

Acceptance and commitment therapy (ACT) en verslaving: een literatuuroverzicht

F. DE GROOT, M. MORRENS, G. DOM

- ACHTERGROND** Acceptance and commitment therapy (ACT) is een recente vorm van cognitieve gedragstherapie, gebaseerd op de relational frame theory (RFT). ACT wordt toegepast bij uiteenlopende problemen, waaronder verslaving.
- DOEL** Een literatuuroverzicht bieden van de behandeling van verslaving met ACT.
- METHODE** Een systematische literatuurstudie met PubMed en PsycINFO.
- RESULTATEN** Er werden 16 behandelonderzoeken gevonden, waarvan 10 RCT's. In 8 studies behandelde men drugsproblemen of gemengde gebruikers, 7 studies betroffen rookverslaving en slechts 1 onderzoek richtte zich specifiek op alcohol. De meerderheid van de studies toonde positieve resultaten van ACT, meestal ook bij follow-up.
- CONCLUSIE** Hoewel nog meer onderzoek nodig is, is ACT een veelbelovende benadering voor verslaving.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)9, 577-585

TREFWOORDEN acceptance and commitment therapy, alcohol, drugs, experiëntiële vermijding, relational frame theory, sigaretten, verslaving



Acceptance & commitment therapy (ACT – uitgesproken als een woord ‘act’, niet als een afkorting) is een recente vorm van cognitieve gedragstherapie. Het basiswerk dateert van 1999 (Hayes e.a. 1999). In 2011 werd ACT erkend als evidence-based psychotherapie voor de behandeling van een breed spectrum van psychiatrische aandoeningen (SAMHSA's National Registry of Evidence-based programs and Practices en American Psychological Association Division 12). De wetenschappelijk-theoretische onderbouwing van ACT is de gedragsanalytische *relational frame theory* (RFT) (Hayes e.a. 2001). RFT is een gedragsanalytische theorie over taal en cognitie, gestoeld op experimenteel onderzoek.

In essentie gaat RFT over het leggen en afleiden van relaties tussen stimuli en het veranderen van stimulusfuncties. Woorden, beelden en gewaarwordingen krijgen betekenis of functies die ze oorspronkelijk niet hadden. Sommige van die functies kunnen zo dominant worden dat we er

bijna niet meer in slagen ervan los te komen. Dit heet ‘cognitieve fusie’. Als ik denk ‘ik ben niks waard’, is het mogelijk dat ik er niet meer in slaag die gedachte te zien als ‘maar een gedachte’ of een subjectieve evaluatie, maar dat ik vast kom te zitten in de letterlijkheid, de inhoud ervan. Het gevolg is dat mensen ongewenste gedachten, gevoelens, gewaarwordingen, impulsen en andere belevingen trachten te vermijden of te controleren. Dit heet ‘experiëntiële vermijding’. Experiëntiële vermijding als langdurige copingstrategie kan tot heel wat problemen leiden.

ACT is een behandelmethode gebaseerd op RFT en streeft naar het verhogen van de psychologische flexibiliteit via zes kernprocessen: acceptatie, cognitieve defusie, contact met het hier en nu, zelf-als-context, waarden en waardegerichte actie. De eerste ACT-studies werden verricht bij patiënten met depressie, maar intussen werden toepassingen gerapporteerd bij tal van problemen en werden reeds

meer dan 60 gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) gepubliceerd.

Hoewel ACT initieel vooral bij stemmingsstoornissen en stressgerelateerde aandoeningen werd gebruikt, wordt het in toenemende mate aangeboden binnen de behandeling van verslavingsproblemen. De onderliggende hypothese hierbij is dat experiëntiële vermijding een rol speelt bij uiteenlopende verslavingsproblemen. Gebruik en ander verslavingsgedrag heeft vaak als functie het vermijden van ongewenste belevingen. Mensen gaan onder meer gebruiken als ze zich ongemakkelijk voelen, gespannen zijn of met pijnlijke herinneringen geconfronteerd (dreigen te) worden. Dit blijkt het geval bij druggebruikers met een traumatisch verleden (Gratz e.a. 2007), maar evenzeer bij alcoholproblemen (Levin e.a. 2012), roken (Bricker e.a. 2011) en gokken (Riley 2012).

Interventies die zich richten op experiëntiële vermijding en verwante processen kunnen dus zinvol zijn. ACT richt zich sterk daarop. Over de behandeling van verslaving met ACT is intussen heel wat literatuur beschikbaar: algemene beschrijvingen van behandeling, protocollen, gevalsbeschrijvingen en effectonderzoek, waaronder RCT's. Wilson publiceerde verschillende toegankelijke beschrijvingen van ACT bij verslaving. Hij geeft hierbij het algemeen kader, maar gaat ook in op de verschillende kernprocessen en illustreert deze met voorbeeldgesprekken (Wilson & Byrd 2004; Wilson e.a. 2012). In het boek *Mindfulness & acceptance for addictive behaviors* (Hayes & Levin 2012) gaan 5 van de 12 hoofdstukken specifiek over ACT.

ACT verschilt van de 12-stappenbenadering en van motivationele gespreksvoering, maar beide zijn perfect combineerbaar en aanvullend (Bricker & Tollison 2011; Wilson e.a. 2000; Wilson & DuFrene 2012). Naast acceptatie krijgt het werken rond waarden een duidelijke plaats in de behandeling van verslaving.

Verschiedende gevalsbeschrijvingen zijn beschikbaar, over polygebruik met een posttraumatisch stressyndroom (Batten & Hayes 2005), polygebruik met methadon (Hayes e.a. 2004), alcohol (Luciano Soriano e.a. 2003; Heffner e.a. 2003). Verder werd een aantal effectstudies gepubliceerd. Samenvattend: ACT is voor vele psychiatrische aandoeningen een reeds bewezen effectieve psychotherapeutische behandelvorm. Onderzoek naar de werkzaamheid bij de behandeling van verslavingsproblemen begint op gang te komen en de resultaten ervan zijn nog niet eenduidig. In dit literatuuroverzicht vatten wij de stand van zaken samen wat betreft de effectiviteit van ACT bij verslaving. Eveneens gingen we na in welke mate er vaste lijnen terug te vinden zijn in het ACT-aanbod.

AUTEURS

FRANCIS DE GROOT, psycholoog en adjunct-directeur patiëntenzorg, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout.

MANUEL MORRENS, psychiater, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout, en docent en post-doconderzoeker, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen (UA).

GEERT DOM, hoofdgeneesheer, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen (UA).

CORRESPONDENTIEADRES

Francis De Groot, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Provinciesteenweg 408, 2530 Boechout, België.

E-mail: francis.de.groot@fracarita.org

Strijdige belangen: Manuel Morrens heeft financiële ondersteuning gekregen voor onderzoeksactiviteiten en wetenschappelijke presentaties van Johnson en Johnson, Astra Zeneca, Lundbeck en BMS.

Het artikel werd geaccepteerd op 10-2-2014.

METHODE

Wij verrichtten een systematische literatuurstudie naar behandeling van verslaving met ACT op basis van PubMed en PsycINFO met als zoektermen enerzijds 'acceptance and commitment therapy' en anderzijds telkens een van volgende: 'addiction', 'substance', 'alcohol', 'drug', 'gambling' of 'smoking'. Deze zoekopdrachten leverden samen 56 unieke referenties op. Een zoekopdracht met dezelfde zoektermen op PsycINFO leidde niet tot bijkomende referenties.

Op basis van de titels en abstracts werden niet-relevante artikelen uitgefilterd; ook artikelen die enkel over mindfulness gingen en niet over ACT, werden niet opgenomen. Slechts 8 publicaties werden overgehouden.

De zoektocht werd uitgebreid door te zoeken op de website van de Association for Contextual Behavioral Science (ACBS; <http://contextualscience.org/>), de basiswebsite van ACT en RFT, met een uitgebreide publicatielijst. Aanvullend werd verder gezocht op Google en werden de literatuurlijsten van de gevonden relevante artikelen en boeken systematisch nagekeken. Deze manuele zoektocht leverde 9 extra onderzoekspublicaties op.

TABEL 1 Overzicht van gepubliceerde studies over acceptance and commitment therapy (ACT) bij verslaving, beginnend met de RCT's volgens jaar van publicatie en gevolgd door andere soorten onderzoek per jaartal

Eerste auteur jaartal	Aard verslaving	Aantal proefpersonen	Setting	Soort onderzoek	Aard behandeling	Resultaten
Hayes 2004	polygebruik + methadon	138	ambulant	RCT	methadon + ACT vs. methadon + 12-stapen (beide individueel + groep) vs. methadon alleen	ACT: minder opiatengebruik en totaal druggebruik bij follow-up dan methadon alleen
Gifford 2004	sigaretten	76	ambulant	RCT	ACT (individueel en groep) vs. nicotinepleisters met groepsessies en opvolging	aan het eind van de behandeling gelijkwaardige resultaten; bij follow-up ACT significant minder terugval
Petersen 2009	alcohol (+ depressie)	24	residentieel (gedwongen opname)	RCT	individueel ACT vs. TAU (beide binnen een 12-stappen-achtergrond)	gelijkwaardige resultaten, alleen was bij ACT significant minder therapietijd nodig om de ontslagcriteria te bereiken
Smout 2010	methamfetamine	104	ambulant	RCT	ACT vs. CGT (individueel)	alleen de CGT-groep toonde significant minder methamfetaminegebruik; verder vergelijkbare resultaten
Gifford 2011	sigaretten	303	ambulant	RCT	bupropion alleen vs. bupropion + ACT en FAP (vooral individueel)	follow-up: medicatie alleen veel minder gestopt dan bij gecombineerde behandeling
Luoma 2012	gemengd	133	residentieel	RCT	ACT (groep) gericht op schaamte vs. TAU (12-stappen-therapie)	ACT: kleinere effecten direct na behandeling, maar grotere bij follow-up: minder middelengebruik, meer therapietrouw, minder schaamte, hogere levenskwaliteit
Stotts 2012	polygebruik + methadon	56	ambulant	RCT	ACT vs. drugcounseling (individueel)	ACT: meer succesvolle methadonstop dan drugcounseling
Brown 2013	sigaretten (zeer hardnekkige rokers)	49	ambulant	RCT	behandeling gericht op stresstolerantie (gebaseerd op ACT en exposure, in groep en individueel) vs. standaardbehandeling	stresstolerantiegroep meer kans op abstinentie

TABEL 1 (Vervolg)

Eerste auteur jaartal	Aard verslaving	Aantal proefpersonen	Setting	Soort onderzoek	Aard behandeling	Resultaten
Bricker 2013	sigaretten	222	thuis via internet	RCT	ACT via internet vs. webprogramma van het National Cancer Institute	ACT: meer tijd op website, meer tevreden en na 3 maanden dubbel zoveel gestopt met roken
Villagr�a 2014	gemengd (> 50% heroïne)	50	vrouwen in gevangenis	RCT	ACT (groep) vs. CGT vs. wachtlijstcontrole	Direct na behandeling: CGT beter dan ACT qua angstgevoeligheid; Follow-up: ACT beter dan CGT qua druggebruik en geestelijke gezondheid mediaan: 24 dagen gestopt
Brown 2008	sigaretten (hardnekkige rokers die de laatste 10 jaar niet langer dan 72h stopten met roken)	16	ambulant	pilotstudie	ACT (groep en individueel) in combinatie met andere interventies	
Luoma 2008	gemengd	88	residentieel	pilotstudie	12-stappenbenadering + ACT (groep) gericht op schaamte en zelf-stigma	significante verbetering qua schaamte, stigma, zelfbeeld, experiëntiële vermijding
Hern�andez-López 2009	sigaretten	81	ambulant	quasi-experimenteel onderzoek	ACT vs. CGT (groep)	bij follow-up leidde ACT tot significant meer rookstop
Bricker 2010	sigaretten	14	thuis via telefoon	verkennd onderzoek	ACT per telefoon	na een jaar had 29% (4/14) niet gerookt
Villagr�a Lanza 2013	gemengd (drugs)	31	vrouwen in gevangenis	gerandomiseerd onderzoek met wachtlijstcontrole	ACT (groep) vs. wachtlijst (deel van hoger vermelde RCT)	ACT: meer abstinente dan wachtlijst
Stotts 2013	opioïden	10	ontslagen patiënten na gemiddeld 2 weken residentieel behandeling	pilotstudie	driemaal per week ACT-boodschap via sms gedurende 4 weken	positief onthaald door patiënten, daling experiëntiële vermijding en toename acceptatie en waardegericht gedrag

RESULTATEN

Er werden 16 behandelonderzoeken gevonden, waarvan 10 RCT's. In 8 studies onderzocht men de behandeling van patiënten met drugproblemen of gemengde gebruikers (5 RCT's), 7 studies betroffen rookverslaving (4 RCT's) en slechts 1 onderzoek (RCT) richtte zich specifiek op alcohol. **TABEL 1** geeft een overzicht van deze studies. Eerst worden de RCT's opgesomd volgens jaar van publicatie, daarna de andere onderzoeken.

We bespreken de onderzoeken per gebruikt middel/soort afhankelijkheid.

Polygebruikers

Twee RCT's richtten zich specifiek op polygebruikers die methadon kregen. Hayes e.a. (2004) vergeleken de resultaten van drie behandelgroepen. Een groep kreeg alleen methadon, een tweede groep kreeg methadon en ACT en een derde kreeg methadon en behandeling vanuit het 12-stappenmodel. De behandelcondities kregen elk 32 individuele sessies van 1 uur en 16 groepsessies van 90 minuten therapie. Op het einde van de behandeling had zowel ACT als de 12-stappenbehandeling een positief effect. Bij follow-up na 6 maanden was er alleen een significant effect voor de ACT-groep: minder druggebruik dan de methadongroep.

Stotts e.a. (2012) vergeleken ACT met drugcounseling. Beide groepen kregen 24 wekelijkse individuele sessies van 50 minuten therapie. De ACT-groep realiseerde significant meer succesvolle methadonstop (37%) dan de drugcounseling (19%).

Luoma e.a. (2008 en 2012) publiceerden twee effectonderzoeken bij gebruikers van verschillende middelen (gemengde groep). Hun ACT-aanpak richtte zich op schaamte. Patiënten kregen slechts 6 uur ACT in groep tijdens een opname van 28 dagen. De RCT (2012) toonde aan dat de effecten van ACT en de verschillen met een standaardbehandeling bij follow-up na 4 maanden groter waren dan onmiddellijk na het beëindigen van de behandeling: er was minder middelengebruik, meer therapietrouw, minder schaamte en een hogere levenskwaliteit.

Villagrà e.a. (2014; 2013 was een gedeeltelijke voorpublicatie) werkten met vrouwen in een gevangenis. Ze gebruikten uiteenlopende drugs, maar vooral heroïne en cocaïne; 86% had een dubbeldiagnose met vooral depressie, angst of een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ze werden volgens toeval toegewezen aan een groep die behandeld werd met ACT of met cognitieve gedragstherapie (CGT) of aan een wachtlijstcontrole. De ACT- en CGT-groepen kregen 16 wekelijkse groepsessies van 90 minuten.

Onmiddellijk na de behandeling scoorde de CGT-groep significant beter op angstgevoeligheid dan de ACT- en controlegroep. Bij follow-up na 6 maanden scoorde de ACT-

groep echter significant beter dan de CGT- en controlegroep op middelengebruik (drugs en alcohol) en geestelijke gezondheid. Na behandeling was 28% van de ACT-groep abtinent, tegenover 16% van de CGT-groep en 8% van de wachtlijstgroep. Bij follow-up na 6 maanden was 44% van de ACT-groep abtinent, tegenover 27% van de CGT-groep en 18% van de wachtlijstgroep.

Specifieke drugs

In twee studies onderzocht men ACT bij specifieke drugs. Smout e.a. (2010) vergeleken ACT met CGT (telkens 12 individuele sessies van 1 uur) bij methamfetamineverslaafden in een RCT. De resultaten waren vergelijkbaar, maar de cognitieve groep gebruikte na de behandeling significant minder methamfetamine. In dit onderzoek was ACT dus niet de beste behandeling. In dit onderzoek was er veel uitval: in de CGT-groep konden slechts 15 van de oorspronkelijk 53 toegewezen gebruikers worden gevolgd, in de ACT-groep waren dat er slechts 10 van de 51. Mogelijk heeft deze doelgroep behoefte aan veel kortere behandeling of aan stimulans via *contingency management*.

Stotts e.a. (2013) deden een pilotstudie bij patiënten die ontslagen waren na residentiële behandeling voor opioïdenverslaving. Tijdens de opname kregen ze 6 ACT-sessies. Na ontslag kregen ze gedurende 4 weken driemaal per week een ACT-boodschap per sms (gericht aan de groep). Hierop konden ze reageren. Dit werd zeer positief onthaald door patiënten. De experiëntiële vermijding daalde en de acceptatie en het waardegericht gedrag namen toe.

Twohig e.a. (2007) deden een multiple-baselinestudie bij 3 cannabisgebruikers die 8 sessies ACT kregen. Bij follow-up na 3 maanden was één proefpersoon volledig abtinent en de twee andere gebruikten minder cannabis. Omdat het slechts 3 proefpersonen betreft, is deze studie niet opgenomen in de tabel.

Alcoholgebruik

Rond alcohol werd voorlopig slechts één RCT gepubliceerd (Petersen & Zettle 2009). Het betreft een groep patiënten die gedwongen opgenomen was met alcoholverslaving in combinatie met depressie. ACT (individuele sessies) bleek minder therapietijd nodig te hebben (gemiddeld 3,1 uur therapie tijdens een verblijf van 23 dagen) dan standaard 12-stappenbehandeling (gemiddeld 4,3 uur therapie tijdens een verblijf van 33 dagen) om de ontslagcriteria te bereiken.

De universiteit van Adelaide meldde op haar website nog succesvolle resultaten van een zeer korte ACT-interventie (20 minuten) bij binge-drinkers van 18 tot 38 jaar: de maand volgend op de behandeling daalde de alcoholconsumptie met 38% (<http://www.adelaide.edu.au/news/>

news58441.html). Maar deze gegevens werden nog niet gepubliceerd.

Roken

Bij sigarettenverslaving wordt ACT op verschillende manieren toegepast en onderzocht. Een eerste RCT (Gifford e.a. 2004) vond aan het eind van de behandeling vergelijkbare resultaten voor enerzijds ACT (7 individuele sessies van 50 minuten en 7 groepsessies van 90 minuten) en anderzijds nicotinepleisters in combinatie met groepsessies: respectievelijk 35 en 33% was gestopt met roken. Bij follow-up na een jaar was er echter significant minder terugval bij de ACT-groep (35% tegenover 15% gestopt).

In een grote RCT vonden Gifford e.a. (2011) dat een combinatie van bupropion, ACT en functioneel-analytische psychotherapie (10 individuele sessies van 1 uur en 1 groepsessie) tot significant minder terugval leidde na een jaar (31,6% gestopt) dan bupropion alleen (17,5% gestopt).

Brown e.a. (2008) onderzochten hardnekkige rokers die de voorbije tien jaar nooit langer dan 72 uur waren gestopt met roken. Na behandeling met ACT (6 individuele sessies van 50 minuten en 9 groepsessies van 2 uur) was de mediaan opgeschoven naar 24 dagen rookstop.

Brown e.a. (2013) deden bijeen analoge groep hardnekkige rokers een RCT met een behandelgroep gericht op stresstolerantie. De behandeling bestond uit ACT en exposure (6 individuele sessies van 50 minuten en 9 groepsessies van 2 uur). Een andere groep kreeg een standaardbehandeling voor roken (6 sessies van 90 minuten en 1 individuele sessie van 20 minuten). Beide groepen kregen ook 8 weken nicotinepleisters. Na de behandeling had de groep die de stresstolerantiebehandeling kreeg veel meer kans op abstinentie (67 vs. 32%). Na 8 weken verkleinden deze verschillen.

Hernández-López e.a. (2009) deden een quasi-experimenteel onderzoek waarin zij ACT vergeleken met CGT. Beide onderzoeksgroepen kregen 7 wekelijkse groepsessies van 90 minuten. Bij afloop was 50% van de ACT-groep gestopt met roken (67% van wie de therapie volledig volgde) tegenover 24% van de CGT-groep (31% van wie de therapie afmaakte). Dit verschil was niet significant (wel van wie de therapie voltooide). Na 12 maanden was 30% (resp. 48%) van de ACT-groep gestopt, tegenover 13% (resp. 17%) van de CGT-groep; deze verschillen waren wel significant.

Bij rokers wordt ACT niet alleen aangeboden in rechtstreeks contact, maar ook via telefoon en internet. Bricker e.a. (2010) vonden dat 5 telefonische ACT-consultaties van 90 minuten een jaar later bij 29% (4 van de 14 patiënten) leidde tot volledige rookstop. Een RCT (Bricker e.a. 2013) vergeleek twee internetprogramma's om te stoppen met roken: ACT (WebQuit.org) tegenover het programma van

het National Cancer Institute (Smokefree.gov). Na 3 maanden leidde ACT tot een dubbel aantal rokers die met succes gestopt waren (23 tegenover 10%); de ACT-groep had ook meer tijd doorgebracht met het programma en was er meer tevreden over.

Naast de effectstudies tracht gericht onderzoek specifieke copingaspecten te vergelijken bij tabakcraving. Szasz e.a. (2012) vonden dat *reappraisal* de beste strategie was, beter dan acceptatie of onderdrukking van emoties rond roken. Hierbij dient aangestipt dat hun acceptatie-instructies in overeenstemming waren met instructies uit mindfulness-onderzoek, maar niet conform typisch ACT-onderzoek. Proefpersonen kregen gewoon de opdracht de gedachten en gevoelens te accepteren.

Ook Litvin e.a. (2012) vonden geen verschil in effect op roken tussen acceptatie- en onderdrukkingsinstructies. Beide bleken even effectief. Over coping bij tabakcraving is dus nog meer onderzoek nodig vooraleer duidelijke uitspraken kunnen worden gedaan.

Probleemgokken

Tot slot werd een onderzoek gevonden waarbij ACT werd toegepast bij probleemgokkers (Nastally & Dixon 2012 - niet opgenomen in de overzichtstabel omdat het geen volledige behandeling van het gokken was en geen effecten daarop werden gemeten, en het betrof slechts 3 proefpersonen). Het was een multiple-baselinestudie. ACT richtte zich op het 'near-misseeffect': als een gokautomaat 2 gelijke figuurtjes geeft op 3, wordt dat een 'near miss' genoemd. Gokkers zijn veel meer geneigd dit als 'bijna winst' te interpreteren. De ACT-interventie was een eenmalige PowerPointpresentatie van 10 minuten waarin de verschillende ACT-processen werden toegelicht en kort geoefend. Na deze interventie daalde de positieve appreciatie van de 'near-miss'-resultaten.

BESPREKING

De overgrote meerderheid van de 16 studies toonde een positief effect van ACT vergeleken met andere behandelvormen.

Beperkingen

Enige beperkingen nopen evenwel tot voorzichtigheid met conclusies. Het aantal onderzoeken is nog beperkt en vooral kwalitatief zijn de onderzoeken erg uiteenlopend. Niet alle onderzoeken hebben controlecondities en soms zijn de steekproeven erg klein. De onderzoeken hebben betrekking op een breed gamma van middelen en doelgroepen: polygebruik, drugs, alcohol en sigaretten en dit vooral in ambulante settings, maar ook residentieel en zelfs in de gevangenis. Slechts één studie richtte zich spe-

cifiek op alcohol, wat uiteraard specifieke conclusies niet toelaat.

Naar druggebruik en roken gebeurde meer onderzoek, maar hierbij doet zich dan weer het probleem voor dat er een zeer grote variatie is in de aangeboden ACT-behandeling, zowel qua duur als aanbiedingswijze en inhoud. De duur varieert van eenmalig 10 minuten ACT tot 6 maanden. De aanbiedingswijze varieert van individuele en groeps-sessies tot behandeling via internet, telefoon en sms. De inhoud van de protocollen is eveneens erg uiteenlopend; in verschillende studies wordt ACT ook gecombineerd met andere behandelingen.

Dit maakt dat een meta-analyse niet aangewezen is en dat algemene conclusies nog niet kunnen getrokken worden. Daar staat tegenover dat dit wel wijst op de flexibele toepasbaarheid en combineerbaarheid van de benadering. Ook combinaties kunnen leiden tot positieve effecten.

Duiding van beschreven effecten

Inhoudelijk zijn wel reeds enkele lijnen te bespeuren. De processen rond acceptatie en waarden staan vrij centraal in de behandeling. De resultaten zijn meestal positief: het gebruik neemt af. Twee zaken vallen daarbij op. Eerst en vooral blijken de effecten ook reeds bij relatief korte behandeling op te treden. Een tweede opvallende zaak is dat de positieve effecten in een aantal studies niet zozeer aan het eind van de behandeling worden gevonden, maar vooral bij follow-up. Dit fenomeen wordt eveneens bij andere problemen gevonden.

Een hypothese hierover is dat de actieve behandelperiode een leerproces op gang brengt dat door de patiënt zelf verder onderhouden wordt. Wat bij ACT geleerd wordt (het niet wegdrukken van negatieve belevingen, maar er anders mee leren omgaan), wijkt in belangrijke mate af van meer traditionele en spontane hanteringswijzen (vermijden, positief denken). Mogelijk gaan mensen met de nieuwe benadering behoedzaam aan de slag en ondervinden ze dat deze kan helpen, waardoor hun copingstijl wijzigt. Misschien wordt deze zelfs doorgetrokken naar andere levensdomeinen, maar hierover is nog geen onderzoek beschikbaar.

LITERATUUR

- Batten SV, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder. *Clin Case Stud* 2005; 4: 246-62.
- Bernaerts I, De Groot F, Kleen M. De AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire-II), een maat voor experiëntiële vermijding: normering bij jongeren. *Gedragstherapie* 2012; 45: 389-99.
- Bricker JB, Man SL, Marek PM, Liu J, Peterson AV. Telephone-delivered acceptance and commitment therapy for adult smoking cessation: a feasibility study. *Nicotine Tob Res* 2010; 12: 454-8.

Zeer belangrijk is dat men in alle studies die niet alleen effecten meten, maar ook het proces volgen, vindt dat ACT werkt volgens de vooropgestelde processen. Het beïnvloeden van de experiëntiële vermijding is daarbij een essentiële factor. Mensen gebruiken uiteenlopende middelen om ongewenste belevingen te vermijden of onder controle te houden. Het opzoeken van een roes is een bekend vermijdingsgedrag. De zoektocht naar processen die een rol spelen bij het ontstaan of in stand houden van problemen is belangrijk. Functionele processen laten toe overspecifieke symptomen of gedragingen te kijken en behandeling te richten op gemeenschappelijke factoren. Er zijn degelijke instrumenten beschikbaar om experiëntiële vermijding - of omgekeerd: psychologische flexibiliteit - te meten. Het meest gebruikte instrument is de *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Bernaerts e.a. 2012).

ALGEMEEN BESLUIT

ACT is een veelbelovende benadering voor verslaving en kan soepel ingebouwd worden in bestaande behandelprogramma's. Er is evenwel nog heel wat meer onderzoek nodig om de gevonden therapeutische effecten en processen te bevestigen. Voor verder onderzoek lijkt het daarom belangrijk dat zowel procesmaten (zoals de AAQ-II) als effectmaten worden meegenomen.

Of ACT bij alle vormen van verslaving werkt, hoe lang en in welke vorm, is nog geen volledig uitgemaakte zaak. Toch is er reeds een basis om implementatie in de praktijk te verantwoorden (met uitzondering van methamfetamine-verslaving), zeker bij patiënten bij wie sprake is van experiëntiële vermijding. Hierbij lijkt het aangewezen om de implementatie stelselmatig te laten verlopen en te beginnen met een combinatie met andere evidence-based benaderingen. Routine outcome monitoring kan dan aantonen of er effectverschillen zijn wanneer ACT wordt ingebouwd of andere benaderingen afgebouwd. Met name de effecten op langere termijn dienen gevolgd te worden omdat de onderzoeksgegevens vooral wijzen op mogelijke winst bij follow-up, wat erg belangwekkend is.

- Bricker JB, Schiff L, Comstock BA. Does avoidant coping influence young adults' smoking?: A ten-year longitudinal study. *Nicotine Tob Res* 2011; 13: 998-1002.
- Bricker J, Tollison S. Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: a conceptual and clinical review. *Behav Cog Psychother* 2011; 39: 541-59.
- Bricker J, Wyszynski C, Comstock B, Heffner JL. Pilot randomized controlled trial of web-based acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2013; 15: 1756-64.
- Brown RA, Palm KM, Strong DR, Lejuez CW, Kahler CW, Zvolensky MJ, e.a. Distress tolerance treatment for early-lapse smokers. Rationale, program description, and preliminary findings. *Behav Modif* 2008; 32: 302-32.
- Brown RA, Reed KM, Bloom EL, Minami H, Strong DR, Lejuez CW, e.a. Development and preliminary randomized controlled trial of a distress tolerance treatment for smokers with a history of early lapse. *Nicotine Tob Res* 2013; 15: 2005-15.
- Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML, e.a. Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behav Ther* 2004; 35: 689-705.
- Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Pierson HM, Piasecki MP, Antonuccio DO, e.a. Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behav Ther* 2011; 42: 700-15.
- Gratz KL, Bornova MA, Delany-Brumsey A, Nick B, Lejuez CW. A laboratory-based study of the relationship between childhood abuse and experiential avoidance among inner-city substance users: the role of emotional nonacceptance. *Behav Ther* 2007; 38: 256-68.
- Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B, red. *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum; 2001.
- Hayes SC, Levin ME, red. *Mindfulness & acceptance for addictive behaviors. Applying contextual CBT to substance abuse & behavioral addictions*. Oakland: New Harbinger; 2012.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press; 1999.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV, e.a. A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behav Ther* 2004; 35: 667-88.
- Heffner M, Eifert GH, Parker BT, Hernandez D, Sperry JA. Valued directions: acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cogn Behav Pract* 2003; 10: 378-83.
- Hernández-López M, Luciano MC, Bricker JB, Roales-Nieto JG, Montesinos F. Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychol Addict Behav* 2009; 23: 723-30.
- Levin ME, Lillis J, Seeley J, Hayes SC, Pistorello J, Biglan A. Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders and alcohol-related problems among first-year college student. *J Am Coll Health* 2012; 60: 443-8.
- Litvin EB, Kovacs MA, Hayes PL, Brandon TH. Responding to tobacco craving; experimental test of acceptance versus suppression. *Psychol Addict Behav* 2012; 26: 830-7.
- Luciano Soriano MC, Gómez Martín S, Hernández López M, Cabello Luque F. *Alcoholismo, evitación experiencial y terapia de aceptación y compromiso (ACT). Análisis y Modificación de Conducta* 2001; 27: 333-71.
- Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Bunting K, Rye AK. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addict Res Theory* 2008; 16: 149-65.
- Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Fletcher L. Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80: 43-53.
- Petersen CL, Zettle RD. Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: a comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *Psychol Rec* 2009; 59: 521-36.
- Riley B. Experiential avoidance mediates the association between thought suppression and mindfulness with problem gambling. *J Gamb Stud* 2012; doi:10.1007/s10899-012-9342-9.
- Smout MF, Longo M, Harrison S, Minniti R, Wickes W, White JM. Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy. *Subst Abuse* 2010; 31: 98-107.
- Stotts AL, Green C, Masuda A, Grabowski J, Northrup TF, Moeller G, e.a. A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug Alcohol Depend* 2012; 125: 215-22.
- Stotts AL, Masuda A, Wilson K. Using acceptance and commitment therapy during methadone dose reduction: Rationale, treatment description, and a case report. *Cogn Behav Pract* 2009; 16: 205-13.
- Stotts AL, Northrup TF, Norwood WD. Initial pilot test of a group-texting intervention to sustain opioid abstinence following residential detoxification and treatment. *J Addict Behav Ther Rehabil* 2013; 2: 3.

- Szasz PL, Szentagotai A, Hofmann SC. Effects of emotion regulation strategies on smoking craving, attentional bias, and taste persistence. *Behav Res Ther* 2012; 50: 333-40.
- Twohig MP, Shoenberger D, Hayes SC. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *J Appl Behav Anal* 2007; 40: 619-32.
- Villagrà P, Fernández P, Rodríguez F, González A. Acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioural therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *J Clin Psychol* 2014; 70: 644-57.
- Villagrà Lanza P, González Menéndez A. Acceptance and commitment therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema* 2013; 25: 307-12.
- Wilson KG, Byrd MR. ACT for substance abuse and dependence. In: Hayes SC, Strosahl KD, red. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer; 2004. p. 153-84.
- Wilson KG, DuFrene T. The wisdom to know the difference. *An acceptance & commitment therapy workbook for overcoming substance abuse*. Oakland: New Harbinger; 2012.
- Wilson KG, Hayes SC, Byrd MR. Exploring compatibilities between acceptance and commitment therapy and 12-step treatment for substance abuse. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2000; 18: 209-34.
- Wilson KG, Schnetzer LW, Flynn MK, Kurz AS. Acceptance and commitment therapy for addiction. In: Hayes SC, Levin ME, red. *Mindfulness & acceptance for addictive behaviors. Applying contextual CBT to substance abuse & behavioral addictions*. Oakland: New Harbinger; 2012. p. 27-68.

SUMMARY

Acceptance and commitment therapy (ACT) and addiction: a literature review

F. DE GROOT, M. MORRENS, G. DOM

BACKGROUND Acceptance and commitment therapy (ACT) is a recent form of cognitive behavioural therapy, based on the relational frame theory (RFT). ACT is being used to treat a wide range of problems, including addiction.

AIM To review the literature on the use of ACT to treat addiction.

METHOD We searched the literature systematically using PubMed en PsycINFO.

RESULTS We found 16 studies, 10 of which were RCT's. Eight studies dealt with drug problems or mixed substance problems, 7 studies focused on cigarette smoking, and only 1 publication concerned alcohol treatment. The majority of studies reported positive results for ACT following treatment and at follow-up.

CONCLUSION Although more research is needed, ACT is shown itself to be a promising treatment for addiction.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)9, 577-585

KEY WORDS acceptance and commitment therapy, addiction, alcohol, cigarettes, drugs, experiential avoidance, relational frame theory