



Effectiviteit Acceptatie- en Commitment Therapie bij depressie
J.G.L. A-Tjak

SAMENVATTING

De effectiviteit van Acceptatie- en Commitment Therapie (ACT) en Cognitieve Gedragstherapie (CGT)

Het doel van dit proefschrift bestond eruit, om te onderzoeken hoe we de behandeling van depressie kunnen verbeteren en welke rol ACT daarin zou kunnen spelen. Ons eerste doel was om de werkzaamheid van ACT voor depressie te onderzoeken. De meta-analyse van de werkzaamheid van ACT voor mentale en fysieke gezondheid uit **hoofdstuk 2**, vertelde ons dat ACT een levensvatbare behandeling kan zijn voor angststoornissen, depressie, verslaving en lichamelijke gezondheidsproblemen [1]. Onze resultaten waren vergelijkbaar met die van Öst [2], dat wil zeggen dat beide meta-analyses geen significant verschil in werkzaamheid vonden tussen ACT en CGT. We verschilden echter in onze conclusie over de methodologische kwaliteit van ACT-onderzoeken. Waar Öst concludeerde, dat de methodologische kwaliteit van ACT-onderzoek niet was verbeterd, sinds hij deze voor het eerst beoordeelde met de schaal die hij ontwikkelde [3], vonden wij, met behulp van dezelfde schaal, aanwijzingen dat de methodologische kwaliteit was verbeterd. Voor depressie en angststoornissen konden we in totaal slechts 8 onderzoeken includeren, die aan onze inclusiecriteria voldeden. Bewijs voor de werkzaamheid van ACT voor depressie was beperkt en voor de depressieve stoornis in het bijzonder, schaars.

We hebben een gerandomiseerde studie (Randomized Clinical Trial, RCT) uitgevoerd om de werkzaamheid van ACT voor de depressieve stoornis verder te onderzoeken, bij PsyQ, een instelling voor ambulante behandeling. De resultaten worden beschreven in **hoofdstuk 3 en 4**. Er waren 82 patiënten geïncludeerd, met zes uitvallers per conditie. We vergeleken ACT met CGT voor depressie, omdat CGT veruit de meest onderzochte behandeling was, die effectief bleek te zijn. We verwachtten dat CGT het beter zou doen dan ACT, gebaseerd op eerder onderzoek naar CGT. Deze hypothese werd niet bevestigd. In **hoofdstuk 3** rapporteren we dat na de behandeling 75% en 80% van de patiënten, respectievelijk voor de ACT- en CGT-conditie, niet meer voldeden aan de criteria

van de depressieve stoornis. Patiënten in beide condities meldden verder significante en sterke afname van depressieve symptomen van vóór tot na de behandeling en ook na 6 maanden follow-up. Bovendien rapporteerden patiënten in beide interventies een significante toename van de kwaliteit van leven, die in de loop van de tijd gehandhaafd bleef. Effectgroottes waren hoog. In ons derde artikel (**hoofdstuk 4**) rapporteerden we grote afname van depressieve symptomen en stijging van de kwaliteit van leven van vóór de behandeling tot 12 maanden follow-up en geen verschillen in de mate van verandering tussen ACT en CGT vanaf 6 maanden tot 12 maanden follow-up.

Een sterk punt van ons onderzoek is, dat het één van de eerste RCT's is, die zich richt op behandeling van de depressieve stoornis met ACT in de reguliere klinische praktijk. Onze resultaten tonen aan dat therapeuten zonder voorgaande ervaring met ACT en beperkte ervaring met CGT kunnen worden getraind om succesvol ACT of CGT uit te voeren. De behandeling in onze studie lijkt representatief voor de normale geestelijke gezondheidszorg. Bovendien is een follow-up van twaalf maanden aanzienlijk. Een belangrijke beperking is dat ons onderzoek onvoldoende statistische power had om kleinere verschillen in effectiviteit tussen ACT en CGT te detecteren.

Mediatie processen

In **hoofdstuk 4** hebben we onze mediatie studie gepresenteerd. Onverwacht vonden we, dat een afname van de disfunctionele attitudes tijdens zowel ACT als CGT resulteerde in minder depressieve symptomen na de behandeling. Op het eerste gezicht strookt dit niet met de twee behandelingsmodellen. Voor CGT betekent dit, dat een verandering in disfunctionele attitudes niet specifiek voor CGT is; voor ACT betekent dit, dat de inhoud van cognities tijdens de behandeling verandert en deze verandering de uitkomst beïnvloedt. In tweede instantie is het echter logisch dat defusie-interventies kunnen leiden tot veranderingen in de inhoud van cognities. Hoewel de interventies van de twee behandelingen verschillen, kunnen de processen die door deze interventies in gang worden gezet, vergelijkbaar zijn. Een andere mogelijkheid is dat in CGT veranderingen in

cognitieve inhoud tot stand komen als een direct gevolg van de interventies, terwijl defusie binnen ACT een tussenliggende factor is, die leidt tot cognitieve verandering. Het gebruik van de disfunctionele attitudeschaal (DAS) om een verandering in cognities te meten is niet zonder problemen. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk of het veranderingen in automatisch denken of kernovertuigingen meet [4]. Ander onderzoek naar de rol van cognitieve verandering als mediator is niet doorslaggevend [zie bijv., 5, 6, 7].

Decentering medieerde zowel ACT als CGT, maar niet in dezelfde fase van de behandeling. Voor ACT waren veranderingen in de decentering van vóór de behandeling tot sessie 1 en van sessie 6 tot 11, gerelateerd aan opeenvolgende symptoomniveaus van depressieve symptomen. Voor CGT hielden veranderingen in decentering van vóór de behandeling tot sessie 1 en van sessie 1 tot 6, verband met de daaropvolgende symptoomniveaus van depressie. Dit kan verband houden met de specifieke interventies in de verschillende fasen. Toekomstig onderzoek moet echter verder onderzoeken, hoe decentering het beste kan worden gedefinieerd en gemeten, omdat de Experiences Questionnaire verschillende processen lijkt te meten, zoals mindfulness, het innemen van een observerend perspectief en defusie met een breed inhoudelijk spectrum, dus niet alleen defusie van cognities.

De resultaten toonden verder aan, dat afname van experiëntiële vermijding voor ACT resulteerde in minder depressieve symptomen na behandeling. Dit suggereert, dat veranderingen in experiëntiële vermijding specifiek zijn voor ACT en een mediërende rol speelden, tijdens de hele behandeling. Er is echter enige conceptuele verwarring, over wat wordt gemeten met de Acceptance and Action Questionnaire-II. Er wordt gezegd, dat het psychologische flexibiliteit meet, wat een overkoepelend concept is, dat bestaat uit vijf andere processen, naast experiëntiële vermijding of acceptatie [8]. De context lijkt van belang te zijn, wat betreft de impact van vermijding [9]. Al met al tonen onze resultaten aan, dat er een aanzienlijke overlap bestaat tussen ACT en CGT voor depressie. Het is logisch, aangezien beide onderdeel zijn van de grotere CGT-familie, gericht op het vermijden

van gedrag en cognitieve verandering. Omdat we echter vonden, dat experiëntiële vermijding alleen medieerde in ACT, en dat decentering de uitkomst in verschillende fasen beïnvloedde, lijken er ook verschillen te zijn. Meer onderzoek is nodig om te begrijpen, of ACT en CGT verschillende interventies bevatten, die tot dezelfde processen leiden, of dat andere processen interacteren met de verandering in cognitieve inhoud en experiëntiële vermijding.

Een belangrijk sterk punt van ons onderzoek was, dat het voldoet aan de criteria die Lemmens et al. [10] opstelden, voor het onderzoeken van mediatie in psychotherapie. Deelnemers aan onze studie vulden de nodige meetinstrumenten in, op zes verschillende tijdstippen, vóór, tijdens en na de behandeling. De mediators werden gemanipuleerd door middel van de behandeling die aan de deelnemers werd aangeboden. Onze bevindingen moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, vanwege de beperkte statistische power van het onderzoek. Een andere beperking was dat we zelfrapportagematen voor disfunctionele attitudes, decentering en experiëntiële vermijding gebruikten. Experience sampling methoden of dagelijkse dagboekmetingen [zie bijv., 11], die context specifiek zijn [12], zijn wellicht geschikter om de fijnmazige invloed van deze processen te meten. Het is ook belangrijk, om een beter inzicht te krijgen in wat wordt gemeten, met de zelfrapportagematen die we hebben gebruikt.

Gehechtheid als voorspeller van de uitkomst bij de behandeling van de depressieve stoornis

Het is aangetoond, dat het gebruik van voorspellers en moderatoren om patiënten aan een behandeling toe te wijzen, tot betere resultaten leidt [13]. Zoals is gemeld in **hoofdstuk 5**, hebben we in onze studie ervoor gekozen, om de rol van hechting als voorspeller van de uitkomst bij de behandeling van depressie te onderzoeken. De hechtingstheorie voorspelt, dat patiënten die niet veilig gehecht zijn, minder baat kunnen hebben bij psychologische behandeling. Onderzoek wijst uit dat hechtingsoriëntatie inderdaad de niveaus van depressie en de uitkomst van de behandeling

beïnvloedt [zie bijv., 14, 15]. Vooral hechting in termen van angst en vermijding, als onderliggende dimensies van emotionele en gedragsregulatie, lijkt belangrijk [16]. Hechtingangst verwijst naar angst voor verlaten en een verlangen om dicht bij een partner te zijn. Het vermijden van hechting duidt op terugtrekking uit hechte relaties om emoties neerwaarts te reguleren. Het combineren van deze dimensies leidt tot vier hechtingsstijlen: veilige hechting, die lage niveaus van angst en vermijding weergeeft; gepreoccupeerde hechting, die wijst op een gevoel van minderwaardigheid en een positief beeld van anderen; angstige hechting, die een negatief beeld van zowel zichzelf als anderen weergeeft; afwijzende hechting, wat een positief zelfbeeld en een negatief beeld van anderen impliceert [17]. Een van de instrumenten die is ontwikkeld om hechting te meten, is de Experiences in Close Relationships (ECR) [16], een zelfrapportagemaat. Omdat wordt aangenomen dat automatische processen een cruciale rol spelen in hechtingsgedrag [18], is het zinvol om hechtingsoriëntatie te meten met impliciete maten, zoals de Implicit Association Test (IAT) [19]. De IAT is gebruikt om de relatie te meten, tussen impliciet relationeel gevoel van eigenwaarde en relationele angst, met een expliciete hechtingsstijl [20]. Een IAT bestaat uit verschillende blokken, waarin deelnemers worden geïnstrueerd, om woorden zo snel mogelijk in verschillende categorieën te categoriseren, door op twee afzonderlijke antwoordknoppen te drukken. De IAT gebruikt complementaire paren van concepten en attributen, terwijl de SC-IAT, ontwikkeld door Karpinski en Steinman [21], de evaluatieve associaties meet met een enkele categorie of attitude-object, bijvoorbeeld 'ik' of 'mij'. In onze studie onderzochten we de relatie tussen gehechtheid en de uitkomst van psychologische behandeling voor depressie, zowel impliciet (SC-IAT) als expliciet (ECR) gemeten. In overeenstemming met het model van Bartholomew en Horowitz [17] en op basis van het werk van Conradi [22], hebben we de deelnemers in vier verschillende hechtingsstijlen verdeeld, met behulp van de somscores, op de twee subschalen van de ECR van vóór de behandeling. Het bovenstaande samenbrengend, hebben we gekeken naar de relatie van impliciete hechting, namelijk relationeel gevoel van eigenwaarde en relationele angst, expliciete vermijding van hechting en

relationele angst en de vier hechtingsstijlen met de uitkomsten van onze twee behandelingscondities tezamen.

We vonden dat de hechtingsstijl de uitkomst van de behandeling niet significant beïnvloedde, omdat alle patiënten profijt hadden van de CGT- of ACT-behandeling. Hechtingsangst voorafgaande aan de behandeling was geen significante voorspeller voor uitkomsten met betrekking tot depressie en kwaliteit van leven, maar hogere scores voor het vermijden van hechting vóór behandeling hielden verband met betere uitkomsten voor depressie. Dit houdt in, dat een vermijdende hechtingsstijl niet hetzelfde is als een vermijdende hechtingsdimensie. Hoewel zowel de hechtingsstijlen als dimensies zijn gebaseerd op de ECR, lijkt vermijding het best te worden gemeten als een dimensie en niet als een alles-of-niets-concept. Misschien voorkomt het vermijden van hechting betrokkenheid bij negatieve interacties met een romantische partner, waardoor de ontevredenheid laag blijft. Een andere belangrijke verklaring zou kunnen zijn, dat vermijden op de korte termijn beter werkt, maar op de lange termijn zou dit kunnen leiden tot verslechtering van de relatie en vervolgens tot (meer) depressieve symptomen. Depressieve symptomen zijn mogelijk niet gerelateerd aan interpersoonlijke problemen voor mensen, die angstig gehecht zijn en een veilige relatie hebben.

We hebben ook geconstateerd dat veranderingen in relationele angst en vermijding, van vóór tot na de behandeling, betere behandelingsresultaten voorspelden. Onze resultaten laten zien, dat patiënten na behandeling een vermindering van zowel hechtingsvermijding als hechtingsangst vertoonden, wat betekent dat hechtingsoriëntatie kan worden gewijzigd door middel van therapie en dit kan een gunstig effect hebben op de uitkomst van depressie.

Onze studie lijkt de eerste te zijn die een SC-IAT gebruikt om relationeel gevoel van eigenwaarde en relationele angst te meten. Onverwacht vonden we geen verband tussen de behandeluitkomst en beide impliciete maten. Impliciete maten en de ECR-subschalen waren niet gecorreleerd. Dit was een ander resultaat dan in het onderzoek, dat werd uitgevoerd door Dewitte

en collega's [20]. In hun onderzoek werd echter geen klinische steekproef gebruikt. Andere verschillen, zoals de gebruikte maten, kunnen tot verschillende resultaten hebben geleid. Wat onze studie interessant maakt, is dat veel eerdere studies over impliciete maten zijn uitgevoerd met steekproeven bestaande uit studenten [23].

Samengevat bevestigen onze resultaten dat de oriëntatie van hechting inderdaad een factor is die de behandelingsuitkomst beïnvloedt voor depressie en kwaliteit van leven en het is beïnvloedbaar door behandeling. Het feit dat hechtingsstijl, hechtingsangst en de impliciete maten geen significante resultaten toonden, kan heel goed te wijten zijn aan een lage statistische power. Als we meer patiënten hadden geïnccludeerd, hadden we mogelijke verschillen tussen de twee behandelingscondities kunnen onderzoeken, maar het was niet zinvol om die analyses op onze gegevens uit te voeren.

Door de informatie uit onze vier artikelen samen te brengen, kunnen we concluderen dat ACT voor de depressieve stoornis effectief is in de klinische praktijk, bij reguliere patiënten en therapeuten, met adequate supervisie. Afname van depressieve symptomen en toename van de kwaliteit van leven blijven ten minste 12 maanden gehandhaafd. Voor CGT kunnen we dezelfde conclusie trekken. We moeten echter opmerken, dat de hoeveelheid bewijs voor CGT voor depressie veel groter is, dan voor ACT. CGT en ACT lijken te werken via een verandering in disfunctionele attitudes en decentering. Dit betekent, dat cognitieve verandering belangrijk is om tijdens de behandeling na te streven, hoewel die verandering verschillende vormen kan aannemen en niet specifiek is voor CGT. Experientiële vermijding lijkt specifiek een mediator van ACT te zijn en dat bevestigt dit aspect van het theoretische model. Hechtingsoriëntatie, in het bijzonder het vermijden van hechting, gemeten als een dimensie, voorspelt depressieve uitkomsten, evenals een *verandering* in de hechtingsoriëntatie. Een afname in hechtingsvermijding en een afname in hechtingsangst voorspellen lagere depressiescores en verbeterde kwaliteit van leven na behandeling.

Referenties

1. A-Tjak JGL, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PMG: **A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems.** *Psychother Psychosom* 2015, **84**:30-36.
2. Ost LG: **The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis.** *Behav Res Ther* 2014, **61**:105-121.
3. Ost LG: **Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis.** *Behav Res Ther* 2008, **46**(3):296-321.
4. Dozois DJA, Bieling PJ, Evraire LE, Patelis-Siotis I, Hoar L, Chudzik S, McCabe K, Westra HA: **Changes in Core Beliefs (Early Maladaptive Schemas) and Self-Representation in Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression.** *Int J Cogn Ther* 2014, **7**(3):217-234.
5. Beevers CG, Miller IW: **Unlinking negative cognition and symptoms of depression: evidence of a specific treatment effect for cognitive therapy.** *J Consult Clin Psychol* 2005, **73**:68-77.
6. Lemmens LHJM, Galindo-Garre F, Arntz A, Peeters F, Hollon SD, DeRubeis RJ, Huibers MJH: **Exploring mechanisms of change in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression.** *Behav Res Ther* 2017, **94**:81-92.
7. Zettle RD, Rains JC, Hayes SC: **Processes of change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for depression: A mediational reanalysis of Zettle and Rains (1989).** *Behav Modif* 2011, **35**:265-283.
8. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD: **Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance** *Behav Ther* 2011, **42**:676-688.
9. Bond FW, Lloyd J, Guenole N: **The work-related acceptance and action questionnaire: Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts.** *J Occup Organ Psychol* 2013, **86**:331-347.
10. Lemmens LHJM, Müller VNLS, Arntz A, Huibers MJH: **Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators.** *Clin Psychol Rev* 2016, **50**:95-107.
11. Shahar B, Herr NR: **Depressive symptoms predict inflexibly high levels of experiential avoidance in response to daily negative affect: A daily diary study.** *Behav Res Ther* 2011, **49**(10):676-681.
12. Machell KA, Goodman FR, Kashdan TB: **Experiential avoidance and well-being: A daily diary analysis.** *Cogn Emot* 2015, **29**:351-359.
13. Huibers MJH, Cohen ZD, Lemmens LHJM, Arntz A, Peeters FPML, Cuijpers P, DeRubeis RJ: **Predicting Optimal Outcomes in Cognitive Therapy or Interpersonal Psychotherapy for Depressed Individuals Using the Personalized Advantage Index Approach.** *PLoS One* 2015, **10**(11):e0140771.
14. Gunlicks-Stoessel M, Westervelt A, Reigstad K, Mufson L, Lee S: **The role of attachment style in interpersonal psychotherapy for depressed adolescents.** *Psychother Res* 2019, **29**(1):78-85.
15. Jones BDM, Chopra KK, Grummitt J, Ravindran A, Levitan RD: **Attachment style at discharge predicts depression status four months following a 28-301 day alternate-milieu inpatient program.** *Asian J Psychiatr* 2014, **8**:104-105.
16. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR: **Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.** In: *Attachment theory and close relationships* edn. Edited by Simpson JA, Rholes S. New York: Guilford; 1998.
17. Bartholomew K, Horowitz LM: **Attachment styles among young adults: A test of a four-category model.** *J Pers Soc Psychol* 1991, **61**:226-244.

18. Mikulincer M, Shaver PR: **Attachment-related strategies during thought suppression: Ironic rebounds and vulnerable self-representations.** *J Pers Soc Psychol* 2004, **6**:940-956.
19. Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JCK: **Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test.** *J Pers Soc Psychol* 1998, **6**:1464-1480.
20. Dewitte M, De Houwer J, Buysse A: **On the role of the implicit self concept in adult attachment.** *Eur J Psychol Assess* 2008, **24**:282-289.
21. Karpinski A, Steinman RB: **The single category implicit association test as a measure of implicit social cognition.** *Eur J Psychol Assess* 2006, **24**:282-289.
22. Conradi HJ: **Experience in close relationships (ECR): Voorlopige scoring en normering** (Ongepubliceerd manuscript). Amsterdam: Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam; 2010.
23. Phillips WJ, Hine DW, Thorsteinsson EB: **Implicit cognition and depression: A meta-analysis.** *Clin Psychol Rev* 2010, **30**(6):691-709.