

Informatie voor proefpersonen over het medisch wetenschappelijk onderzoek 'Training in anders leren kijken naar situaties. Een computertaaktraining'

(informatie versie 1, augustus 2013)

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een medisch wetenschappelijk onderzoek ("Training in anders leren kijken naar situaties. Een computertaaktraining"). U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Bespreek het met partner, vrienden of familie. Ook is er een onafhankelijke persoon, die veel weet van het onderzoek. Lees ook de Algemene brochure. Daar staat veel algemene informatie over medisch-wetenschappelijk onderzoek in. Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u terecht bij de onderzoeker. Op bladzijde 3 vindt u de contactgegevens.

Doel van het onderzoek?

U hebt een intake gehad bij G-kracht psychomedisch centrum en daarin is geconstateerd dat uw problemen te maken hebben met uw persoonlijkheid. Bij G-kracht psychomedisch centrum wordt onderzoek gedaan naar de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek

De afgelopen jaren is er veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de behandeling van mensen met somberheid- en angstklachten. Nieuwe ontwikkelingen zoals het gebruik van een computertaak waarbij mensen getraind worden om op een andere manier naar situaties te gaan kijken laten zeer goede resultaten zien. Mensen met somberheid- en angstklachten die deze intensieve kortdurende training volgen hebben een duidelijke afname van klachten. Zij hebben geleerd om niet meer vanuit hun oude denkbeeld een situatie te bekijken, maar vanuit een nieuw perspectief. Een groot voordeel van deze training is dat mensen er thuis mee kunnen oefenen en dat resultaten al in een korte training zijn aangetoond. Gezien het succes van deze training bij mensen met somberheid- en angstklachten hebben we een uitgebreidere training ontwikkeld voor mensen met persoonlijkheidsklachten.

Persoonlijkheidsklachten kenmerken zich onder andere door een wisselend zelfbeeld of overwegend negatief zelfbeeld. Daarnaast worstelen veel mensen met persoonlijkheidsklachten ook in contact met anderen of gaan zij sociale situaties uit de weg. Vanuit de persoonlijkheidsproblemen wordt vaak vanuit een bepaald zelfbeeld en wereldbeeld naar situaties gekeken. Dit gekleurde zelfbeeld en wereldbeeld is gebaseerd op eerdere ervaringen, emoties en gedragingen (ook wel schema's genoemd). Wanneer meerdere schema's getriggerd worden kan iemand in een bepaalde gemoedstoestand (modus) komen. Een overzicht van de schema's en modi vindt u als bijlage aan het einde van deze folder.

Met dit onderzoek wil de onderzoeker meer inzicht krijgen in de effectiviteit van de nieuwe behandeling. Dat wil zeggen in welke mate de behandeling de problemen doet afnemen, en de kwaliteit van leven en het psychisch functioneren van de deelnemende patiënten doen toenemen. Ook wil de onderzoeker meer inzicht krijgen in de ervaringen en opvattingen van de patiënten die de behandeling krijgen. De behandeling wordt aangeboden bij G-kracht psychomedisch centrum, locatie Delft

(Noordeinde), Amsterdam en Breda. Het geschatte aantal deelnemers dat zal meedoen aan dit onderzoek is minimaal 24.

Opzet van het onderzoek?

U hebt twee weken bedenktijd of u wilt deelnemen aan dit onderzoek. Voordat de behandeling zal starten, vindt een screening plaats om de diagnose zo goed mogelijk te stellen en om zo precies mogelijk te kijken of u in aanmerking komt voor dit onderzoek. Indien u deel wilt nemen aan dit onderzoek, sturen wij u eerst een screeninglijst toe. Zodra we deze vragenlijst ingevuld van u hebben teruggekregen, kijken we of u geschikt bent voor het onderzoek. Indien dit het geval is nodigen we u uit voor 1 a 3 onderzoeksgesprekken met een psycholoog. Op basis daarvan wordt definitief bepaald of u deel kan nemen aan het onderzoek. De uitslag van de screeningslijst en onderzoeksgesprekken zal met u worden besproken, en ook welke behandelingsmogelijkheden er zijn, mocht u niet in aanmerking komen voor dit onderzoek.

Op basis van de loting wordt het startmoment van de behandeling bepaald. Dit startmoment kan variëren van 3 tot 8 weken. Er vinden meerdere grotere meetmomenten plaats, twee voor aanvang van de behandeling en één direct na de behandeling. Hiermee wordt gekeken naar het effect van de training. Tot slot vindt één maand na afronding van de behandeling een laatste grotere meeting plaats. Dit om te kijken of de resultaten blijven en mogelijk zelfs nog verdere verbetering optreedt. Elke grote meting bestaat uit het invullen van vragenlijsten en gestructureerde interviews en duurt ongeveer 4 uur. Naast deze grotere metingen wordt er gedurende het onderzoek dagelijks een kleinere meting van een half uur gedaan. Deze kleinere meting bestaat uit een aantal vragen die u op de computer kunt invullen. Ook deze kleinere metingen zijn bedoeld om effect van de behandeling te meten. Tevens wordt u – na afloop van de behandeling- geïnterviewd over uw ervaringen met de training. De in het onderzoek verzamelde gegevens worden geanonimiseerd verzameld en gebruikt voor een internationale wetenschappelijke publicatie. Indien u daar prijs op stelt zal de uitslag van de grotere metingen die u hebt gedaan een maand na beëindiging van de behandeling met u besproken worden door uw behandelaar. Uw behandelaar krijgt een afschrift van de uitslag.

Tijdsschema

Het tijdsschema van het onderzoek en de behandelingen is als volgt.

Meting	Inhoud	Maand	Inhoud en behandeling
1(M1)	voormeting 1	-1 tot 0	diagnostiek en metingen gedurende 3 tot 8 weken voor start behandeling
2(M2)	voormeting 2	0	metingen direct voor aanvang van de behandeling
		0	start behandeling
3(M3)	nameting (NM)	1	metingen direct na beëindiging behandeling. Interview over ervaringen.
4(M4)	follow-up meting	2	één maand na beëindiging behandeling en bespreking metingen

Alle metingen bestaan uit vragenlijsten, alleen de nameting bestaat ook uit een interview.

Risico's?

Aan deelname aan dit onderzoek zijn geen bijzondere risico's verbonden: het gaat om het invullen van een aantal vragenlijsten, het deelnemen aan interviews over uw problemen en over wat u vindt van de behandeling. Met de gegeven behandelingen is praktijkervaring opgedaan die leert dat mensen er baat bij hebben en dat er geen bijzondere risico's aan verbonden zijn. Wel kunnen behandelingen confronterend zijn omdat u mogelijk met zaken geconfronteerd wordt waar u liever niet aan denkt.

Indien u dit wenst kunt u na afloop van het onderzoek op de hoogte worden gebracht van de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek. U kunt dan een samenvatting krijgen van de uitkomsten van het wetenschappelijk onderzoek die zullen leiden tot een wetenschappelijke publicatie.

Vrijwilligheid van deelname?

Deelname aan dit wetenschappelijk onderzoek is geheel vrijwillig. Mocht u niet willen deelnemen of gedurende de behandeling besluiten dat u niet langer wenst deel te nemen aan het onderzoek, dan kunt u dat op elk moment aangeven. U hebt het recht om zonder opgaaf van reden af te zien van (verdere) deelname aan het onderzoek. U kunt de behandeling dan echter niet vervolgen, omdat het om een te onderzoeken behandeling gaat die alleen in het kader van onderzoek gegeven wordt.

Afzien van (verdere) deelname aan onderzoek heeft geen gevolgen voor het recht op andere behandelingen dat u normaal gesproken heeft.

Bescherming van de privacy en proefpersonenverzekering?

Zie algemene brochure 'Medische wetenschappelijk onderzoek'. Dit onderzoek is ontheven van een proefpersonenverzekering door LUMC Commissie Medische Ethiek (CME). Zij is van mening dat het risico van deelname aan het onderzoek voor proefpersonen zeer klein is. De duur van het bewaren van de gegevens is 10 jaar.

Toestemmingsverklaring?

Indien u toestemt met deelname aan dit onderzoek vragen wij u bijgaande schriftelijke verklaring te tekenen. Deze zal dan in uw dossier bewaard worden. Tevens ontvangt u een kopie van het getekende exemplaar.

Vergoeding?

Er is geen vergoeding voor deelname aan dit onderzoek.

Vragen, opmerkingen en/ of klachten?

Indien u na het lezen van deze informatie nog vragen of opmerkingen heeft over het onderzoek dan kunt u die stellen aan uw behandelaar of aan onderzoekers drs. M.F. van Vreeswijk, klinisch psycholoog (mf.vanvreeswijk@g-kracht.com) of drs. M. van Eijk, psycholoog (m.vaneijk@g-kracht.com). Als u liever een onafhankelijk arts spreekt over het onderzoek, kunt u contact opnemen met dr. E. Hoencamp (e.hoencamp@parnassiabavogroep.nl). Het kan voorkomen dat u ergens ontevreden over bent. U kunt dan contact opnemen met de onderzoekers of de onafhankelijk arts. Daarnaast attenderen wij u op de website van G-kracht psychomedisch centrum BV (www.g-kracht.com), kopje patiënten, waar u meer informatie vindt over uw rechten en plichten als patiënt.

Overig?

Dit onderzoeksvoorstel is goedgekeurd door LUMC Commissie Medische Ethiek (CME). Meer informatie over de goedkeuring vindt u in de Algemene brochure.

Bijlagen?

In de bijlagen vindt u een overzicht van de schema's en modi, de algemene brochure 'Medisch wetenschappelijk onderzoek. Algemene informatie voor de proefpersoon' en een toestemmingsverklaring.

Met vriendelijke groet,

Drs. M.F. van Vreeswijk, klinisch psycholoog
E-mail: mf.vanvreeswijk@g-kracht.com

Bijlage 1. Overzicht schema's en modi. ¹

Overzicht schema's

Emotionele verwaarlozing

De patiënt verwacht dat de eigen basale emotionele behoeften (zoals steun, verzorging, empathie en bescherming) niet of onvoldoende door anderen zullen worden beantwoord. Hij voelt zich alleen en eenzaam.

Verlating/ instabiliteit

De patiënt verwacht dat iedereen hem uiteindelijk in de steek zal laten. Anderen zijn onbetrouwbaar en onvoorspelbaar in hun steun en toewijding. Angst, verdriet en woede wisselen elkaar af als de patiënt zich in de steek gelaten voelt.

Wantrouwen en/ of misbruik

De patiënt heeft de overtuiging dat anderen uiteindelijk op een of andere manier misbruik van hem zullen maken of hem zullen bedriegen of vernederen. De gevoelens zijn heel wisselend en betrokkene is voortdurend waakzaam.

Sociaal isolement/ vervreemding

De patiënt voelt zich geïsoleerd van de rest van de wereld en anders dan andere mensen.

Minderwaardigheid/ schaamte

De patiënt vindt zichzelf innerlijk onvolkomen en slecht. Zodra anderen hem beter leren kennen zullen zij dat ontdekken en hem afwijzen. Het gevoel van waardeloosheid leidt veelal tot schaamte.

¹ Vreeswijk, M.F. van, Broersen, J. & Nadort, M. (2008). *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Sociale ongewenstheid	De patiënt is ervan overtuigd dat hij sociaal onhandig en onaantrekkelijk is. Hij vindt zichzelf saai, suf en lelijk.
Mislukking	De patiënt is ervan overtuigd dat hij niet in staat is om te presteren op het niveau van leeftijdgenoten. Hij voelt zich dom en zonder talent.
Afhankelijkheid/ onbekwaamheid	De patiënt is extreem hulpeloos en functioneel afhankelijk van anderen. Hij kan geen besluiten nemen over dagelijkse problemen en is vaak gespannen en angstig.
Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar	De patiënt veronderstelt dat hem en dierbaren elk moment iets vreselijks kan overkomen en dat hij niets kan doen om zich te beschermen.
Verstrengeling/ kluwen	De patiënt is overdreven betrokken bij en verbonden met een of meer opvoeders, waardoor hij geen eigen identiteit kan ontwikkelen.
Onderwerping	De patiënt geeft zichzelf over aan de wil van anderen om negatieve consequenties te voorkomen. Hij onderdrukt eigen behoeften uit angst voor conflicten en straf.
Zelfopoffering	De patiënt offert zich vrijwilliger op voor anderen, die hij ziet als zwakker dan zichzelf. Als hij aandacht schenkt aan zijn eigen behoeften voelt hij zich schuldig en laat andermans behoeften voorgaan. Uiteindelijk gaat hij zich ergeren aan de mensen voor wie hij zorgt.

Goedkeuring en erkenning zoeken	De patiënt is op een overdreven manier op zoek naar erkenning, waardering en aandacht, ten koste van zijn eigen ontwikkeling en behoeften.
Emotionele geremdheid	De patiënt houdt emoties en impulsen altijd in, omdat hij denkt dat het uiten daarvan anderen zal schaden of leidt tot schaamte, vergelding of verlating. Hij reageert nooit spontaan en legt sterk de nadruk op rationaliteit.
Meedogenloze normen/ overmatig kritisch	De patiënt gelooft dat hij het nooit goed genoeg kan doen en hij harder zijn best moet doen. Hij is kritisch tegenover zichzelf en anderen en is perfectionistisch, rigide en overdreven efficiënt. Dit gaat ten koste van plezier, ontspanning en sociale contacten.
Negativiteit en pessimisme	De patiënt ziet altijd de negatieve kant van alles en negeert of minimaliseert de positieve kant. Hij is meestal aan het piekeren of hyperalert.
Bestraffende houding	De patiënt vindt dat mensen hard gestraft moeten worden voor hun fouten. Hij is agressief, intolerant, ongeduldig en niet vergevingsgezind.
Zich rechten toe-eigenen	De patiënt vindt dat hij superieur is aan anderen en speciale rechten heeft. Hij kan doen en laten wat hij wil, zonder rekening te houden met anderen. Het centrale thema is macht en controle hebben over situaties en mensen.
Gebrek aan zelfbeheersing/ zelfdiscipline	De patiënt heeft geen frustratietolerantie en kan gevoelens en impulsen niet beheersen. Hij verdraagt geen ongenoegen of ongemak (pijn, ruzie en

inspanning).

Schemamodi

Kindmodi

Kwetsbare kind

De patiënt denkt dat niemand zijn emotionele behoeften zal vervullen en dat iedereen hem uiteindelijk in de steek zal laten. Hij wantrouwt anderen en denkt dat er misbruik van hem gemaakt zal worden. Hij voelt zich minderwaardig en verwacht afgewezen te worden. Hij schaamt zich voor zichzelf en heeft vaak het gevoel er niet bij te horen. Hij gedraagt zich als een klein kwetsbaar kind dat zich voor hulp aan de therapeut vastklampt omdat hij zich alleen voelt en denkt dat er over gevaar dreigt.

Woedende kind

De patiënt is intens kwaad, woedend en ongeduldig, omdat aan zijn basale behoeften niet wordt voldaan. Hij kan zich tevens in de steek gelaten, gekleineerd of verraden voelen. Hij uit zijn woede heftig, zowel verbaal als non-verbaal, net als een klein kind dat een woedeaanval heeft.

Razende kind

De patiënt is om dezelfde reden razend als het woedende kind, maar verliest hierbij de controle. Het uit zich in kwetsende en beschadigende acties tegen mensen en voorwerpen, net als een klein kind dat een woedeaanval heeft.

De patiënt wil op een egoïstische en

Impulsieve kind	ongecontroleerde wijze de bevrediging van zijn (niet basale) behoeften afdwingen. Hij kan gevoelens en impulsen niet inhouden en wordt woedend en razend als hij niet meteen zijn zin krijgt. Hij lijkt vaak op een verwend kind.
Ongedisciplineerde kind	De patiënt heeft geen frustratietolerantie en kan zichzelf niet dwingen routinematige of vervelende taken af te maken. Hij verdraagt geen ongenoegen of ongemak (pijn, ruzie en inspanning) en gedraagt zich als een verwend kind.
Blijde kind	De patiënt voelt zich geliefd, tevreden, beschermd, begrepen en gewaardeerd. Hij heeft zelfvertrouwen en voelt zich competent, voldoende autonoom en in controle. Hij kan spontaan reageren, is ondernemend en optimistisch en speelt als een gelukkig klein kind.
<i>Disfunctionele copingmodi</i>	
Willoze inschikkelijke	De patiënt geeft zichzelf over aan de wil van anderen om negatieve consequenties te voorkomen. Hij onderdrukt alle behoeften of emoties en kropt agressie op. Hij gedraagt zich onderdanig, passief en hoopt goedkeuring te krijgen door gehoorzaam te zijn. Hij laat zich gebruiken.
Onthechte beschermer	De patiënt schermt zichzelf af voor heftige gevoelens, omdat hij denkt dat gevoelens gevaarlijk zijn en uit de hand kunnen lopen. Hij trekt zich terug uit contact en probeert zijn gevoel uit te schakelen (soms leidend tot dissociatie). De patiënt zich leeg, verveeld en gedepersonaliseerd. Hij kan een cynische of pessimistische houding

	aannemen om anderen op een afstand te houden.
Onthechte zelfsusser	De patiënt zoekt afleiding om negatieve emoties niet te hoeven voelen. Hij bereikt dit door zelfsussend gedrag (zoals slapen of middelmisbruik) of het ondernemen van zelfstimulerende activiteiten (te fanatiek of te veel bezig zijn met bijvoorbeeld werken, internetten, sporten of seks).
<i>Overcompensatiemodi</i>	
Zelfverheerlijker	De patiënt voelt zich superieur aan anderen en denkt dat hij speciale rechten heeft. Hij wil zijn zin krijgen zonder rekening te hoeven houden met anderen. Hij schept op en kleineert anderen om zijn gevoel van eigenwaarde te vergroten.
Pest en aanval	De patiënt wil voorkomen dat hij gecontroleerd of gekwetst wordt door anderen en probeert daarom controle over hen te houden. Hij gebruikt hiervoor bedreiging, intimidatie, agressie en dwang. Hij wil altijd in de dominante positie zitten en voelt een sadistisch genoegen bij het aanvallen van anderen.
<i>Onaangepaste oudermodi</i>	
Straffende ouder	De patiënt is agressief, intolerant, ongeduldig en niet vergevingsgezind ten opzichte van zichzelf. Hij is altijd kritisch tegenover zichzelf en zeer schuldbewust. Hij schaamt zich voor zijn fouten en vindt dat hij daar hard voor gestraft moet worden. Deze modus is een weergave van wat (een van) de ouders of andere opvoeders altijd tegen de patiënt zeiden om hem te kleineren of te straffen.

Veeleisende ouder

De patiënt vindt dat hij moet voldoen aan rigide regels, normen en waarden. Hij moet daarbij overdreven efficiënt zijn. Hij gelooft dat hij het nooit goed genoeg kan doen en harder zijn best moet doen. Hij gaat daarom net zo lang door met het bereiken van zijn hoge standaard tot het perfect is, ten koste van eigen rust en plezier. Hij is nooit tevreden met het resultaat. Dit zijn ook geïnternaliseerde regels en normen van (een van de) ouders.

Gezonde modus

Gezonde volwassene

De patiënt heeft positieve en genuanceerde gedachten en gevoelens over zichzelf. Hij doet dingen die goed voor hem zijn en leiden tot gezonde relaties en activiteiten. De Gezonde volwassene is geen disfunctionele modus.
