

Het meten van experiëntiële vermijding

De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)

Nele Jacobs¹, Marco Kleen², Francis De Groot³, Jacqueline A-Tjak⁴

SAMENVATTING

Een proces dat een belangrijke rol zou kunnen spelen bij uiteenlopende psychische problemen en stoornissen, is experiëntiële vermijding. Experiëntiële vermijding en de positieve tegenpool, acceptatie, kunnen gemeten worden met de Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II). Het doel van deze studie is het ontwikkelen van een Nederlandstalige versie van de AAQ-II door de vragenlijst te vertalen, de factorstructuur en interne consistentie evenals de validiteit te onderzoeken in verschillende steekproeven van de Nederlandstalige populatie. De resultaten geven aan dat de één-factoroplossing van de Nederlandstalige AAQ-II overeenkomt met de factorstructuur van de Engelstalige AAQ-II. Naast de constructvaliditeit, heeft de vertaalde versie eveneens een goede interne consistentie en een gelijkaardige convergente en divergente validiteit als de originele versie. Klinische toepassingsmogelijkheden van de AAQ-II worden besproken, evenals empirisch onderzoek naar de effecten van experiëntiële vermijding op het menselijke functioneren.

INLEIDING

Diagnostiek wordt vaak herleid tot categorische, syndromale diagnostiek: het stellen van een diagnose waarbij topografische gedragskenmerken de basis vormen voor de classificatie. De Diagnostic and Statistical Manual (DSM) is hiervan het prototype (American Psychiatric Association, 2000). Het eind-

1. Instituut voor Gedragwetenschappen (SEIN), Universiteit Hasselt, België

2. BrainDynamics en PsyAdvies.nl, Groningen, Nederland

3. Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout, België

4. Parnassia Bavo Groep, Zaandam, Nederland

Correspondentie: Nele Jacobs, Instituut voor Gedragwetenschappen (SEIN), Universiteit Hasselt,

Agoralaan – Gebouw D, 3590 Diepenbeek. E-mail: nele.jacobs@uhasselt.be

product van dit proces is een statische, categorische beschrijving, bruikbaar in wetenschappelijk onderzoek en medische communicatie. Vanuit klinisch standpunt is er echter meer behoefte aan diagnostiek die beschrijft welke factoren een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van probleemgedrag, en op welke wijze het probleemgedrag beïnvloed kan worden. Een functioneel-dimensionale benadering zou hierop een antwoord kunnen bieden (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Het eindproduct van deze benadering is een hypothese over de processen die betrokken zijn bij de individuele psychopathologie. Deze hypothese biedt aanknopingspunten voor klinische interventies. Een voorbeeld van een proces dat betrokken is bij zeer uiteenlopende problemen en stoornissen, is experiëntiële vermijding (Tull, Gratz, Salters & Roemer, 2004; Hayes et al., 1996; Hayes, Strosahl, Wilson et al., 2004). Experiëntiële vermijding verwijst naar het vermijden van negatief geëvalueerde innerlijke ervaringen, zoals lichamelijke gewaarwordingen, emoties, gedachten en herinneringen (Hayes et al., 1996, Hayes, Strosahl, Wilson et al., 2004). Iemand die bijvoorbeeld vervelende herinneringen heeft aan bepaalde gebeurtenissen uit het verleden, kan allerlei controle- of vermijdingsstrategieën ontwikkelen om deze herinneringen te ontlopen. Dit proces wordt door andere auteurs ook wel emotionele 'down regulation' of disregulatie genoemd (Barlow, Allen & Choate, 2004; Forsyth, 2006). Het proces van experiëntiële vermijding leidt ertoe dat cliënten steeds meer tijd en energie gaan steken in het vermijden van ervaringen, die geen daadwerkelijke bedreiging vormen en/of die op de lange termijn niet succesvol kunnen worden vermeden. Cliënten raken verwickeld in een zichzelf versterkend proces, dat in veel gevallen leidt tot een versmalling van het gedragsrepertoire, een toename van rigiditeit van functioneren en een afname van positieve levenservaringen (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006; Sloan, 2004; Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger, 2006).

Experiëntiële vermijding is dus een ineffectieve strategie om negatief geëvalueerde innerlijke ervaringen te hanteren (Hayes, Bissett, Korn et al., 1999). Het is dan ook niet toevallig dat verschillende nieuwere therapievormen zich richten op deze vermijdingsstrategieën. Voorbeelden van deze nieuwe therapievormen, of 'derde generatie gedragstherapieën', zijn Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) en Dialectical Behavior Therapy (DBT) (A-Tjak & De Groot, 2008; Hayes, Follette & Linehan, 2006; Hayes, Strosahl & Wilson, 2006; Teasdale et al., 2000; Linehan et al., 1999).

Een alternatief voor experiëntiële vermijding is acceptatie van ongewenste innerlijke ervaringen. Acceptatie maakt onderdeel uit van wat binnen ACT 'psychologische flexibiliteit' wordt genoemd (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006). Verschillende instrumenten werden ontwikkeld om experiëntiële vermijding en acceptatie te meten. Voor volwassenen werd de Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) ontworpen voor het meten van acceptatie of experiëntiële vermijding. Van de oorspronkelijke AAQ (ook AAQ-I genaamd)

zijn meerdere versies in omloop, waaronder versies van 22, 16 en 9 items (Hayes, Strosahl, Wilson et al., 2004; Bond & Bunce, 2003). Geen van deze werd in het Nederlands vertaald en onderzocht.

Recent werd een volledig herziene 10-item versie van de AAQ ontwikkeld om de psychometrische kwaliteiten te verbeteren en om de verwarring te vermijden die was ontstaan door de verschillende versies met dezelfde naam (Bond et al., in preparation). Daarom werd deze nieuwe vragenlijst de AAQ-II genoemd. Deze lijst meet acceptatie, als onderdeel van psychologische flexibiliteit. Resultaten van psychometrisch onderzoek van de AAQ-II in algemene proefgroepen hebben een factoroplossing met 1 component met een goede interne consistentie (gemiddelde Cronbach's $\alpha = 0.85$) en constructvaliditeit als resultaat (Bond et al., in preparation). Vermoedelijk wordt de AAQ-II het meest aangewezen instrument om in de toekomst onderzoek te doen naar acceptatie en experiëntiële vermijding.

De huidige studie heeft tot doel de AAQ-II naar het Nederlands te vertalen. De onderzoeksvraag is of de psychometrische kwaliteiten van de vertaling overeenstemmen met de originele psychometrische bevindingen.

METHODE

Deelnemers

De AAQ-II werd voorgelegd aan twee steekproeven, een algemene en een klinische steekproef⁵. De *algemene steekproef* bestond enerzijds uit een groep eerste en tweede jaars bachelor psychologie studenten van de Katholieke Universiteit Leuven. Een online-versie van de AAQ-II werd aangeboden om een automatische dataverzameling mogelijk te maken. De studenten werd om medewerking gevraagd via e-mail, met een link naar de online vragenlijst. Anderzijds bestond de algemene steekproef uit zowel werkenden als werkzoekenden. Deze laatsten waren personen die een arbeidsbureau of werkwinkel bezochten. Een onderzoeker vroeg de bezoekers van de werkwinkel of ze wilden meewerken aan het huidige onderzoek. Bij toezegging werden de AAQ-II, de WBSI en de BDI-II (zie hieronder) ingevuld in aanwezigheid van een onderzoeker. Om een grotere groep werkenden te bereiken werd medewerking bekomen van een groot bedrijf uit de automobielsector. De medische afdeling van het bedrijf liet de werknemers de AAQ-II en de WBSI invullen bij hun jaarlijks onderzoek. Hiernaast werd de AAQ-II ook online ingevuld door medewerkers uit de werksettings van de auteurs. Deze steekproef bestond uit 374 deelnemers van wie 274 vrouwen (73.3%) en 100 mannen (26.7%). De gemiddelde leeftijd was 25.95

5. Met dank aan de werkwinkels van Sint-Truiden en Hasselt, Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria (Sint-Truiden); Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Sint-Truiden; Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen (Boechout) en GGZ Dijk en Duin (Zaandam).

($SD = 11.28$). Van de deelnemers waren 332 Belg, 39 waren Nederlander en 3 deelnemers hadden een andere nationaliteit. Het opleidingsniveau was als volgt verdeeld: 24 mensen hadden het lager secundair onderwijs/vmbo voltooid (6.4%), 234 hadden het hoger secundair onderwijs/HAVO/VWO voltooid (62.6%), 76 behaalden een diploma hoger niet-universitair onderwijs/HBO (geen masterdiploma) (20.3%) en 40 mensen behaalden een masterdiploma (10.7%).

De *klinische steekproef* bestond grotendeels uit personen die opgenomen waren in twee psychiatrische ziekenhuizen ($n=99$). Als patiënten wilden meewerken, ondertekenden ze een toestemmingsformulier ('informed consent'). De volgende vragenlijsten werden dan aangeboden: de AAQ-II, de WBSI, de SCI-90, de BDI-II, en de MAAS (zie hieronder). Daarnaast is de klinische groep aangevuld met mensen die zich aanmeldden voor ambulante of online geestelijke gezondheidszorg ($n=25$). De klinische steekproef bestond uit 124 deelnemers van wie 60 vrouwen (48.4%) en 64 mannen (51.6%). Van de deelnemers in deze steekproef waren 102 Belg en 22 Nederlander. Het opleidingsniveau was als volgt verdeeld: 23 mensen hadden het lager secundair onderwijs voltooid (18.5%), 27 hadden het hoger secundair onderwijs voltooid (21.8%), 26 behaalden een diploma hoger onderwijs (geen masterdiploma) (21%) en 12 mensen behaalden een masterdiploma (9.7%). Het opleidingsniveau werd bij 36 mensen niet genoteerd (29%). De verdeling over de verschillende diagnoses was als volgt: 22 stemmingsstoornissen (18%), 1 angststoornis (1%), 6 somatoforme stoornissen (5%), 4 comorbide stoornissen (stemmings- en/of angst- en/of somatoforme stoornis) (3%), 59 verslavingen (47%), 12 persoonlijkheidsstoornissen (10%), 20 andere stoornissen (16%). De diagnoses zijn gebaseerd op klinische interviews door de behandelende psychiaters op basis van DSM-IV criteria.

Meetinstrumenten

De *Acceptance and Action Questionnaire-II*. De AAQ-II bestaat uit 10 items die telkens op een schaal van 1 tot 7 worden gescoord. De totaalscore wordt bekomen door de itemscores op te tellen. Voor de items 2, 3, 4, 5, 7, 8 en 9 worden de scores omgekeerd. De minimumscore is dus 10 en de maximumscore 70. Hoe hoger de totaalscore, hoe hoger de acceptatie en hoe minder experiëntiële vermijding. Bij de AAQ-I is dit omgekeerd (Hayes, Strosahl, Wilson et al., 2004). Bij vergelijking van resultaten dient men hiermee rekening te houden.

De oorspronkelijke auteurs, Frank Bond en Steven Hayes, verleenden in 2006 formeel toestemming voor de vertaling van de AAQ-II en bewaken dat per taalgebied slechts één officiële vertaling ontwikkeld wordt. De vertaling van de AAQ-II kwam tot stand door een intense samenwerking tussen de auteurs, allen lid van de Nederlandstalige ACT-intervisiegroep. Deze interventiegroep houdt zich bezig met theorie en praktijk betreffende ACT in België en Nederland. De contacten verliepen voornamelijk via e-mail. In de eerste fase van dit onderzoek werd de AAQ-II in het Nederlands vertaald (zie bijlage).

Maneesriwongul en Dixon (2004) stellen dat een terugvertaling noodzakelijk is om de kwaliteit van de vertaling te garanderen. De Nederlandse vertaling van de AAQ-II werd bijgevolg door een Engelstalig persoon terugvertaald naar het Engels en vergeleken met de originele Engelstalige versie van de AAQ-II⁶. Deze versies waren nagenoeg identiek.

Verder werd de relatie tussen de AAQ-II en een aantal andere vragenlijsten bestudeerd met behulp van de onderstaande vragenlijsten die, afhankelijk van de steekproef, werden afgenomen.

De *White Bear Suppression Inventory* (WBSI) (Wegner & Zanakos, 1994) meet de mate waarin men geneigd is negatieve gedachten te onderdrukken.

De *Symptom Checklist 90* (SCL-90) (Derogatis, 1977; Arrindell & Ettema, 2003) bevat 90 items, die als totaalscore een indicatie geven van algemene psychopathologie (psychoneuroticisme).

De *Beck Depression Inventory* (BDI-II) (Beck et al., 1996; Van der Does, 2002) omvat 21 items en meet de ernst van depressieve symptomatologie.

De *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS) (Brown & Ryan, 2003) ten slotte meet mindfulness, de mate waarin men activiteiten met aandacht kan uitvoeren.

Statistische analyse

De psychometrische eigenschappen van de AAQ-II werden door middel van statistische analyses getoetst. Dit gebeurde met behulp van SPSS 14.0 voor MS Windows. De Nederlandse versie van de AAQ-II werd als een nieuwe vragenlijst beschouwd conform de aanbeveling van Van Widenfelt, Treffers, De Beurs, Siebelink en Koudijs (2005). Daarom is een principale componentenanalyse het meest geschikt om de psychometrische eigenschappen te onderzoeken (Costello & Osborne, 2005). Om na te gaan of de voorwaarden voor een factoranalyse vervuld waren, is gekeken naar de 'Bartlett's test of sphericity' en de 'Kaiser-Meyer-Olkin Measure' (KMO). De interne consistentie van de Nederlandstalige AAQ-II werd uitgedrukt in een Cronbach's alpha. Tot slot werd naar mogelijke verbanden gezocht tussen de demografische gegevens en de factoren van de AAQ-II, en tussen de score op de AAQ-II en andere vragenlijsten.

RESULTATEN

Interne structuur

De factorstructuur van de vragenlijst werd bepaald door middel van een principale componentenanalyse (PCA). Om na te gaan of de data hiervoor geschikt waren, werd eveneens een Bartlett test uitgevoerd en de KMO-waarde werd

6. Met dank aan Ingrid Postma en Daniel Carney voor de terugvertaling.

bepaald. Voor de algemene steekproef was de κ MO-waarde .90 en de Bartlett test gaf aan dat een PCA kon worden uitgevoerd (Approx Chi-Square=1675.26, $df=45$, $p=.000$). Voor de klinische steekproef bedroeg de κ MO-waarde .88 en de Bartlett test gaf opnieuw aan dat een PCA kon worden uitgevoerd (Approx. Chi-Square=605.833, $df=45$, $p=.000$).

Tabel 1: Factorladingen van de vertaalde AAQ-II per steekproef

<i>Item</i>	<i>Algemene steekproef</i>	<i>Klinische steekproef</i>
1. Het is OK als ik me iets onaangenaams herinner.	.422	.369
2. Mijn pijnlijke ervaringen en herinneringen maken het me moeilijk om een waardevol leven te leiden.	.791	.812
3. Ik ben bang voor mijn gevoelens.	.708	.867
4. Ik maak me zorgen dat ik niet in staat ben mijn zorgen en gevoelens onder controle te houden.	.754	.826
5. Mijn pijnlijke herinneringen verhinderen mij een bevredigend leven te leiden.	.810	.781
6. Ik heb controle over mijn leven.	.597	.619
7. Emoties veroorzaken problemen in mijn leven.	.726	.804
8. Het lijkt erop dat de meeste mensen meer controle over hun leven hebben dan ik.	.739	.698
9. Zorgen staan mijn succes in de weg.	.784	.750
10. Mijn gedachten en gevoelens staan de manier waarop ik wil leven niet in de weg.	.701	.405

Algemene steekproef. Een PCA gaf een factorstructuur met 1 component als oplossing, waardoor 50.65% van de variantie wordt verklaard. De factorladingen variëren van .42 tot .81 (tabel 1). De interne consistentie werd nagegaan met de Cronbach alpha, deze was .89.

Klinische steekproef. De PCA gaf eveneens een factorstructuur met 1 component als oplossing, waardoor 50.83% van de variantie in de antwoorden op de AAQ-II werd verklaard. De factorladingen variëren van .37 tot .87 (tabel 1). De interne consistentie werd nagegaan met de Cronbach alpha, deze was .89.

De conclusie uit deze analyses is dat de AAQ-II het best als een eendimensionele lijst beschouwd kan worden, en dat de interne consistentie daarvan goed is.

Scores op de vragenlijsten

In Tabel 2 is af te lezen dat de gemiddelde somscore van de AAQ-II conform verwachting hoger is in de steekproef van de algemene bevolking dan in de klinische groep. Een bijkomende T-test toonde aan dat het om een significant verschil gaat ($t=11.898$, $df=492$, $p=.000$). Dit kan gezien worden als ondersteuning voor de stelling dat psychische problemen vaak samenhangen met grotere experiëntiële vermijding. In de algemene bevolking ligt de mate van acceptatie (en dus ook psychologische flexibiliteit) hoger.

Verder was de mediaan in de algemene steekproef $md = 54$, en in de klinische groep $md = 39$. De scheefheid en kurtosis voor de algemene steekproef waren respectievelijk $-.86$ en $.83$. De scheefheid en kurtosis voor de klinische groep waren respectievelijk $.08$ en $-.34$.

Tabel 2. Gemiddelden, standaarddeviaties en correlaties per vragenlijst en per steekproef

	Algemene steekproef (<i>n</i> = 374)				Klinische steekproef (<i>n</i> = 124)			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r</i>
AAQ-II	370	52.03	9.30		124	39.69	11.83	
WBSI	18	40.72	19.84	-.79**	77	54.30	13.84	-.70**
SCL-90	13	167.77	60.38	-.67*	99	195.04	70.23	-.68**
BDI-II	15	16.93	10.08	-.68**	105	21.36	13.39	-.69**
MAAS	0	-	-	-	60	59.58	15.12	.46**

Noot 1. AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire – II; WBSI: White Bear Suppression Inventory; SCL-90: Symptom Checklist 90; BDI-II: Beck Depression Inventory – Second Edition; MAAS: Mindfulness Attention Awareness Scale.

Noot 2. *n*: valide *n* per lijst en per steekproef; *r*: Pearson correlatie met de AAQ-II; *: $p < .005$; **: $p < .001$.

Voor de andere schalen geldt eveneens dat de scoreverschillen in de verwachte richting liggen. De gemiddelde score op de BDI-II was vrij hoog in de algemene steekproef. Slechts 15 van 374 mensen uit de algemene steekproef vulden de BDI-II in. Dit was mogelijks een te beperkt aantal om tot een representatief gemiddelde voor de algemene steekproef te komen.

Verband tussen AAQ-II en andere vragenlijsten

Eveneens in tabel 2 is af te lezen dat de correlaties tussen de AAQ-II enerzijds en de WBSI, de SCL-90, de BDI-II, en de MAAS anderzijds in beide steekproeven nagenoeg gelijk zijn. De sterkte van de correlaties is matig tot hoog. Zowel in de algemene als in de klinische steekproef hangt sterkere experiëntiële vermijding (lage acceptatie en psychologische flexibiliteit) samen met een sterker onderdrukken van negatieve emoties, de aanwezigheid van meer psychopa-

thologie (psychoneuroticisme) en met een sterkere depressieve stemming. En omgekeerd hangt minder experiëntiële vermijding in zekere mate samen met een grotere vaardigheid tot mindfulness in de klinische steekproef (werd niet onderzocht in de algemene steekproef).

Er kan geconcludeerd worden dat de gevonden correlaties allen in de verwachte richting en van de verwachte sterkte zijn. Hiermee wordt enige steun voor de constructvaliditeit gevonden.

Verband tussen AAQ-II en demografische variabelen

Algemene steekproef. Voor deze steekproef werd er geen significant verschil vastgesteld in de scores op de AAQ-II op basis van geslacht ($t=-2.817$, $df=368$, $p=.005$). Er werd een lage, maar significante correlatie gevonden met de leeftijd ($r=.148$, $p<.001$). Een ANOVA gaf aan dat er een significant verschil tussen de scores op de AAQ-II bestaat op basis van opleidingsniveau ($F=7.295$, $df=3$, $p=.000$). De deelnemers met een hoger opleidingsniveau behaalden hogere scores op de AAQ-II en vertonen dus een hogere mate van acceptatie dan deelnemers met een lager opleidingsniveau.

Klinische steekproef. Voor de klinische steekproef werd een significant verschil vastgesteld in de scores op de AAQ-II op basis van geslacht ($t=-4.036$, $df=122$, $p=.000$). De mannen behaalden hogere scores dan de vrouwen met respectievelijk gemiddelden van 43.61 ($SD = 11.75$) en 35.52 ($SD = 10.49$). Voor deze steekproef werd geen verband tussen de AAQ-II en de leeftijd vastgesteld ($r=.093$, $p>.005$). Een ANOVA gaf aan dat er geen significant verschil tussen de scores op de AAQ-II bestaat op basis van opleidingsniveau ($F=1.359$, $df=4$, $p=.252$).

Indien we de twee verschillende steekproeven samen bekijken, blijkt uit de T-test dat er eveneens geen verschil is in AAQ-II scores op basis van geslacht ($t=-2.112$, $df=456$, $p=.035$), maar wel op basis van opleidingsniveau ($F=6.708$, $df=3$, $p=.000$). Voor de volledige groep werd ook geen significante correlatie gevonden tussen de AAQ-II scores en de leeftijd ($r=-.082$, $p>.005$).

Op grond van bovenstaande resultaten kan worden geconcludeerd dat er geen eenduidige relaties met demografische variabelen zijn; scores op de AAQ-II lijken daardoor vooralsnog niet te worden beïnvloed.

DISCUSSIE

In de huidige studie werd de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) vertaald en gevalideerd bij twee Nederlandstalige steekproeven. De psychometrische eigenschappen van de vragenlijst bleken zowel in de algemene als in de klinische steekproef vergelijkbaar met de originele versie. De interne consistentie bleek in beide steekproeven zeer goed (.89). De correlaties met andere meetinstrumenten, zoals de WBSI, de BDI-II en de SCL-90, bleken voor beide steekproeven in de verwachte richting te liggen en van verwachte sterk-

te te zijn. De hoogste (negatieve) correlatie werd zowel voor de algemene als klinische steekproef gevonden met de WBSI. De correlatie met de MAAS was in de klinische steekproef beperkt positief. Deze bevinding ligt eveneens in lijn met eerder onderzoek (Bond et al., in preparation). Hieruit kunnen we vermoedelijk concluderen dat beide vragenlijsten een ander construct meten. Dit is in overeenstemming met de ACT-visie. Deze stelt dat psychologische flexibiliteit samenhangt met verschillende processen of vaardigheden waaronder acceptatie. Mindfulness wordt binnen ACT gezien als een proces dat uit vier processen is samengesteld, waarvan acceptatie er één is. Omdat uit de PCA voor beide steekproeven een één-factoroplossing het beste bleek en rekening houdend met de inhoud van de vragen, kan geconcludeerd worden dat de Nederlandse AAQ-II *acceptatie* of de mate waarin mensen negatieve interne ervaringen aanvaarden, in één totaalscore meet. In de algemene steekproef verklaarde de factoroplossing 50.65% van de variantie, in de klinische steekproef bedroeg dit 50.83%. Dit is vergelijkbaar met het percentage dat gevonden werd in de originele vragenlijst (Bond et al., in preparation).

In de validatiestudie van de originele vragenlijst werd in sommige steekproeven een factoroplossing met twee componenten gevonden (Bond et al., in preparation). Dit is volgens deze auteurs te verklaren door het verschil in de vraagstelling (items 1, 6 en 10 zijn positief geformuleerd en de overige items zijn negatief geformuleerd). Bij verdere analyses met de algemene steekproef zonder de psychologiestudenten, werd in deze studie een vergelijkbaar methode-effect vastgesteld. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat dit methode-effect een belangrijkere rol speelt bij de algemene bevolking dan bij psychologiestudenten. Psychologiestudenten hebben vermoedelijk meer ervaring met complexere vraagstellingen en/of het abstracter nadenken over gevoelens en gedachten dan mensen uit de algemene bevolking.

De AAQ-II is een kort en praktisch instrument om acceptatie of zijn logische tegenpool experiëtiële vermijding te meten. Indien experiëtiële vermijding een belangrijke factor is in het ontstaan of blijven voortbestaan van psychopathologie, is verder onderzoek met behulp van een gevalideerd instrument aangewezen. In het huidige onderzoek bleek de gemiddelde score voor acceptatie hoger is in de algemene, dan in de klinische steekproef. Ook dit is een resultaat dat in de verwachte lijn ligt.

Verder onderzoek is nodig om de bruikbaarheid van de AAQ-II na te gaan in de klinische praktijk. De vragenlijst zou een instrument kunnen zijn bij het evalueren van de werkzaamheid van derde generatie gedragstherapieën, bij voorkeur in zogenaamde *randomised controlled trials* (RCTs). Een meta-analyse over de werkzaamheid van derde generatie gedragstherapieën bracht hierover een aantal concrete adviezen naar voren (Öst, 2008). Uiteraard kan de AAQ-II ook gebruikt worden in effectstudies van andere therapievormen, zoals de klassieke cognitieve gedragstherapie. Op dit moment is het immers nog niet duidelijk wat de werkzame componenten in deze therapievorm zijn (Davis

& Szentagotai, 2006; Orsillo, Roemer, Block, Lerner & Tull, 2004; Longmore & Worrel, 2007). Het is theoretisch gezien mogelijk of zelfs te verwachten dat een verhoging van acceptatie van negatieve ervaringen één van de werkzame elementen is van cognitieve gedragstherapie; de AAQ-II zou als procesinstrument ingezet kunnen worden om deze hypothese te toetsen.

De onderhavige studie lijdt aan enkele methodologische tekortkomingen. Zo dient men er rekening mee te houden dat er sprake kan zijn van een selectiebias. Immers, de algemene steekproef bestond grotendeels uit een specifieke groep studenten. In de klinische steekproef zou het mogelijk kunnen zijn dat juist patiënten met een hogere of lagere psychologische flexibiliteit interesse hadden om deel te nemen aan het onderzoek.

Gezien de resultaten van het huidige onderzoek, kan worden gesteld dat de vertaalde versie van de AAQ-II een goede interne consistentie bezit en bemoedigende validiteitscoëfficiënten. Bijgevolg staat de deur open voor toekomstig onderzoek naar acceptatie en experiëntiële vermijding in het Nederlandse taalgebied.

SUMMARY

The measurement of experiential avoidance. The Dutch language version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)

Experiential avoidance could be a process that plays an important role in several psychological problems and disorders. Experiential avoidance and the opposite process, acceptance, can be measured with the Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II). The purpose of this study was to develop a Dutch version of the AAQ-II, by translating the questionnaire and examining its psychometric properties in different samples of the Dutch speaking population. The results indicate that the factor structure of the Dutch AAQ-II matches the factor structure of the English version. Construct validity, intern consistency, convergent and divergent validity are comparable in the Dutch and English version. Possible ways of using the AAQ-II in clinical practice as well as empirical research on the effects of experiential avoidance on human functioning are discussed.

Keywords: acceptance, questionnaire, psychometric evaluation, clinical sample

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H. (2003). *SCL-90. SCL-90 Symptom CheckList*. Amsterdam: Harcourt.

- A-Tjak, J., & De Groot, F. (2008). *Acceptance & Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorder. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.
- Beck, A.T., Brown, G., & Steer, R.A. (1996). *Beck Depression Inventory II manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bond, F.W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology, 88*, 1057-1067.
- Bond, F.W., Hayes, S.C. et al. (in preparation). *Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of acceptance and psychological flexibility*.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: The role of mindfulness in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-848.
- Costello, A.B., & Osborne, J.W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 10*, 1-9.
- Davis, D. & Szentagotai, A. (2006). Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model. *Clinical Psychology Review, 26*, 284-298.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R (revised). Version Manual I*. Clinical Psychometrics Research Unit. John Hopkins University School Of Medicine.
- Does, A.J.W. van der (2002). *BDI-II-NL. Beck Depression Inventory-Second Edition*. Amsterdam: Harcourt.
- Forsyth, J.P. (2006). Fear Conditioning in an Emotion Regulation Context. In: M.G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.) *Fear and Learning: Basic Science to Clinical Application*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S.C., Bissett, R.T., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I.S., Cooper, L.D., & Grundt, A.M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record, 49*, 33-47.
- Hayes, S.C., Follette, V.M., & Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and Acceptance, expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Process and Outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth J.P., Karekla, M., & McCurry, S.M. (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.
- Kashdan, T.B., Barrios, V., Forsyth, J.P., & Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 9*, 1301-1320.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Kanter, J. W., Craft, J. C., Comtois, K. A., & Recknor, K. L. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *American Journal on Addiction, 8*, 279-292.
- Longmore, R.J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*, 173-187.
- Maneesriwongul, W., & Dixon, J.K. (2004). Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing, 48*, 175-186.

- Orsillo, S.M., Roemer, L., Block Lerner, J., & Tull, M.T. (2004). Acceptance, Mindfulness, and Cognitive-Behavioral Therapy: Comparisons, Contrasts, and Application to Anxiety. In: In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan (Eds.) *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York/London: Guilford. (pp 66-95).
- Öst L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis, *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 296-321.
- Sloan, D.M. (2004). Emotion regulation in action: emotional reactivity in experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1257-1270.
- Teasdale, J., Williams, M., Soulsby, J., Segal, Z., Ridgeway, V., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 615-623.
- Tull, M.T., Gratz, K.L., Salters, K., & Roemer, L (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*, 754-761.
- Wegner, D.M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, *62*, 615-640.
- Widenfelt, B.M. v., Treffers, P.D.A., Beurs, E.d., Siebelink, B.M., & Koudijs, E. (2005). Translating and adapting assessment instruments. Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *8*, 135-147.

