleven*, *sociale steun en vrienden*, *school*, *sociale acceptatie* en *financiële situatie*. De KIDSCREEN-27 kent zowel een ouder- als een kindversie en goede psychometrische kwaliteiten. Cronbachs alpha .78- .83 (Ravens-Sieberger e.a. 2007)

De Child Behavior Checklist, ofwel CBCL 6-18 (Achenbach (1991); Nederlandse vertaling: Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996) is een vragenlijst voor kinderen en jongeren van 6 tot 18 jaar met leer- en gedragsproblemen op school en gedrags- en sociaal-emotionele problemen thuis. De vragenlijst bevat 118 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen en twee open vragen over andere problemen die gescoord worden op een 3-punts schaal van helemaal niet (0), een beetje of soms (1), tot duidelijk of vaak (2). Ze vormen samen de

volgende subschalen: 1. Teruggetrokken / Depressief; 2. Lichamelijke Klachten; 3. Angstig / Depressief; 4. Sociale Problemen; 5. Denkproblemen; 6. Aandachtsproblemen; 7. Normafwijkend gedrag; 8. Agressief gedrag; 9. Andere problemen. Een aantal subschalen vormen samen de schaal internaliserende problemen, externaliserende problemen en de totaalscore. De score geeft aanwijzingen op het gebied van problemen of DSM-pathologie. De scores worden vertaald in T-scores en als volgt gescoord: *Klinisch - Grensgebied * Normaal*. Wat betreft de betrouwbaarheid zijn zowel de interrater betrouwbaarheid als de test-hertest betrouwbaarheid ruim voldoende. Zowel de inhoudsvaliditeit als de constructvaliditeit zijn hoog.

De Outcome Rating Scale, ofwel ORS (Miller et al., 2002; Nederlandse vertaling: Hafkenscheid, 2002) bestaat uit 4 zelfrapportage items, die vragen naar het individueel, relationeel, sociaal en algeheel welbevinden. Er wordt gebruik gemaakt van een visueel-analoge schaal: elk item wordt gescoord door een markeerpunt te plaatsen op een lijn van 10 centimeter, waarbij lage scores zich aan de linkerkant bevinden, en hoge scores aan de rechterkant. De score wordt bepaald door het markeerpunt vanaf het begin van de schaal tot op de millimeter nauwkeurig op te meten met een lineaal. Een hogere score is geassocieerd met een beter welbevinden. Vervolgens worden de scores op de vier items opgeteld tot een totaalscore. Wanneer de ORS na elke sessie wordt afgenomen, kan er een grafiek gemaakt worden waarin de totaalscore wordt afgezet tegen het aantal sessies, die snel inzichtelijk maakt of een cliënt voldoende vooruitgang boekt.

Wanneer er na de derde sessie onvoldoende verandering zichtbaar is (minder dan

5 punten verbetering), is er sprake van een verhoogd risico op afbreken van de behandeling, en wordt een beroep gedaan op de behandelaar om de therapie bij te sturen en de therapeutische relatie bespreekbaar te maken. Er is tevens een versie voor kinderen beschikbaar (Child Outcome Rating Scale * CORS). Er zijn slechts twee studies uitgevoerd naar de psychometrische kwaliteiten van de lijst, vastgesteld in een niet klinische populatie. Beide onderzoeken vinden een hoge interne consistentie. Cronbachs alpha .93 (Miller et al., 2003) en .97 (Bringinghurst et al., 2006).

De Revised Child Anxiety and Depression Scale, ofwel RCADS (Oldehinkel, 2000; Nauta, 2006) is een zelfrapportage vragenlijst voor jeugd in de leeftijd van 8 tot 18 jaar bestaande uit 47 items die zich richten op de symptomen van een gegeneraliseerde angststoornis, maar ook op de symptomen van depressie. De vragenlijst kent verschillende subschalen waaronder: separatie-angststoornis, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, obsessief-compulsieve stoornis en depressieve stoornis. Verder geeft het een totale angstschaal en een totale internaliserende schaal. De items worden gescoord op basis van een 4-punts schaal. Er is tevens een versie voor ouders/verzorgers beschikbaar. De wetenschappelijke onderbouwing van de lijsten werd gedaan door; Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis (2000).

Betrouwbaarheid, niet voorhanden voor Nederland of Vlaanderen.

Standaardisatieonderzoek gedaan door University of Hawaii: interne consistentie van de schalen Cronbach apha*s tussen .78 en .88.

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Kinderen maken regelmatig onaangename gebeurtenissen mee welke niet altijd als traumatisch worden beschouwd (Jonkman et al., 2014). De DSM 5 schrijft voor dat pas van een traumatische gebeurtenis mag worden gesproken wanneer een gebeurtenis een feitelijke of dreigende dood, een ernstige verwonding of seksueel geweld met zich meebrengt, oftewel als wordt voldaan aan het zogenaamde *A-criterium* van levensbedreiging (American Psychiatric Association, 2013). Pesten valt formeel niet onder dit zogenaamde *A-criterium*. Binnen Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie worden pestervaringen echter veelvuldig gerapporteerd tijdens de intakeprocedure, met name binnen de groep cliënten van acht tot twaalf jaar oud. In de periode januari 2017 tot januari 2018 werden 721 intakes gedaan binnen Karakter. Op de intakevragenlijst welke voor aanvang van de intake door ouders (mogelijke samen met het kind) wordt ingevuld, hebben 111 ouders/kinderen aangegeven te zijn gepest (Bron; intakevragenlijst Karakter). Prevalantiecijfers over het voorkomen van pesten (met name op school) worden geschat op ruim 30% (Solberg en Olweus, 2003) en is daarmee een significante stressor voor kinderen en adolescenten.

Studies naar de psychische gevolgen van pesten bij zowel kinderen/adolescenten als ook volwassenen tonen aan dat pesten van grote invloed is op het ontwikkelen van zowel somatische- als ook psychologische klachten zoals angst- en stemmingsklachten, slaapproblemen, verhoogde prikkelbaarheid, concentratieproblemen (Arseneault, Bowes, & Shakoor, 2010; Bowling & Beehr, 2006; Nielsen & Einarsen, 2012). Deze klachten zijn vergelijkbaar met de symptomen passend bij een PTSS, waarbij onderzoek dit verband onderstreept (Kreiner, Sulyok, & Rothenhausler, 2008; Leymann & Gustafsson, 1996; Matthiesen & Einarsen, 2004; Tehrani, 2004). Of pesten gezien kan worden als *levensbedreigend* is tot op heden echter onderwerp van discussie en heeft ook met de komst van de DSM 5 niet tot een aanpassing van het *A-criterium* geleid. Nielsen en collega's (2015) toonden middels een meta-analyse aan dat pestslachtoffers veelvuldig PTSS-klachten rapporteren en dat de pestervaring zelf door slachtoffers wel degelijk als traumatisch wordt aangemerkt. Echter, afgaande op de DSM 5 criteria blijft een PTSS-diagnose bij deze groep uit. Als gevolg hiervan lopen zij een op verwerking gerichte behandelinterventie in de praktijk vaak mis. Een zeer recente internationale studie onder adolescenten in 48 landen toonde aan dat het risico op suicidepogingen bij pestslachtoffers driemaal zo hoog is ten opzichte van niet gepeste adolescenten (5,9% suicidepogingen binnen de groep niet gepeste adolescenten versus 32,7% suicidepogingen binnen de groep gepeste kinderen). De onderzoeksgroep onderstreept de noodzaak voor de implementatie van effectieve en evidence based behandelingen om pesten aan te pakken en zo het aantal suicides onder jongeren terug te dringen (Koyanagi et al., 2019).

Er zijn in Nederland vele (*voorlopig goedgekeurde*) behandelmethoden ontwikkeld ter preventie/voorkomen van pesten, te weten; Alles Kidzzz, Kanjertraining, KiVa, Plezier op School, PRIMA, Pogramma Alternatieve Denkstrategieën (PAD), Sta Sterk training, Taakspel en Vreedzame School (NJI, 2015).

Ook zijn er inmiddels behandelmethoden ontwikkeld voor de gevolgschade van pesten, met name gericht op de verbetering van een negatief zelfbeeld, te weten; COMET-training (Competitive Memory Training, Korrelboom 2011) en/of EMDR *zoekstrategie rechtsom* (Beer & De Roos, 2017). Beide interventies zijn technieken binnen de geïntegreerde cognitieve gedragstherapie, welke geplaatst kunnen worden onder interventies die direct of indirect de emotionele betekenis van een US/UR-representatie, passend binnen de zogenaamde betekenisanalyse (BA), herevalueren (Korrelboom & Ten Broeke, 2014). COMET richt zich op het versterken van positieve geheugenrepresentaties, door (1) dergelijke representaties van positieve persoonlijke kenmerken emotioneel saillant te maken, (2) deze herhaaldelijk te activeren en (3) uiteindelijk aan de negatief-beladen stimulus te koppelen (Korrelboom & Ten Broeke, 2014). *EMDR rechtsom* richt zich op het verminderen van negatieve geheugenrepresentaties, door drie tot vijf herinneringen uit de leergeschiedenis te bewerken die als het ware voor de client nu nog steeds bewijzen dat hij/zij waardeloos is (of een andere negatieve kernopvatting) (ten Broeke et al., 2014).

Uit de praktijk blijkt dat clienten met langdurige pestervaringen vaak een allesomvattend negatief zelfbeeld hebben, welke zich kan uiten in een uitspraak/opvatting over zichzelf als persoon; *ik ben waardeloos*. Deze clienten zijn niet in staat ook maar één enkele enigszins geloofwaardige positieve eigenschap te benoemen die in tegenspraak is met zijn/haar negatieve zelfbeeld, iets wat volgens de auteurs van COMET een belangrijke voorwaarde is voor het welslagen van de interventie. Ook onderzoek toont aan dat COMET voor deze groep nog een stap te ver is (Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer & Hamelink, 2008). Ook *EMDR rechtsom* mag dan veelbelovend lijken, onderzoeksresultaten naar deze behandelinterventie zijn tot op heden wisselend waarbij de werkzaamheid ervan tot op heden nog onvoldoende is aangetoond (Griffioen, 2017). Wat onder andere uit onderzoek naar voren komt is dat binnen de EMDR rechtsom het arousalniveau van de opgeroepen targetbeelden die *bewijslast* leveren voor het ontstaan en voortbestaan van de opvatting van de client over zichzelf doorgaans te laag is om maximale verwerking te bewerkstelligen (Littel et al., 2017).

Imaginaire rescripting (ImRs) lijkt beide voorgenoemde belemmeringen weg te kunnen nemen en zo uitkomst te bieden voor deze groep clienten. Imaginaire rescripting (hierna te noemen ImRs) is een verwerkingsgerichte techniek met als doel het herevalueren van pijnlijke herinneringen. Deze techniek lijkt dan ook uitermate geschikt voor de verwerking van pestervaringen bij die groep clienten die als gevolg van deze pesteringen PTSS-klachten hebben ontwikkeld. ImRs is een experientiele (ervaringsgerichte) interventie die reeds veelvuldig wordt toegepast binnen de schemagerichte cognitieve gedragstherapie (SFT) bij onder andere volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen, maar ook bij jongeren met

persoonlijkheidsstoornissen in wording (Loose et al., 2015). ImRs is daarbij geen volledige behandeling, maar maakt onderdeel uit van een breder pakket aan interventies. Binnen de ImRs worden met name negatieve *oude* ervaringen geherevalueerd die naar veronderstelling hebben bijgedragen aan het ontstaan en nog steeds bijdragen aan het in stand houden van de problemen waarvoor de client nu hulp zoekt (Arntz, 2011). De traumatische herinnering (bijvoorbeeld herinneringen aan pestervaringen) worden tijdens de imaginatie geactiveerd en door de client opnieuw actief doorgemaakt waarna de client (of bij jongeren de therapeut) in de opgeroepen herinnering actief verandering moet aanbrengen. ImRs geldt (nog) niet als bewezen effectieve interventie voor het behandelen van PTSS waardoor deze methode doorgaans niet primair wordt ingezet bij een PTSS en/of PTSS-gerelateerde klachten. In de klinische praktijk wordt deze interventie echter wel veelvuldig toegepast als *stand alone* interventie, en zou de werkzaamheid ervan blijken uit wetenschappelijk onderzoek en meerdere *single cases* (o.a. Kunze, 2018; Arntz, Sofi & van Breukelen, 2015; Raabe, Ehring, Marquenie, Olff & Kindt, 2015; Arntz, Tiesema & Kindt, 2007; Grunert, Weis, Smucker & Christianson, 2007).

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel imaginaire rescripting (ImRs) als *stand alone* interventie te onderzoeken bij clienten in de leeftijd van acht tot twaalf jaar, waarbij pestervaringen hebben geleid tot klachtgedrag (emotionele problemen, depressieve klachten, angstklachten, lichamelijke klachten en/of een laag zelfvertrouwen).

Onderzoekopzet

Het onderzoek kan getypeerd worden als *quasi-experimenteel*, middels een *pretest-posttest* design. Binnen dit design worden gerapporteerde PTSS-gerelateerde klachten bij zowel de interventieconditie als bij de controlegroep zowel voor- als na de interventie gemeten, om op deze wijze een eventuele verandering in klachten in kaart te kunnen brengen door de uitkomsten op vragenlijsten van de voor- en nameting met elkaar te vergelijken.

Onderzoeksproduct en/of interventie

Interventiegroep: In navolging op Korrelboom en Ten Broeke (2014) wordt de interventie als volgt toegepast en in navolging van Loose en collega's (2015) aangepast voor kinderen/jongeren; Geincludeerde clienten volgen een kortdurend behandelprogramma bestaande uit een vijftal ImRs-sessies van elk zestig minuten, waarbij de interventie wordt toegepast op de meeste beladen pestervaringen (aan de hand van een SUD score). Van de ImRs-sessies wordt een audio-opname gemaakt (per telefoon of per voicerecorder) welke de client thuis tussen de sessies door driemaal verspreid over de week beluistert. In het kader van dit onderzoek zal een protocol ImRs worden uitgewerkt voor de deelnemende therapeuten met daarin de aangepaste ImRs-variant voor kinderen en jongeren. Deze

aanpassing bestaat voornamelijk uit actieve rescripting door de therapeut in tegenstelling tot rescripting door de client zelf (zoals bij ImRs volwassenen wel gebruikelijk is). Kinderen en jongeren zijn voor het inschakelen van hulp in het dagelijks leven nog (sterk) afhankelijk van de volwassenen om hen heen. Loose en collega's adviseren therapeuten dan ook om tijdens de rescripting (imaginair) actief bescherming te bieden door als volwassene voor het kind op te komen tegen de pesters.

Inschatting van belasting en risico

Lage belasting

Laag risico

Geïcludeerde patiënten (kinderen van 8-12 jaar) volgen een kortdurend behandelprogramma bestaande uit een vijftal ImRs-sessies van elk zestig minuten, waarbij de interventie wordt toegepast op de meeste beladen pestervaringen (aan de hand van een SUD score).

Ouders vullen een aantal korte vragenlijsten in. Tijdens de sessies worden kinderen gevraagd een aantal korte vragenlijsten in te vullen. Deze vragenlijsten worden veelvuldig tijdens behandelingen gebruikt en zijn minimaal belastend voor jongeren en ouders.

De controle groep krijgt care as usual (geen specifieke behandeling voor pesten). Ouders van deze groep wordt gevraagd om een twee keer een extra vragenlijst in te vullen.

Contactpersonen

Publiek

Karakter

Reinier Postlaan 12 Reinier Postlaan 12
Nijmegen 6525 GC
NL

Wetenschappelijk

Karakter

Reinier Postlaan 12 Reinier Postlaan 12
Nijmegen 6525 GC
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Kinderen (2-11 jaar)

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

Alle aangemelde cliënten binnen Karakter in de leeftijd van acht tot twaalf jaar waarbij op de intakevragenlijst en/of gedurende de intake pestervaringen worden gerapporteerd en waarbij sprake is van PTSS-gerelateerde klachten.

Bereidheid om mee te werken aan het onderzoek (informed consent).

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

- Voldoet aan de diagnose PTSS conform DSM 5 criteria inclusief A-criterium.
- Vertoont acuut suïcidaal gedrag waarvoor opname geïndiceerd is.
- Ernstige psychiatrische problematiek die om (directe) en/of andere behandeling vraagt.
- Volgt reeds een andere evidence based verwerkingsgerichte (psycho)therapie gedurende de looptijd van de interventie.
- Intelligentieniveau <75
- Er is sprake van een autisme spectrum stoornis (ASS) met een nadrukkelijke belemmering in het voorstellend vermogen.

Onderzoeksopzet

Opzet

Type: Interventie onderzoek

Onderzoeksmodel:	Anders
Toewijzing:	Niet-gerandomiseerd
Blinding:	Open / niet geblindeerd

Doel: Behandeling / therapie

Deelname

Nederland	
Status:	Werving gestopt
(Verwachte) startdatum:	01-11-2019
Aantal proefpersonen:	34
Type:	Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	06-07-2020
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	CMO regio Arnhem-Nijmegen (Nijmegen)

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	NL73603.091.20