Verband tussen imagery kenmerken en obsessieve-compulsieve symptomen:

Exploratieve studie bij studenten

E.M. van Dijk

Master Thesis - Ontwikkelingspsychologie

S2929880
April 2022
Department of Psychology
University of Groningen
Examiner/Daily supervisor:
I.J.M. Niesten

A thesis is an aptitude test for students. The approval of the thesis is proof that the student has sufficient research and reporting skills to graduate, but does not guarantee the quality of the research and the results of the research as such, and the thesis is therefore not necessarily suitable to be used as an academic source to refer to. If you would like to know more about the research discussed in this thesis and any publications based on it, to which you could refer, please contact the supervisor mentioned.

Abstract (NL)

Dit exploratieve onderzoek richt zich op kenmerken van imagery, en dan specifiek het beeld, en welke rol de beeldende *imagery* speelt bij klachten van de *obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)*. Hierbij horen de volgende twee onderzoeksvragen: 1) Wat zijn kenmerken van imagery bij een gecreëerd intrusief beeld binnen een niet-klinische populatie?, en 2) Is er een positief verband tussen het ervaren van verschillende aspecten van imagery en de ernst van OCS-klachten? Verwacht wordt dat een verband bestaat tussen de negatieve emoties, de betekenisverlening en de verschillende aspecten van het beeld met klachten van de obsessieve-compulsieve stoornis. Tot nu toe is er weinig onderzoek verricht naar imagery en diens invloed op onder andere OCS-klachten. Dit onderzoek vormt een aanzet om dit onderwerp verder uit te diepen.

Getracht is deze onderzoeksvragen te beantwoorden doormiddel van een interview, waarbij een intrusieve beeld werd geïnduceerd en de vragenlijsten: Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, Beck-Depression-Inventory-II en de Beck-Anxiety-Inventory-NL. De deelnemers bestonden uit 28 eerstejaars psychologiestudenten aan de Rijksuniversiteit Groningen, waarvan 24 vrouwen en 4 mannen met een gemiddelde leeftijd van 20.32 jaar (SD = 1.74). De antwoorden op de verschillende kenmerken van imagery liepen sterk uit elkaar (M_{range} = 85.50). Verder is alleen een significant verband gevonden tussen de morele Thought-Action Fusion en de OCS-klachten (F (1, 27) = 12.007, p = .002).

Gebleken is dat imagery een rol kan spelen bij OCS-klachten en dat imagery in de algemene populatie verschillende vormen lijkt aan te nemen. Interessant zou het zijn om verder onderzoek te doen naar de rol van de morele TAF in combinatie met de andere aspecten van imagery.

Abstract (EN)

This exploratory study focuses on characteristics of imagery, specifically images, and what role imagery plays in symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD). This involves the following two research questions: 1) What are characteristics of imagery in a created intrusive image within a non-clinical population? and 2) Is there a positive relationship between experiencing different aspects of imagery and the severity of OCD symptoms? The expectation is that there is an association between negative emotions, meaning making, and different aspects of imagery with symptoms of obsessive-compulsive disorder. To date, little research has been conducted on imagery and its influence on OCD symptoms, among others. This study provides an impetus to explore this topic in greater depth.

In order to answer the research questions, interviews in which an intrusive imagery was induced and the questionnaires: Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, Beck-Depression-inventory-II and the Beck-Anxiety-inventory-NL. The participants were 28 first year psychology students at the University of Groningen, of which 24 were female and 4 were male with a mean age of 20.32 years (SD = 1.74).

The responses to the different characteristics of imagery varied a lot (M_{range} = 85.50). Furthermore, only a significant relationship was found between moral Thought-Action Fusion and OCD symptoms (F (1, 27) = 12.007, p = .002).

It was found that imagery may play a role in OCD complaints and that imagery seems to take different forms in the general population. It would be interesting to do further research on the role of the moral TAF in combination with the other aspects of imagery.

Inleiding

Een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) wordt gekenmerkt door het ervaren van terugkerende en aanhoudende gedachten, impulsen, beelden en/of het uitvoeren en herhalen van handelingen (American Psychiatric Association, 2013). Prevalentieschattingen indiceren dat 1.1%-1.8% van de algemene populatie kampt met deze stoornis, met een gemiddelde ontstaansleeftijd van 19.5 jaar. (American Psychiatric Association, 2013). Obsessieve en/of compulsieve symptomen komen ook voor in de algemene populatie. Hiervan wordt geschat dat de prevalentie ligt tussen de 21% en 25% (Fullana et al., 2009).

Volgens onderzoek van Salkovskis (1996) is een belangrijke factor binnen OCS het hebben van dysfunctionele kerngedachten en/of overtuigingen. Deze kunnen worden onderverdeeld in drie groepen: 1) perfectionisme en een intolerantie voor onzekerheid, 2) het nodig hebben om volledig controle uit te kunnen oefenen over gedachten en beelden of deze gedachten en beelden belangrijker te maken dan ze zijn, en 3) een verhoogd verantwoordelijkheidsgevoel en overschatting van een bedreiging (Obsessive Compulsive Cognition Working Group, 2005). Deze aspecten spelen mogelijk een rol bij het ontstaan van OCS, maar kunnen daarnaast ook de klachten in stand houden. De meest ingezette behandeling voor OCS is dan ook cognitieve gedragstherapie, waarmee getracht wordt dysfunctionele gedachtenpatronen en daaruit voortvloeiende gedragingen te verminderen.

Hoewel in onderzoek naar OCS vaak de nadruk gelegd wordt op obsessies die zich voordoen in de vorm van terugkerende en aanhoudende gedachten, is recentelijk meer aandacht gekomen voor de rol van beelden bij persisterende angstklachten (zie bijvoorbeeld Hackmann et al., 2000). Beelden worden in empirisch onderzoek meestal geschaard onder de bredere noemer *imagery*: de ervaring van waarnemen (bijvoorbeeld zien of voelen), waarbij externe sensorische input afwezig is (Ji et al., 2019). Wanneer imagery bestaat uit spontaan opkomende beelden, wordt– net als bij spontaan opdoemende gedachten – ook wel van

intrusies gesproken. Onderzoek wijst uit dat ongewilde intrusies bij 80%-90% van de algemene bevolking voorkomen (Clark, 2005). Onderwerpen van imagery die vaak naar voren komen zijn ziektes, dood, seks, godslastering, rampen, krankzinnigheid, geweld en mentale besmetting (beelden waarin de persoon zelf verantwoordelijk is voor geweld, schade of vernedering) (Coughtrey et al., 2013a; Speckens et al., 2007). Clark & O'Connor. (2005) geven aan dat het verschil tussen de klinische en niet-klinische klachten te maken kan hebben met de frequentie, intensiteit en de interpretatie van de intrusies. Het is dus waarschijnlijk niet zozeer de kwaliteit van de intrusies die anders is, maar de kwantiteit en betekenisverlening.

Studies naar de kenmerken van intrusieve beelden bij angststoornissen in brede zin suggereren dat deze beelden verschillende vormen aan kunnen nemen. Het perspectief van de beelden kan verschillen tussen bepaalde stoornissen, maar ook tussen bepaalde personen. Bij OCS wordt gedacht dat vaker sprake is van een veldperspectief ten opzichte van angststoornissen en dat er sprake kan zijn van statische beelden of filmpjes (Lipton et al., 2010). De beelden kunnen representaties zijn van gebeurtenissen die daadwerkelijk hebben plaatsgevonden (een flashback), maar kunnen ook een voorstelling zijn van een gebeurtenis in de toekomst en ingebeelde *worst-case scenario* (een flashforward) (Krans et al., 2015). De beelden kunnen daarnaast persisterend van aard zijn en jarenlang hetzelfde blijven (Rachman, 2007).

Naast het perspectief van het beeld, is ook de betekenis en inschatting van belang. Vermoed wordt dat bij OCS sprake is van een verkeerde inschatting van imagery door de persoon. Van de imagery wordt bijvoorbeeld gedacht dat het een wens is van de persoon, in plaats van een willekeurige gedachte. Deze verkeerde inschatting houdt waarschijnlijk verband met dysfunctionele kern-gedachten en/of kernovertuigingen van die persoon (Berman et al., 2017). Aspecten hiervan zijn bijvoorbeeld een gebrekkig gevoel van controle over de beelden en een overmatig verantwoordelijkheidsgevoel voor zowel het zich voordoen van de

beelden als de inhoud ervan. Met het verantwoordelijkheidsgevoel wordt gedoeld op de verantwoordelijkheid die iemand aan zichzelf toeschrijft voor het hebben van intrusie, bijvoorbeeld dat een ongeluk ontstaat wanneer een handeling of controle (het niet dichtdoen van de raam en deur) niet is uitgevoerd, de persoon ziet zichzelf dan verantwoordelijk voor het ongeluk (Mancini & Gangemi, 2004). Deze aspecten in combinatie met imagery kunnen ervoor zorgen dat de imagery in stand wordt gehouden of juist verergert (Rachman, 2007). Dit kan dan vervolgens leiden tot negatieve emoties en bijdragen tot het ondernemen van pogingen om de imagery te negeren, onderdrukken, te neutraliseren via rituele handelingen en situaties die werken als triggers te vermijden (Emmelkamp et al., 2004).

Onderzoekers hebben geopperd dat het van de persoon afhangt welke betekenis aan een beeld wordt gegeven en hoe die persoon interpreteert wat het hebben van dat beeld over die persoon zegt. Zo kan bijvoorbeeld sprake zijn van een ‘gevaarlijke zelf’ perspectief. Dit houdt in dat iemand de kans hoger inschat dat hij/zij een ander schade aan zal richten of denkt dat er verminderde controle is over het eigen gedrag (Lipton et al., 2010). Een voorbeeld: wanneer iemand een intrusief beeld heeft waarin diegene iemand anders pijn doet, zal dit meer impact op de beleving van de persoon hebben als deze dergelijke intrusies ziet als bewijs voor een ‘gevaarlijke zelf’. Fernandez et al. (2021) geven in hun onderzoek aan dat mensen met OCS veel betekenis geven aan de intrusies, waarbij deze door de persoon worden gezien als bewijs voor immorele en onacceptabele eigenschappen.

Een ander aspect dat mogelijk verband houdt met de betekenisverlening van imagery bij OCS is *Thought-Action Fusion* (i.e., TAF). Er zijn twee varianten van TAF, de likelihood TAF en de morele TAF (Shafran et al., 1996). De eerste variant houdt in dat wanneer een intrusie van een (voor de persoon) verontrustende of onacceptabele gebeurtenis en/of handeling opkomt, de persoon gelooft dat daarmee tevens de kans toeneemt dat de gebeurtenis/handeling echt gaat gebeuren. Bij de tweede variant van TAF wordt het hebben

van onacceptabele imagery over een gebeurtenis/handeling (bijvoorbeeld een ander pijn doen) door de persoon als even erg beschouwd als het daadwerkelijk plaatsvinden ervan. Er wordt hierbij aangenomen dat mensen met een hogere mate van TAF een verhoogd verantwoordelijkheidsgevoel hebben. Coughtrey et al. (2013a) benoemen bij TAF dat iemand die imagery ervaart kan gaan twijfelen of de imagery alleen heeft afgespeeld in het hoofd van diegene, of dat het daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Als gevolg van deze twijfels alsook de betekenisverlening rond de imagery kan het zijn dat diegene probeert de imagery te neutraliseren, controleren of vermijden.

Wanneer wordt gekeken naar imagery bij OCS in vergelijking met andere stoornissen, vallen de volgende dingen op: Lipton et al. (2010) vergeleek imagery bij OCS met imagery bij angststoornissen. Levendigheid, het zien van losse afbeeldingen, sensorische modaliteit (e.g., helderheid), *distress* en de emotionele reacties op de beelden bleken overeen te komen. Daarentegen bleek bij OCS vaker sprake te zijn van een veldperspectief bij beelden, beschouwden cliënten zichzelf vaker als de 'gevaarlijke zelf' en was bij OCS minder vaak sprake van imagery gebaseerd op eerdere gebeurtenissen. Speckens et al. (2007) stellen dat kenmerken van imagery, zoals de levendigheid van de beelden en het gevoel dat de inhoud 'op dit moment' plaatsvindt, vergelijkbaar zijn met de klachten van een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Verder vond Speckens et al. (2007) dat het zien van beelden bij 80% van de deelnemers met OCS voorkwam en dat er een positief verband is tussen het hebben van imagery en OCS. Een andere uitkomst in hetzelfde onderzoek was dat een hogere mate van imagery samengaat met een groter verantwoordelijkheidsgevoel en een gevoel van schuld en afkeuring.

Hoewel beelden officieel onderdeel uitmaken van de criteria voor OCS staat het onderzoek naar beelden bij OCS nog in de kinderschoenen (Lipton et al., 2010; Speckens et al., 2007). Tot dusver is dan ook vooral veel door onderzoekers gespeculeerd over de

verschillende aspecten van imagery en het verband tussen imagery en de ernst van OCS-klachten. Dit is verrassend want er is reden om aan te nemen dat imagery een belangrijke invloed uitoefent op het verloop/de effectiviteit van de behandeling. Zo suggereren Coughtrey et al. (2013b) dat imagery OCS-klachten kan versterken of in stand kan houden. Rijkeboer et al. (2016) onderschrijven dit door te zeggen dat imagery, bestaande uit dreigende situaties, een behandeling tenietdoet. Voordat echter wordt gekeken naar *hoe* imagery kan worden aangepakt binnen behandelingen, is het van belang dat theoretische aannames omtrent de rol die imagery speelt in de ernst van OCS-klachten worden getoetst door middel van wetenschappelijk onderzoek.

Het huidig onderzoek tracht daarom aspecten van imagery en de link tussen (bepaalde aspecten van) imagery en de ernst van obsessieve-compulsieve klachten exploratief te onderzoeken binnen een niet-klinische groep. Om de kenmerken van imagery in kaart te brengen, is een interviewschema opgesteld waarbij een situatie vergelijkbaar met een veel voorkomende intrusie (iemand voor de trein duwen) werd geïnduceerd. We verzamelden tevens verschillende aspecten die worden genoemd bij imagery en die onder te verdelen zijn in drie categorieën: emoties (bang, boos, schaamte, blij, schuld, bedroefd, walging), betekenisverlening (ervaren mate van controle, verantwoordelijkheidsgevoel, likelihood TAF, morele TAF) en aspecten van het beeld (film/foto, eigen ogen/veldperspectief, levendigheid en echtheid). We probeerden op deze wijze de volgende vragen te beantwoorden: 1) Wat zijn kenmerken van imagery bij een gecreëerd intrusief beeld binnen een niet-klinische populatie?, en 2) Is er een positief verband tussen het ervaren van verschillende aspecten van imagery (bijvoorbeeld mate van verantwoordelijkheidsgevoel, TAF) en de ernst van OCS-klachten? Op basis van eerder onderzoek bij patiënten met OCS (Lipton et al., 2010) werd verwacht dat de beelden vaker foto's dan filmpjes zijn, in dit onderzoek is dan ook de verwachting dat bij meer OCS-klachten, meer sprake is van foto's. Ook werd verwacht dat er een positief lineair

verband is tussen de levendigheid, de echtheid, de negatieve emoties, de mate van TAF en het verantwoordelijkheidsgevoel met OCS-klachten. Ten slotte wordt een negatief lineair verband verwacht tussen de mate van controle over de imagery en de gerapporteerde OCS-klachten.

Methode

Participanten

Berekeningen via G*Power lieten zien dat tenminste 29 deelnemers nodig zijn om een Power van .80 te halen, met een alpha van .05 (zie appendix A). In de huidige studie waren de deelnemers 28 eerstejaars psychologiestudenten studerend aan de Rijksuniversiteit Groningen, bestaande uit 24 (85.72%) vrouwen en 4 (14.28%) mannen met een gemiddelde leeftijd van 20.32 jaar (*SD* = 1.74). Met 28 deelnemers is een Power behaald van .798 met een alpha van .05.

Voorwaarde voor deelname was het hebben van een Nederlandse nationaliteit en/of het volledig beheersen van de Nederlandse taal. Ook dienden de deelnemers minimaal 18 jaar oud te zijn en in hun eerste jaar van de opleiding psychologie te zitten. Van de 28 deelnemers, bleek dat de data van één deelnemer niet compleet was, bij de OCI-R vragenlijst was item 12 niet ingevuld. Omdat het maar om één item ging is ervoor gekozen het persoonlijke gemiddelde van deze deelnemer te nemen (Mellenbergh, 2019).

Ter compensatie voor deelname aan het onderzoek kregen deelnemers studiepunten. Het onderzoek was goed gekeurd door de ethische commissie van de Rijksuniversiteit Groningen.

Materialen

Interviewschema & Imagery scenario

Interviewschema. Om de kenmerken van imagery uit te vragen is een interviewschema opgesteld (zie Appendix B). Dit schema is gebaseerd op het interview van Speckens et al. (2007). Hierbij zijn meerdere aanpassingen gedaan om het aan te laten sluiten bij de huidige

doelgroep (i.e. niet-klinisch). Tevens zijn de vragen herzien met als doel deze minder suggestief te maken in formulering. Het interview is niet gestandaardiseerd.

Het interviewschema bestond uit een gedeelte waarin een intrusief beeld werd geïnduceerd. Hierna werden vragen gesteld over verschillende aspecten van imagery: emoties (bang, boos, schaamte, blij, schuld, bedroefd, walging), ervaren mate van controle, verantwoordelijkheidsgevoel, likelihood TAF, morele TAF, film/foto, eigen ogen/veldperspectief, levendigheid en echtheid (zie tabel 1). Het tweede deel ging over eigen ervaringen waarna een positieve afsluiting van het interview volgde. De vragen werden gesteld aan de hand van een VAS schaal (range 0 tot 100), waarbij een hoge score een hoge mate van aanwezigheid kenmerkt. Hierop vormt de mate van controle een uitzondering, waarbij wordt gekeken naar een lage mate van controle en een hoge aanwezigheid van OCS-klachten.

Voor het uitvragen van TAF werden vier stellingen voorgelegd en de deelnemers gaven aan op een VAS schaal (range 0 tot 100) in hoeverre zij zich in die stelling herkenden. Na de vragen over het geïnduceerde beeld werd de deelnemers verzocht aan te geven in hoeverre zij imagery bij zichzelf herkenden (VAS schaal, range 0 tot 100) en hoe vaak zij dit hebben gehad in de afgelopen twee weken (vier punt schaal: nooit, 1-5 keer, 6-10 keer, 10<). Aan het einde van het interview was er mogelijkheid tot het uitvoeren van positieve imagery om eventuele nare gevoelens te verminderen.

Imagery scenario. Het beeld dat wordt geïnduceerd is gebaseerd op een onderwerp van een meer voorkomend intrusief beeld (Purdon et al., 1993): het voor de trein duwen van een persoon. Hieronder wordt de tekst weergeven.

"Sluit je ogen. Ik wil dat je iemand voor je stelt van wie jij houdt, dat kan een vriend/vriendin zijn, een ouder, een familielid, iemand van wie jij houdt. Heb je iemand in gedachten? Wat draagt diegene? Stel je nu voor dat je samen met die persoon op het perron staat om de trein

naar huis te nemen. Het is erg koud en er zijn weinig andere mensen die zo laat nog de trein nemen, om warm te blijven lopen jullie wat heen en weer. Het duurt nog even voordat jullie trein arriveert, op het bord staat dat het nog 10 minuten duurt. Eerst moet de intercity nog langskomen. In de verte zie je de intercity aan komen rijden. Over enkele seconden zal de trein voor jullie langsgaan. Op dat moment duw jij degene van wie jij houdt voor de trein."

Van deze tekst is een opname gemaakt door de onderzoeker. De opname werd bij elk interview afgespeeld. Hierdoor hebben alle deelnemers de intrusie op dezelfde manier beluisterd.

Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)

Om de OCS-klachten in kaart te brengen werd de OCI-R ingezet. Deze zelf-rapportage screening is in te zetten in zowel de klinische als niet klinische setting. De screening bedraagt 18 items, die de deelnemers invullen op een vijfpuntschaal (0 = *helemaal niet*, 1 = *een beetje*, 2 = *gemiddeld*, 3 = *veel*, 4 = *extreem*) met een totaalscore van 72 punten en een cutoff score van 21. Een overschrijding van de cutoff score toont een verhoogd risico op het hebben van OCS. (Foa et al., 2002). De vragen zijn gericht op in hoeverre een bepaald onderwerp, kenmerkend voor OCS, in de afgelopen maand voor stress heeft gezorgd of dwars heeft gezeten. De validiteit, discriminerend vermogen en test-hertest betrouwbaarheid worden als 'goed tot zeer goed' beoordeeld in de niet-klinische setting (Foa et al., 2002; Toffolo, 2017). De Cronbach's alpha voor de 18 items is .735.

Beck-Depression-Inventory-II (BDI-II)

De BDI-II is een vragenlijst die de ernst van de stemmingsklachten meet. Deze zelf-rapportage bestaat uit 21 items, waar per onderwerp vier stellingen worden gegeven die oplopen in ernst en ieder item krijgt een score van 0, 1, 2 of 3, met een totaalscore van 63, waarbij een score van 0-13 staat voor minimale depressieve klachten, 14-19 lichte klachten, 20-28 matig tot ernstige klachten en 29-63 voor ernstige klachten. Aan de deelnemer om aan

te geven welke stelling het beste past. De vragenlijst kan gebruikt worden vanaf 13 jaar en het is een vragenlijst die veelvuldig wordt ingezet bij wetenschappelijk onderzoek, waaronder het onderzoek over imagery van Speckens et al. (2007). De vragenlijst is betrouwbaar (21 items, $\alpha = .908$). Daarnaast heeft de vragenlijst een goede interne consistentie en criterium validiteit, maar een minder goed discriminerend vermogen (Lindert et al., 2015). In het huidige onderzoek werd de BDI-II meegenomen als covariaat.

Beck-Anxiety-Inventory-NL (BAI-NL)

De BAI-NL is een screeningslijst voor angstklachten. Deze lijst omvat 21 items, die de deelnemers beantwoordden op een vierpuntschaal (0 = *helemaal niet*, 1 = *licht*, 2 = *matig*, 3 = *ernstig*). De totaalscore is 63, waarbij een score van 0-7 staat voor minimale klachten, 8-15 voor lichte klachten, 16-25 voor matige klachten en 26-63 voor ernstige klachten (Grant, z.d.). De vragenlijst kan ingezet worden vanaf 17 jaar. Er wordt gesproken van zowel een hoge betrouwbaarheid als validiteit (Beck et al., 1996). In het huidig onderzoek werd de BAI-NL meegenomen als covariaat. In de verwerking van de data is een systematische fout ontstaan. De antwoorden van item 16 en 17 zijn niet verkregen. Daarom wordt voor de covariabele angst alleen gekeken naar de gemiddelde score. De Cronbach's alpha van de 19 items is .899.

Procedure

Deelnemers konden zich aanmelden voor deelname aan de studie via SONA, een wervingsplatform waar studenten zich kunnen inschrijven voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek. De deelnemers kregen via SONA toegang tot een deel van de informatie over het onderzoek, waarin werd verteld dat het doel van het onderzoek was om meer inzicht te krijgen in het voorstellingsvermogen van de deelnemers en hun mentale welbevinden. Ook werd hierbij aangegeven dat dit niet de volledige informatie was, omdat dit onbedoeld van invloed kon zijn op de bevindingen (zie appendix C voor de SONA tekst).

Na aanmelding gaven de deelnemers toestemming en konden zij het interview inplannen. De afname vond online plaats via Google Meet. Aan het begin van de afspraak kregen de deelnemers een link via Qualtrics[1] tot de informatie- en toestemmingsbrief (zie appendix D en E). Zij lazen dit eerst door en gaven toestemming voor het onderzoek voordat het interview werd gestart. Voor het interview werd gebruik gemaakt van het interviewschema. De interviewer maakte een audio-opname van het interview. Deze werd gestart na het afspelen van de opname van de geïnduceerde intrusie. Vervolgens werden vragen gesteld over het welzijn van de deelnemer. Het interview duurde maximaal 30 minuten. Na afname van het interview ontvingen de deelnemers een Qualtrics[1] link naar drie onlinevragenlijsten: de OCI-R, de BDI-II en de BAI-NL. Aan het einde van die vragenlijsten kregen de deelnemers direct toegang tot de debriefing (zie appendix F).

Na deelname kregen de deelnemers 2.0 SONA punten ter compensatie. Deze punten werden via het SONA-systeem toegekend.

Statistische analyses

Data werd geanalyseerd door middel van IBM SPSS Statistics, versie 28.0.1.0 (142). Om antwoord te kunnen geven op de eerste onderzoeksvraag 'Wat zijn kenmerken van imagery bij een gecreëerd intrusief beeld?' werd op descriptief niveau gekeken naar de mate van aanwezige kenmerken. Een overzicht van de kenmerken van imagery die gemeten werden is te vinden in tabel 1.

Het antwoord op de tweede onderzoeksvraag: 'Is er een positief verband tussen de verschillende aspecten van imagery (e.g. TAF, verantwoordelijkheidsgevoel) en OCS-klachten?' werd beantwoord door het uitvoeren van eenvoudige regressieanalyses. Voordat de

[1] Voor het verkrijgen van de toestemming en het verzamelen van de antwoorden van het interview en de screening- en vragenlijsten werd gebruikt gemaakt van Qualtrics Research Suite. Toegang hiertoe verliep via de Rijksuniversiteit Groningen. De data werd vervolgens overgezet in SPSS om de analyses uit te voeren.

data werd geanalyseerd is een assumptietest uitgevoerd om te controleren op een normaalverdeling, lineariteit en homoscedasticiteit van de data. Voor de normaalverdeling is gekeken naar de QQ-plot, een boxplot en de Kolmogorov-Smirnov test. De lineairteit en homoscedasticiteit is gecontroleerd aan de hand van een residual plot (Albers & Tandeiro, 2020-2021). Daarnaast werd de data ook gecontroleerd op mogelijk aanwezige outliers doormiddel van een boxplot en scatterplot (Field, 2018). Met een regressieanalyse werd gekeken of er een positief lineair verband is tussen de mate van de verschillende kenmerken en de ernst van de OCS-klachten (data verkregen uit de OCI-R). Bij de mate van ervaren controle werd gekeken naar een negatief lineair verband met OCS-klachten. Bij de verschillende variabele is ook gekeken naar het verklarende vermogen bij de afhankelijke variabele.

De uitkomsten van de BDI-II en de BAI-NL werden gebruikt om te kijken of angst en stemming werkt als covariaat op de relatie tussen imagery en dwangklachten (Agresti, 2018). Eerst is gekeken of een significante relatie aanwezig is tussen de covariaten en de afhankelijke variabele OCI-R. Vervolgens zijn regressieanalyses uitgevoerd met de significante variabele (gebleken uit de regressieanalyse bij onderzoeksvraag 2) met daarbij de BDI-II en BAI-NL apart meegenomen als covariaat. In stap 1 van de analyse werd de significante onafhankelijke variabele toegevoegd, in stap 2 zowel de significante onafhankelijke variabele en de covariaat.

Tabel 1

Overzicht onafhankelijke variabele.

Onafhankelijke Variabele	
Emoties	Bang
	Boos
	Schaamte

	Blij
	Schuld
	Bedroefd
	Walging
Betekenisverlening	Mate van controle
	Verantwoordelijkheidsgevoel
	TAF- Likelihood (twee stellingen)
	TAF- Moreel (twee stellingen)
Aspecten van het beeld	Film
	Foto
	Eigen ogen
	Veldperspectief
	Levendigheid
	Echtheid

Resultaten

Assumptietoetsen

Assumptietoetsen zijn uitgevoerd op gebied van normaliteit, lineairiteit, homoscedasticiteit en er is gekeken naar de aanwezigheid van outliers. De resultaten van de assumptietests wijzen uit dat meerdere assumpties zijn geschonden. Hieruit blijkt dat vooral homoscedasticiteit vaak niet wordt behaald. Alleen de variabele schaamte en morele TAF voldoen aan deze test. Bij de controle op lineairiteit kwam naar voren dat de volgende variabelen niet voldoen aan deze assumptie: bang, blij, controle, verantwoordelijkheid, Likelihood TAF, foto, eigen ogen, levendigheid en echtheid. Uit de normaliteit check kwam naar voren dat alleen de variabele verantwoordelijkheidsgevoel en de morele TAF normaal verdeeld zijn.

In de data zijn verscheidene outliers geconstateerd. Deze zijn te vinden bij de volgende variabele: Blij, schuld, bedroefd, walging, Likelihood TAF, film, foto en levendigheid. Bij de

variabele blij, schuld, bedroefd, Likelihood TAF, film en levendigheid is ook sprake van extreme outliers. De data met de outliers lijken representatief voor de subklinische doelgroep (Agresti, 2018). Om die reden zijn de outliers niet uit de data gehaald.

Descriptieve Statistiek

Van de deelnemers scoorden 5 (17,86%) boven de cutoff score van 21 op de OCI-R (range = 72). Dit betekent dat bij hen een verhoogde kans is op OCS.

Van de 28 deelnemers herkende 26 (92.86%) intrusieve beelden bij zichzelf op een schaal van 0 tot 100; door hen werd een gemiddeld cijfer gegeven van 54.36 (*SD* = 26.25), waarbij 20 deelnemers aangaven dat zij dit 1 tot 5 keer in de afgelopen twee weken ervaren te hebben, 3 deelnemers niet, 4 deelnemers 5 tot 10 keer en 1 deelnemer meer dan 10 keer.

Op de BDI-II was de gemiddelde score 10.07 (*SD* = 8.73). Op deze test scoorden 22 deelnemers op minimale depressie klachten, 2 met lichte klachten, 2 met matige tot ernstige klachten en 2 met ernstige klachten. De angstklachten, gemeten door middel van de BAI-NL kreeg een gemiddelde van 12.00 (*SD* = 8.43).

Kenmerken van imagery

Tabel 2 toont de gemiddelde scores (*SD*) voor de verschillende kenmerken van het intrusieve beeld. De emoties die het hoogste gemiddelde hebben zijn: het gevoel van schuld (*M* = 82.82, *SD* = 24.82), bedroefd (*M* = 83.04, SD = 22.99) en walging (*M* = 74.04, *SD* = 28.80). Wat betreft de betekenisverlening variabelen bevonden alle gemiddelde scores zich beneden het middelpunt van de schaal (< 50). In het oog springen met name de scores op de TAF items. Zo was de gemiddelde score voor de likelihood TAF items zeer laag. Enkel de gemiddelde score op de morele TAF stelling ‘het beeld, zelfs al is het niet zelf bedacht, is immoreel’ bevond zich boven het middelpunt van de schaal, met een gemiddelde van 50.75 (*SD* = 33.55).

Wanneer wordt gekeken naar het perspectief van de imagery, werden de hoogste scores gegeven voor het beeld zien als film (*M* = 78.79, *SD* = 20.34), het zien van het beeld vanuit de eigen ogen (*M* = 62.50, *SD* = 36.60), levendigheid van het beeld (*M =74*.46, *SD* = 13.70) en echtheid van het beeld (*M* = 53.64, *SD* = 26.26). De overige gemiddelden bevonden zich onder het middelpunt van de schaal en zijn weergegeven in Tabel 2.

Wat te zien is bij de range, is dat bij de variabelen een minimale range van 40 bestaat en een gemiddelde range van 85.50. Van de zeventien variabelen hebben vijf variabelen de maximale range van 100: walging, het verantwoordelijkheidsgevoel, de vierde stelling van TAF (TAF-M) en zowel het zien van het beeld vanuit eigen ogen als vanuit het veldperspectief.

Tabel 2

Descriptieve statistieken – kenmerken van imagery bij een gecreëerd intrusief beeld (N = 28)

Variabele	N	Minimum	Maximum	M	SD
Emoties					
Bang	28	.00	90.00	59.04	29.80
Boos	28	.00	90.00	47.32	27.17
Schaamte	28	5.00	100.00	67.89	27.47
Blij	28	.00	95.00	10.86	25.14
Schuld	28	10.00	100.00	82.82	24.82
Bedroefd	28	10.00	100.00	83.04	22.99
Walging	28	.00	100.00	74.04	28.80
Betekenisverlening					
Mate van controle	28	.00	85.00	32.00	25.79
Verantwoordelijk-heidsgevoel	28	.00	100.00	45.07	28.50
TAF-Likelihood	28	.00	50.00	6.91	10.60
Stelling 1 (TAF-L)	28	.00	40.00	6.93	10.03
Stelling 2 (TAF-L)	28	.00	60.00	6.89	15.39

TAF-Moreel	28	.00	87.50	40.43	26.57
Stelling 3 (TAF-M)	28	.00	80.00	30.11	24.71
Stelling 4 (TAF-M)	28	.00	100.00	50.75	33.55
Aspecten van het beeld					
Film	28	8.00	100.00	78.79	20.34
Foto	28	.00	80.00	22.07	20.07
Eigen ogen	28	.00	100.00	62.50	36.60
Veldperspectief	28	.00	100.00	37.89	38.34
Levendigheid van het beeld	28	30.00	100.00	74.46	13.70
Echtheid van het beeld	28	10.00	90.00	53.64	26.26

Verbanden tussen kenmerken van imagery en OCS-klachten

Om na te gaan of er positieve verbanden zijn tussen kenmerken van imagery en de mate waarin men in het dagelijks leven OCS-klachten rapporteert, zijn allereerst enkelvoudige lineaire regressies berekend (zie Tabel 3). Uit de data komen bij de emoties geen significante relaties met OCS-klachten naar voren (alle *p*s > .052). Uit de analyses is gebleken dat alleen een significant positief verband bestaat tussen de verklarende variabele morele TAF en de afhankelijke variabele OCS-klachten (F (1, 27) = 12.007, p = .002). Correlaties voor de overige betekenisverleningsvariabelen waren niet significant (alle *ps* > .269*).* Ten slotte is gekeken naar de relatie tussen de aspecten van het beeld en de OCS-klachten. Ook hier kwamen geen significante verbanden naar voren (alle *ps* > .051).

Tabel 3

Enkelvoudige lineaire regressieanalyse

Variabele x OCS	*b*	*SE b*	*β*	*F*	*p*	R^2
Emoties						

Bang	.043	.044	.188	.950	.339	.035
Boos	.093	.046	.371	4.152	.052	.138
Schaamte	.013	.048	.054	.075	.786	.003
Blij	-.039	.053	-.144	.553	.464	.021
Schuld	.020	.054	.073	.141	.710	.005
Bedroefd	.030	.058	.101	.268	.609	.010
Walging	.061	.045	.258	1.855	.185	.067
Betekenisverlening						
Mate van controle	.039	.051	.148	.584	.452	.022
Verantwoordelijk-heidsgevoel	.028	.046	.117	.360	.554	.014
TAF-L	.139	.123	.216	1.274	.269	.047
TAF-M	.144	.042	.562	12.007	.002*	.316
Aspecten van het beeld						
Film	.104	.062	.312	2.794	.107	.097
Foto	-.022	.066	-.066	.112	.740	.004
Eigen ogen	-.052	.035	-.279	2.187	.151	.078
Veldperspectief	.066	.032	.373	4.189	.051	.139
Levendigheid	-.039	.097	-.079	.163	.689	.006
Echtheid	-.028	.051	-.106	.297	.590	.011

Note. $N = 28$

*p < .05.

Covariaat

Uit de analyse waarin werd gekeken naar de mogelijke covariaten met angst en stemming is gebleken dat de BDI-II een significante correlatie heeft met OCI-R ($r = .661$, $p < .001$) en een verklarende variantie van .437 en hetzelfde geldt voor de BAI-NL ($r = .601$, $p < .001$) en een verklarende variantie van .367.

Omdat alleen de morele TAF een significant verband heeft met OCI-R, zijn twee regressie-toetsen uitgevoerd waarbij in het eerste model alleen de morele TAF is meegenomen en in het tweede model zowel de morele TAF als de BDI-II. Bij de tweede toets

is in het tweede model de BAI-NL meegenomen (Field, 2018). In tabel 4 is te zien dat als de BDI wordt meegenomen als covariaat, het significantie level van TAF-M iets veranderd (p = .002 naar p = .006), het blijft significant. Wanneer de BAI wordt toegevoegd wordt de p-waarde .004 (zie tabel 5). TAF-M blijft in beide gevallen een significant verband houden met OCI-R. De *VIF* is bij beide variabele onder de 10 (alle *VIF* < 1.127).

Tabel 4

Regressie tabel met afhankelijke variabele OCI-R, onafhankelijke variabele TAF-L en covariaat BDI-II.

		b	*SE b*	*β*	*p*
BDI-II					
Stap 1	Constant	9.932	1.998		<.001***
	TAF-M	.144	.042	.562	.002**
Stap 2	Constant	7.342	.042		<.001***
	TAF-M	.103	.035	.401	.006**
	BDI-II	.422	.105	.542	<.001***

Note. Afhankelijke variabele: OCI-R
Note. R^2 = .316 voor stap 1 (p = .002); ΔR^2 = .584 voor stap 2 (p <.001)
*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

Tabel 5

Regressie tabel met afhankelijke variabele OCI-R, onafhankelijke variabele TAF-L en covariaat BAI-NL.

		b	*SE b*	*β*	*p*
BAI-NL					
Stap 1	Constant	9.932	1.998		<.001***
	TAF-M	.144	.042	.562	.002**
Stap 2	Constant	7.016	1.952		.001**
	TAF-M	.104	.038	.404	.012*

BAI-NL	.379	.120	.470	.004**

Note. Afhankelijke variabele: OCI-R
Note. R^2 = .316 voor stap 1 (p = .002); ΔR^2 = .512 voor stap 2 (p = .004)
*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

Discussie

In deze studie exploreerden we aan de hand van een imagery inductie naar uiteenlopende kenmerken van imagery en hoe deze samenhangen met de rapportage van OCS-klachten binnen een student populatie. Met als doel de volgende vraagstellingen te beantwoorden: 1) Wat zijn kenmerken van imagery bij een gecreëerd intrusief beeld binnen een niet-klinische populatie?, en 2) Is er een positief verband tussen het ervaren van verschillende aspecten van imagery en de ernst van OCS-klachten? Onderzoeksvraag 1 is gericht op het exploreren van de verschillende kenmerken van imagery in een algemene populatie. Bij de tweede onderzoeksvraag verwachtten wij dat een positief lineair verband bestaat tussen de verschillende kenmerken (emoties, betekenisverlening en de aspecten van het beeld) en OCS-klachten. De bevindingen van het onderzoek kunnen als volgt worden samengevat:

Ongeveer 93% van de deelnemers gaven aan intrusieve beelden bij zichzelf te herkennen. Dit sluit aan bij het onderzoek van Clark (2005), waarin bij de algemene populatie werd gevonden dat 80-90% intrusies ervaart.

Wanneer wordt gekeken naar emoties die deelnemers rapporteerden na de imagery inductie, bleken gemiddelde scores voor schuld, bedroefd en walging boven het middelpunt van de schaal uit te komen. Dit komt overeen met literatuur rond emoties en OCS intrusies. Hier worden namelijk negatieve emoties verwacht (Lipton et al., 2010). Van de variabelen gerelateerd aan betekenisverlening sprong met name in het oog dat de gemiddelde score voor morele TAF boven het middelpunt van de schaal uitkwam, terwijl de likelihood TAF een gemiddeld zeer lage score kreeg. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het onderzoek is

uitgevoerd in een niet-klinische setting. Volgens Shafran et al. (1996) komt de morele TAF namelijk voor in de algemene populatie. De likelihood TAF is in dat onderzoek meer gekoppeld aan OCS. Exploratief is gevonden dat de gemiddeldes boven het middelpunt lagen bij de beelden zien als een film, de levendigheid, de echtheid van het beeld en het zien van het beeld vanuit eigen ogen een gemiddelde score boven het middelpunt op te leveren.

Wat in het oog springt bij de resultaten van de eerste onderzoeksvraag is dat de antwoorden van de deelnemers ver uit elkaar liggen. Een mogelijke verklaring kan zijn dat het onderzoek is uitgevoerd binnen een niet-klinische setting. In verschillende onderzoeken naar imagery wordt namelijk aangetoond dat er verschillende kenmerken naar voren komen bij verschillende stoornissen, zoals een veldperspectief bij OCS en bij sociale angst meer vanuit de eigen ogen (Speckens et al., 2007) en bij depressieve stoornissen is een lage levendigheid gevonden ten opzichte van andere stoornissen (Ji et al., 2019). Wanneer gekeken wordt naar de huidige steekproef uit de algemene populatie zijn deze aspecten van imagery dan ook niet eenduidig. Een andere bevinding is dat de negatieve emoties boven het gemiddelde liggen van de schaal en de likelihood TAF een hele lage gemiddelde heeft gekregen.

Met betrekking tot de vraag over het verband tussen de kenmerken van imagery en OCS-klachten blijkt uit dit onderzoek dat alleen de morele TAF een positief verband laat zien, dit effect blijft nadat angst en stemming als covariaat zijn meegenomen. Dit komt niet overeen met het onderzoek van Shafran et al. (1996). Zij benoemden in hun onderzoek dat geen verschil is gevonden in de morele TAF in de groep met obsessies en een groep studenten. Zij geven hiervoor de verklaring dat deze morele TAF mens eigen is en niet pathologisch hoeft te zijn. Het negatieve effect van de morele TAF wordt meer gelinkt aan het verantwoordelijkheidsgevoel over de beelden en aan de ervaren negatieve emoties (Shafran et al., 1996). In dit onderzoek zijn echter geen significante verbanden gevonden tussen het verantwoordelijkheidsgevoel en de negatieve emoties. In het onderzoek van Hezel et al.

(2019) wordt aangetoond dat mensen met OCS juist vaak hoger scoren op de likelihood TAF dan op de morele TAF. Likelihood TAF wordt gelinkt aan *magische denken*: het hebben van een beeld of gedachte vergroot de kans dat het gaat gebeuren. Deze manier van denken koppelen zij specifiek aan OCS (Hezel et al., 2019). De significante uitkomst met likelihood TAF is niet gevonden in dit onderzoek.

De overige emoties, aspecten van het beeld en de overige betekenisverleningskenmerken laten in dit onderzoek geen significant verband zien. Dit komt niet overeen met de onderzoeken van onder andere Speckens et al. (2007) & Lipton et al. (2010). Een mogelijke verklaring voor het niet vinden van de significante verbanden in het huidige onderzoek is dat naar de algemene populatie is gekeken, aangezien binnen de steekproef de deelnemers met OCS-klachten beperkt zijn. Ook kan sociale wenselijkheid een rol hebben gespeeld bij het beantwoorden van de vragen tijdens het interview, waardoor de deelnemers hogere scores gaven op bijvoorbeeld de betekenisverlening of de negatieve emoties. Het is daarom relevant om de impact over een langere periode te onderzoeken. Onderzocht kan worden of deze gevoelens over bijvoorbeeld de morele TAF langer blijven hangen bij mensen met OCS-klachten dan bij mensen zonder deze klachten.

Dit onderzoek heeft het mogelijk gemaakt om inzicht te krijgen in de niet-klinische setting op gebied van imagery. De variatie in antwoorden op de imagery kenmerken laat zien dat imagery vele vormen kan aannemen. Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar imagery (Speckens et al., 2007; Lipton et al., 2010). De onderzoeken die al wel zijn gedaan spelen zich vooral af in de klinische setting. Door inzicht te krijgen in de algemene populatie wordt een eerste stap gezet in de richting om antwoorden te krijgen op vragen als: ‘wanneer wordt imagery dysfunctioneel?’ en ‘zorgen bepaalde aanwezige kenmerken van imagery voor gevoeligheid voor een bepaalde stoornis, of zorgt een stoornis voor een bepaalde kijk op de imagery?’.

Daarnaast is in dit onderzoek het verband tussen de morele TAF en OCS-klachten naar voren gekomen. Hierbij werd benoemd dat deze morele TAF samen kan gaan met een verhoogd verantwoordelijkheidsgevoel en negatieve emoties als schuld en schaamte. Zo benoemen Emmelkamp et al. (2004) bijvoorbeeld dat de negatieve emoties juist voortkomen uit het obsessief blijven nadenken over de imagery. Dit zou kunnen betekenen dat de morele TAF als mediator effect kan optreden. Dit effect is in dit onderzoek niet betrokken.

Limitaties

Zoals vermeld wordt een Power van .80 (α = .05) behaald bij 29 deelnemers. In deze steekproef zitten 28 deelnemers, met een Power van .798. Dit is een klein verschil, maar de Power wordt net niet behaald. Wanneer de Power wel behaald zou worden is een steekproef van 29 deelnemers nog steeds wat beperkt. Naast de grootte is ook de diversiteit in de steekproef beperkt. De deelnemers zitten allemaal in hun eerste jaar van de opleiding psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Dit kan het generaliseren van de resultaten bemoeilijken.

In het huidige onderzoek is niet voldaan aan de assumpties. Zowel aan de lineairiteit, normaliteit als de homoscedasticiteit is bij meerdere variabele niet voldaan. In de data zijn ook outliers gevonden. Gezien de steekproef die getrokken is voor dit onderzoek lijkt de spreiding van de data representatief. Om die reden zijn de outliers niet uit de data gehaald. Voorzichtigheid met de interpretatie van de resultaten is daarom geboden (Agresti, 2018).

In het interview zijn vragen aan de orde gekomen over de ervaren emoties en de betekenis die de deelnemers aan de beelden toekenen. Bij het beantwoorden van deze vragen kan sprake zijn geweest van sociale wenselijkheid (Börger, 2012). Bij het interpreteren van de resultaten is het daarom belangrijk om met deze mogelijke sociale wenselijkheid rekening te houden.

In dit onderzoek gekozen om een intrusief beeld te induceren. Een veel voorkomend beeld is gekozen om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de deelnemers en om de studie inhoudelijk representatief te maken voor intrusieve beelden die binnen de klinisch OCS populatie regelmatig voorkomen. Een voordeel is dat alle deelnemers dezelfde tekst van de intrusie voorgelezen hebben gekregen. Dit zorgt ervoor dat er geen variatie is in de mogelijke ernst/achtergrond of het onderwerp van de intrusie. Met andere woorden, de opzet van het onderzoek was zeer gestandaardiseerd, waardoor de interne validiteit werd verhoogd. Het nadeel kan zijn dat de intrusie niet volledig aansluit bij de intrusies die de persoon ervaart en dat dit daarom minder representatief is met wat zij ervaren in hun dagelijks leven. Het zou dus kunnen dat voor sommige van de deelnemers andersoortige beelden andere en mogelijk intensere reacties zouden hebben opgeroepen. Ook kan het zijn dat zij zich minder verantwoordelijk voelen en minder controle over het beeld verlangen dan wanneer het een spontaan opkomend beeld betreft dat voor de persoon een meer persoonlijke betekenis heeft.

Aanbevelingen

Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden om gebruik te maken van een grotere, meer diverse steekproef en/of het toevoegen van een controlegroep. Hierbij wordt aanbevolen om onderzoek te doen naar de verschillen tussen een groep die hoog scoort en een groep die laag scoort op OCS-klachten. Door deze groepen te vergelijken kan inzicht verkregen worden in de verschillen tussen deze twee groepen. Verder kan gekeken worden naar de klinische setting, waardoor een vergelijking gemaakt kan worden tussen de OCS-doelgroep en de niet-klinische populatie.

Ook kan meer verdieping gezocht worden in de verschillende groepen van OCS. De OCI-R maakt bijvoorbeeld onderscheid in: wassen, controleren, twijfelen, ordenen, obsessies, verzamelen en mentaal neutraliseren (Speckens et al., 2007). In dit onderzoek is OCS in zijn geheel bekeken, in vervolgonderzoek zouden deze verschillende subgroepen apart bestudeerd

kunnen worden in de algemene populatie of in de klinische setting om te zien of de verschillende kenmerken van imagery gelinkt kunnen worden aan de verschillende groepen van OCS.

Shafran et al. (1996) geven aan dat de morele TAF ook in de algemene populatie voorkomt. In het huidige onderzoek is deze vorm van TAF ook te koppelen aan OCS-klachten. Hierop kan nog een nader onderzoek verricht worden, waarin de vragen gesteld kunnen worden: Verschilt deze morele TAF in de algemene populatie ten opzichte van de klinische populatie? Kan morele TAF een probleem vormen voor iemand? Of ligt dit aan de negatieve emoties en het verantwoordelijkheidsgevoel wat wordt genoemd bij deze TAF?

De laatste aanbeveling is gericht op het toevoegen van een follow up. In het huidige onderzoek zijn direct na het geïnduceerde beeld de vragen gesteld. Bij OCS gaat het om terugkerende en vooral *aanhoudende* gedachten en obsessies (American Psychiatric Association, 2013). Het kan daarom interessant zijn om te kijken wat het effect is van een intrusief beeld op de lange termijn.

Conclusie

Ongeveer 93% van de deelnemers geeft aan intrusieve beelden bij zichzelf te herkennen. Na het onderzoek naar deze intrusieve beelden kan gesteld worden dat de range van de antwoorden breed is. Dit kan typerend zijn voor de explorerende aard van dit onderzoek en het kan aansluiten bij de steekproef die is getrokken. De data laten ook zien dat een verband aanwezig is tussen de morele TAF en OCS-klachten. Verschillende verklaringen worden hiervoor gegeven zoals de aanwezigheid van morele TAF in de algemene populatie als ook de rol van morele TAF bij het verantwoordelijkheidsgevoel, de negatieve emoties en de OCS-klachten. Andere significante verbanden zijn in dit onderzoek niet gevonden. Concluderend kan gesteld worden dat imagery een rol kan spelen bij OCS-klachten en dat imagery in de algemene populatie verschillende vormen lijkt aan te nemen.

Referenties

Albers, C., & Tendeiro, J. (2020-2021). Statistics 2. *Assumptions* [Powerpoint-slides]. Faculteit gedragswetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen. Geraadpleegd op 21 maart 2022, van https://nestor.rug.nl/bbcswebdav/pid-10668853-dt-content-rid-26084183_2/courses/PSBA2-07.2020-2021.1/lecture07_Stats_II_handout.pdf

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: dsm-5 (5th ed.).* American Psychiatric Association.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1987). *BDI-II Beck Depression Inventory – Second Edition. Manual. Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Bloomington: PsychCorp.

Berman, N. C., Schwartz, R., & Park, J. (2017). Psychological models and treatments of OCD for adults. In J. S. Abramowitz, D. McKay, & E. A. Storch (Eds.), *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders*., Vol. 1-2. (pp. 223–243). Wiley Blackwell. https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/9781118890233.ch12

Börger, T. (2012). *Social desirability. In Social Desirability and Environmental Valuation* (NED-New edition, pp. 53–121). Peter Lang AG.

Clark, D. A. (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders*. Guilford Press.

Clark, D. A., & O'Connor, K. (2005). Thinking is believing. Ego-Dystonic intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder. In Clark, D. A. (Eds.). *Intrusive thoughts in clinical disorders*. Guilford Press.

Coughtrey, A. E., Shafran, R., & Rachman, S. J. (2013a). Imagery in mental contamination: A questionnaire study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(4), 385-390. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.07.005

Coughtrey, A. E., Shafran, R., Lee, M., & Rachman, S. (2013b). The treatment of mental contamination: a case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, *20*(2), 221–231.

https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.07.002

Emmelkamp, P., Bouman, T., & Scholing, A. (2004). *Angst fobieën en dwang. Diagnostiek en behandeling*. Bohn Stafleu Van Loghum.

Fernandez, S., Sevil, C., & Moulding, R. (2021). Feared self and dimensions of obsessive compulsive symptoms: sexual orientation-obsessions, relationship obsessions, and general OCD symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 28*. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100608

Field, A. P. (2018). Discovering statistics using ibm spss statistics (5th ed.). SAGE edge.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment, 14*(4), 485–96. https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/1040-3590.14.4.485

Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *The American journal of psychiatry*, *166*(3), 329–336. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08071006

Grant, M. M. (z.d.). Beck Anxiety Inventory (BAI). Geraadpleegd op 23 maart 2022, van https://www.manchester.gov.uk/download/downloads/id/19268/

Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 38*(6), 601–610. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00161-8

Hezel, D. M., Stewart, S. E., Riemann, B. C., & McNally, R. J. (2019). Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 20*, 75–84.

https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.10.004

Ji, J. L., Kavanagh, D. J., Holmes, E. A., MacLeod, C., & Di Simplicio, M. (2019). Mental imagery in psychiatry: conceptual & clinical implications. *CNS spectrums 24*(1), 114-126. https://doi.org/10.1017/S1092852918001487

Krans, J., de Bree, J., & Moulds, M. L. (2015). Involuntary cognitions in everyday life: Exploration of type, quality, content, and function. *Frontiers in Psychiatry, 6.* https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.3389/fpsyt.2015.00007

Lindert, J., Bain, P. A., Kubzansky, L. D., & Stein, C. (2015). Well-being measurement and the who health policy health 2010: systematic review of measurement scales. *European Journal of Public Health, 25*(4), 731–740. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku193

Lipton, M. G., Brewin, C. R., Linke, S., & Halperin, J. (2010). Distinguishing features of intrusive images in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(8), 816–822. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.003

Mancini, F., & Gangemi, A. (2004). Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35(*2), 109–120. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.003

Mellenbergh, G. J. (2019). *A conceptual introduction to psychometrics. Development, analysis, and application of psychological and educational tests.* Boom.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory - part 2: factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy, 43*(11), 1527–1542. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.010

Purdon, C. & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. part i. content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms.

Behaviour Research and Therapy, 31(8), 713–20. https://doi.org/ub.rug.nl/10.1016/0005-7967(93)90001-B

Rachman, S. (2007). Unwanted intrusive images in obsessive compulsive disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38*(4), 402–410. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.008

Rijkeboer, M., ten Broeke, E., & Koekebakker, J. (2016). EMDR bij obsessieve-compulsieve stoornis: back to the future. In H.J. Oppenheim, H. Hornsveld, E. ten Broeke, & A. de Jongh (reds.). *Praktijkboek EMDR Deel 2*. Pearson Benelux BV.

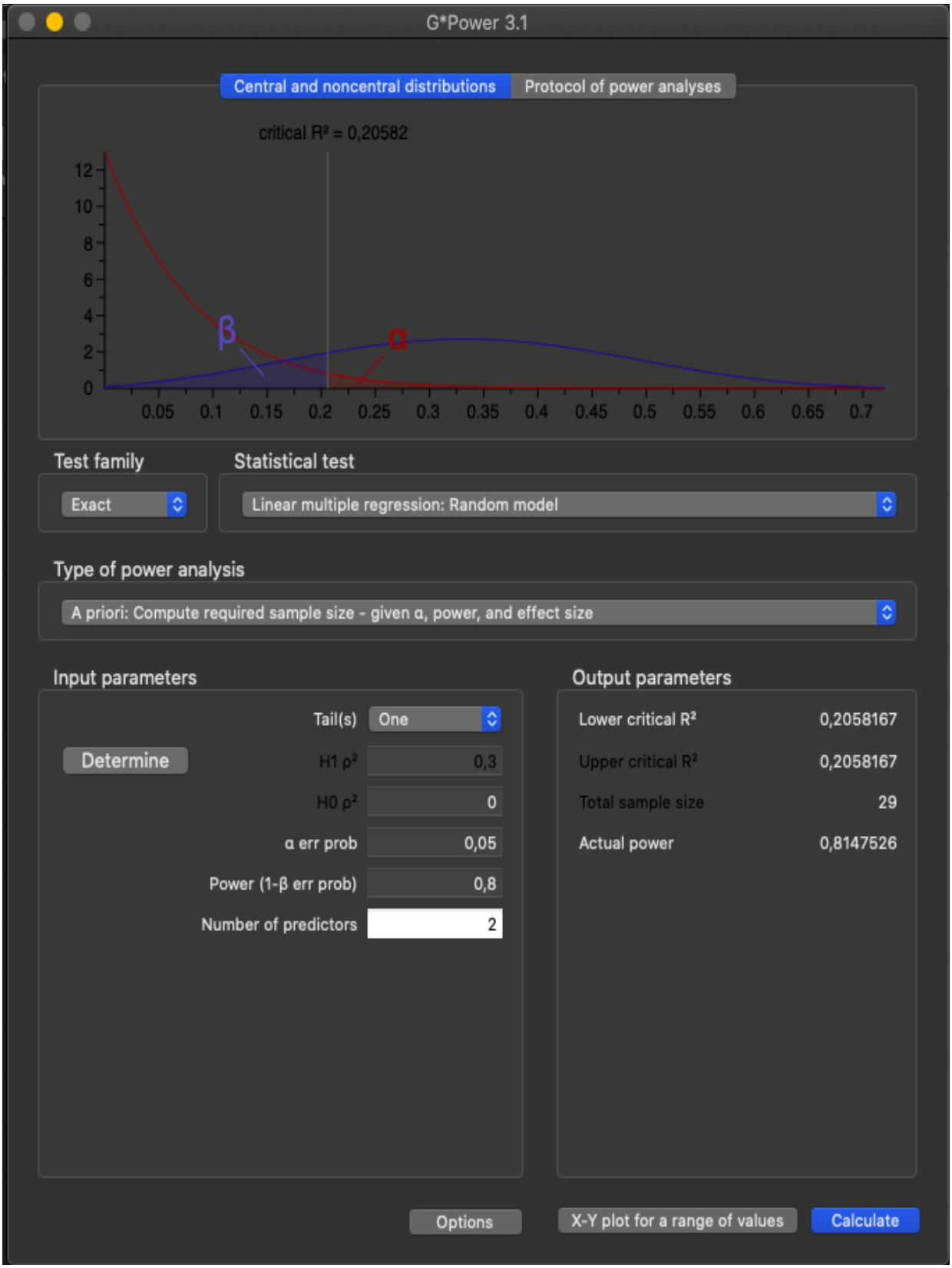
Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 10*(5), 379–391. https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7

Speckens, A. E. M., Hackmann, A., Ehlers, A., & Cuthbert, B. (2007). Imagery special issue: intrusive images and memories of earlier adverse events in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38*(4), 411–422. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.09.004

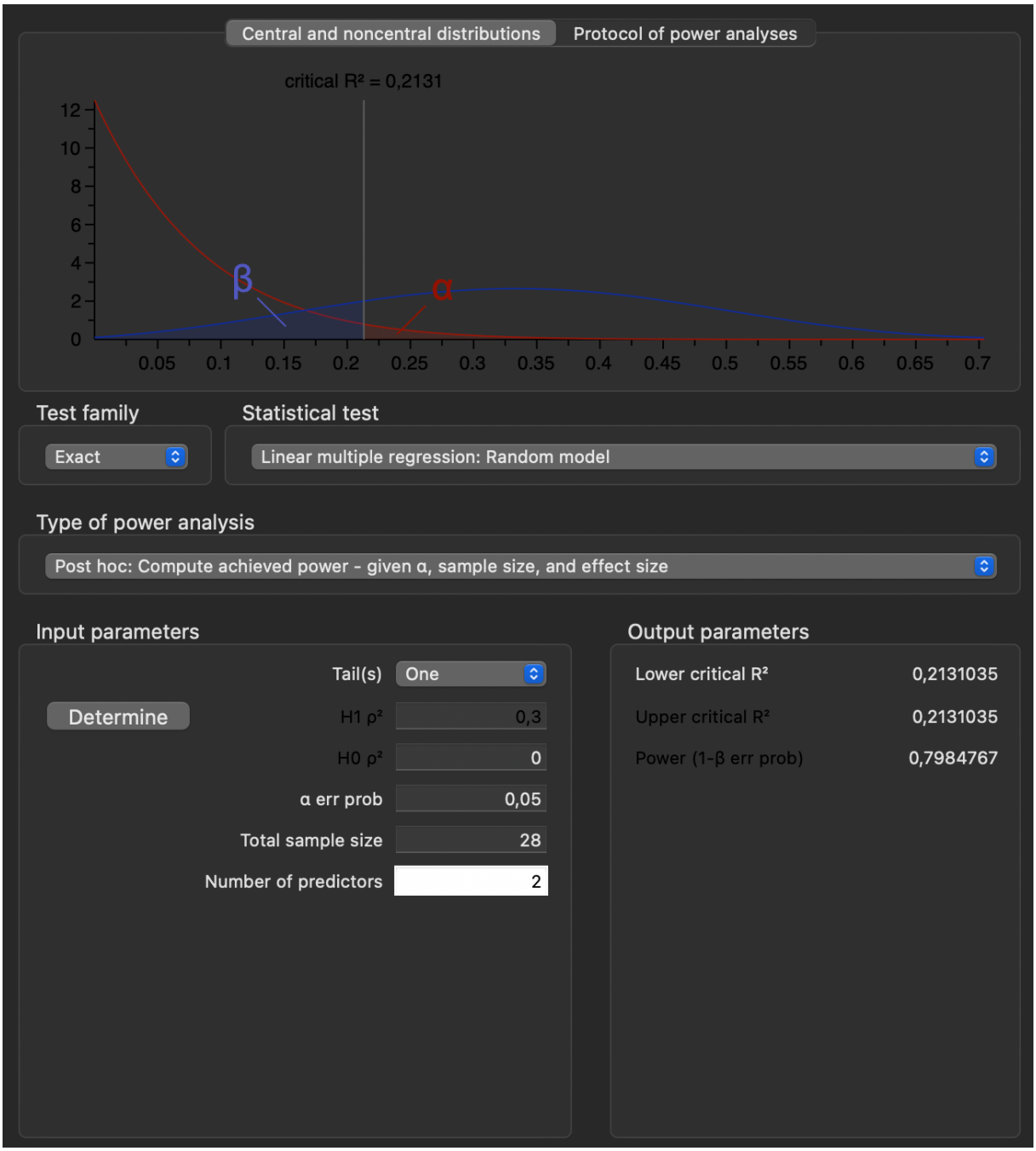
Toffolo, M. (2017). Milde onzekerheid leidt tot meer checkgedrag bij mensen met obsessievecompulsieve symptomen. *Gedragstherapie, 3*(50). Boom.

Appendix A G*Power

Hieronder is een foto weergeven van de Power analyse bij een power van .80. Verkregen via het programma G*Power 3.1.



Hieronder is een foto weergeven van de Power analyse met 28 deelnemers. Verkregen via het programma G*Power 3.1.



Appendix B Interviewschema

Note van de interviewer: Bij de vragen over het beeld zien als film of foto (vragen 9 en 10), zijn eerst beide begrippen genoemd, hier volgt de tekst: *"De volgende twee vragen gaan over een film en een foto. Met een film wordt een bewegend beeld genoemd en met een foto losstaande beelden".*

Interview – OCS imagery

- **Introductie**
- **Interview imagery**
- **Afsluiting en toelichting vragenlijsten**

Onderdeel 1. Introductie

'*Dankjewel voor jouw deelname aan het onderzoek. Het online gedeelte zal bestaan uit een interview. Het duurt ongeveer een half uur. Tijdens het interview wordt jou gevraagd om iets voor te stellen. Over die voorstelling zullen vervolgens vragen gesteld worden, waaronder over jouw welbevinden. Meer informatie kan nog niet gegeven worden om ervoor te zorgen dat voorafgaand geen sturing wordt gegeven. Zijn er nog vragen voordat we gaan beginnen?*

Onderdeel 2. Uitvragen imagery

De deelnemer wordt gevraagd de ogen te sluiten, wanneer zij dit niet willen wordt gevraagd of zij een punt in de ruimte willen zoeken die geen afleiding biedt. Vervolgens wordt de opname voor de tekst van imagery afgespeeld. De opname bevat de beschrijving van de situatie op het perron. De opname wordt eenmaal afgespeeld. Wanneer de opname niet goed te horen is wordt de tekst (hieronder vermeld) voorgelezen.

Tekst imagery:

"*Sluit je ogen. Ik wil dat je iemand voor je stelt van wie jij houdt, dat kan een vriend/vriendin zijn, een ouder, een familielid, iemand van wie jij houdt. Heb je iemand in gedachten? Wat draagt diegene?*

Stel je nu voor dat je samen met die persoon op het perron staat om de trein naar huis te nemen. Het is erg koud en er zijn weinig andere mensen die zo laat nog de trein nemen, om warm te blijven lopen jullie wat heen en weer. Het duurt nog even voordat jullie trein arriveert, op het bord staat dat het nog 10 minuten duurt. Eerst moet de intercity nog langskomen.

In de verte zie je de intercity aan komen rijden. Over enkele seconden zal de trein voor jullie langsgaan. Op dat moment duw jij degene van wie jij houdt voor de trein."

Tabel 1

1	In welke mate ervaar je de volgende emoties bij de situatie die is geschetst? Bang Boos Schaamte Blij Schuld Bedroefd Walging	Formulier VAS
2	Hoeveel controle ervaar je over de geschetste situatie?	VAS
3	**Stelling**: Het beeld dat ik iemand van wie ik houd voor de trein duw, vergroot de kans dat dit die persoon zal overkomen (TAF-L)	In hoeverre het hiermee eens. VAS
4	**Stelling**: Het beeld dat ik iemand voor de trein duw vergroot de kans dat ik dit daadwerkelijk ga doen. (TAF-L)	In hoeverre het hiermee eens. VAS
5	**Stelling**: Deze situatie inbeelden is bijna net zo erg als het uitvoeren van deze handeling. (TAF-M)	In hoeverre het hiermee eens. VAS
6	**Stelling**: Het hebben van dit beeld, zelfs al heb ik het niet zelf bedacht, is immoreel. (TAF-M)	In hoeverre het hiermee eens. VAS
7	In hoeverre heb jij op dit moment de neiging om iets te doen om dit beeld weer weg te krijgen? Bijvoorbeeld door tegen jezelf te zeggen of 'bezweren' dat je dit niet meent?	VAS
8	In hoeverre voel je je verantwoordelijk over wat er gebeurt in dit beeld?	VAS
9	In hoeverre zie je het beeld als een film?	VAS
10	In hoeverre zie je het beeld als een foto?	VAS
11	In hoeverre zie je het beeld vanuit je eigen ogen?	VAS
12	In hoeverre zie je het beeld vanuit de ogen van een ander?	VAS
13	Hoe levendig is het beeld voor jou?	VAS

14	Hoe echt voelt het beeld voor jou?	VAS

Onderdeel 3. Aan- en afwezigheid van klachten

Na het onderdeel met de geschetste situatie wordt nog apart gekeken naar de prevalentie van intrusieve beelden bij de deelnemers.

"De situatie die hierboven is geschetst, wordt ook wel een intrusie genoemd. Intrusies komen bij veel mensen voor en kunnen bestaan uit onder andere gedachten, beelden en lichamelijke gevoelens. In dit onderzoek zijn wij benieuwd naar intrusieve beelden. Voorbeelden van andere intrusieve beelden zijn bijvoorbeeld jezelf een willekeurig iemand op straat zomaar een zoen geven, of dat je jezelf op de snelweg de deur open ziet doen. Bij sommige mensen kan het ertoe leiden dat zij handelingen gaan uitvoeren om deze beelden tegen te gaan.

Intrusies komen spontaan op en hoe meer je probeert er niet aan te denken, hoe meer ze blijven, denk bijvoorbeeld maar aan de roze olifant… of denk er eigenlijk niet aan.

Tabel 2		
1	In hoeverre herken jij intrusieve beelden bij jezelf?	VAS
2	Hoe vaak heb jij de afgelopen twee weken intrusieve beelden ervaren? 1. Niet 2. 1-5 3. 6-10 4. 10+	MC

Onderdeel 4. Positieve imagery

De deelnemer wordt gevraagd hoe hij/zij zich voelt na onderdeel 3 en of hij/zij behoefte heeft aan een positief beeld om het interview mee af te sluiten.

Zoek samen met de deelnemer een positieve gebeurtenis of situatie uit (dit mag van alles zijn). Vraag kort de inhoud uit en geef het beeld samen een 'label' ofwel korte naam (Positief beeld afsluiting + 'label'). Laat hem of haar de ogen sluiten en dit enige tijd zo levendig mogelijk inbeelden.

Tabel 3. Positief beeld afsluiting
Inhoud:
Label:

Onderdeel 5. Afsluiten + uitleg vragenlijsten

Na het interview zal er toegang zijn naar de drie vragenlijsten. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer een half uur duren. Het is van belang om de vragenlijsten in te vullen om het onderzoek af te ronden. Na het invullen krijg je nog een mail met de toelichting van het onderzoek en zullen de studiepunt(en) toegekend worden. Indien de deelnemer nog vragen heeft of behoefte heeft om contact op te nemen met de onderzoeker is dit mogelijk. De contactgegevens staan onderaan de mail.

Appendix C SONA tekst

Abstract

Met deze studie wordt onderzoek gedaan naar het voorstellingsvermogen van psychologiestudenten aan de universiteit en hun daarbij ervaren mentale welbevinden.

Description

Met deze studie wordt onderzoek gedaan naar het voorstellingsvermogen van psychologiestudenten aan de universiteit en hun daarbij ervaren mentale welbevinden. Bij het onderzoek vragen wij jou om deel te nemen aan een interview (ongeveer 30 minuten) waarbij beroep wordt gedaan op jouw voorstellend vermogen. Na het interview wordt direct toegang verleent tot drie verschillende vragenlijsten (maximaal 30 minuten totaal). We kunnen vooraf niet al te veel inhoudelijke informatie geven over de precieze doeleinden van dit onderzoek, omdat we daarmee onbedoeld de antwoorden zouden kunnen beïnvloeden.

Wat vragen we van je tijdens het onderzoek?

- Deelname aan dit onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel is het interview. Na het interview krijg je toegang tot het tweede deel, dat bestaat drie vragenlijsten.
- Het interview zal ongeveer een half uur duren. Tijdens het interview zal een situatie geschetst worden en stellen we je hierover enkele vragen.
- Het interview zal online plaatsvinden.
- Als je akkoord gaat, maken wij een audio-opname van het interview. Zo kunnen wij later het interview terugluisteren en deze informatie uiteindelijk gebruiken voor het onderzoek.
- Voor het invullen van de vragenlijsten wordt ongeveer een half uur gerekend. De vragenlijsten worden online ingevuld.
- Na afronding van het interview en het invullen van de drie vragenlijsten is jouw deelname aan het onderzoek afgerond en zullen de SONA-punten toegekend worden. Ook ontvang je dan de debriefing met daarin meer uitleg over het doel van het onderzoek.

Appendix D Informatiebrief

INFORMATIE OVER HET ONDERZOEK

PSY-2122-S-0024

- **Waarom krijg ik deze informatie?**
  - Jij krijgt deze informatie omdat jij je hebt aangemeld voor dit onderzoek naar het voorstellingsvermogen van psychologiestudenten en hun daarbij ervaren mentale welbevinden.
  - Onderzoekers betrokken bij dit project zijn: prof. dr. M.H. Nauta, dr. I.J.M. Niesten en E.M. van Dijk.
  - De startdatum van het onderzoek is 01-07-2021. De einddatum van het onderzoek is 01-09-2022.

- **Moet ik meedoen aan dit onderzoek?**

Meedoen aan het onderzoek is vrijwillig. Wel is je toestemming nodig. Lees deze informatie daarom goed door. Pas daarna besluit je of je wilt meedoen. Als je besluit om niet mee te doen, hoef je niet uit te leggen waarom, en zal dit geen negatieve gevolgen hebben, maar zal de puntentoekenning voor deelname komen te vervallen. Het recht om de deelname te beëindigen geldt op elk moment, dus ook nadat je hebt toegestemd in deelname aan het onderzoek.

- **Waarom dit onderzoek?**
  - In dit onderzoek willen wij inzicht krijgen in het mentaal welbevinden van studenten. We kunnen vooraf niet al te veel inhoudelijke informatie geven over de precieze doeleinden van dit onderzoek, omdat we daarmee onbedoeld jouw antwoorden zouden kunnen beïnvloeden. De bevindingen van het onderzoek zijn dan niet meer betrouwbaar. Na deelname aan het onderzoek, ontvang je uitgebreide informatie over de reden van het onderzoek.

- **Wat vragen we van je tijdens het onderzoek?**
  - Eerst willen we je graag vragen om het geïnformeerde toestemmingsformulier te lezen en in te vullen.
  - Deelname aan dit onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel is het interview. Na het interview krijg je toegang tot het tweede deel, dat bestaat drie vragenlijsten.
  - Het interview zal ongeveer een half uur duren. Tijdens het interview zal een situatie geschetst worden en stellen we je hierover enkele vragen.
  - Het interview zal online plaatsvinden.
  - Als je akkoord gaat, maken wij een audio-opname van het interview. Zo kunnen wij later het interview terug luisteren en deze informatie uiteindelijk gebruiken voor het onderzoek.
  - Voor het invullen van de vragenlijsten wordt ongeveer een half uur gerekend. De vragenlijsten worden online ingevuld.
  - Na afronding van het interview en het invullen van de drie vragenlijsten is jouw deelname aan het onderzoek afgerond en zullen de proefpersoonpunt(en) toegekend worden. Ook ontvang je dan de debriefing met daarin meer uitleg over het doel van het onderzoek.

- **Welke gevolgen kan deelname hebben?**
  - Voor deelname aan het onderzoek ontvang je een beloning in de vorm van proefpersoonpunten. Daarnaast draag je indirect bij aan wetenschappelijke inzichten die van belang zijn voor mensen die kampen met mentale klachten. Hoewel het onprettig kan voelen

om vragen over mentaal welbevinden te beantwoorden, is dit gewoonlijk van tijdelijke aard. Er zijn verder geen nadelige gevolgen of risico's verbonden met de deelname aan dit onderzoek.

- **Hoe gaan we met je gegevens om?**
  - Wij hebben jouw gegevens nodig in het kader van wetenschappelijk onderzoek en onderwijs (master theses). Mocht er een publicatie voortvloeien uit het onderzoek, dan zijn de gegevens daarin gepresenteerd op groepsniveau en dus niet naar jou als persoon te herleiden.
  - Wij koppelen jouw antwoorden aan een nummer, jouw deelnemersnummer. Hierdoor kan niemand zien dat het over jou gaat. Dit bestand kan enkel met een wachtwoord worden geopend en is alleen toegankelijk voor de onderzoekers die direct bij dit onderzoek betrokken zijn. Wij bewaren alle data in een beveiligde omgeving van de RUG die enkel toegankelijk is . voor de onderzoekers van dit project.
  - Wij kunnen jouw deelnemersnummer tot 6 maanden na het onderzoek opzoeken. Daarna wordt deze informatie van alle deelnemers verwijderd.
  - Persoonsgegevens worden 6 maanden na het onderzoek verwijderd. De geanonimiseerde gegevens blijven bestaan. Dit is niet terug te herleiden naar een persoon.
  - De audio opname wordt alleen gebruikt om letterlijk op te kunnen schrijven wat tijdens het derde onderdeel van het onderzoek is gezegd. Binnen 6 maanden na het onderzoek wordt deze opname verwijderd.
  - Als je je gegevens wil aanpassen, verwijderen, of inzien, dan kan dit tot 6 maanden na het onderzoek.
  - Als wij de resultaten van het onderzoek bekend maken, kan niemand te weten komen dat jij hebt meegedaan.

- **Wat moet je nog meer weten?**

Je kunt altijd vragen stellen over het onderzoek: nu, tijdens het onderzoek, en na afloop. Dit kan door een van de betrokken onderzoekers te e-mailen.

Heb je vragen/zorgen over jouw rechten als onderzoeksdeelnemer of de uitvoering van het onderzoek? Jij kunt hierover ook contact opnemen met de Ethische Commissie Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.

Heb je vragen of zorgen over hoe er met jouw persoonsgegevens wordt omgegaan? Je kunt hierover ook contact opnemen met de Functionaris Gegevensbescherming van de Rijksuniversiteit Groningen.

Als onderzoeksdeelnemer heb je recht op een kopie van deze onderzoeksinformatie.

Appendix E Toestemmingsverklaring

TOESTEMMINGSVERKLARING

PSY-2122-S-0024

- Ik heb de informatie over het onderzoek gelezen. Ik heb mijn vragen over het onderzoek kunnen stellen aan de onderzoeker.
- Ik begrijp waar het onderzoek over gaat en wat ik moet doen.
- Ik begrijp dat meedoen aan het onderzoek vrijwillig is. Ik kies er zelf voor om mee te doen. Ik kan op elk moment stoppen met meedoen. Als ik stop, hoef ik niet uit te leggen waarom. Het is niet erg om te stoppen.
- Ik begrijp dat de onderzoekers informatie over mij bewaren. Ik weet dat ik deze informatie tot 6 maanden na het onderzoek kan laten verwijderen.
- Ik geef hieronder aan waar ik toestemming voor geef.

Toestemming voor deelname aan het onderzoek:
[ ] Ja, ik geef toestemming voor deelname
[ ] Nee, ik geef geen toestemming voor deelname

Toestemming voor het maken van audio opnames tijdens het onderzoek:
[ ] Ja, ik geef toestemming voor het maken van audio-opnames van mij als deelnemer. De audio opname wordt uiterlijk 6 maanden na de afronding van het onderzoek verwijderd. s
[ ] Nee, ik geef geen toestemming voor het maken van audio -opnames van mij.

Toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens:
[ ] Ja, ik geef toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens zoals vermeld in de onderzoeksinformatie. Ik weet dat ik tot 6 maanden na de afronden van het onderzoek mijn gegevens kan laten verwijderen. Ook als ik besluit te stoppen met deelname, kan ik hierom vragen.
[ ] Nee, ik geef geen toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens.

Toestemming wordt gegeven via SONA

U heeft recht op een kopie van dit toestemmingsformulier.

Appendix F Debriefing

DEBRIEFING

"IMAGERY"
PSY-2122-S-0024

Ten eerste willen wij jou bedanken voor jouw deelname aan ons onderzoek. Deze brief ontvang je na deelname aan het onderzoek.

Doel van het onderzoek
Intrusieve beelden komen veel voor bij vrijwel alle mensen, en zo ook bij mensen met dwang; als iemand met dwang zo'n intrusief beeld ervaart, wordt de persoon erg onrustig en krijgt de persoon de neiging om een handeling uit te voeren, bijvoorbeeld een positief beeld herhalen of handen wassen of tot zeven tellen.

In dit onderzoek wilde we kijken welke kenmerken van die beelden samenhangen met dwangklachten bij studenten. We besloten dit te onderzoeken bij studenten omdat wij weten dat kenmerken van dwang ook in de gezonde populatie voorkomen. Dat kan ik meerdere of mindere mate zijn. We riepen voor alle studenten een beeld op dat naar is. Misschien is het zo dat studenten die het beeld heel scherp en realistisch voor zich zien, ook meer last hebben van dwangklachten. En studenten die niet zoveel waarde hechten aan zo'n beeld misschien ook minder last hebben van dwangklachten.

Het onderzoek bestond uit twee delen. Het eerste deel bestond uit een interview. Tijdens het interview vroegen wij je om je een situatie in te beelden. Wij hadden daarvoor een situatie geselecteerd waarvan bekend is dat deze regelmatig in de vorm van een intrusie voorkomt bij zowel mensen met OCS als bij mensen in de algehele bevolking. Na de verbeeldingsoefening zijn onder meer vragen gesteld over hoe levendig het beeld voor jou was, hoe je het voor je zag en hoeveel waarde je hecht aan het beeld. Het tweede deel van het onderzoek bestond uit drie vragenlijsten. De eerste vragenlijst was gericht op dwangklachten. Wij willen namelijk hoofdzakelijk kijken of er een link is tussen verschillende kenmerken van imagery en de ernst van dwangklachten. De andere twee vragenlijsten waren gericht op angst- en stemmingsklachten. Deze lijsten werden meegenomen om een mogelijke invloed van angst of stemming uit te kunnen sluiten.

Onderzoeksvragen en verwachtingen
Tijdens het onderzoek hebben wij jou vragen gesteld over beelden. Wij vroegen naar hoe het er bij jou uitziet, hoeveel controle je erover hebt, de levendigheid, wat het hebben van die beelden of het gevoel over jou zegt, welke emoties jij daarbij ervaart en wat de impact is van het hebben van deze gedachte. Wij gaan daarmee kijken of dit samenhangt met de ernst van dwangklachten. Wij denken namelijk dat een gevoel van weinig controle, de betekenis beleving, een sterke levendigheid en een sterk verantwoordelijkheidsgevoel samenhangt met meer dwangklachten. Ook denken wij dat veel angsten of een sombere stemming invloed hebben op de dwangklachten.

We hebben je van tevoren niet verteld dat het onderzoek gaat over de relatie tussen *imagery* en dwangklachten omdat dit de onderzoeksresultaten zou kunnen vertekenen. Daardoor zouden zij dan niet langer betrouwbaar zijn. Wij hebben daarom alleen aangegeven dat we geïnteresseerd waren in het voorstellingsvermogen van studenten en hun daarbij ervaren mentale welbevinden.

De vragenlijst die we hebben gebruikt voor de dwangklachten is een screeningsvragenlijst. Een screeningsvragenlijst is niet voldoende om diagnostische uitspraken over te doen.

Daarnaast duidt aanwezigheid van kenmerken die ook voorkomen bij dwang niet noodzakelijkerwijs op pathologie.

Meer informatie?
Als je benieuwd bent naar de resultaten van dit onderzoek kun je je mailadres aan ons geven. Na afloop van het onderzoek mailen wij je dan een samenvatting van de resultaten. Heb je andere vragen over het onderzoek of wil je jouw ervaring delen over het onderzoek, dit kan door een van de betrokken onderzoekers te e-mailen.

Extra achtergrondinformatie
Een vraag die nog weinig wetenschappelijke aandacht heeft gekregen is welke rol (aspecten van) imagery speelt bij dwangklachten zoals die voorkomen bij mensen met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). OCS is een psychische stoornis die wordt gekenmerkt door het ervaren van terugkerende en aanhoudende gedachten, impulsen, beelden en/of het uitvoeren en herhalen van handelingen (American Psychiatric Association, 2013). De beelden worden in onderzoek gewoonlijk beschreven onder de bredere noemer imagery. De beelden kunnen persisterend van aard zijn en zelfs jarenlang hetzelfde blijven (Rachman, 2007). Wanneer beelden zomaar naar voren komen worden zij ook wel intrusies genoemd. Met het huidig onderzoek wilden wij de relatie tussen bepaalde aspecten van imagery en obsessieve-compulsieve klachten onder de loep nemen. Een beter begrip van imagery in relatie tot obsessieve-compulsieve klachten kan namelijk op den duur bijdragen tot verbeterde behandelingen voor mensen met een OCS.