

# ACT: waarde(n)vol of waardeloos?

*Een verkennende studie naar de effectiviteit van Acceptance and Commitment Therapy bij persoonlijkheidsstoornissen.*

Door **Malinda van Dreumel** (klinisch psycholoog, de Wende, GGzE), **Silvia Pol** (klinisch psycholoog, Scelta, GGNet) en **Wim Jansen** (senioronderzoeker Hogeschool Windesheim en Altrecht GGZ).

## Inleiding

Bij één op de zeven personen in de algemene bevolking kan minimaal één persoonlijkheidsstoornis worden vastgesteld (Verheul et al., 2007). Deze mensen laten afwijkende, persisterende patronen van innerlijke ervaringen en gedragingen zien die in significante mate lijden of beperkingen veroorzaken op meerdere levensgebieden, waaronder het sociaal en beroepsmatig functioneren (APA, 2013). Mensen met persoonlijkheidsstoornissen kennen diep ingesleten en disfunctionele patronen van denken en voelen. Deze patronen ontstaan in een samenspel van genetische, biologische factoren en disfunctionele, negatieve en pijnlijke ervaringen gedurende de jeugd en zijn het resultaat van pogingen van het individu om verdere negatieve gevoelens en pijn te vermijden (Muste et al., 2009).

Het dagelijks onderdrukken en vermijden van negatieve en pijnlijke emoties draagt bij aan disfunctionele gedragingen die op hun beurt weer leiden tot een toename van (negatieve) gevoelens (Hayes & Smith, 2006; Sloan, 2004). Personen met persoonlijk-

heidsproblematiek zijn dan ook vaak bekend met chronische negatieve affecten als somberheid, angst, apathie, verveling, eenzaamheid, schuldgevoelens en boosheid (Jacob et al., 2013).

Het proces van vermijden en controleren van negatieve gevoelens wordt experiëntiële vermijding genoemd (Kashdan et al., 2006) en wordt ook wel omschreven als een disfunctionele emotieregulatiestrategie (Gratz et al., 2008). Voorbeelden van disfunctionele gedragingen zijn onder meer middelenmisbruik, eetproblematiek, risicovol seksueel gedrag of zelfbeschadiging. Experiëntiële vermijding blijkt sterk geassocieerd te zijn met deze gedragingen en blijkt tevens geassocieerd te zijn met angststoornissen, depressie en posttraumatische stress en somatisatie (Harris, 2006; Chiles & Strosahl, 2004; Tull et al., 2004).

Dat experiëntiële vermijding gezien wordt als een disfunctionele emotieregulatiestrategie, maakt het aannemelijk dat dit proces van vermijding ook een centrale rol speelt bij persoonlijkheidsstoornissen. Studies tonen aan dat bij patiënten met een border-

line persoonlijkheidsstoornis sprake is van hogere niveaus van experiëntiële vermijding (Jacob et al., 2013; Berking et al., 2009) dan bij patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis. Experiëntiële vermijding blijkt niet alleen een mediërende rol te hebben in de ontwikkeling van borderline problematiek, maar beïnvloedt tevens op nadelige wijze de behandeling en vergroot de kans op drop-out.

Het langdurig vermijden van gevoelens en ervaringen wordt ook gezien als een belangrijk element in de ontwikkeling van Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen (2010).

Aangezien Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen gedomineerd worden door angstig-vermijdende tendensen, lijkt ook hier experiëntiële vermijding een essentiële rol te spelen. In de behandeling van zowel cluster B- als cluster C-persoonlijkheidsstoornissen is het ervaren en activeren van onderdrukte gevoelens een belangrijk onderdeel voor een succesvolle behandeling. In toenemende mate wordt het doorbreken van experiëntiële vermijding als een belangrijke en centrale interventie gezien in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Gratz et al., 2008), ongeacht het referentiekader dat wordt gehanteerd.

In Acceptance and Commitment Therapy (ACT) staat het doorbreken van experiëntiële vermijding centraal. De idee is dat hoe meer tijd besteed wordt aan het onderdrukken van ongewenste ervaringen, des te hoger de lijdensdruk is die wordt ervaren (Harris, 2006). ACT valt onder de zogeheten derde generatie cognitieve gedragsthera-

pieën, waar Mindfulness-Based Cognitieve Therapie (MBCT), Dialectische Gedragstherapie (DGT) en Functionele Analytische Psychotherapie (FAP) eveneens onder vallen (Pull, 2008). Deze derde generatie gedragstherapieën kenmerken zich door technieken die zich richten op acceptatie, mindfulness, persoonlijke waarden, cognitieve defusie (het ontwarren van oordelen en werkelijk ervaring), dialectiek, interpersoonlijke relaties en de therapeutische relatie (Öst, 2008).

ACT onderscheidt zich van andere vormen van cognitieve gedragstherapie doordat het zich richt op de context waarin patiënten stresserende ervaringen hebben, en psychisch lijden of zelfs psychopathologie ontstaat, in plaats van op de inhoud van de gedachten of gedragingen (Hayes & Smith, 2006). Het tracht de link tussen negatieve gevoelens en het inefficiënte gedrag dat hierop volgt te verminderen, zonder de inhoud van de gedachte op zich te willen veranderen. ACT probeert inzicht te verschaffen in de lasten van het disfunctionele gedrag, de basis die hieraan ten grondslag ligt en de samenhang daartussen.

Acceptance and Commitment Therapy omvat twee inhoudelijke bestanddelen. Acceptatie bestaat uit het leren verdragen van gebeurtenissen of gedachten, zonder deze te willen veranderen, en het leren verminderen van de invloed van de gedachteninhoud (Berman, 2009). ACT leert mensen psychische vaardigheden om met pijnlijke gevoelens en gedachten om te gaan, de zogenoemde mindfulnessvaardigheden.

Daarnaast onderzoekt ACT de drempels die verandering in de weg staan en leert mensen contact maken met hun persoonlijke waarden zodat mensen zich daarmee kunnen leren verbinden.

Commitment wordt omschreven als het zich verbinden aan deze waarden en daar gerichte actie op ondernemen (Hayes et al., 1999). Het doel van ACT is een zinvol en waardevol leven opbouwen en tegelijkertijd de pijn ervaren die onlosmakelijk met het leven verbonden is. Dat vraagt om een psychologische flexibiliteit en het loslaten van rigide patronen van denken, beleven en gedragen ten behoeve van een hogere kwaliteit van leven.

De afgelopen jaren is er veel onderzoek naar ACT gedaan bij diverse psychische stoornissen. ACT is effectief bevonden bij verschillende angststoornissen, depressie, chronische pijn, psychotische stoornissen, drugsgebruik, trichotillomanie en bij epilepsie en diabetes (Pull, 2008; Dahl et al., 2005; Gutiérrez et al., 2004; Eifert & Heffner, 2003). ACT draagt bij aan een afname van negatieve gevoelens als angst en somberheid (Forman et al., 2007; Dalrymple & Herbert, 2007), een afname van middelengebruik (Twohig et al., 2007) en een toename in de mate van acceptatie en kwaliteit van leven (Pull, 2008). Drie meta-analyses bevestigen dat ACT een effectieve behandelvorm is, effectiever dan een wachtlijst of placebo (Ruiz, 2010; Powers, et al., 2009; Öst, 2008). Wel behoeft ACT nog verder onderzoek, waaronder de inzet van grotere RCT's bij verschillende stoornissen met

gebruikmaking van goede diagnostiek en effectmaten (Visser & Emmelkamp, 2009).

Er zijn slechts enkele onderzoeken bekend waarin ACT onderzocht is in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. In een onderzoek werden 14 sessies ACT toegevoegd aan de behandeling van borderline problematiek met een positief effect van ACT op zelfbeschadiging, borderline symptomen, angst en stemming (Gratz et al., 2006). In een tweede onderzoek (Morton et al., 2012) werden vergelijkbare resultaten gevonden. Naast verbetering van specifieke borderline symptomatologie en een afname van angst en hopeloosheid, werd verbetering gevonden op specifieke ACT-processen. Het onderzoek bevestigde de opvatting dat vermindering van impulsieve acties die in strijd zijn met iemands persoonlijke waarden en toegenomen actie gericht op het behalen van iemands persoonlijke doelen, belangrijke uitgangspunten zijn in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Ondanks positieve uitkomsten bevelen de onderzoekers verder onderzoek aan. Op grond van bovenstaande bevindingen ontstaat echter de indruk dat ACT een waardevolle aanvulling kan bieden op het bestaande behandel-aanbod gericht op persoonlijkheidsstoornissen.

## **Methode en meetinstrumenten**

### *Design*

In deze studie werd een vergelijking gemaakt tussen een experimenteel behandelprogramma met ACT en een regulier

behandelprogramma met cognitieve gedragstherapie (CGT). In het onderzoek werd gebruikgemaakt van een quasi-experimenteel design; het ging om een *between-group design* met herhaalde metingen (voor- en nameting). Het onderzoek richtte zich op objectiveerbare resultaten met behulp van vragenlijsten. Voor het onderzoek is gebruikgemaakt van de volgende uitkomstmaten: algeheel klachtenniveau (OQ45), kwaliteit van leven (WHOQoL), copingstijl (de schalen Actief aanpakken en Vermijden van de UCL), mate van acceptatie (AAQII), mate van autonomie en sociaal optimisme (PUL), en de mate van maladaptief functioneren van de persoonlijkheid (SIPP-SF).

#### *Setting*

Het onderzoek werd vanaf maart 2010 uitgevoerd binnen de resocialiserende dagklinische behandeling van Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen, onderdeel van GGNet. De tweedaagse dagklinische behandeling vindt plaats op twee verschillende locaties, Apeldoorn en Nijmegen. Oorspronkelijk werd op beide locaties een identiek behandelprogramma aangeboden. Voor deze studie werd in de locatie Apeldoorn het programma-onderdeel CGT vervangen door ACT. De verwachting was dat de overige therapie-onderdelen (groepspsychotherapie, vaktherapie, sociodrama en maatschappelijke re-integratie) in gelijke mate ondersteunend waren voor beide interventies en dat de invloed van de overige onderdelen even sterk was voor ACT als voor CGT.

#### *Behandeling*

De behandeling bestond uit een programma voor twee dagen gedurende 26 (tot maximaal 34) weken. Beide behandelteams bestonden uit een psychiater, (GZ- of KP-) psycholoog/psychotherapeut, een vaktherapeut en meerdere sociotherapeuten. De experimentele groep werkte met een 8-weekse cyclus ACT, waarbij gebruikgemaakt werd van vaststaande oefeningen en metaforen. De gebruikte cyclus is gebaseerd op een al bestaande ACT-module die binnen GGNet aangeboden werd. In de controlegroep werd er binnen de CGT gewerkt met G-schema's waarbij wekelijks een gebeurtenis werd uitgewerkt, ingebracht door één van de deelnemers. Voor beide groepen gold dat dit onderdeel eenmaal per week gegeven werd gedurende 75 minuten in een therapiegroep van negen patiënten onder leiding van twee therapeuten. De behandelaren van de locatie Apeldoorn werden allen getraind in ACT, door het volgen van een tweedaagse in-company training gegeven door ACT-geschoolde docenten. Daarnaast werkte een aantal van hen al langer met ACT binnen andere programma's. De behandelteams hielden eenmaal per maand intervisie in het kader van *treatment integrity* (Perepletchikova et al., 2007; Weck et al., 2011). Daarmee werd beoogd dat de behandeling zoveel mogelijk werd uitgevoerd zoals bedoeld.

#### *Deelnemers*

Deelnemers waren patiënten die van maart 2010 tot januari 2012 hadden deelge-

nomen aan de tweedaagse resocialiserende dagklinische behandeling op één van beide locaties.

Voor deelname aan het programma golden de volgende criteria: alle deelnemers moesten zijn gediagnosticeerd met één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen, waaronder een persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven of een persoonlijkheidsstoornis uit het B- of C-cluster. Daarnaast was er sprake van één of meerdere comorbide As I-stoornis, waaronder een stemmings-, angst- of eetstoornis of aan middelengebruik gerelateerde problematiek. Een andere voorwaarde voor deelname aan het programma was dat patiënten minimaal twee dagdelen dagbesteding moesten hebben (werk, vrijwilligerswerk, of anders).

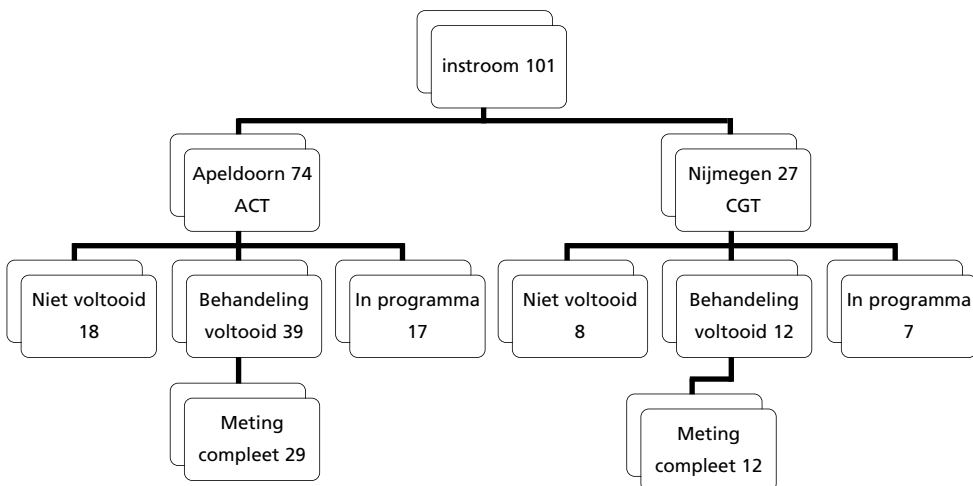
Het vaststellen van de DSM-IV classificaties (APA, 1994) heeft plaatsgevonden op basis van een klinisch interview in het kader van het indicatiestellingsonderzoek

uitgevoerd door ervaren psychiaters en klinisch psychologen, aangevuld met afname van een semigestructureerd interview SCID-I en SCID-II (Artznz et al., 1992) door getrainde interviewers.

Omdat in dit onderzoek het effect van behandeling werd onderzocht, is besloten alleen deelnemers te includeren die minimaal tweederde (minimaal 18 weken) van de gebruikelijke duur van het programma hadden gevolgd. De cliënten die korter dan 18 weken het programma volgden werden niet in het onderzoek meegenomen.

Onderstaand stroomdiagram laat de in- en uitstroom van patiënten zien. In totaal zijn in de periode van het onderzoek 101 deelnemers ingestroomd, 74 in de experimentele groep en 27 in de controlegroep. Voor de gepaarde T-toets kon gebruikgemaakt worden van in totaal 29 complete metingen in de experimentele groep (patiënten hebben T1 en T2 ingevuld) en 12 in de controlegroep ( $n=41$ ).

Figuur 1. In- en uitstroom patiënten



Van de overige deelnemers waren ofwel de metingen incompleet, ofwel zij werden uitgesloten wegens een te korte behandelduur of zij namen nog deel aan de behandeling op het moment dat de meting stopte. Respectievelijk 65% van de deelnemers van de experimentele groep en 60% van de controlegroep namen langer dan 18 weken (tweederde van de totale behandelduur) deel aan het programma. In beide groepen is dit een statistisch vergelijkbaar percentage.

#### *Exclusiecriteria*

Er golden van te voren geen exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek. Alle cliënten die deelnamen aan de behandeling werden in eerste instantie geïnccludeerd in het onderzoek.

#### *Kenmerken deelnemers*

Het merendeel van de deelnemers was vrouw (82-85%), met een gemiddelde leeftijd van 33-35 jaar, ongehuwd en met een middelbare tot hogere beroepsopleiding. Dit gold voor zowel de locatie Apeldoorn (ACT) als Nijmegen (CGT).

De meerderheid van de patiënten voldeed aan een persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven of een persoonlijkheidsstoornis uit het B- of C-cluster. Geen van de patiënten voldeed aan een cluster A-persoonlijkheidsstoornis. Bij nagenoeg alle deelnemers was er sprake van comorbiditeit; waaronder een stemmingsstoornis, angststoornis, eetproblematiek of overige stoornissen (middelenmisbruik, partnerrelatieproblemen).

Zie tabel 1, blz. 15.

#### *Randomisatie*

Er heeft in dit onderzoek geen randomisatie plaatsgevonden. Toewijzing van deelnemers aan de locatie geschiedde op basis van regio en reisafstand. Patiënten werden vooraf niet geïnformeerd over de verschillen in behandeling tussen beide locaties.

#### *Informed Consent*

Bij aanvang van de behandeling werd aan alle deelnemers schriftelijk toestemming gevraagd voor medewerking aan het onderzoek. Hen werd verteld dat hun gegevens (anoniem) gebruikt zouden worden voor wetenschappelijk onderzoek, waarbij er gekeken werd naar het effect van behandeling. Alle deelnemers zijn hiermee akkoord gegaan.

#### *Procedure*

Vanaf maart 2010 werd gestart met een aanvangsmeting (T1) en een eindmeting (T2), die proefpersonen aan respectievelijk het begin en het eind van hun behandeling invulden.

De vragenlijsten werden op papier ingevuld en afgenomen in het behandelcentrum.

#### *Instrumenten*

*Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I and II disorders (SCID- I en SCID- II)*  
De SCID-I en -II vormen een veelgebruikt semigestructureerd klinisch interview voor respectievelijk de vaststelling van symptoomstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM-IV (Arntz et al., 1992).

Tabel 1. Patiëntkenmerken

	ACT (n74)	CGT (n27)	ChiQ	df	Sign.
<b>Geslacht</b>	M 13 (18%)/V 61 (82%)	M 4 (15%)/ V 23 (85%)	2.832	2	0.243
<b>Leeftijd</b>	33 (sd 9.96)	35 (sd 11.20)		98	0.238
<b>Burgerlijke staat</b>			7.238	4	0.124
Ongehuwd	38 (51%)	10 (37%)			
Gehuwd	7 (10%)	4 (15%)			
Ongehuwd samenw.	10 (14%)	1 (4%)			
Gescheiden	5 (7%)	1 (4%)			
Onbekend	14 (18%)	11 (40%)			
<b>Opleiding</b>			12.659	8	0.124
VMBO/MAVO	12 (16%)	1 (4%)			
HAVO/VWO	3 (4%)	3 (11%)			
MBO	29 (39%)	8 (30%)			
HBO	9 (12%)	7 (26%)			
WO	5 (7%)	5 (19%)			
Onbekend	16 (22%)	3 (11%)			
<b>Diagnose As I</b>			1.125	3	0.771
Angststoornis	9 (12%)	4 (15%)			
Stemmingsstoornis	39 (53%)	13 (48%)			
Eetstoornis	8 (11%)	2 (7%)			
Overig	18 (24%)	8 (30%)			
<b>Diagnose As II</b>			2.218	2	0.330
Cluster B	18 (24%)	11 (41%)			
Cluster C	12 (16%)	3 (11%)			
NAO	40 (54%)	13 (48%)			
Uitgesteld / onbekend	4 (6%)	0 (0%)			
<b>GAF-score</b>	55.69	55.74	-0.44	95	0.965

*Outcome Questionnaire 45 (OQ45)*

De OQ45 is een vragenlijst die betrekking heeft op de algemene kwaliteit van leven met een meting op drie subschalen: ernst van de klachten (*symptom distress*), interpersoonlijk functioneren (*interpersonal relations*) en maatschappelijk functioneren (*social role*) (Lambert et al., 1996).

*World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF (WHOQoL-BREF)*

De WHOQoL-BREF is de verkorte versie van de WHOQoL-100 en meet de kwaliteit van leven over de domeinen fysieke gezondheid, psychologische gezondheid, sociale relaties en omgeving (Skevington et al., 2005).

*Utrechtse Coping Lijst (UCL)*

De UCL is een vragenlijst die meet hoe mensen over het algemeen omgaan met problemen (Scheurs et al., 1993) waarbij voor het huidige onderzoek gebruik wordt gemaakt van de score op de schalen Actief Aanpakken en Vermijden.

*Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ II)*

De AAQ-II is een verbeterde versie van de AAQ en is een 10-item meetinstrument voor de mate waarin een individu een accepterende houding laat zien ten aanzien van negatieve gevoelens en ervaringen, en de bereidheid actie te ondernemen zelfs wanneer hij zich dysfoor of onzeker voelt (Jacobs et al., 2008; Boelen & Reijntjes, 2008).

*Positieve Uitkomsten Lijst (PUL)*

De PUL is een 10-item meetinstrument bestaande uit twee subschalen: Autonomie (PUL-A) en Sociaal Optimisme (PUL-S). De subschaal Autonomie meet het ervaren van draagkracht, regie en zelfvertrouwen. De subschaal Sociaal optimisme meet de tevredenheid over en het vertrouwen in sociale contacten (Appelo & Lange, 2007).

*Severity Indices Personality Problems-Short Form (SIPP-SF)*

De SIPP-SF (Short-form) is de verkorte versie van de SIPP-118, een *self report* vragenlijst die de mate van maladaptief functioneren van de persoonlijkheid meet, die gebruikt wordt voor onderzoeksdoeleinden of monitoring (Verheul et al., 2008).

**Resultaten**

In het onderzoek is gebruikgemaakt van zowel gepaarde als ongepaarde T-toetsen en Chi-kwadraattoetsen om het verschil in beide onderzoeksgroepen te toetsen. Tevens zijn de effectgrootte (Cohen D) en de *residual gain*-scores berekend (Rankin & Tracey, 1965). Residual gain geeft de relatieve verbetering weer van de individuele patiënt ten opzichte van het totale gemiddelde (ruwe gain-score) van de totale groep (controle- en experimentele groep) en biedt de mogelijkheid om bij een kleine *n* toch twee groepen met elkaar te kunnen vergelijken.

Beide groepen zijn middels een Chi-kwadraattoets met elkaar vergeleken met betrekking tot geslacht, burgerlijke staat, opleidingsniveau en As I- en As II-diagnose



bij aanvang van de behandeling. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen.

#### *Uitkomstmaten bij aanvang behandeling*

Een ongepaarde T-toets (vergelijking T1 over beide locaties) laat zien dat beide groepen vergelijkbare resultaten haalden op de uitkomstmaten bij aanvang van de behandeling, met uitzondering van UCL-actief aanpakken. De controlegroep (CGT) had een significant hogere score op deze schaal. Dit betekent dat zij bij aanvang zichzelf een meer actieve copingstijl toeschreven dan cliënten in de experimentele groep (ACT). De groepen zijn vergelijkbaar wat betreft de kwaliteit van leven, klachtenniveau (mate van angst, somberheid, algemeen functioneren), en de mate waarin er gesproken kan worden van persoonlijkheidsproblematiek. Ook op de overige uitkomstmaten (mate van acceptatie, mate van sociale autonomie en verantwoordelijkheid, copingstijl vermijden) werd geen verschil gevonden. In beide groepen werd bij aanvang een vergelijkbare GAF-score gevonden die eveneens een maat is voor psychisch functioneren.

#### *Effect behandeling*

Voor de doelstelling van dit onderzoek is met behulp van gepaarde T-toetsen (vergelijking T1-T2 voor zowel de experimentele als controlegroep) onderzocht wat het effect van de behandeling is op 12 verschillende uitkomstmaten. Daarnaast zijn de effectgrootte (Cohen D) en de residual gain-scores berekend.

Zowel de experimentele groep als de controlegroep verbetert significant wat betreft het klachtenniveau (mate van angst, somberheid en algemene klachten).

De experimentele groep verbetert daarnaast nog op zeven van de twaalf uitkomstmaten significant. Er wordt een middelgroot effect gevonden van de behandeling als het gaat om het actief aanpakken van problemen en de kwaliteit van leven. Er wordt een klein effect gevonden als het gaat om de mate waarin patiënten in staat zijn een meer accepterende houding aan te nemen ten aanzien van negatieve gevoelens en ervaringen, en de bereidheid actie te ondernemen zelfs wanneer zij zich dysfoor of onzeker voelen (AAQII).

Patiënten in de controlegroep ervaren significant minder klachten aan het einde van hun behandeling. Op de overige uitkomstmaten worden echter geen significante verschillen gevonden.

In de vergelijking tussen de experimentele groep en de controlegroep met behulp van de residual gain-scores valt op dat bij twee uitkomstmaten (UCL-A en SIPP CD) een (bijna) significant verschil wordt gevonden in de relatieve verbetering tussen de behandeling met ACT en CGT ten gunste van ACT.

#### **Discussie en conclusie**

In deze studie is onderzocht of Acceptance and Commitment Therapy een effectieve behandelvorm kan zijn bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Patiënten in een experimentele groep (waar CGT vervangen is door ACT) werden vergeleken met een

Tabel 2. Gemiddelden, p-waarden en effectgroottes van experimentele (ACT) en controlegroep (CGT)

	ACT (N29)						CGT (N12)						
	M T1	SD	M T2	SD	df	p	Effect-size	M T1	SD	M T2	SD	df	p
<b>OQ45</b>	88.38	20.25	77.55	25.44	28	<b>.002**</b>	.46	94.83	31.44	84.17	27.51	11	<b>.045*</b>
<b>WHOQoL</b>	5.69	1.40	6.45	1.59	28	<b>.010**</b>	-.51	5.17	2.06	5.67	2.00	11	.275
<b>UCL-A</b>	15.03	4.05	17.17	3.90	28	<b>.002**</b>	.53	18.33	3.19	18.25	3.74	11	.886
<b>UCL-V</b>	18.17	2.92	17.90	2.88	28	.602	-.09	18.92	2.41	18.92	3.11	11	1.00
<b>AAQ II</b>	34.48	7.23	37.70	10.84	26	.117	.34	29.45	9.16	31.73	11.54	10	.377
<b>Pul A</b>	17.88	4.05	19.23	3.56	25	<b>.049*</b>	.35	15.73	4.47	16.64	4.52	10	.374
<b>Pul S</b>	8.23	1.49	8.88	1.54	25	<b>.012*</b>	.43	8.55	2.10	9.00	2.26	10	.378
<b>Sipp-Sc</b>	34.14	8.30	37.00	6.97	27	<b>.014*</b>	.40	33.00	8.00	34.80	6.50	9	.147
<b>Sipp-cd</b>	35.36	7.23	37.14	7.66	27	.057	-.24	36.40	7.08	35.10	7.89	9	.245
<b>Sipp-id</b>	26.14	8.42	30.14	9.78	27	<b>.012*</b>	-.43	23.50	10.16	25.40	10.69	9	.192
<b>Sipp-rd</b>	29.11	8.18	31.54	7.80	27	<b>.027*</b>	-.31	27.90	9.57	29.20	9.41	9	.417
<b>Sipp-res</b>	36.27	5.64	36.47	5.80	27	.823	-.12	34.79		35.14	7.19	9	.709

\* p < 0.05 significantieniveau      \*\* p < 0.01 significantieniveau

Tabel 3. Residual gain scores van experimentele (ACT) en controlegroep (CGT)

	Totaal deelnemers	ACT	CGT	df	p
	Ruwe gain-score	Residual gain	Residual gain		
OQ45	-9.04	.16	-.32	44	.43
WHOQoL	-0.61	.27	-.56	44	.29
UCL-A	-1.54	.38	-.78	44	.05*
UCL-V	0.17	-3.60	1.30	44	.37
AAQ II	-2.53	.21	-.44	41	.59
Pul A	-1.00	.19	-.36	39	.62
Pul S	-.05	.17	-.36	39	.55
Sipp-Sc	-2.56	.19	-.43	41	.37
Sipp-cd	-1.16	.83	-1.92	41	.03*
Sipp-id	-3.51	.23	-.54	41	.26
Sipp-rd	-2.14	.34	-.78	41	.21
Sipp-res	-0.26	-.22	.50	41	.90

controlegroep (waar CGT onderdeel was van de reguliere behandeling) in twee verschillende locaties. In beide groepen hadden de deelnemers een vrijwel vergelijkbaar klachtenniveau bij aanvang van de behandeling. Een uitzondering vormde de copingstijl Actief aanpakken, die sterker aanwezig was bij de laatste groep.

Beide behandelingen, zowel het reguliere programma als het programma met ACT, bleken effectief in het verminderen van het klachtenniveau.

In de experimentele groep (ACT) was er daarnaast sprake van significante verbeteringen op verschillende uitkomstmaten, waaronder actieve copingstijl, kwaliteit van leven, autonomie, sociale tevredenheid en verschillende aspecten van de persoonlijkheid, waaronder identiteitsintegratie, zelfcontrole en sociale aanpassing. In de controlegroep (CGT) werden deze verbeteringen niet gevonden.

Een nader onderzoek naar de vergelijking tussen uitkomsten laat een significant verschil zien op de copingstijl actief aanpakken en sociale concordantie (aanpassing), een domein van het persoonlijkheidsfunctioneren, ten gunste van de experimentele groep (ACT). Op de overige uitkomstmaten werden er tussen de twee groepen geen significante verschillen gevonden.

In de experimentele groep zijn meer significante verschillen gevonden zowel in de groep zelf, als bij vergelijking tussen de groepen. De behandeling waar ACT onderdeel van uitmaakte, lijkt daarmee een groter behandel-effect te sorteren dan de behandeling zonder ACT.

Het onderzoek kent echter meerdere zwakheden, waardoor grote voorzichtigheid geboden is bij het interpreteren van de resultaten.

Op de eerste plaats werden de uitkomsten van dit onderzoek sterk belemmerd door de kleine onderzoekspopulatie, met name in de controlegroep. Dit beïnvloedde in sterke mate de mogelijkheden en betrouwbaarheid van statistische analyses. Hoewel geprobeerd is de kwaliteit van de analyses te optimaliseren met behulp van aanvullende berekeningen, waaronder de effectgroottes (Cohen D) en de residual gains, blijft dit een punt van aandacht.

Ook moet in de interpretatie rekening gehouden worden met de uitvallers in de experimentele groep. In deze groep hebben 39 patiënten minimaal 18 weken de behandeling gevolgd, hiervan zijn slechts 29 complete metingen. Van de patiënten in de controlegroep hebben allen een complete meting. Dit kan bijdragen aan een selectie-bias. Patiënten die niet beide metingen hebben ingevuld vormen mogelijk een afwijkende groep in vergelijking met de cliënten die dit wél hebben gedaan.

Een andere beperking is dat in dit onderzoek ACT onderdeel uitmaakte van een breder behandelprogramma en dat hiermee onvoldoende aangetoond kan worden wat de invloed is van de specifieke ACT-interventies. In de literatuur (o.a. Zettle, 2011; Forman et al. 2007; Jurascio et al., 2010) zijn de effecten van ACT beschreven in studies waarin een interventie (CGT) werd vergeleken met een interventie gebaseerd op ACT. De interventies stonden op zich-

zelf en maakten geen deel uit van een breder behandelaanbod. De huidige studie vond plaats in een setting waarin ACT en CGT onderdelen waren van een dagklinische behandeling en waarbij cliënten naast CGT of ACT ook verschillende andere therapieën volgden. Het vervangen van een enkel therapieonderdeel (CGT) door ACT laat in het ongewisse wat de interactie is van ACT en CGT met de andere therapieonderdelen.

Dagklinische psychotherapie, zoals in dit onderzoek, is een meer intensieve behandelvorm die kan worden ingezet bij het brede spectrum aan persoonlijkheidsstoornissen van lichte tot ernstige persoonlijkheidspathologie (Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008). Er is geen evidentie voorhanden dat binnen de dagklinische behandeling het ene theoretische kader superieur is aan het andere, zolang er gebruikgemaakt wordt van een begrijpelijk, samenhangend model dat consistent wordt toegepast (Leichsenring & Leibing, 2003; Svartberg et al., 2004; Bateman & Fonagy, 2000). Het gevonden effect binnen de experimentele groep kan ook samenhangen met algemene non-specifieke factoren. Zo kunnen over twee locaties verschillen bestaan in de wijze waarop en de omstandigheden waarin het programma wordt aangeboden. De context waarin de behandeling plaatsvond (aspecten van houding en de kwaliteit van het therapeutisch milieu) speelt hierin ook een rol. De beperkte omvang van de onderzoekspopulatie stond niet toe om te controleren op

deze factoren. Binnen deze onderzoeksetting is daarmee het effect van ACT niet uit te zuiveren.

Ten slotte is er in het design geen follow-up meting opgenomen, waardoor er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de mate waarin het effect behouden blijft op de langere termijn.

Deze punten maken duidelijk dat de nodige voorzichtigheid geboden is met het verbinden van conclusies aan dit onderzoek.

Het verdient aanbeveling om dit onderzoek uit te voeren met een grotere populatie, waardoor het mogelijk wordt om te controleren op de effecten en invloeden van de overige programmaonderdelen en de context van behandeling. Het onderzoeksdesign zou versterkt kunnen worden door in de controlegroep, in een later stadium, ook hier CGT te vervangen door ACT. Hiermee kan het effect van ACT beter en nauwkeuriger onderzocht worden in verder ongewijzigde omstandigheden. Tevens biedt dit de mogelijkheid om meer zicht te krijgen op de invloed van aanwezige non-specifieke factoren waarop diverse onderzoeken wijzen (Leichsenring & Leibing, 2003; Svartberg et al., 2004; Bateman & Fonagy, 2000).

Het onderzoeken van ACT bij persoonlijkheidsstoornissen in een ambulante setting, waarin ACT als enige therapieonderdeel kan worden aangeboden, biedt de mogelijkheid meer zicht te krijgen op het effect van dit specifieke referentiekader en de werkzame bestanddelen hierin. Een grotere

onderzoekpopulatie biedt tevens mogelijkheden om uitsplitsingen te maken naar specifieke persoonlijkheidsstoornissen, ernst van de problematiek of aanwezige comorbiditeit. In dat geval kunnen uitspraken gedaan worden over effectiviteit van ACT bij verschillende persoonlijkheidsstoornissen dan wel bij de aanwezigheid van specifieke comorbiditeit.

Studies zouden dan bij voorkeur in het design een voor- en nameting met een follow-up na bijvoorbeeld drie maanden en een jaar moeten opnemen.

## Literatuur

Appelo, M. & Lange, A. (2007). Meten van klachten en veerkracht in vierentwintig vragen. *Directieve therapie*, 27, 102-105.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.

Arntz, A., Bejsterveldt, B. van, Hoekstra, R., Hofman, A., Eussen, M. & Sallaerts, S. (1992). The interrater reliability of a Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 394-400.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychotherapy*, 177, 138-143.

Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K.A. & Linehan, M.M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 663-670.

Berman, M.B. (2009). A Case Series Investigating Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Previously Treated, Unremitted Patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 17, 426-434.

Boelen, P.A. & Reijntjes, A. (2008). Measuring experiential avoidance: Reliability and validity of the Dutch 9-item acceptance and action questionnaire (AAQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 241-251.

Chiles, J. & Strosahl, K. (2004), Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Dahl, J., Wilson, K.G., Luciano, C. & Hayes, S.C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain*. Reno NV: Context Press.

Dalrymple, K.L. & Herbert, J.D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behaviour Modification*, 31, 543-568.

- Eifert, G.H. & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 293-312.
- 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. *Behaviour Modification*, 31, 772-799.
- Gratz, K.L., Tull, M.T. & Gunderson, J.G. (2008). Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline disorder: The role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 550-559.
- Gutiérrez O, Luciano 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. (2006). Embracing your demons: an overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 4, 2-8.
- Hayes, S. & 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.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Jacob, G.A., Ower, N., Buchholz, A. (2013). The role of experiential avoidance, psychopathology, and borderline personality features in experiencing positive emotions: A path analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 61-68.
- Jacobs, N., Kleen, M., Groot, F. de & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding. De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire (AAQ II). *Gedragstherapie*, 41, 349-361.
- Jurascio, A.S., Forman, E.M., Herbert, J.D. (2010). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Therapy for the treatment of Comorbid Eating Pathology. *Behaviour Modification*, 34, 175-190.
- Kashdan, T.B., Barrios, V., Forsyth, J. P. & Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a general psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ (2008).

*Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Leichsenring, F. & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.

Morton, J., Snowden, S., Gopold, M. & Guymer, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Science*, Vol. 19, 527-544.

Muste, E., Weertman, A, & Claassen, A.M. (2009). *Handboek Klinische Schematherapie*. Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum.

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.

Perepletchikova, F., Treat, T.A. & Kazdin, A.E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: analysis of the studies and examination of the associated factors. 75, 829-41.

Powers, M.B., Zum Vörde Sive Vörding, M.B. & Emmelkamp, P.M.G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80.

Pull, C.B. (2008). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current opinion in Psychiatry*, 22, 55-60.

Rankin, E.F. & Tracey, R.J. (1965). Residual Gain as a Measure of Individual Differences in Reading Improvement. *Journal of Reading*, 8, 224-233.

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 & Psychological Theory*, 10, 125-162.

Schanche, E., Stiles, T., McCullough, L., Svartberg M. & Nielsen, G.H. (2010). The relationship Between Activating Affects, Inhibitory Affects, and Self-Compassion in Patients with Cluster C Personality Disorders. *Psychotherapy*, 48, 293-303.

Scheurs, P.J.G., Willege, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse coping lijst: UCL Omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Lisse: Swets en Zeitlinger.

Skevington, S.M., Lotfy, M. & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*, 13, 299-310.

Sloan, DM (2004). Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1257-1270.

Svartberg, M., Stiles, T.C. & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810-817.

Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., Van Heck, G.L., Hodiamont, P.P. & De Vries, J. (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14, 151-160.

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. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192, 754-761.

Twohig, M.P., Shoenberger, D. & Hayes, S.C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 40, 619-632.

Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C., Dolan, C., Busschbach, J., Kroft, P.J.A. van der, Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 23-34.

Verheul, R., Bartak, A. & Widiger, T.A. (2007). Prevalence and construct validity of personality disorder not-otherwise-specified (PDNOS).

Visser, S. & Emmelkamp, P. (2009). ACT revisited. Hoe evidence-based is de Acceptance and Commitment Therapy? *Psychopraktijk*, 160-163.

Vollrath, M.A. (1994). Coping and MCM-II Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8, 53-63.

Weck, F., Bohn, C., Ginzburg, D.M. & Stangier, U. (2011). Treatment Integrity, Implementation, Assessment, Evaluation and Correlations with Outcome. *Verhaltenstherapie*, 21, 99-107.

Zettle, R.R. (2011). Processes of Change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for depression: A mediation Reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification*, 35, 265-283.