

# Bewegen Richting Flexibiliteit met Acceptance en Commitment Therapie (ACT)

G. Jansen, D.A. Rinsampessy, G.J. van den Berg, & H.R.A. De Mey

## Samenvatting

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is een relatief nieuwe therapievorm die gebaseerd is op de gedragsanalyse, met name de Relational Frame Theory (RFT). ACT is onderdeel van de 'derde generatie cognitieve gedragstherapieën'. Deze nieuwe golf van therapieën gaat uit van het idee dat pijn een basiskenmerk is van het menselijk bestaan. Zo baseert ACT zich op de aanname van destructieve normaliteit; het idee dat gewone menselijke psychologische processen *op zichzelf* al kunnen leiden tot extreem disfunctionele resultaten en ongebruikelijke pathologische processen. Aan de hand van een therapeutische training worden de zes sleutelprocessen van een ACT-behandeling beschreven. Het empirische deel betreft een verkennend onderzoek naar de effecten van deze training. De mate van vermijding en klachtenreductie werden hierbij onderzocht. Tot slot wordt advies voor vervolgonderzoek gepresenteerd, en wordt verwezen naar de Flexibiliteits Index Test (FIT), die ontwikkeld wordt om meer inzicht te krijgen in de zes kernprocessen die onderwerp zijn van een ACT-behandeling.

De traditionele medische opvatting definieert 'gezondheid' als *de afwezigheid van ziekte*; zij hanteert de assumptie dat het lichaam klachtenvrij zou moeten zijn. Deze aanname is voor sommige ziekten die een duidelijk medische oorzaak hebben nog redelijk acceptabel, maar lijkt voor 'psychische gezondheid' niet zo'n goede keuze (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2006). Van de 870 miljoen mensen die in Europese regio's leven, ligt het geschatte aantal mensen dat lijdt aan angst of depressie rond de 100 miljoen (WHO, 2006). Deze data suggereren dat de aanname van 'gezonde normaliteit' in een werelddeel waar lijden alom vertegenwoordigd is, op zijn minst opmerkelijk te noemen is.

Wat is het alternatief voor een klacht-gerichte benadering? We kunnen de labels van DSM rustig overlaten aan psychiaters, of, nog beter, aan psycho-farmacologen. Vervolgens kunnen we ons richten op datgene wat de cliënt in zijn leven wil bereiken, welke waarden en doelen hij/zij nastreeft, en hoe deze dromen en verlangens op de meest efficiënte wijze kunnen worden ingevuld. Ook al komt de cliënt binnen met een heleboel klachten, juist dan is het nodig om de cliënt te vragen welke doelen hij/zij wil nastreven, en wat hem of haar bij het nastreven van deze doelen belemmert. Vervolgens wordt duidelijk gemaakt aan de cliënt dat al die klachten hem/haar niet hoeven te belemmeren om actief en op een positieve manier te gaan werken aan eigen gekozen waarden en doelen. De klemtoon wordt dus verlegd van het behandelen van klachten naar het nastreven van doelen in overeenstemming met gekozen waarden. Vaak verdwijnen dan ook de klachten, een bijkomend voordeel.

Hoe dat kan worden bevorderd, is het onderwerp van de gedragsanalyse, die naast de klassieke en operante conditionering de laatste twintig jaar is uitgebreid met analyses en technologieën die betrekking hebben op *taal en cognitie*. Ziedaar de bedoeling van de Acceptance and Commitment Therapy (ACT), een therapie die aansluit bij de Relational Frame Theory (RFT) en dus weer terug is bij de oorspronkelijke definitie van gedragstherapie: de toepassing van gedragsprincipes in de praktijk. Daarnaast is het natuurlijk zo dat ook deze therapie (ACT) getoetst dient te worden op haar effectiviteit. Er is gekeken naar zowel evidentie als theoretische inkadering, in verschillende types studies gaande van N = 1 tot

randomised control trials (RCT's). Desondanks zou het nog enige tijd kunnen duren voordat ACT in bredere kring zal worden erkend. (Zie bv. Batten & Hayes, 2005; Forman et al, 2007; Hayes, Masuda, & De Mey; Ruiz et al., 2010; Vowles & McCracken, 2008)

### **Derde generatie cognitieve gedragstherapie**

Eind vorige eeuw hebben zich een aantal nieuwe vormen van gedragstherapie ontwikkeld, die vallen onder de noemer 'derde generatie gedragstherapieën'. ACT onderscheidt zich op een aantal punten van de vorige generaties gedragstherapieën. Deze nieuwe golf van therapieën gaat uit van het idee dat pijn een basiskenmerk is van het menselijk bestaan. Zo baseert ACT zich op de aanname van destructieve normaliteit; het idee dat gewone menselijke psychologische processen *op zichzelf* al kunnen leiden tot extreem disfunctionele resultaten en ongebruikelijke pathologische processen (Hayes et al., 2006).

Waar in de tweede generatie cognities worden opgevat als oorzaken, daar richt de derde generatie zich vooral op het veranderen van de context waarbinnen deze cognities plaats vinden. Het voornaamste verschil tussen tweede en derde generatie is dat cognities niet gezien worden als oorzaken, maar als gedrag dat veroorzaakt wordt door de leergeschiedenis van een persoon in interactie met zijn huidige omgeving, i.e., 'reinforcement contingencies' (De Mey, 2003). Gedachten en gevoelens zijn heel belangrijk, maar hun rol is geen oorzakelijke. Gevolg is dat men zich in de praktijk niet rechtstreeks richt op cognities en emoties, maar dat men zich concentreert op waar die cognities en emoties vandaan komen en waar de handvatten liggen om het gedrag van de cliënt te veranderen op weg naar duidelijke doelen. Cognities en emoties *zijn* gedragingen en veranderbaar via de aanpak van reinforcement contingencies, de echte oorzaken binnen een gedragsanalyse (De Mey, 2007).

De inhoud en frequentie van gedachten of gevoelens aanpakken, is niet meer de centrale focus van de therapie, noch wordt geprobeerd om dergelijke ervaringen te beïnvloeden (Hayes, 2004). Hayes (1994a) schrijft: *'what humans feel when they have feelings is the past brought to bear on the present by the current situation'* (p.14). In navolging hiervan is de angst of angstgedachte niet meer het centrale thema van de behandeling. Het veranderen van deze angst op zich verandert immers nog niet de negatieve effecten van een disfunctionele leergeschiedenis. Dit is volgens Hayes een denkfout die veel gemaakt wordt. Het hebben van een positieve gedachte betekent nog niet dat de negatieve effecten van een disfunctionele leergeschiedenis daarmee zijn verdwenen.

Daar waar bijvoorbeeld in de rationeel-emotieve gedragstherapie van Ellis irrationele gedachten worden aangepakt en vervangen door alternatieve rationale gedachten, ziet ACT deze irrationele gedachten als intern gedrag dat een verandering in het overte gedrag van cliënten niet in de weg hoeft te staan. ACT pleit aldus voor een therapie waarin gedragsverandering centraal staat, niet via het veranderen van cognities, maar door het creëren van een nieuwe leergeschiedenis ofwel het veranderen van contingencies (De Mey, 2001).

### **Pijn en Lijden**

Herinneringen aan een pijnlijke gebeurtenis uit het (verre) verleden kunnen ervoor zorgen dat we ons *in het hier en nu* niet prettig voelen. De oorzaken hiervan liggen in het verleden. Neem bijvoorbeeld het onderscheid tussen pijn en lijden. Pijn wordt veroorzaakt door een directe oorzaak in het hier en nu. Voorbeelden van pijnlijke gebeurtenissen zijn lichamelijke ziekten, ongelukken, sterfgevallen, ontslag of een scheiding. Als er echter geen directe aanwijsbare oorzaak is voor de pijn die iemand ervaart, dan spreken we van geverbaliseerde pijn, oftewel lijden. Dit lijden ontstaat doordat mensen in staat zijn om, naast directe beleving, ook vrij te fantaseren over wat er allemaal zou kunnen gebeuren. (Voor een theoretische uiteenzetting, zie Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001.) Voorbeelden van lijden zijn: angst voor de toekomst, verdriet uit het verleden, piekeren over *mogelijk* ontslag, de angst om flauw te vallen of een hartaanval te krijgen, enzovoort. Hier zit het verschil tussen mens en dier. Daar waar een dier alleen direct kan ervaren, kunnen mensen ervaringen verbaliseren, en dus in gedachten verpakken. Deze gedachten kunnen vervolgens een eigen leven gaan leiden. Ons verstand gaat ons dan parten spelen en voor grote psychische problemen zorgen (Jansen, 2008).

Een dier kan situaties vermijden waarin pijn optreedt. Een mens kan dit ook, maar omdat de

menselijke taal er via afgeleide relaties voor zorgt dat de pijn ook los van de situatie gevoeld kan worden, is vermijden van situaties voor mensen niet altijd functioneel. Bovendien hebben dieren vaak een duidelijke evolutionair onderbouwde reden waarom ze situaties vermijden (lijfsbehoud, ongelukken voorkomen), terwijl mensen vaak situaties vermijden die mogelijke psychologisch negatieve gevolgen kunnen hebben (onzekerheid, falen).

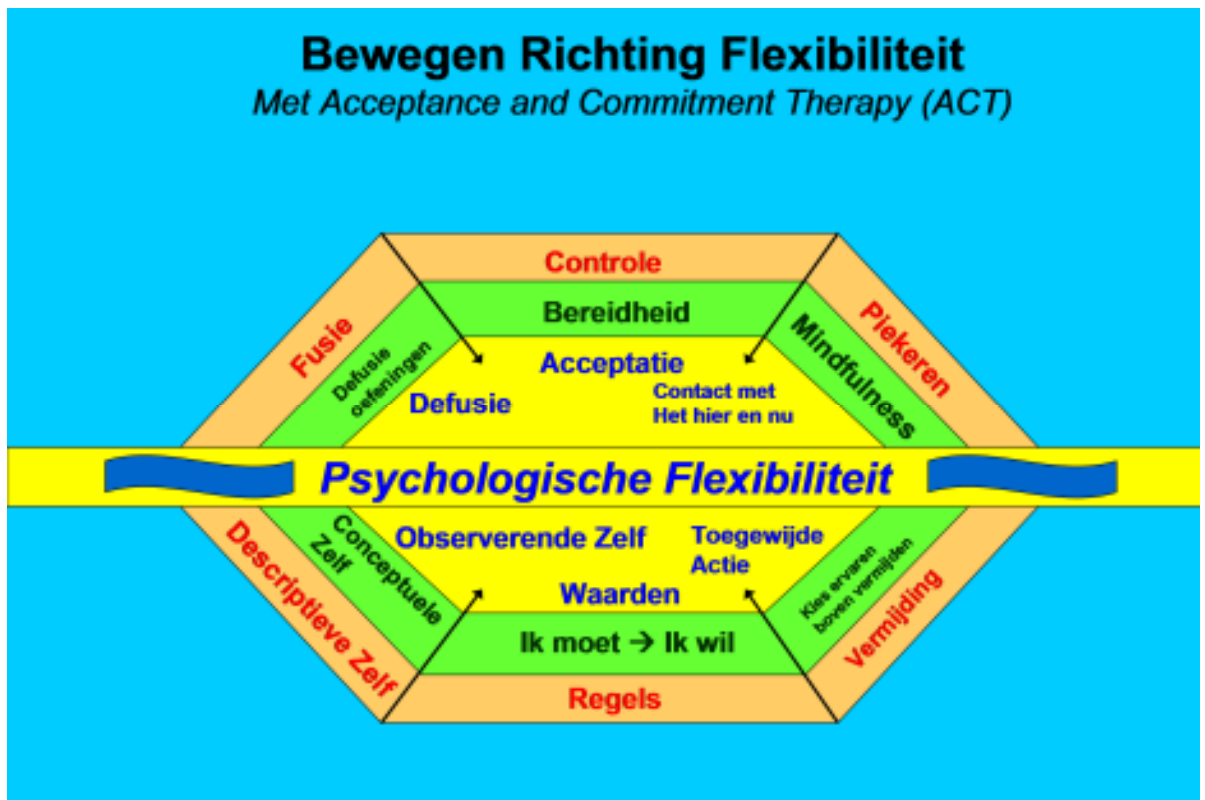
### **Experiëntiële vermijding en functionele classificatie**

Experiëntiële vermijding blijkt samen te hangen met een grote verscheidenheid aan psychopathologie (Hayes et al., 2004). Reeds eerder werd voorgesteld dat experiëntiële vermijding een bruikbaar begrip zou zijn voor een *functionele classificatie* van psychische problemen (Hayes, Wilson, Gifford, Follette en Strosahl, 1996). Een functionele classificatie legt de nadruk op functioneel pathologische processen, waar de huidige descriptieve (lees syndromale) classificatie de nadruk legt op een cluster van symptomen, die bijvoorbeeld teruggevonden kunnen worden in de DSM IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000). Experiëntiële vermijding zou beschouwd kunnen worden als een voorbeeld van een functionele classificatie, omdat vele vormen van psychopathologie geïnterpreteerd kunnen worden als gevolg van ongezonde vermijdingstechnieken. Zo kunnen bijvoorbeeld zowel alcoholverslaving als obsessief compulsief gedrag functioneel worden gezien als vormen van vermijdingsgedrag (Hayes et al., 1996).

Volgens het ACT model van psychopathologie zijn er een aantal processen verantwoordelijk voor het ontstaan van psychische klachten. Eén ervan is *cognitieve fusie*. Dit wil zeggen dat gedrag steeds meer gereguleerd wordt door een ingewikkeld netwerk van talige relaties dat in ons hoofd bestaat, in plaats van door directe ervaringen. Een gedachte als 'ik ben waardeloos' wordt gezien als een feit, in plaats van als een gedachte die opkomt. Deze fusie met gedachten leidt tot experiëntiële vermijding, waarmee bedoeld wordt dat bepaalde interne ervaringen, zoals lichamelijke sensaties, emoties, gedachten of herinneringen, vermeden worden. Ook ons vermogen tot zelfevaluatie en het geven van redenen (rationalisaties) worden tot deze processen gerekend. Deze processen, aangestuurd door ons 'verstand,' leiden uiteindelijk, via experiëntiële vermijding, tot psychische klachten.

### **De Zes Hoekstenen van ACT**

Eén van de praktische uitwerkingen van ACT wordt teruggevonden in de protocollaire training van Gijs Jansen en Monique Samsen. In het bestaande model van ACT worden de zes hoekstenen gepresenteerd, met experiëntiële vermijding als kern van alle psychische problemen. In navolging van het hexagon van Hayes en Smith (2005) en het handboek over ACT (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) is geprobeerd in het model duidelijk te maken welke beweging er nodig is om te komen tot meer psychologische flexibiliteit. In het model, gepresenteerd in de trainingen, kunnen cliënten bewegen van een op controle gebaseerde leefwijze (controle, fusie, etc.) naar een staat van psychologische flexibiliteit, gebaseerd op waarden (acceptatie, defusie, etc.). Dit proces wordt schematisch weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1: Van disfunctionaliteit naar psychologische flexibiliteit

De zes hoekstenen worden behandeld in een protocollaire training van tien wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur. De eerste bijeenkomst dient ter kennismaking. Vervolgens worden de zes stadia in acht bijeenkomsten doorlopen, en wordt de laatste bijeenkomst gebruikt als evaluatie en afsluiting. Dit protocol is in tegenstelling tot andere ACT-protocollen, die meer gericht zijn op specifieke problemen, bedoeld voor mensen met uiteenlopende lichte psychische klachten. Het is tevens psycho-educatief van aard en leert mensen om te gaan met onvermijdbare tegenslagen. De trainingen worden geprotocolleerd als volgt aangeboden:

### Training 1 & 2: Kennismaking, Controle versus Acceptatie.

Mensen proberen hun gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties te controleren. Dit werkt meestal averechts. Deze ACT-interventie begint daarom met een inventarisatie van de manier waarop cliënten proberen hun klachten (pijn) te vermijden. Dit leidt in eerste instantie meestal tot het fenomeen Creatieve Hulpeloosheid: de vaak vervelende conclusie dat vechten en vermijden meestal niet, of zelfs averechts werkt. Cruciaal in deze fase is dat cliënten geen alternatief voor het vechten krijgen aangeboden. Cliënten dienen zich eerst volledig bewust te worden van hun eigen disfunctionele copingstijlen. De theoretische aanname is hier dat mensen niet in staat zijn om gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties te sturen, zolang men geen controle heeft over de veroorzakende omstandigheden. Een oefening die in deze fase vaak gebruikt wordt is de drijfzandmetafoer, analoog aan de manier waarop cliënten proberen om hun problemen te bevechten en te vermijden. Cliënten worden gevraagd zich voor te stellen dat ze in drijfzand staan, waarbij ze heftig gaan proberen om zo snel mogelijk de vaste wal te bereiken. Gevolg: je zakt steeds dieper in het drijfzand weg.

Vervolgens wordt acceptatie als alternatief voor controle aangevoerd. Dit is een zeer actief proces dat gericht is op de bereidheid om alles wat iemand niet kan controleren onvoorwaardelijk toe te laten. Dit kan zorgen voor een nieuwe en veel functionelere kijk op psychische symptomen. In de metafoer betekent

dit dat mensen stoppen met bewegen en om zich heen kijken of er ook alternatieven zijn voor het vechten en worstelen, wellicht door een tak vast te grijpen die ze nog niet hadden gezien.

Acceptatie is het toelaten van vervelende persoonlijke ervaringen, zonder de aard of frequentie van die ervaringen te willen veranderen (Fletcher & Hayes, 2005). ACT moedigt aan om het gevecht te staken en te komen tot acceptatie van de onvermijdelijke interne en externe gebeurtenissen van het leven, om zo tot een meer waardegericht leven te komen.

### **Training 3 & 4: Fusie versus Defusie.**

Taal kan allerlei negatieve emoties uitlokken. Afgeleide taalconstructen kunnen voor allerlei psychische problemen zorgen. Het verschil tussen *pijn* en *lijden* is hier cruciaal. De vraag die cliënten zich moeten stellen is: Worden mijn klachten veroorzaakt door directe stimuli (pijn), of is mijn verstand diegene die de klachten oproept (lijden)? Door defusie-oefeningen krijgen gedachten een andere betekenis, en neemt de negatieve invloed van gedachten op het leven van mensen af. Uiteindelijk wordt er bij cliënten een houding t.o.v. het denken gecultiveerd waarbij iemand op een afstandelijke, kritische, maar niet-vijandige manier omgaat met zijn gedachten. Een voorbeeld van een defusie-oefening is het hardop herhalen van woorden die sterke gevoelens opwekken, zoals bijvoorbeeld de woorden 'angst', 'paniek' of 'pijn'. Hierdoor wordt de kracht van deze woorden kleiner.

### **Training 5: Piekeren versus Contact met het Hier en Nu.**

De meeste mensen spenderen veel tijd in hun hoofd. Mindfulness-oefeningen kunnen cliënten helpen om uit het hoofd te komen, en in contact met het hier en nu. Mindfulness kent vele vormen, maar kan worden toegespitst op twee aspecten: (a) Interne beleving: Hierbij gaat het om oefeningen die cliënten leren contact te maken met hun gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties; (b) Externe beleving, waarbij het gaat om het contact maken met zintuiglijke waarnemingen zoals tast, geur, smaak en gehoor.

Ontspanning of klachtenreductie is, hoewel een prettige bijwerking, niet het doel van mindfulness. Veel eerder heeft mindfulness tot doel de openheid tot ervaren te vergroten (Jansen, 2006, 2007). Mindfulness dient daarom in eerste instantie vooral te worden toegepast bij ervaringen die cliënten liever zouden willen vermijden. Het bewust ervaren en zelfs uitnodigen van angstgevoelens kan uiteindelijk zorgen voor een afname van de klachten, maar dit moet nooit het doel zijn zoals dat samen met cliënten wordt geformuleerd.

Tenslotte is het van groot belang dat mindfulness wordt toegepast in een zo natuurgetrouw mogelijke context, oftewel, in die situaties waarin cliënten de meeste hinder ondervinden van hun klachten. Voorbeelden van mindfulness-oefeningen zijn: aandachtig thee drinken, bewust eten, gedachten observeren, de bodyscan, en vele anderen.

### **Training 6: Descriptieve Zelf versus Observerende Zelf.**

We hebben de neiging om onze identiteit af te leiden van ons denken ('Ik denk, dus ik ben'). Het gevaar is dat ons denken erg negatief en rigide is, waardoor we onszelf ook op die manier gaan definiëren. Het is volgens ACT hierdoor dat velen van ons gebukt gaan onder een 'negatief zelfbeeld'. Cliënten krijgen tijdens de training handvatten waardoor ze zich bewust kunnen worden van alle vaak negatieve verbale constructen waarmee ze zichzelf beschrijven (de 'Ik ben's'). Deze verbale overtuigingen over het zelf worden vervolgens uit hun dagelijkse context gehaald en op een andere manier bekeken, bijvoorbeeld door ze (net als bij een defusie-oefening) hardop te herhalen, of door ze in de spiegel te verkondigen. Dit kan cliënten helpen zichzelf te observeren vanuit het eigen ik, hier en nu. Dit werkt vaak erg louterend, aangezien cliënten dan het negatieve rigide denkpatroon dat ze over zichzelf hebben los kunnen laten. Onder vakgenoten wordt veel gesproken over de analogie tussen ACT en het boeddhisme. In dit geval is er veel overlap met 'Het loslaten van het Ego'. De ik-persoon wordt als minder uniek ervaren, en juist meer als een voortvloeiende uit de omgeving.

### **Training 7: Regels versus Waarden.**

We hebben de gewoonte om strenge verbale regels te formuleren over wat we wel en niet moeten

doen. Regels hebben als functie dat ze ongelukken en falen moeten voorkomen. Maar vaak zorgen diezelfde regels juist voor meer experiëntiële vermijding en rigiditeit (nog strengere regels). Als cliënten bereid zijn zich te concentreren op de dingen die ze waardevol vinden ipv sommige regels blindelings te volgen, dan vergroot dit de psychologische flexibiliteit.

Een van de oefeningen is dat cliënten het woordje ‘moeten’ vervangen door ‘mogen’, waardoor je kunt ontdekken of je de dingen die je doet zelf ook echt wilt doen.

### **Training 8: Vermijding versus Toegewijde actie.**

Mensen hebben de neiging om enge (maar waardevolle) ervaringen te vermijden. Dit zorgt vaak voor nog meer problemen. Zeer belangrijk is dat cliënten onder ogen leren zien *dát* ze vermijden, en *wát* ze precies vermijden. Vervolgens wordt het belang van contact maken en ervaren als alternatief voor vermijding verder toegelicht. Kiest de cliënt er daarna voor om pijnlijke situaties niet langer te vermijden, dan kiest de cliënt daarmee ook voor de angst en pijn die onlosmakelijk met het leven verbonden zijn. Kiezen voor een Ervarend Leven kan cliënten een stabiele basis geven van waaruit ze gedragsexperimenten gaan uitvoeren. Deze experimenten zijn erg belangrijk en zorgen ervoor dat cliënten nieuw gedrag gaan ontwikkelen.

Nadat deze fases zijn doorlopen, hebben cliënten de handvatten gekregen om in de laatste twee trainingen de vele technieken die ACT rijk is, in hun eigen leven verder toe te kunnen passen.

### **Verkennd onderzoek**

Aan de Radboud Universiteit van Nijmegen werd in 2010 bovenstaand model onderzocht door middel van een pilotstudie van Alofs (2009) onder 26 cliënten. De testen die werden gebruikt zijn de AAQ-2 (Jacobs et al., 2008), de Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS, Brown & Ryan, 2001) en de Valued Living Questionnaire (VLQ, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Hieruit bleek dat na het volgen van de ACT-training, experiëntiële vermijding significant was afgenomen ( $F(1, 25) = 27.43, p < .001$ ). Daarnaast waren actie, bereidheid en mindfulness significant toegenomen (respectievelijk,  $F(1, 25) = 17.15, p < .001$ ;  $F(1, 25) = 19.38, p < .001$ , en  $F(1, 25) = 13.46, p < .01$ ). Deze resultaten waren in overeenstemming met de resultaten uit de eerder genoemde effectstudies (Batten & Hayes, 2005; Forman et al., 2007; Ruiz et al., 2010; Vowles & McCracken, 2008).

In vervolgonderzoek door Rinsampessy (2009) werden vijf therapeutische groepen ( $N=49$ ) geëvalueerd op effectiviteit. Er werd gekeken naar een eventuele toename van *acceptatie*, gemeten met de Nederlandse versie van de Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ II; Jacobs et al., 2008). Bovendien werd de stand van zaken met betrekking tot de *klachten*, het functioneren op sociaal-maatschappelijk gebied en het inter-persoonlijk functioneren gemeten door de Outcome Questionnaire (OQ-45, Lambert et al., 2004). De vragenlijsten zijn aan het begin van de eerste training en aan het einde van de laatste training afgenomen.

Uit de eerste statistische analyse bleek dat er sprake was van een significant verschil tussen de gemiddelde totaalscore op de AAQ bij de voormeting en de gemiddelde totaalscore op de AAQ bij de nameting, met  $t(45) = -3.962$  en  $p < .001$ . De score op de nameting ( $M = 45.96, SD = 7.91$ ) bleek significant hoger te zijn dan de score op de voormeting ( $M = 40.38, SD = 9.56$ ). De hypothese dat er een significante toename zichtbaar zou zijn op *acceptatie* tussen de voor- en de nameting werd hierdoor bevestigd.

Uit de tweede statistische analyse bleek dat er een significant verschil bestond tussen de gemiddelde totaalscore op de OQ-45 tijdens de voormeting en de gemiddelde totaalscore op de OQ-45 tijdens de nameting ( $t(44) = 3.942$  en  $p < .001$ ). De score op de nameting ( $M = 54.50, SD = 16.16$ ) bleek significant lager te zijn dan de score op de voormeting ( $M = 63.30, SD = 15.32$ ). De hypothese dat er een significante afname zichtbaar zou zijn van het *niveau van de klachten* werd hierdoor bevestigd.

De totaalscore op de OQ-45 meet naast het niveau van de klachten ook het functioneren op sociaal-maatschappelijk gebied en het interpersoonlijk functioneren. Om specifiek naar het niveau van de klachten te kunnen kijken werd een volgende analyse uitgevoerd voor alleen de Symptom Distress schaal van de OQ-45, welke met name klachten en symptomen tracht te meten volgens de DSM-IV-TR. Uit

resultaten van de subschaal Symptom Distress werd een significant verschil gevonden tussen de gemiddelde score op de voor- en de nameting ( $t(43) = 3.860$  en  $p < .001$ ). Specifiek bleek de score op de nameting voor deze schaal significant lager ( $M = 30.93$ ,  $SD = 11.62$ ) dan de score op de voormeting voor deze schaal ( $M = 36.37$ ,  $SD = 10.18$ ). Wanneer naar specifieke klachten en symptomen wordt gekeken, blijken de resultaten opnieuw in overeenstemming met de hypothese; ook hier wordt een significante afname gevonden van de klachten. Een verdere verdieping van het onderzoek kan worden gevonden via [www.act-training.nl](http://www.act-training.nl).

### **Voorlopige conclusies**

In het verkennende onderzoek lag de primaire focus op experiëntiële vermijding. Uitgaande van het idee dat ‘gezonde normaliteit’ in de praktijk niet haalbaar is, wordt de focus op klinische symptomen sterk in twijfel getrokken. Toch is er in dit onderzoek aandacht besteed aan het meten van klachten middels de OQ-45. Dit is gedaan om aan te sluiten bij de traditionele werkwijze van het recente onderzoek naar de effectiviteit van verschillende therapievormen.

Samenvattend laat het resultaat van het huidige onderzoek zien dat de geprotocolleerde therapeutische ACT-training samenhangt met een verhoogde score in de mate van acceptatie. De resultaten geven aanleiding om te verwachten dat de ACT-training de oorzaak was van de vermindering van de klachten. Voor alle gevonden effecten zijn echter alternatieve verklaringen mogelijk. Hoewel er wel degelijk sprake is van een zeer sterk correlatieel verband tussen de training en de resultaten, is het onduidelijk of het hier gaat om een causaal verband. Dit heeft alles te maken met de quasi-experimentele opzet van de studie.

### **Vervolgonderzoek aan de Radboud Universiteit**

De samenhang tussen de zes kernprocessen van ACT dient volgens de auteurs nader te worden onderzocht. Ook de mate waarin de verschillende processen binnen specifieke groepen, subgroepen en individuen bijdragen aan de psychologische flexibiliteit zou een interessant punt van aandacht kunnen zijn. Dit zou moeten leiden tot een betere indicatiestelling binnen therapie.

Vanuit deze gedachte zijn de auteurs begonnen met de ontwikkeling van een vragenlijst waarbij elk van de zes hoekstenen van het ACT-model wordt geoperationaliseerd. Vragen uit bestaande testen zoals de Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) (Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Orcutt, Waltz, & Zettle, submitted) en de Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) (Dempster, M., Bolderston, H., Gillanders, D., & Bond, F. (2009) worden hiertoe aangevuld met nieuwe vragen. Deze Flexibiliteits Index Test (FIT) is inmiddels ingevuld door ca. 400 eerstejaars studenten van de Radboud Universiteit, waarna de psychometrische eigenschappen zullen worden onderzocht. De test dient een hulpmiddel te worden voor zowel therapeuten als cliënten, om te kunnen bepalen op welke domeinen de focus moet liggen tijdens de behandeling. De verschillende scores op een specifiek domein geven dan aan welke interventies van toepassing zijn bij de betreffende cliënt. Zo kan een cliënt bijvoorbeeld erg goed zijn in het uitoefenen van mindfulness, maar dat het hem ontbreekt aan waardegericht handelen. In dit geval zal de nadruk van de behandeling dus vooral komen te liggen op het onderzoeken van persoonlijke waarden en doelen.

### **Auteurs**

Drs. Gijs Jansen heeft een eigen praktijk en is als docent werkzaam aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

Drs. David Rinsampessy is psycholoog bij de Gelderse Roos, werkzaam binnen het adolescententeam in Arnhem.

Drs. Rosanne van den Berg is afgestudeerd psycholoog.

Dr. Hubert De Mey is UHD persoonlijkheidsleer bij de sectie klinische psychologie en lid van het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Meer informatie over de trainingen van Gijs Jansen en Monique Samsen kunt u vinden op [www.denkwatjewilt.nl](http://www.denkwatjewilt.nl). Meer informatie over de toepassingen van ACT in de praktijk kunt u vinden op [www.act-training.nl](http://www.act-training.nl).

## Referentielijst

- Alofs, J. (2009). *Vermijden veroorzaakt onnodig lijden? Acceptance and commitment therapie (ACT), mindfulness en experiëntiële vermijding*. Unpublished master thesis: Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen, The Netherlands.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Comorbid Substance Abuse and Post-Traumatic Stress Disorder: A Case Study. *Clinical Case Studies, 4*, 246-262.
- Berg, G.J., van den (2009). *Touwtrekken met je innerlijke monster, loslaten of doorvechten? Een pilotstudy naar het effect van een groepstraining op basis van acceptance and commitment therapy*. Unpublished master thesis, Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen, The Netherlands.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T. & Zettle, R.D. (Submitted). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance.
- Burman, S. (1993). The challenge of sobriety: Natural recovery without treatment and self-help groups. *Journal of Substance Abuse, 9*, 41-61.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2001). Testing a two-factor model of mindfulness. Unpublished data, University of Rochester.
- De Mey, H. R. A. (2001). Verklaringen in de psychologie: Cognitie-gecentreerd versus contingentie-georiënteerd. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 56*, 208-221.
- De Mey, H.R.A. (2003). *Behaviour analysis of language and cognition*. Unpublished syllabus, Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen, The Netherlands.
- De Mey, H. R. A. (2007). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in opmars. In A. H. Schene, F. Boer, J. P. C. Jaspers, B. Sabbe & J. van Weeghel (Eds.), *Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie 2007-2008* (Vol. 10, pp. 177-187). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dempster, M., Bolderston, H., Gillanders, D., & Bond, F. (2009). *Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-13)*. (Unpublished manuscript)
- Fletcher, L., & Hayes, S.C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23*, 315-336.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification, 31*, 772-799.



- Hayes, S. C. (1994a). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp.13-32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D, Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy: Een derde-generatie gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 36, 69-96.
- Hayes, S.C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind & into your life: the new Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavioural Change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2006). *Acceptance and commitment therapy: een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers (oorspronkelijk werk gepubliceerd in 1999).
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553–578.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Jacobs, J., Kleen, M., De Groot, F., & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding. De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II: The measurement of experiential avoidance. The Dutch language version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQII). *Gedragstherapie*, 4, 349-364.
- Jansen, G. (2006). *Denk wat je wilt, doe wat je droomt: op weg naar een waardevol leven*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
- Jansen, G. (2007). *LEEF! Zoals je eigenlijk zou willen*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
- Jansen, G. (2008). *Laat los*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
- Rinsampessy, D.A. (2009). *Houden van doodgaan en bereid zijn alsof je leven ervan afhangt*. Unpublished master thesis, Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen, The Netherlands.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.

Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 297-302.

Vowles, K. E. & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of effectiveness and treatment process. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, *76*, 397-407.

World Health Organisation Europe. (2006). *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Copenhagen, WHO European Ministerial Conference (pp. 1-12).