

Acceptance and Commitment Therapy: Een nieuwe vorm van cognitieve gedragstherapie

J. A-Tjak

Samenvatting

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is een nieuwe vorm van cognitieve gedragstherapie, die ook binnen Nederland steeds meer wordt toegepast. De komst van een nieuwe therapievorm roept over het algemeen veel vragen op, onder andere naar de verhouding tot bestaande therapievormen. Dit artikel gaat in op de verhouding tussen ACT en cognitieve gedragstherapie, de overeenkomsten en verschillen en de vraag of ACT te combineren is met andere interventies uit de cognitieve gedragstherapie.

Trefwoorden: Acceptance and Commitment Therapy, cognitieve gedragstherapie, overeenkomsten en verschillen.

De eerste publicatie over Acceptance and Commitment Therapy (ACT), toen nog *comprehensive distancing* genoemd, stamt uit 1989 (Zettle & Rains, 1989). ACT (uitgesproken als woord, niet als losse letters) wint sinds de keynote van grondlegger Steven Hayes op de Najaarsconferentie van de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapie (VGCT) in 2003 aan populariteit in Nederland. Het wereldcongres ACT heeft dit jaar plaatsgevonden in Enschede. Op diverse plaatsen in ons land wordt onderzoek gedaan naar de achtergronden en effectiviteit van deze nieuwe behandelvorm. Wat is ACT en hoe verhoudt ACT zich tot de cognitieve gedragstherapie (CGT)?

Op deze vragen probeert dit artikel antwoord te geven.

Wat is ACT?

ACT is een behandelvorm, die ontwikkeld is vanuit het functioneel contextualisme (FC). Het FC is een wetenschapsfilosofie, die voortborduurde op het gedachtegoed van Skinner. De nadruk in deze wetenschappelijke traditie ligt bij het onderzoek naar de functie van gedrag. Het zoekt naar antwoord op de vragen: welke aspecten van de omgeving beïnvloeden het gedrag van mensen en hoe kunnen wij dat gedrag beïnvloeden door deze aspecten te veranderen? Over Skinner bestaan diverse misverstanden, onder andere dat hij private ervaringen, zoals gedachten en gevoelens niet rekende tot het domein van de psychologie en de wetenschap. Niets is minder waar.

Bij de zoektocht naar de functie van gedrag bij depressieve cliënten, stuitte Hayes en Zettle op het probleem van cognities: zij konden geen definitie vinden van cognities die het mogelijk maakte cognities empirisch te onderzoeken in gecontroleerde omstandigheden. Dit maakte onderzoek naar de functie van cognities moeilijk en bracht Hayes ertoe het ontwikkelen van de therapie op een laag pitje te zetten. Hij besloot om eerst te werken aan een theorie over hoe cognities begrepen kunnen worden vanuit een functioneel contextueel gezichtspunt. Dit leidde uiteindelijk tot de ontwikkeling van de *Relational Frame Theory* (RFT) (Hayes e.a., 2001). Deze theorie definieert heel precies wat verstaan wordt onder verbaal gedrag, namelijk het leggen van associaties tussen gebeurtenissen, waardoor de functie van deze gebeurtenissen verandert. Met behulp van deze definitie kan verklaard worden hoe mensen angstig kunnen worden van iets wat zij nog nooit meegemaakt of gezien hebben, zoals bijvoorbeeld een hartaanval. Ook kan verklaard worden hoe mensen kunnen verlangen naar iets dat zij nog niet eerder ervaren hebben, zoals de dood. Cognities zijn eindproducten van het verbale gedrag dat we denken noemen. Dit gedrag wordt beïnvloed door een context waarin wij de inhoud van onze gedachten letterlijk nemen. Verbale conventies zoals grammaticale regels bepalen welke betekenis wij hechten aan woorden en zinnen. Voor een korte introductie in de RFT zie A-Tjak (2009).

De *Relational Frame Theory* vormt het uitgangspunt waarop de verdere ontwikkeling van ACT gebaseerd is (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006). Hayes kwam op grond van de RFT tot de conclusie dat het gedrag dat lijden te midden van welvaart veroorzaakt gedrag is dat alle mensen die verbale vermogens hebben vertonen: experiëntiële vermijding en fusie. Experiëntiële vermijding is het onder controle willen brengen van private ervaringen,

zoals gedachten, gevoelens, herinneringen en lichamelijke sensaties. Ons denken stelt ons in staat problemen op te lossen. Negatieve private ervaringen worden gezien als problemen die opgelost moeten worden. De oplossing bestaat uit het onder controle houden, uit de weg gaan of onderdrukken van die ervaringen. Helaas blijkt uit onderzoek (o.a. Wegner e.a., 1987) dat het onderdrukken van ervaringen leidt tot een toename ervan. Experiëntiële vermijding is het logische gevolg van ons vermogen om alles met alles in verband te brengen. Wij leggen verbanden tussen gebeurtenissen die we meemaken en onszelf, waardoor we in staat zijn ons deze gebeurtenissen te herinneren. Hierdoor lijden wij niet alleen onder negatieve gebeurtenissen, maar hebben wij herinneringen aan die gebeurtenissen, die op zichzelf pijnlijk zijn om te ervaren. Ook zijn wij in staat om ons gebeurtenissen voor te stellen die in de toekomst zouden kunnen plaatsvinden. Zo kunnen wij lijden onder een gefantaseerde toekomst. Dit gebeurt doordat we uit het oog verliezen dat deze toekomst niet een feit is, maar het product van ons verstand. Dit 'uit het oog verliezen' is wat onder fusie wordt verstaan: het samenvallen met de inhoud van je gedachten. Door dit samenvallen ontstaat een krachtige invloed van de inhoud van gedachten op ons overige gedrag: we gaan er verder over nadenken, van alles bij voelen en ons ernaar gedragen.

Experiëntiële vermijding en fusie zijn op zichzelf geen pathologische processen, ze zijn goed noch fout. Echter wanneer ze mensen de vrijheid van handelen ontnemen, wanneer mensen verstrikt raken in vermijding en fusie, dan spreken we van psychologische inflexibiliteit. Psychologische inflexibiliteit leidt tot ingeperkt, rigide, insensitief en onbevredigend gedrag, waardoor het lijden van mensen onnodig vergroot wordt. In een behandeling zal gewerkt worden aan het vergroten van psychologische flexibiliteit. Dit wordt gedaan aan de hand van zes processen: acceptatie, defusie, zelf, contact met het huidig moment, waarden en toegewijd gedrag. Elders (A-Tjak en De Groot, 2008) is uitgewerkt hoe deze zes processen in praktijk worden gebracht. Kort gezegd houdt de therapie in dat iemand los gemaakt wordt uit de valstrik van experiëntiële vermijding en fusie door een meer accepterende houding aan te leren nemen ten aanzien van zijn innerlijke ervaringen en door meer afstand te leren nemen van zijn denken. Daarnaast wordt iemand geleerd om aanwezig te zijn in het hier-en-nu, dat wil zeggen zijn aandacht te kunnen richten op aspecten van de situatie waarin hij zich van moment tot moment bevindt. Aanwezig kunnen zijn in het moment is van belang, omdat dit iemand in contact brengt met de consequenties van zijn gedrag. Deze consequenties zullen het gedrag vormen, zodat iemand zich zo goed mogelijk kan afstemmen op zijn omgeving. Genoemde vaardigheden worden vervolgens ingezet om zich te gedragen in overeenstemming met de eigen waarden, dat wat het leven zinvol en betekenisvol maakt. Waardegericht gedrag is moeilijk vol te houden, omdat het vanzelf leidt tot negatieve innerlijke ervaringen zoals gedachten dat men zal falen, dat men niet de moeite waard is, gevoelens van angst en onzekerheid etc. Daarom wordt in de therapie geleerd om met

deze gedachten en gevoelens om te gaan en te volharden in het zetten van stappen, die de moeite letterlijk waard zijn.

Hoe verhoudt ACT zich tot de cognitieve gedragstherapie?

Zoals hierboven al is aangegeven, is ACT ontstaan binnen de psychologische stroming van de cognitieve gedragstherapie. Het maakt er onderdeel van uit, het is cognitieve gedragstherapie. ACT rekent zich tot de derde generatie gedragstherapie (Hayes, 2004). Onder de eerste generatie worden de vroege gedragstherapeuten verstaan, die theorieën wilden ontwikkelen die gebaseerd waren op wetenschappelijk goed gefundeerde principes en die technologieën wilden toepassen die goed gespecificeerd waren en grondig getest. Vertegenwoordigers van deze generatie zijn het neo-behaviorisme en de gedragsanalyse. De aandacht ging uit naar conditioneringprincipes die hoofdzakelijk in het laboratorium bij dieren werd onderzocht.

Dit leidde tot een blikvernuwing. Fundamenteel menselijke onderwerpen zoals existentiële vragen kwamen niet meer aan bod. Gedachten en gevoelens kregen te weinig aandacht.

Een cognitieve beweging ontstond, de tweede generatie. Men richtte zich op denkfouten, die karakteristiek leken te zijn voor bepaalde patiëntenpopulaties. Irrationale cognities, pathologische cognitieve schema's en informatieverwerking processen werden aangepakt in therapie, in de hoop dat dit zou leiden tot een afname van pathologie. Een gedragsmatige aanpak werd gecombineerd met het veranderen van cognities. Aanvankelijk werden theorieën over de invloed van cognities ontwikkeld op grond van klinische observaties. De wetenschappelijke toetsing werd gevonden in effectstudies. Het principe dat theorieën gebaseerd moesten zijn op wetenschappelijk goed gefundeerde principes werd daarbij losgelaten. Later is men zich daar weer mee bezig gaan houden en werden bevindingen uit de cognitieve psychologie, met name onderzoek naar informatieverwerking, in de theorievorming betrokken.

De derde generatie gedragstherapie maakt de beweging terug naar wetenschappelijk gefundeerde principes als uitgangspunt voor theorievorming. Niet de inhoud, maar context en functie van gedrag staat centraal. Interventies gericht op eerste-orde veranderingen worden vervangen door interventies gericht op tweede-orde veranderingen. Een focus op symptoomreductie en klachtvermindering maakt plaats voor een focus op flexibiliteit, gedragsverbreding en kwaliteit van leven. Experiëntiële interventies krijgen meer ruimte. Therapie gaat niet meer alleen over de cliënt, maar ook over de therapeut. Zaken die eerder niet tot het domein van de psychologie als wetenschap gerekend werden, zoals spiritualiteit, waarden en emotionele verdieping maken daar nu wel deel van uit.

De indeling van de gedragstherapie in generaties door Hayes is hem door velen niet in dank afgenomen. Men vindt het arrogant om zichzelf te rekenen tot de derde generatie. Het indelen in generaties is iets dat men doet wanneer een tijdperk voorbij is en niet wanneer het nog gaande is. Wat Hayes heeft willen aangeven door te spreken van een derde generatie is dat er een verandering

plaatsgevonden heeft, die niet slechts cosmetisch is, maar fundamenteel. Hij heeft niet bedoeld te zeggen dat ACT daarmee superieur is aan therapievormen die gerekend worden tot de eerste twee generaties. ACT bouwt voort op het gedachtegoed en de bevindingen uit de voorgaande generaties.

Inhoudelijke overeenkomsten en verschillen

Het vergelijken van ACT met CGT lijkt op het vergelijken van appels met fruit, immers ACT is (onderdeel van) CGT. Bovendien bestaat *de* CGT niet, maar bestaat CGT zelf uit vele verschillende soorten therapieën en theorieën. De grote gemene deler is dat het gaat om een wetenschappelijke traditie, die een groot belang toedicht aan de leertheorie, de invloed van cognities en wetenschappelijk onderzoek naar theorievorming en effect van behandeling. Wanneer vergelijkingen worden getrokken, is dat doorgaans met traditionelere vormen van CGT, zoals de CGT van Beck. Dat is uiteraard een grijs gebied.

ACT richt zich op gedrag en kent cognities een belangrijke plaats toe in theorievorming en therapie. Daarin vertoont het grote overeenkomsten met andere cognitieve gedragstherapieën. Een belangrijk verschil is gelegen in de manier waarop cognities aangepakt worden. ACT richt zich niet op het veranderen van de inhoud van cognities, door uitdagingstechnieken. Cliënten hoeven niet te leren om anders te denken. Zij leren om afstand te nemen van hun denken. Zij leren zien dat denken denken is en niet de werkelijkheid zelf. Zij leren de functie te zien van het denken: de invloed die denken op hen heeft. Deze functie wordt veranderd.

Gedragsverandering zoals deze al vanaf de eerste generatie gedragstherapie uitgeoefend wordt kent een belangrijke plaats binnen ACT. ACT richt zich daarbij in eerste instantie niet op eerste orde veranderingen. Angst wordt niet vervangen door ontspanning, negatieve gedachten worden niet vervangen door realistische gedachten. Gezocht wordt naar een tweede orde verandering: hoe men zich verhoudt tot angst of negatieve gedachten.

Exposure, een effectieve interventie uit de eerste generatie gedragstherapie, kent een belangrijke plaats binnen ACT. Exposure vindt plaats wanneer de processen van acceptatie en contact met het huidige moment worden toegepast. Ook toegewijde actie betekent exposure aan zaken die in het verleden uit de weg gegaan zijn. Het doel van exposure is bij ACT anders dan bij andere cognitieve gedragstherapieën: het gaat niet om afname van angst, andere emoties of lichamelijke sensaties als spanning of craving. Ook gaat het niet om het bijstellen van verwachtingen. Exposure helpt de cliënt om negatieve innerlijke ervaringen te ervaren zonder ermee toe hoeven worstelen. Het heeft gedragsverbreding tot doel: komen tot meer mogelijke reacties op bepaalde gebeurtenissen. Bij een cliënt met een angst om naar de supermarkt te gaan zou exposure gericht kunnen zijn op het kunnen zien van de supermarkt als een plek waar je andere mensen kunt ontmoeten, waar je ingrediënten kunt kopen voor de maaltijd, waar je nieuwe artikelen kunt ontdekken. Om gedragsverbreding tot stand te brengen richt ACT zich op de waarden van de cliënt. Waarden zijn intrinsieke belonende erva-

ringen, waar de cliënt vrij voor kiest. De cliënt zou bijvoorbeeld het belangrijk kunnen vinden om een liefdevolle echtgenote te zijn. Zich liefdevol gedragen kan vele gedaanten aannemen en zal vaak voldoening en bevrediging opleveren. Het werken met waarden is vrij uniek voor ACT.

Toch kennen eerste orde veranderingen ook hun plaats binnen ACT. Vaardigheidstraining zoals het aanleren van sociale vaardigheden wordt binnen ACT toegepast binnen het proces van toegewijde actie. Ook kan het zijn dat een cliënt ontspanningsoefeningen meekrijgt om zich in moeilijke situaties wat beter te leren ontspannen. Belangrijk is echter dat het zich kunnen ontspannen in een moeilijke situatie niet het hoofddoel wordt. Hoofddoel is dat de cliënt een situatie aan durft te gaan in dienst van zijn waarden, zo open en aanwezig mogelijk.

Een belangrijk verschil tussen ACT en andere CGTen is gelegen in de wetenschapsfilosofische aannames die men doet. Terwijl binnen de theorievorming van CGT het uitgangspunt is dat gedachten de oorzaak zijn van gevoelens, gedrag en klachten worden binnen ACT gedachten gezien als gedrag en als een afhankelijke variabele, die niet rechtstreeks gemanipuleerd kan worden. Binnen de CGT lijkt het uitgangspunt te zijn dat we door middel van wetenschap zullen ontdekken hoe de werkelijkheid in elkaar steekt, hoewel een dergelijk uitgangspunt zelden hardop geformuleerd wordt. Het is eerder tussen de regels door te lezen. ACT is duidelijk in zijn uitgangspunt: het gaat er van uit dat we niet kunnen en hoeven te weten wat de werkelijkheid is. Wat we willen is een theorie ontwikkelen die ons in staat stelt om menselijk gedrag te voorspellen en beïnvloeden. Een theorie is altijd per definitie subjectief. Wat we bijvoorbeeld oorzaken noemen staat niet los van degene die dit observeert en onderzoekt.

Een ander verschil tussen ACT en andere CGTen is dat ACT niet diagnose specifiek is. Het richt zich niet op de vorm die problemen kunnen aannemen (sociale angst, depressie, eetstoornis), maar op de functie van de problematiek. Hoewel er boeken bestaan die een ACT-behandeling bij bijvoorbeeld angststoornissen of bij depressie beschrijven, zijn de overeenkomsten tussen die behandelingen groter dan de verschillen. Het gaat eerder om accenten die aangebracht worden. Bij veel CGT behandelingen zijn er modellen ontwikkeld die specifiek zijn voor een bepaalde as I diagnose. Echter, bij een aantal ontwikkelaars van CGT behandelingen gaan stemmen op om meer diagnose overstijgend te gaan werken, zoals Fairburn bij eetstoornissen (Daansen en de Jong, 2009) en Barlow bij affectieve stoornissen (Barlow, Allen en Chaote, 2004).

Zowel ACT als CGT worden toegepast bij volwassenen, ouderen en kinderen, individueel, in groepen, bij echtparen of gezinnen. Beiden worden tevens buiten het werkveld van de GGZ ingezet, bijvoorbeeld bij coaching, op scholen e.d.

Een belangrijk verschil tussen ACT en CGT is dat een aanzienlijk aantal CGT therapieën evidence based is. Dat wil zeggen dat er voldoende goede effectstudies zijn, die aan de normen van goed wetenschappelijk onderzoek voldoen, waaruit blijkt dat CGT effectief is. Naar ACT wordt volop onderzoek gedaan, maar de resultaten kunnen zich bij lange na niet meten met die van CGT. Er zijn vooral kleine studies gedaan en RCT's die nog voor

verbetering vatbaar zijn. Toch concluderen Powers, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp (2009) dat ACT effectiever is dan controlecondities. Visser en Emmelkamp (2009) stellen het volgende: “Naar onze mening kan men -op grond van de recente meta-analyses-ACT beschouwen als een effectieve behandeling bij verschillende klachtengebieden. Het onderzoek is weliswaar nog beperkt, maar ACT is aantoonbaar effectiever dan placebo-, controle- of wachtlijstcondities; dit geldt echter niet voor angst.”

ACT maakt niet alleen werk van effectonderzoek, maar doet ook onderzoek naar de processen die verantwoordelijk geacht worden voor het resultaat van een behandeling. Daarin loopt het voor op traditionele CGT, dat zich voornamelijk op effectonderzoek gericht heeft. Daarnaast wordt er fundamenteel onderzoek gedaan naar de werking van de verschillende processen en naar de hypothesen van de RFT.

Zijn ACT en CGT te combineren?

Veel interventies die binnen de CGT gebruikelijk zijn, kunnen goed toegepast worden binnen een ACT behandeling. Er treedt echter een spanningsveld op wanneer de doelstellingen en rationale van deze interventies gericht zijn op het vergroten van de controle van de cliënt over zijn innerlijke ervaringen. Immers, ACT richt zich niet op het vergroten van deze controle, maar juist op het loslaten ervan. Of dit een probleem vormt is een empirische vraag. Binnen ACT wordt meestal geadviseerd de interventies zo aan te passen dat zij binnen de doelstelling en rationale van ACT passen.

Omgekeerd zou men natuurlijk ook interventies die gangbaar zijn binnen ACT kunnen toepassen binnen een CGT behandeling. Van verschillende kanten is er belangstelling voor de rol van experiëntiële vermijding en acceptatie, zoals bij Barlow, Allen en Choate (2004) en Dimidjian e.a. (2006). Ook wordt binnen de CGT regelmatig gebruik gemaakt van mindfulnessvaardigheden en defusievaardigheden (Wells en Sembi, 2004; Fisher en Wells, 2006).

Vanuit ACT wordt niet gewerkt met het uitdagen van gedachten. Wel kan men zonder problemen gebruik maken van interventies uit de cognitieve therapie die erop gericht zijn cognities boven tafel te krijgen. Het uitdagen van gedachten wordt achterwege gelaten omdat men ervan uitgaat dat het uitdagen van gedachten de negatieve gedachten meer prominent maakt, meer gewicht geeft en de cliënt uitnodigt deze gedachten te zien als bedreiging waardoor hij ze zou kunnen gaan vermijden. Of uitdagen werkelijk dit effect heeft is opnieuw een empirische kwestie, die wetenschappelijk onderzocht dient te worden.

Een manier waarop ACT een toegevoegde waarde kan hebben bij het doen van meer op klachten gerichte behandelingen is door het gebruiken van de ACT principes voor de *therapeut*. Het ACT

model is niet alleen van toepassing op de cliënt, het is evenzeer van toepassing op de therapeut, omdat het een model van menselijk *functioneren* is. ACT geeft therapeuten veel handvatten hoe zij zich kunnen opstellen om een context te creëren waarin de cliënt optimaal kan leren.

Besluit

ACT vertoont veel overeenkomsten met verschillende cognitieve gedragstherapieën, zowel de meer traditionele vormen van CGT als ook de nieuwere vormen ervan. Er is ook veel uniek aan ACT zoals de RFT waarop het zich baseert, de theorievorming waarin lijden niet gezien wordt als iets pathologisch maar als iets dat universeel is voor de menselijke soort en de manier waarop verschillende technieken worden samengebracht binnen de zes kernprocessen. ACT brengt voor de CGT nieuwe uitdagingen en nieuwe kansen, die hopelijk bijdragen aan een beter behandelingsaanbod voor onze cliënten. ■

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. & De Groot, F. (Red.) (2008) *Acceptance and 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 disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Daansen, P. & de Jong, M. (2009) Voldoet Fairburns Enhanced cognitive behavioral therapy voor eetstoornissen? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 262-278.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E. et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Fisher, P.L. & Wells, A. (2006) Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Hayes, S.C. (2004) *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- 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., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2006). *ACT, een experientiele weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers. Vertaling van: *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change* (1999).
- 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.
- Visser, S. & Emmelkamp, P. (2009). Forum: ACT revisited. Hoe evidencebased is de Acceptance and Commitment Therapy? *Psychopraxis*, 11, 160-163.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter III, S.R. & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wells, A. & Sembi, S. (2004) *Metacognitive Therapy for PTSD: A core treatment manual*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 365-377.

- Drs. J. A-Tjak is als klinisch psychologe en supervisor VGCT werkzaam bij PsyQ te Zaandam en heeft een eigen bedrijf gericht op cursussen en deskundigheidsbevordering in de cognitieve gedragstherapie. E-mail: info@actcursus.nl
Web: www.a-tjak.nl en www.actcursus.nl