

21

Acceptance and commitment therapy

Jacqueline A-Tjak

- 1 Inleiding
 - 2 Het ACT-model van psychopathologie
 - 3 Het ACT-behandelmodel
 - 4 ACT bij angststoornissen
 - 5 Hoe verhoudt ACT zich tot CGT?
 - 6 Wat voegt ACT toe aan bestaande CGT-behandelingen?
 - 7 Wetenschappelijke evidentie
 - 8 Conclusie
- Literatuur

1 Inleiding

Voor de groep patiënten met angststoornissen die onvoldoende of helemaal niet verbetert op gangbare behandelingen, wordt binnen en buiten het veld van de cognitieve gedragstherapie (CGT) gezocht naar nieuwe, effectieve behandelvormen. Een van deze nieuwe behandelvormen is *acceptance and commitment therapy* (ACT; uitspraak als 'akt'; niet te verwarren met *assertive community treatment* of met aandachtgerichte cognitieve therapie).

Het uitgangspunt van CGT is dat cognities een oorzakelijke rol spelen in het ontstaan van psychopathologie. ACT daarentegen interpreteert de oorzaak van alle gedrag, waaronder psychopathologie en cognities, juist in de context van dit gedrag. Een belangrijk onderdeel van die context bestaat uit de positieve of negatieve consequenties van het gedrag, maar ook de invloed van de socioverbale omgeving en de leergeschiedenis. Interventies uit alle vormen van CGT zijn toepasbaar binnen ACT. Vanuit de theorie die ten grondslag ligt aan ACT, wordt het gebruik van interventies die gericht zijn op het veranderen van de inhoud van cognities echter afgeraden (A-Tjak, 2010). ACT werkt met het afstand leren nemen van gedachten en het leren gedachten te herkennen als producten van het eigen denken. Hierdoor ontstaat een keuze om gedachten serieus te nemen als zij nuttig zijn en gedachten te kunnen laten rusten wanneer zij geen nuttige bijdrage leveren.

2 Het ACT-model van psychopathologie

ACT is een therapievorm gesitueerd in de wetenschapsfilosofie van het functioneel contextualisme (FC) en gebaseerd op de *relational frame theory* (RFT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006). Het functioneel contextualisme gaat uit van een ondeelbare wereld, die door de menselijke geest (en dus ook die van de wetenschapper) wordt opgedeeld. Dit opdelen maakt de wereld overzichtelijker en beter te bestuderen. Hoe we de wereld opdelen, is arbitrair, en binnen de wetenschap van de psychologie gericht op het voorspellen-en-beïnvloeden van het menselijk gedrag. Om dit doel te bereiken, bestudeert het functioneel contextualisme gedrag-in-context als een onlosmakelijk geheel. Gedrag en context zijn geen aparte entiteiten, maar hebben slechts betekenis in relatie tot elkaar. Verbaal gedrag staat centraal bij de *relational frame theory*. De theorie geeft inzicht in hoe wij ons denken, zowel bewust als onbewust, kunnen voorspellen-en-beïnvloeden. Het borduurt voort op leertheoretische inzichten uit de gedragstherapie.

De relational frame theory gaat ervan uit dat menselijk lijden voortkomt uit ons vermogen ons op een symbolische manier te verhouden tot onze omgeving (A-Tjak & De Groot, 2008; A-Tjak, 2009). Hierdoor zijn we in staat om te lijden onder iets dat er niet (meer) of nog niet is: herinneringen of fantasieën over de toekomst. Bovendien kan onze eigen binnenwereld, zoals onze gevoelens, gedachten, herinneringen, lichamelijke sensaties of impulsen, iets aversiefs worden, waarvan we proberen af te komen. Dit laatste, het ontsnappen aan of vermijden van onze eigen ervaringen, wordt experiëntiële vermijding genoemd.

Wanneer een man en een hond tijdens een storm naar buiten gestuurd worden en na verloop van tijd weer binnengelaten worden, zal de hond zijn natte vacht uitschudden en een warm, zacht plekje zoeken om uit te rusten. De man zal zich echter waarschijnlijk bezighouden met de vraag waarom hij naar buiten gestuurd is, wat hij verkeerd gedaan heeft, of hoe mensen zo wreed kunnen zijn. Terwijl de hele ervaring voorbij is voor de hond zodra hij weer naar binnen

mag, blijft deze ervaring symbolisch aanwezig voor de man, doordat hij erover blijft denken. In RFT-termen kunnen we zeggen dat de ervaring verbonden is geraakt met de woorden en beelden die de ervaring representeren. Dit verbonden raken is een automatisch proces dat zich voortdurend afspeelt in alles wat we doen en ervaren. De woorden en beelden zijn, in een bepaalde context, in staat de psychologische functies (zoals de aversiviteit) opnieuw op te roepen als de ervaring al voorbij is.

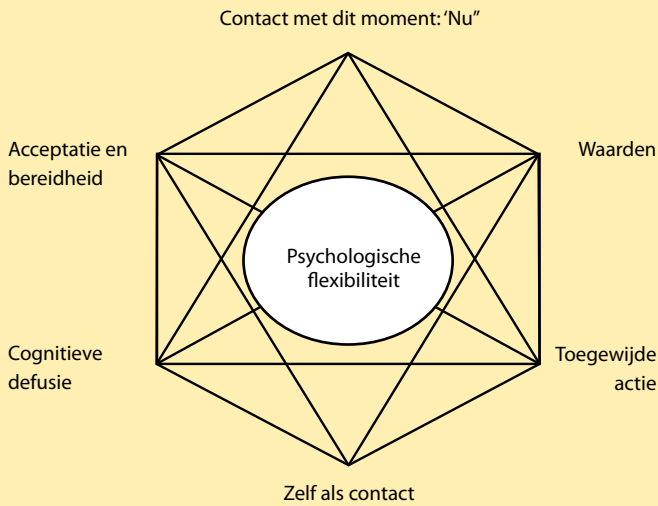
Het gegeven dat ervaringen symbolisch aanwezig blijven en ons gedrag onbewust beïnvloeden wordt (cognitieve) fusie genoemd. We smelten als het ware samen met onze bewuste en onbewuste gedachten. Fusie wordt aangewakkerd door boodschappen en conventies uit onze cultuur (de context): bijvoorbeeld dat wij onze gedachten serieus moeten nemen, dat wij gelukkig kunnen zijn als we ons best doen, dat lijden onnodig is, en dat wat we zeggen en doen met elkaar in overeenstemming moet zijn. Fusie staat ons in de weg om te ervaren wat zich hier en nu aan ons voordoet, omdat we de wereld bekijken door de bril van onze gedachten. Fusie en experiëntiële vermijding vervreemden ons van het moment waarin we leven en van onszelf. Ze vervreemden ons bovendien van datgene wat belangrijk voor ons is. Ons gedrag wordt ingeperkt; we worden psychologisch inflexibel. Door in de behandeling de context te veranderen, kan het inflexibele gedrag flexibeler worden.

3 Het ACT-behandelmodel

Het behandelmodel van ACT bestaat uit zes processen, die ons helpen uit de valkuil van experiëntiële vermijding en fusie los te komen: acceptatie, defusie, contact met het huidige moment, zelf-als-context, waarden, en toegewijde actie (*commitment*). Deze zes processen hangen nauw met elkaar samen en worden weergegeven in figuur 21.1. Deze figuur wordt 'de hexaflex' genoemd, omdat hij uit zes punten bestaat (hexa) en een beschrijving geeft van psychologische flexibiliteit (flex).

3.1 Acceptatie

Kort gezegd gaat acceptatie over het je actief openstellen voor je eigen innerlijke ervaringen. Iemand instructies geven dat hij iets moet accepteren, zal over het algemeen weinig opleveren. Acceptatie is een vaardigheid die iemand leert door een combinatie van uitleg, *shaping* en het te doen. Shaping betekent dat het gedrag opgebouwd wordt. In de therapie wordt gebruikgemaakt van situaties waarbij de patiënt al (onderdelen van) het acceptatieproces heeft kunnen toepassen. Er wordt gewerkt met metaforen zoals een metafoor waarin de worsteling met angstklachten te vergelijken is met een touwtrekwedstrijd op leven en dood met een angstmonster. De patiënt kan voortbouwen op de ervaring dat loslaten een effectieve strategie is om uit de wedstrijd, uit de worsteling te komen. De patiënt leert strategieën die averechts uitpakken en de angst op de lange termijn doen toenemen als zodanig te herkennen en op te geven. Zo zal bijvoorbeeld het angstige anticiperen op het optreden van een paniekaanval als effect kunnen hebben dat spannings- en angstverschijnselen uitgroeien tot paniek. Het loslaten van het anticiperen en het toelaten van spanning- en angstverschijnselen kan dit proces doorbreken.

Figuur 21.1 De hexaflex: zes processen die leiden tot psychologische flexibiliteit

Bron: A-Tjak & De Groot, 2009, oorspronkelijk overgenomen met toestemming uit Hayes e.a., 2006

Patricia

Patricia is een vrouw van 23 jaar, die al meerdere jaren lijdt aan een paniekstoornis met agorafobie. Zij heeft zowel cognitieve als exposuretherapie gehad. Wat opvalt tijdens het oefenen is dat Patricia dit verbeteren doet: hoe zij zich ook voelt, zij zet door. De angst neemt niet af en Patricia ontleent ook nauwelijks voldoening aan het oefenen. Zij doet dit omdat het moet en omdat zij verwacht hierdoor niet meer angstig te zullen zijn. Als haar geleerd wordt haar angst te accepteren, toe te laten, kan zij vervolgens op een meer ontspannen manier oefenen en krijgt zij er lol in, zelfs wanneer zij angstig is.

3.2 Defusie

Defusie is het kunnen opmerken van het denken als een proces en het afstand kunnen nemen van de producten van dit proces. Patiënten worden getraind om hun eigen denken waar te nemen terwijl het zich afspeelt en zich bewust te worden van de negatieve invloed van hun denken op hun gedrag. Zo wordt de patiënt bijvoorbeeld bewust gemaakt van het verschil tussen een beschrijving en een evaluatie. Veel zelfevaluaties, zoals: 'Ik ben dom' of: 'Ik ben niet goed genoeg', worden door de patiënt ervaren als een zelfbeschrijving. Daarmee krijgt het een hoog 'waarheidsgehalte' en kan het het gedrag op een ongewenste manier beïnvloeden. Ook voorspellingen kunnen een inperkende invloed hebben op patiënten. Zo zal de patiënt die meent dat hartkloppingen een voorbode zijn van een hartaanval, mogelijk inspanning gaan vermijden. Wanneer sporten een belangrijke functie heeft in het leven van de patiënt, zal dit gedrag een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van zijn leven. Een eenvoudige interventie met soms grote impact is de en-maarconventie. Patiënten ervaren hun gevoelens vaak als een barrière om gewenst gedrag te vertonen. Door uitspraken als: 'Ik wil wel naar dat feestje, maar ik ben angstig' wordt een schijnbare tegenstelling gecreëerd tussen het gevoel en het gedrag. Door 'maar' te vervangen door 'en' wordt duidelijk dat gevoel en gedrag naast elkaar kunnen bestaan en elkaar niet in de weg hoeven te zitten: 'Ik wil naar dat feestje en ik ben angstig.'

Anja (1)

Anja is een vrouw van bijna 30 jaar. Ze is als kind affectief verwaarloosd en is getraumatiseerd geraakt. Ook in haar eerste huwelijk raakte zij getraumatiseerd. Inmiddels heeft zij een stabiele relatie. Regelmatig wordt zij geplaagd door herinneringen aan vroeger, waarin zij vast komt te zitten. Na een tweetal zittingen in de groepstherapie, waarin defusie aan de orde is gekomen, is zij in staat om afstand te nemen van haar herinneringen. Zij doet dit door tegen zichzelf te zeggen: ik heb de gedachte dat... (op de puntjes vult zij haar gedachten in), of door haar gedachten te zingen. Hierdoor kan zij loskomen uit de greep van haar herinneringen en zich weer concentreren op waar ze mee bezig is. Dit heeft ertoe geleid dat ze een hobby waar ze al jaren niet meer aan toe kwam, weer heeft kunnen oppakken.

3.3 Contact met het huidige moment

Contact met het huidige moment betekent dat iemand zijn aandacht intentioneel op een flexibele manier op iets in het nu kan richten. Soms is het voor de patiënt belangrijk om zijn aandacht te kunnen richten op iets dat zich buiten hem afspeelt, onder andere de reactie van anderen op zijn of haar eigen gedrag. Van mensen met een sociale fobie is bijvoorbeeld bekend dat zij tijdens een interactie met anderen veel informatie missen omdat zij hun aandacht te veel naar binnen richten. Anderen zijn wellicht bang om stil te staan bij hun binnenwereld. Sommige mensen richten hun aandacht te veel op van alles tegelijk, terwijl anderen zich te veel focussen op één aspect van hun ervaring. Patiënten wordt geleerd zelf te ontdekken waarop en hoe zij hun aandacht het beste kunnen richten en dit vervolgens ook te doen.

Johan

Johan is een man van 42 jaar. Hij vindt zichzelf een enorme mislukking en meent dat andere mensen ook zo over hem denken. Op een dag komt hij de therapiekamer in zonder de therapeute aan te kijken. De therapeute vat dit op als een teken dat Johan niet hier-en-nu aanwezig kan zijn bij haar in de zitting. Ze vraagt hem wat er aan de hand is. Hij blijkt zich te schamen omdat hij zijn huiswerk niet gedaan heeft. Als hierover gesproken is, durft hij weer oogcontact te maken en is hij met zijn aandacht weer bij wat er besproken wordt.

3.4 Zelf-als-context

Zelf-als-context is het loslaten van beperkende zelfbeelden en contact maken met het perspectief vanwaaruit iemand waarneemt. Het proces van defusie wordt nu specifiek toegepast op verhalen, evaluaties en beschrijvingen die de patiënt van zichzelf heeft en die hem belemmeren. Iemand die bijvoorbeeld vindt dat hij dom is, ziet mogelijk af van een gepaste opleiding op een gebied dat hem erg interesseert. Door erbij stil te staan dat een zelfbeeld woorden zijn en niet de persoon zelf, kan iemand zijn zelfbeeld wat luchtiger nemen, waardoor ruimte ontstaat voor ander gedrag. Mensen stellen vaak de vraag wie zij zijn als zij niet de woorden zijn waarmee zij zichzelf beschrijven. Het loslaten van deze woorden kan angst oproepen: wat blijft er van mij over? Patiënten wordt geleerd zichzelf te ervaren als de waarnemer van eigen gedachten, gevoelens, enzovoort. Dit is een veilig, constant perspectief waarop de patiënt altijd kan terugvallen. Hoe hoog emoties ook oplopen, hij of zij is er altijd bij om dat waar te nemen. Dit perspectief is bijvoorbeeld van belang wanneer patiënten met een posttraumatische stressstoornis geconfronteerd worden met traumatische herinneringen.

Marga

Marga, een vrouw van midden 50, worstelt al jarenlang met het idee over zichzelf dat ze het allemaal alleen moet kunnen. Verschillende malen is zij op haar werk uitgevallen doordat zij te gespannen was om haar werk vol te houden. Nadat ze in de therapie dit zelfbeeld heeft gezongen, merkt ze dat ze in staat is om om hulp te vragen. En ze merkt dat dit ook gehonoreerd wordt. Ze beschrijft dat er een last van haar schouders is gevallen.

Louise

Louise, eveneens in de 50, werkt in de therapie aan het verwerken van jeugdtrauma's. Telkens wanneer zij zich dreigt te verliezen in de herinneringen, helpt de therapeute haar contact te maken met haar ik, dat hier en nu terugkijkt naar wat zich daar en toen heeft afgespeeld. Dit geeft Louise houvast.

3.5 Waarden

Waarden zijn de in woorden gevatte gekozen consequenties van het eigen handelen op de lange termijn, die uitdrukking geven aan waar je als persoon voor wilt staan en wat je leven zin geeft. Er worden verschillende gebieden onderscheiden waarop mensen uitdrukking geven aan hun waarden, bijvoorbeeld: familie, intieme relaties, ouderschap, vriendschap en sociaal leven, werk, opleiding, recreatie en plezier, spiritualiteit, gemeenschapsleven, (lichamelijke) zelfzorg, milieu en esthetiek (Wilson, 2008). Voorbeelden van waarden zijn: een goede moeder zijn, een goede vakman zijn, een goede lichamelijke conditie, betrouwbaar zijn, verbonden zijn met de natuur. Waarden zijn levensrichtingen waarin iemand zich altijd verder kan ontwikkelen. Dit in tegenstelling tot doelen, die bereikt en afgehandeld kunnen worden. Waarden kunnen vertaald worden in doelen. Het zijn echter niet de doelen op zich die voldoening geven, maar het proces van zich op weg begeven om deze doelen na te streven. Zelfs als een doel nooit bereikt wordt, kan de ervaring van ernaar te streven waardevol zijn.

Anja (2)

Anja ontdekt tijdens de groepsbehandeling dat creativiteit een belangrijke waarde voor haar is. Ook hecht zij veel waarde aan haar moederschap. Zij merkt dat zij zo krampachtig probeert een goede moeder te zijn, dat ze niet toekomt aan creatieve activiteiten. Nadat ze dit heeft vastgesteld, pakt zij haar hobby tekenen weer op. Zij weet elke week een uurtje vrij te maken om hiermee aan de slag te gaan en geniet daarvan.

3.6 Toegewijde actie

Toegewijde actie is het omzetten van waarden in handelen. Wanneer iemand iets gaat doen dat belangrijk voor hem is, zullen negatieve gedachten en gevoelens opduiken. In deze fase van de behandeling leren patiënten de processen van acceptatie, defusie, contact met het huidige moment en zelf-als-context concreet toe te passen op deze negatieve inhoud, tijdens het zetten van stappen in de richting van hun waarden. De man met angst voor een hartaanval zal angstig worden als hij gaat sporten. Hem wordt geleerd de gedachte dat hij een hartaanval krijgt, te zien als een gedachte. Ook leert hij de lichamelijke sensaties te ervaren, zich zonder verzet ervoor open te stellen en zijn aandacht vervolgens weer op iets anders te richten. Hij leert stil te staan bij zichzelf als waarnemer van de sensaties, de angst en zijn gedachten. Dit leren staat in dienst van een hogere kwaliteit van zijn leven, omdat het hem mogelijk gemaakt wordt iets te doen wat belangrijk voor hem is. Interventies uit CGT, zoals exposure,

responspreventie, gedragsactivatie, assertiviteitstraining, en probleem oplossen kunnen bij dit proces toegepast worden. Exposure neemt een belangrijke plaats in binnen ACT, zij het niet met het doel om angsten te verminderen (zie voor verdere informatie, A-Tjak & De Groot, 2008).

Irene

Irene is een vrouw van 39 jaar. Ze lijdt al sinds haar vroege volwassenheid aan een paniekstoornis met agorafobie. De omvang van haar vermijding is beperkt: zij probeert zoveel mogelijk deel te nemen aan het leven zoals zij dat graag wil. Zij is een gezellige moeder en echtgenote, bij wie het huis altijd openstaat. Hoezeer zij er ook tegenopziet, zij gaat altijd mee met uitstapjes van het gezin en op vakantie. Het kost haar echter een enorme inspanning, omdat zij vecht tegen angst en misselijkheid en voortdurend probeert positieve gedachten te hebben. Wanneer zij zichzelf toestaat om angstig te zijn en negatieve gedachten te hebben, merkt zij dat het haar veel minder energie kost en dat zij kan genieten van de dingen die zij doet.

Om deze processen bij de patiënt op gang te brengen, maakt de ACT-therapeut gebruik van uitleg en dialoog, maar vooral van experiëntiële technieken en metaforen. Een voorbeeld van een experiëntiële oefening is de patiënt te vragen stil te staan bij gedachten en gevoelens die hier-en-nu in de therapeutische situatie tevoorschijn komen. Ook andersoortige mindfulnessoefeningen worden toegepast binnen ACT. Vanuit de gestalttherapie worden technieken gebruikt, zoals de lege-stoeltechniek, het gestalte geven aan gevoelens. Een kernmetafoor is de zogeheten passagiers-in-de-busmetafoor, waarbij gedachten en gevoelens voorgesteld worden als passagiers van een bus waarvan de patiënt de bestuurder is.

Angela

Angela is een vrouw van 44 jaar met een gehandicapte dochter van 15 jaar. Angela durft haar dochter niet alleen naar school te laten gaan, maar vindt het voor de zelfstandigheid van haar dochter belangrijk dat ze dat wel leert. We spelen in de groep de metafoor van de passagiers in de bus uit. Groepsleden spelen de rol van haar gedachten en gevoelens. Zo is er een passagier die Angela waarschuwt dat als haar dochter iets zou overkomen, zij er niet bij is om haar dochter te helpen. Een andere passagier vertegenwoordigt haar angst dat haar dochter een dodelijk ongeluk zou kunnen krijgen.

Elke deelnemer in de rol van passagier krijgt een beurt om Angela duidelijk te maken waarom het een slecht idee is om haar dochter alleen naar school te laten gaan. Angela mag eerst met elke passagier afzonderlijk in discussie gaan. Daarna laat ze de passagiers tegen haar praten, zonder erop in te gaan. Als ze al haar gedachten – als gedachten – onder ogen kan zien, groeit bij Angela de daadkracht om haar dochter daadwerkelijk alleen naar school te laten fietsen.

Met de metafoor ga je in op de vraag wat het gedrag van de patiënt stuurt: zijn eigen keuze en zijn waarden, of de negatieve gedachten en gevoelens die aanzetten tot automatische vermijding. Deze interventies nodigen de patiënt minder uit tot fusie dan uitleg of adviezen. De patiënt wordt in contact gebracht met wat voor hem werkt, ofwel: welk gedrag voor hem intrinsiek belonend is. Hierdoor wordt hij of zij minder afhankelijk van de therapeut of anderen: hij leert te vertrouwen op zijn eigen ervaring.

4 ACT bij angststoornissen

Niet iedereen die een levensbedreigende ervaring meemaakt, ontwikkelt een PTSS. En niet iedereen die een paniekaanval meemaakt, ontwikkelt een paniekstoornis. Er zijn aanwijzingen dat de onderdrukking van innerlijke ervaringen een belangrijke bijdrage levert aan de ontwikkeling en instandhouding van angststoornissen (bijvoorbeeld Orsillo & Roemer, 2005). Volgens de relational frame theory heeft de ontwikkeling van taal geleid tot een exponentiële toename van het aantal pijnlijke of angst opwekkende gebeurtenissen waaraan wij mensen worden blootgesteld. Door simpelweg te denken aan een gebeurtenis, kunnen we de psychische en emotionele reacties op die gebeurtenis in het heden oproepen (Van der Meijden, 2008). Onze gedachtewereld bestaat onder meer uit regels die beschrijven welke situaties angstwekkend zijn, hoe in dergelijke situaties te handelen en wat de consequenties zullen zijn. Deze regels worden stimuli die zelf angst oproepen. Angst en gevaar worden zaken die wederzijds met elkaar verbonden zijn, waardoor angst iets wordt om bang van te worden. Vermijding kan de overhand nemen als patiënten er de regel op na houden: 'Pas als ik van mijn angst af ben, kan ik het leven leiden dat ik graag wil.'

Bij patiënten met een paniekstoornis kan vermijding bijvoorbeeld gericht zijn op lichamelijke gewaarwordingen, bij patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis kan vermijding de vorm aannemen van piekeren. Wat en hoe er ook vermeden wordt – in de therapie wordt met de patiënt gewerkt aan het ervaringsgewijze inzien dat vermijding van je innerlijke ervaringen op de lange duur onmogelijk is en een effectief en waardevol leven in de weg staat. Dit opent de weg voor acceptatie van angst als iets wat bij het leven hoort.

Er is veel aandacht voor mindfulnessprocessen. Deze worden op een specifieke manier gedefinieerd: niet als meditatietechnieken of als onderdeel van een spirituele ontwikkeling, maar als een samenspel van acceptatie, defusie, contact met het huidig moment en zelf-als-context. Patiënten worden uitgenodigd stil te staan bij bepaalde aspecten van hun beleving, bijvoorbeeld gevoelens die zich voordoen in de therapiekamer, maar ook gevoelens die opgeroepen worden door herinneringen of gedachten.

Het leren stilstaan bij ervaringen kan worden opgebouwd door eerst stil te staan bij zintuiglijke ervaringen (wat zie je, hoor je, ruik je) en daarna de aandacht te richten op lichamelijke sensaties (wat voel je als je zit, als je ademhaalt). Als patiënten dit onder de knie hebben, kan de aandacht gericht worden op als negatief en onaangenaam ervaren gedachten, gevoelens, herinneringen, enzovoort.

Door patiënten te helpen 'mindful' met hun angst om te gaan, kunnen zij ontdekken welke betekenis angst voor hen heeft. Zij kunnen ontdekken dat angst niet iets is waar je bang voor hoeft te zijn, dat zij voor de vermijding een prijs betalen (verwijderd raken van hun waarden), en dat zij niet samenvallen met hun angst. Angst is, net zoals andere emoties, iets wat komt en gaat, zonder dat we daar invloed op hoeven uit te oefenen. Een niet-oordelende houding tegenover onze eigen innerlijke ervaringen ondersteunt het proces van acceptatie. Immers, als angst iets is wat veroordeeld wordt, neemt de drijfveer om angst te vermijden toe. Patiënten leren hun aandacht te richten op het nu, waarin de informatie te vinden is over de effectiviteit van hun gedrag. Je bezighouden met een toekomst waarin zich een rampscenario ontvouwt, draagt niet altijd bij aan je nu effectiever gedragen. Door aanwezig te zijn in het nu, neemt de impact van het gefantaseerde rampscenario af.

Er wordt ook aandacht besteed aan het zelfbeeld dat patiënten erop nahouden. Niet omdat de manier waarop patiënten naar zichzelf kijken veranderd dient te worden: men hoeft niet

positiever over zichzelf te denken. Het is de relatie die de patiënt inneemt tot het zelfbeeld dat aandacht verdient. Is hij ermee in gevecht, of juist heel erg aan gehecht, en wat voor invloed heeft dit op het dagelijkse handelen? Patiënten leren houvast te vinden in het perspectief van het zelf als waarnemer tijdens blootstelling aan hun angsten. In de behandeling van angststoornissen kunnen waarden een belangrijke motivatie vormen om zich bloot te stellen aan gevreesde situaties. Een moeder die het belangrijk vindt om haar kinderen naar school te brengen, kan hierdoor gemotiveerd worden om haar agorafobie te overwinnen. Iemand met een sociale fobie die beseft hoe belangrijk vriendschap voor hem is, kan zich daardoor meer gemotiveerd voelen om in contact te treden met anderen.

Een belangrijke interventie die bij toegewijde actie hoort, is exposure. Patiënten worden blootgesteld aan voorheen vermeden situaties en ervaringen. Dit is niet om bepaalde cognities te veranderen of angst te verminderen. Het doel van exposure is juist het vergroten van het gedragsrepertoire dat voldoening geeft, het leren handelen zonder zich te laten tegenhouden door angst en negatieve gedachten. Patiënten worden uitgenodigd om vermeden activiteiten op te pakken wanneer deze activiteiten van waarde zijn. Net als bij exposure in andere vormen van CGT kan exposure binnen ACT systematisch en gradueel aangepakt worden, maar exposure kan ook een natuurlijk gevolg zijn van de keuze van de patiënt om te leven naar zijn waarden. Centraal staat het begrip bereidheid. Kun je een bepaalde stap zetten terwijl je je openstelt voor alle innerlijke ervaringen die deze stap met zich meebrengt, omdat deze stap je dichterbij je waarden brengt? Bereidheid is niet hetzelfde als 'willen'. Je hoeft het niet te willen dat je angstig wordt als je naar een feestje gaat, maar je kunt ondanks dat je het niet wilt, er toch voor kiezen om te gaan met angst ('ik ga naar een feest EN ik ben angstig'), omdat het waardevol is om naar een feestje te gaan.

De duur van een ACT-behandeling wordt bepaald door de mate van (in)flexibiliteit van de patiënt en van de behandeldoelstelling. In twaalf tot zestien zittingen kan al veel vooruitgang geboekt worden, zeker als het alleen om de angststoornis gaat. Daarna kan de patiënt vaak zijn eigen leerproces zelf verder vormgeven. Uit onderzoek is meermalen gebleken dat ACT een nawerking heeft. In het geval van complexe problematiek met een hoge mate van inflexibiliteit kan ACT langer durend worden aangeboden, al dan niet in combinatie met andere interventies, zoals medicatie. ACT kan zowel individueel als in groepen worden aangeboden. In groepen zal doorgaans gewerkt worden met een bepaalde opbouw die niet geheel op maat gemaakt kan worden van de individuele deelnemers. Daar staat tegenover dat het delen van ervaringen voor groepsleden een meerwaarde heeft en groepsleden het leerproces bij elkaar kunnen stimuleren. ACT is nadrukkelijk geen protocollaire behandeling; de therapeut laat het leerproces aansluiten bij wat de patiënt nodig heeft. Er bestaan echter wel protocollen die beginnend therapeuten houvast kunnen geven (voor angststoornissen, zie Eifert & Forsyth, 2007). Ook zijn er zelfhulpboeken die de therapeut ondersteunend bij de behandeling kan gebruiken (Hayes & Smith, 2006; Harris, 2009).

5 Hoe verhoudt ACT zich tot CGT?

Dé cognitieve gedragstherapie bestaat niet: het is een verzamelnaam voor verschillende theorieën en therapievormen met als doel het veranderen van uitwendig gedrag en denken. Een belangrijk kenmerk van cognitieve gedragstherapieën is de focus op wetenschappelijk onderzoek. Het lijkt geen twijfel dat ACT gedragstherapie is. Het is namelijk gebaseerd op

de gedragsanalytische aanpak van Skinner, de grondlegger van het radicaal behaviorisme, waaruit het functioneel contextualisme is voortgekomen. Het is tevens een vorm van cognitieve therapie, ook al houdt het zich niet bezig met het uitdagen van gedachten en kent het geen oorzakelijke rol toe aan gedachten. Cognities hebben een prominente plek in zowel de theorievorming als in de therapie. ACT bouwt voort op en integreert bevindingen uit andere cognitieve therapieën, zoals die van Ellis en die van Beck.

In het bulletin van de ISTSS (International Society of Traumatic Stress Studies), *Stress Points* (Friedlander, 2010), beschrijft Kevin het effect van verschillende cognitieve therapieën. Kevin is getraind om een patiënt met PTSS-klachten te spelen. Verschillende therapeuten hebben een behandelzitting van anderhalf uur met hem gedaan vanuit verschillende cognitief-gedragtherapeutische modellen. Kevin profiteert van elke aanpak op een andere manier. Elke therapeut pakt een ander aspect van zijn problematiek aan. Van ACT zegt hij dat deze benadering hem een ander perspectief gegeven heeft op zijn – gehele – problematiek. Onder sommige cognitief-gedragstherapeuten is enige weerstand te bespeuren ten opzichte van de nieuwkomer ACT. Men vindt de relational frame theory nodeloos ingewikkeld, de therapievorm ‘oude wijn in nieuwe zakken’. Ook zijn er mensen die bezwaar maken tegen het optimisme van de grondleggers van ACT over de werkzaamheid van ACT. Omdat ACT zich nog niet wetenschappelijk bewezen heeft (zie paragraaf 9), ervaart men ACT als een ‘hype’. Zie voor een uitgebreidere bespreking van de verhouding tussen ACT en CGT, A-Tjak (2010).

6 Wat voegt ACT toe aan bestaande CGT-behandelingen?

ACT richt zich niet op symptoomreductie, maar op een verhoging van de kwaliteit van leven als behandeluitkomst. Het voordeel is dat ACT ook toegepast kan worden wanneer patiënten, bijvoorbeeld zoals soms bij GAS het geval is, veel last hebben van hun klachten, maar er in hun dagelijks functioneren weinig door gehinderd worden.

Een belangrijke bijdrage van ACT aan de cognitief-gedragtherapeutische traditie is de nadruk op experiëntiële interventies. Veel van dergelijke interventies worden ontleend aan de gestalttherapie en andere therapievormen binnen en buiten de cognitieve gedragstherapie, zoals de client centered-therapie, mindfulness (zie hoofdstuk 22), de dialectische gedragstherapie en de psychosynthese. Het vernieuwende schuilt in de onderbouwing waarom men nu juist zo wil werken, en in integratie ervan in de theorievorming.

Voorts is een belangrijke bijdrage van ACT de geïntegreerde manier waarop de therapeutische relatie in de behandeling gestalte krijgt. In de training tot ACT-therapeut wordt veel aandacht besteed aan het leren hanteren van de therapeutische relatie. Deze is niet een toevallige non-specifieke factor. Er is een uitgewerkt model beschikbaar dat naadloos aansluit bij de theorie en dat de therapeut helpt zich te trainen in een optimale hantering van de therapeutische relatie (Wilson, 2008).

ACT gaat ervan uit dat de processen die de patiënt in de problemen hebben gebracht en geleid hebben tot psychologische inflexibiliteit, ook van invloed zijn op de therapeut: in zijn dagelijks leven, maar ook in zijn werk als therapeut. Dat maakt dat de processen die de patiënt kunnen helpen flexibeler te worden, ook toegepast kunnen worden op de therapeut. De processen zijn vertaald in concreet herkenbaar gedrag van de patiënt. Bijvoorbeeld: snel praten wordt gezien als een signaal dat de patiënt (of de therapeut) mogelijk niet in het hier-en-nu aanwezig is. Het analyseren van gebeurtenissen kan een teken zijn van fusie of experiëntiële vermijding.

De therapeut leert de zes processen bij zijn patiënt en zichzelf te herkennen en te beïnvloeden. Bovendien gebruikt de therapeut het hier-en-nu van de therapiezitting om de zes processen op gang te brengen bij de patiënt. De therapeut staat model voor wat hij de patiënt wil leren. Zo zal de therapeut zelfonthullingen doen als dit de patiënt kan helpen. Een therapeut zou bijvoorbeeld kunnen zeggen: 'Als je zo angstig kijkt en zo zacht praat, heb ik de neiging om je te ontzien'. Therapeuten laten zien dat zij ook onprettige gevoelens en gedachten hebben, zonder dat zij hun gedrag daardoor hoeven te laten leiden. Ook als de therapeut wel geleid wordt door zijn angst (en daardoor een bepaalde confrontatie met de patiënt bijvoorbeeld uit de weg gaat) kan hij een modelfunctie hebben door dit op te merken en te laten zien dat hij zich daarin kan herstellen.

Op het gebied van onderzoek ligt vanaf het begin bij ACT de nadruk niet alleen op effectonderzoek (werkt het?), maar zeker ook op procesonderzoek (wat werkt hoe?). Theorievorming gebeurt bottom-up, dat wil zeggen dat de bouwstenen voor de theorie afkomstig zijn uit fundamenteel experimenteel onderzoek. De bottom-upbenadering heeft geleid tot een theorie, de relational frame theory, waarin met een relatief klein aantal bouwstenen vele psychologische processen verklaard en begrepen kunnen worden. ACT geeft therapeuten veel vrijheid. Niet de specifieke interventies of protocollen zijn van belang, maar het oog hebben voor, en tot stand kunnen brengen van specifieke processen. Er is veel aandacht voor het leren aansluiten bij wat de patiënt nodig heeft en voor de vraag op welk punt in zijn psychologische ontwikkeling hij zich bevindt. Ook is er aandacht voor wat de therapeut nodig heeft en hoe hij zich kan en wil ontwikkelen.

7 Wetenschappelijke evidentie

We weten nu al dat de RFT en het ACT-model van psychopathologie ooit achterhaald zullen zijn of moeten worden aangepast. Dat geldt namelijk voor alle wetenschappelijke theorieën en het is een kenmerk van de ontwikkeling van de wetenschap. Wat ons wetenschappelijk gezien verder brengt, is te ontdekken wat er niet klopt en waarom dat zo is.

7.1 Effectonderzoek

Hoe staat het met de effectiviteit van ACT? Visser en Emmelkamp (2009) stellen:

'Naar onze mening kan men – op grond van de recente meta-analyses – ACT beschouwen als een effectieve behandeling bij verschillende klachtengebieden (de in de meta-analyses betrokken klachtgebieden betreffen psychose, stress op het werk, chronische pijn, angst en depressie, stoppen met roken, verslaving, borderline persoonlijkheidsstoornis, diabetes, gewichtscntrole, epilepsie, trichotillomanie, depressie en wiskundeangst). Het onderzoek is weliswaar nog beperkt, maar ACT is aantoonbaar effectiever dan placebo-, controle- of wachtlijstcondities.'

Dit geldt echter niet voor de behandeling van angstproblematiek met ACT, omdat er, tot dan toe, geen RCT gedaan was naar een populatie patiënten met een angststoornis volgens vastgestelde diagnostische criteria. Er is überhaupt nog te weinig onderzoek gedaan om een definitieve uitspraak te doen over de effectiviteit van ACT. Het bestaande onderzoek is gedaan met kleine groepen, zonder controlegroep, of met niet-klinische populaties.

Lappalainen en anderen (2007) hebben een RCT uitgevoerd met onervaren therapeuten die ACT of CGT toepasten bij een gemende populatie van ambulante patiënten, waaronder patiënten met angstklachten ($N = 28$). ACT leidde tot meer verbetering op de SCL-90. Ook bleek het effect van een ACT-behandeling samen te hangen met een afname van experiëntiële vermijding. Forman en collegae (2007) vond geen verschil in effectiviteit tussen een ACT- of CGT-behandeling bij een heterogene groep van ambulante behandelde patiënten, waaronder patiënten met angstklachten ($N = 101$). Ook hier werden aanwijzingen gevonden dat de resultaten van ACT samenhangen met andere processen dan de effecten ten gevolge van CGT. Twohig (2007) vergeleek ACT in een niet-gepubliceerde studie met progressieve relaxatietraining bij patiënten met OCS ($N = 34$). De ACT-groep vertoonde na afloop minder compulsies. De resultaten konden worden toegeschreven aan veranderingen in experiëntiële vermijding en cognitieve fusie. Vier studies zijn gedaan op het gebied van sociale fobie (Block, 2002; Dalrymple & Herbert, 2007; Kocovski, Fleming & Rector, 2009; Ossman, e.a., 2006). Een van de studies is ongepubliceerd en uitgevoerd met universitaire studenten ($N = 26$) (Block, 2002). De andere studies betreffen alle open trials ($N = 19$; $N = 29$; $N = 12$). Uit al deze onderzoeken komt ACT als veelbelovend naar voren. Roemer en Orsillo (2007) hebben een open trial gedaan naar een op ACT en op mindfulness gebaseerde behandeling bij GAS met grote effectgroottes: $d = 2,42$ ($N = 16$). Roemer, Orsillo en Salters-Pedneault (2008) vergeleken behandeling met een op ACT gebaseerd protocol met een wachtlijstconditie bij patiënten met GAS ($N = 31$). Ook hier waren de effectgroottes omvangrijk: $d = 2,97$. Recentelijk is een grote RCT ($N = 503$) uitgevoerd naar de effectiviteit van een ACT-zelfhulpboek voor angstproblematiek. De resultaten zijn gepresenteerd op een symposium van de ABCT (Association for Behavioral and Cognitive Therapies) (Forsyth & Sheppard, 2009; Sheppard & Forsyth, 2009). ACT bleek significant effectiever dan een wachtlijstgroep, op maten van angst en depressie, met een effectgrootte variërend van 0,59 tot 0,78. Op de procesmaten variëren de effectgroottes van 0,53 tot 1,17. Uit mediatieonderzoek blijkt dat de onderzochte processen inderdaad het effect mediëren.

Tot slot is er nog een Nederlands onderzoek geweest waarin de effecten van ACT als preventiemethode zijn onderzocht (Bohlmeijer e.a., 2010; Fledderus, 2008). In een RCT ($N = 93$) is de ACT-cursus 'Voluit leven' (gebaseerd op Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009) vergeleken met een wachtlijstgroep bij mensen met lichte of matige psychische klachten, zoals angstklachten, depressieve klachten of vermoeidheid. Dit onderzoek laat zien dat de ACT-groep significante positieve effecten heeft op de zelfgerapporteerde uitkomstmaten van depressie, angst, vermoeidheid, welzijn en gezondheidsproblemen, op werk en dagelijkse activiteiten, in vergelijking met de wachtlijstgroep. Effectgroottes variëren van 0,26 tot 0,59. Het blijkt dat experiëntiële vermijding de effecten mediëert tussen de condities en de uitkomstmaten van angst, depressie, vermoeidheid en welzijn.

Het probleem voor ACT, wanneer de effectiviteit ervan wordt vergeleken met bijvoorbeeld CGT, is dat de effectiviteit wordt uitgedrukt in afname van symptomen, terwijl voor ACT het beoogde behandeldoel een verhoging van kwaliteit van leven is. Dit maakt vergelijking moeilijk. Daarnaast is ACT niet stoornisspecifiek, maar gericht op de functie van gedrag, waaronder symptomen. Experiëntiële vermijding is bijvoorbeeld een functie van gedrag die bij verschillende angststoornissen, maar ook bij depressies en persoonlijkheidsproblematiek een belangrijke rol kan spelen (Berkling e.a., 2009).

Zou voor angststoornissen aangetoond worden dat ACT ongeveer even effectief is als CGT, dan zou dit goed nieuws zijn. Het zou immers betekenen dat er iets te kiezen valt, niet alleen voor patiënten, maar ook voor therapeuten. Het lijkt logisch te veronderstellen dat therapeuten meer effect bereiken met therapievormen waarmee zij affiniteit hebben, dan met therapievormen waartoe zij zich verplicht voelen om deze toe te passen.

7.2 Procesonderzoek

Een van de opdrachten waarvoor het wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van therapieën staat, is om niet alleen aan te tonen dat iets werkt, maar ook hoe en waarom het werkt. Het is ondoenlijk om alle denkbare en beschikbare varianten van therapievormen uitgebreid in meerdere RCT's te toetsen. Wanneer we zicht hebben op de processen die ten grondslag liggen aan effectieve therapievormen, vormt dat een betere basis om ons werk te verbeteren.

Visser en Emmelkamp (2009) concluderen dat onderzoek laat zien dat de effecten die bij ACT gevonden worden, over het algemeen samenhangen met de theoretische veronderstellingen van deze benadering. Hierboven is al stilgestaan dat in veel effectonderzoek tevens ondersteuning gevonden wordt voor mediatie door de processen (vooral beïnvloeding van experiëntiële vermijding) zoals het ACT-therapiemodel voorspelt. Berking e.a. (2009) vinden evidentie dat de behandeling van depressie bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis negatief beïnvloed wordt door experiëntiële vermijding. Ruiz (2010) somt de resultaten op van correlatieve studies, experimentele studies en studies naar componenten uit ACT. Hierin wordt onderbouwing voor het ACT-model van psychopathologie gevonden. Over het algemeen ondersteunen de resultaten de hypothese dat experiëntiële vermijding leidt tot meer psychologische pijn, zoals angst. Acceptatie, defusie en het koppelen van een taak aan waarden leidt tot het langer volhouden van onaangename taken. Acceptatie lijkt te leiden tot minder psychologische pijn en betere fysieke uitkomsten dan onderdrukking van emoties, vooral als de emoties hoger oplopen.

Een probleem met veel van dit onderzoek is dat deelnemers aan het onderzoek instructies krijgen om te accepteren. ACT werkt in de praktijk echter niet met instructies om acceptatie te faciliteren. Daarom wordt ook onderzoek gedaan met korte protocollen om bijvoorbeeld juist een proces van acceptatie tot stand te brengen. Uit deze studies komt naar voren dat een acceptatieprotocol leidt tot het verdragen van meer fysieke pijn dan een op controle gericht protocol (Hayes e.a., 1999; Takahashi e.a., 2002; Masedo & Esteve, 2007; Gutiérrez e.a., 2004). In één onderzoek werd het effect van controle versus acceptatie onderzocht met behulp van instructies versus vaardigheidstraining. Alleen de ACT-vaardigheidstraining leidde tot een toename van tolerantie om elektrische schokken te ondergaan (McMullen e.a., 2008). Ook de bijdrage van waarden is onderzocht. Wanneer het protocol een waardegerichte component bevat, blijkt de pijntolerantie toe te nemen en het ervaren ongemak neemt af (Páez-Blarrina e.a., 2008; Branstetter-Rost Cushing & Douleh, 2009). Een defusietraining leidde tot een afname van vermijdingsgedrag, afname van ongemak en afname van de geloofwaardigheid van gedachten. Defusie bleek beter te helpen in het omgaan met negatieve gedachten over zichzelf dan afleiding (Luciano e.a., 2008; Masuda e.a., 2004, 2009, 2010).

8 Conclusie

Hoewel de evidentie voor ACT nog beperkt is, lijkt het aanknopingspunten te bieden om de zorg voor patiënten met een angststoornis te kunnen verbeteren. ACT kan een aanvulling zijn op het evidence-based behandelaanbod en kan de theorievorming over het ontstaan, in stand blijven en doorbreken van angststoornissen een nieuwe impuls geven. Verder biedt ACT een model voor de therapeutische relatie, waaruit concrete handvatten gedestilleerd kunnen worden om de therapeutische relatie te optimaliseren.

Gezien de huidige status van het effectonderzoek naar ACT bij angststoornissen lijkt het raadzaam om patiënten in eerste instantie een behandeling aan te bieden met een evidence-based status, zoals CGT, EMDR of medicatie. Wanneer er geen evidence-based behandeling is, of bij patiënten die een evidence-based behandelvorm niet aanspreekt, of bij patiënten die niet voldoende responderen op deze behandelvormen, of bij patiënten met een behandelvraag die meer aansluit bij ACT, zou een ACT-behandeling overwogen kunnen worden. Te denken valt aan een patiënt die expliciet vraagt om bepaalde ervaringen uit zijn leven te kunnen accepteren, of een patiënt die geholpen wil worden om zijn levensrichting te bepalen.

Literatuur

- A-Tjak, J. (2009). Acceptance and commitment therapy: Hoe nieuw taalgebruik kan bijdragen aan een rijker leven. *Psychopraxis*, *11*, 124-130.
- A-Tjak, J. (2010). ACT: Een nieuwe vorm van cognitieve gedragstherapie. *GZ-Psychologie*, *2*(1), 10-13.
- A-Tjak, J., & Groot, F. de (red.) (2008). *Acceptance and commitment therapy: Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Berking, M., Neasciu, A., Comtois, K.A., & Linehan, M.M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behavior research and therapy*, *47*, 663-670.
- Block, J.A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety* (unpublished doctoral dissertation). Albany: University of Albany, State University of New York.
- Bohlmeijer, E.T., Fledderus, M., Rokx, T.A.J.J., & Pieterse, M.E. (in druk). Effectiveness of an early acceptance-based behavior therapy for adults with depressive and anxiety symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. Online reeds verschenen: www.sciencedirect.com, doi:10.1016/j.brat.2010.10.003.
- Bohlmeijer, E., & Hulsbergen, M. (2009). *Voluit leven*. Amsterdam: Boom.
- Branstetter-Rost, A., Cushing C., & Douleh, T. (2009). Personal values and pain tolerance: Does a values intervention add to acceptance? *The journal of pain*, *10*, 887-892.
- Dalrymple, K.L., & Herbert, J.D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior modification*, *31*, 543-568.
- Eifert G.H., & Forsyth J.P. (2007). *Acceptatie en commitmenttherapie bij angststoornissen. Behandelgids voor het gebruik van mindfulness, acceptatie en waardengerichte gedragsveranderingsstrategieën*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds. [Vertaling van: Eifert G.H., & Forsyth J.P. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders – A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland: New Harbinger Publications.]

- 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 for anxiety and depression. *Behavior modification*, 31, 772-799.
- Fledderus, M. (2008). *Acceptance and commitment therapy voor preventie van psychische stoornissen en voor het versterken van psychologische flexibiliteit: Een randomized controlled trial*. Ongepubliceerde scriptie, Master Psychologie, Veiligheid en Gezondheid, Universiteit Twente.
- Forsyth, J.P., & Sheppard, S.C. (2009). The effectiveness of ACT for anxiety disorders: Outcomes from a randomized wait-list clinical trial evaluating the mindfulness and acceptance workbook for anxiety. In S.C. Sheppard, & J.P. Forsyth (Voorzitters), *Beyond the efficacy ceiling: Targeting universal processes across diverse problems in ACT clinical effectiveness trials*. Symposium presented at the 43rd annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New York, NY.
- Friedlander, J. (2010). Kevin's story: A review of the master clinician series. *Stress Points, Uitgave van de ISTSS (International Society of Traumatic Stress Studies)*, 24(1), 11-14.
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M., & Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior therapy*, 35, 767-783.
- Harris, R. (2009). *De valstrik van het geluk. Hoe kun je stoppen met worstelen en beginnen met leven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. [Vertaling van: Harris, R. (2008). *The happiness trap*. Boston: Shambhala]
- Hayes, S.C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I., Cooper, L., & Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The psychological record*, 49, 33-47.
- Hayes, S.C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., & Smith, S. (2006). *Uit je hoofd, in het leven. Een werkboek voor een waardevol leven met mindfulness en acceptatie en commitment therapie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds. [Vertaling van: Hayes, S.C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind & into your life. The new acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications]
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2006). *ACT, een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers. [Vertaling van: Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.]
- Kocovski, N.L., Fleming, J.E., & Rector, N.A. (2009). Mindfulness and acceptance based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and behavioral practice*, 16, 276-289.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S.C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior modification*, 31, 488-511.
- Luciano, C., Valdivia, S., Ruiz, F.J., Cabello, F., Barnes-Holmes, D., Dougher, M.J., e.a. (2008). The effect of several strategies in altering avoidance to direct and derived avoidance stimuli. *34th Annual Association for Behavior Analysis (ABA) Conference*. Chicago, Illinois: 23-27 mei 2008.
- Masedo, A.I., & Esteve, M.R. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour research and therapy*, 45, 199-209.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F., & Twohig, M.P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behavior research and therapy*, 42, 477-485.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Twohig, M.P., Drossel, C., Lillis, J., & Washio, Y. (2009). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behavior modification*, 33, 250-262.

- Masuda, A., Twohig, M.P., Stormo, A.R., Feinstein, A.S., Chou, Y., & Wendell, J.W. (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *Journal of behavior therapy & experimental psychiatry*, *41*, 11-17.
- McMullen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., Luciano, C., & Cochrane, A. (2008). Acceptance versus distraction: Brief instructions, metaphors and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behavior research and therapy*, *46*, 122-129.
- Meijden, N. van der (2008). ACT bij angst. In J. A-Tjak, & F. de Groot (red.), *Acceptance and commitment therapy: Een praktische inleiding voor hulpverleners* (pp. 65-71). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Orsillo, S.M., & Roemer, L. (red.) (2005). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization & treatment*. New York: Springer Science + Business Media.
- Ossman, W.A., Wilson, K.G., Storaasli, R.D., & McNeill, J.W. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International journal of psychology and psychological therapy*, *6*, 397-416.
- Páez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia, S., Rodríguez-Valverde, M., & Ortega, J. (2008). Coping with pain in the motivational context of values: Comparison between an acceptance-based and a cognitive-based protocol. *Behavior modification*, *32*, 403-422.
- Páez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia, S., Ortega, J., & Rodríguez-Valverde, M. (2008). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and a cognitive-control-based protocols. *Behavior research and therapy*, *46*, 84-97.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2007). An open trail of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior therapy*, *38*, 72-85.
- Roemer, L., Orsillo, S.M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *76*, 1083-1089.
- 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.
- Sheppard, S.C., & Forsyth, J.P. (2009). Multiple mediators and the search for mechanisms of action: A clinical trial of ACT in the treatment of anxiety disorders. In S.C. Sheppard, & J.P. Forsyth (Voorzitters), *Beyond the efficacy ceiling: Targeting universal processes across diverse problems in ACT clinical effectiveness trials*. Symposium presented at the 43rd annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New York, NY.
- Takahashi, M., Muto, T., Tada, M., & Sugiyama, M. (2002). Acceptance rationale and increasing pain tolerance: Acceptance-based and FEAR-based practice. *Japanese journal of behavior therapy*, *28*, 35-46.
- Trimbos-instituut (2005). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Trimbos-instituut (2010). *Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, eerste revisie. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Twohig, M.P. (2007). *Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder*. Unpublished doctoral dissertation, Reno, University of Nevada, Reno, United States.

- Visser, S., & Emmelkamp, P. (2009). ACT revisited. Hoe evidencebased is de acceptance and commitment therapy? *Psychopraxis*, *11*(4), 160-163.
- Wilson, K. (2008). *Mindfulness for two. An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland: New Harbinger Publications.