

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Acceptatie en commitment therapie (ACT) in een groep voor de paniekstoornis met en zonder agorafobie. Een pilot-studie naar werkzaamheid en de voorspellende waarde van acceptatie

*Irene de Vlaming<sup>1</sup>, Walter Arts<sup>2</sup> en Michiel van Vreeswijk<sup>3</sup>*

## SAMENVATTING

In dit artikel wordt een pilotstudie beschreven naar de werkzaamheid van Acceptatie en Commitment Therapie bij de paniekstoornis met en zonder agorafobie. De behandeling werd gegeven aan cliënten in een groep (N=40). ACT bleek een effectieve behandeling voor de paniekstoornis te zijn. De angst voor lichamelijke sensaties nam af, evenals agorafobisch vermijdingsgedrag. De resultaten waren vergelijkbaar met de uitkomsten van een eerder gegeven CGT-groepsbehandeling voor dezelfde klachten. Voorts werd onderzocht of een klinische verbetering verband hield met veranderingen in acceptatie van gevoelens, gedachten en lichamelijke sensaties. Dit bleek zo te zijn. Eerdere veranderingen in acceptatie voorspelden echter geen latere veranderingen in ernst van de klachten. Methodologische tekortkomingen van deze pilot-studie worden besproken.

## INLEIDING

Een paniekstoornis met of zonder agorafobie kenmerkt zich door terugkerende paniekaanvallen en een angst daarvoor. Ten minste één van de paniekaanvallen moet gevolgd zijn door zorgen over een volgende paniekaanval, zorgen over de mogelijke gevolgen van de paniekaanval of een gedragsverandering als gevolg van de paniekaanval. Indien, als gevolg hiervan, bepaalde situaties

*1 Mw. Drs. I.H. de Vlaming is als klinisch psycholoog en gedragstherapeut werkzaam bij de Reinier de Graaf Groep, afdeling Psychiatrie en Medische Psychologie, te Delft. E-mail: i.devlaming@rdgg.nl*

*2 Drs. W.J.J.M. Arts is als klinisch psycholoog en gedragstherapeut werkzaam bij GGZ-Delfland, locatie Ypenburg te Den Haag als behandelaar en manager behandelzaken*

*3 Drs. M. van Vreeswijk is als klinisch psycholoog, gedragstherapeut en directeur werkzaam bij G-kracht psychomedisch centrum te Delft*

worden vermeden of doorstaan met intense angst, dan is er, volgens de DSM-IV, tevens sprake van agorafobie (American Psychiatric Association, 2001).

De eerste keus psychologische behandeling voor een ernstige paniekstoornis *zonder* agorafobie is paniekmanagement. De twee best onderzochte en meest toegepaste vormen van paniekmanagement zijn cognitieve therapie en interoceptieve exposure (CBO, 2009). In cognitieve therapie worden catastrofale interpretaties van lichamelijke sensaties onderzocht, geëvalueerd en veranderd in meer realistische cognities. Interoceptieve exposure bestaat uit herhaalde blootstelling aan de gevreesde lichamelijke sensaties. Deze worden in de therapiezitting, en later thuis, opgewekt en onder controle gebracht door bijvoorbeeld ontspanning. Paniekmanagement is erg effectief voor het verminderen van paniekaanvallen (Craske, 1999); 70 tot 80% van de cliënten heeft na behandeling geen paniekaanvallen meer.

De aanbevolen psychologische behandeling voor een paniekstoornis *met* agorafobie is exposure in vivo (CBO, 2009). Bij exposure in vivo dienen cliënten zich dagelijks te begeven in voor hen angstige situaties totdat deze situaties geen angst meer oproepen. Exposure in vivo laat een substantiële klachtvermindering zien bij ongeveer 70% van de cliënten (Emmelkamp, Hoogduin & Van den Hout, 2000). Paniekmanagement verbetert de effecten van exposure in vivo niet (Craske, 1999; Emmelkamp, 2004; Mitte, 2005).

Cognitieve gedragstherapie (CGT) voor de paniekstoornis met of zonder agorafobie kan individueel of in een groep worden gegeven. Een groepstherapie kan nuttig zijn om de effectiviteit en beschikbaarheid van een behandeling te vergroten (Sharp, Power & Swanson, 2004). Belfer, Munoz, Schachter en Levendusky (1995) benoemden groepstherapie om deze reden als de voorkeur behandelvorm bij agorafobie. Sharp et al. (2004) vergeleken groepsgewijze CGT met individuele CGT bij de paniekstoornis met of zonder agorafobie. Beide condities bleken even effectief.

Een relatief nieuwe vorm van behandeling is Acceptatie en Commitment Therapie (ACT). ACT is een zogenoemde derde generatie gedragstherapie. Waar de eerste generatie zich vooral richtte op het beïnvloeden van gedrag, met exposure (in vivo) als belangrijkste procedure en de tweede generatie zich focust op het veranderen van gedachten, door middel van cognitieve herstructurering, is de derde generatie gedragstherapie, waar ACT toe wordt gerekend, erop gericht de functie van cognities te veranderen. Cliënten leren welke invloed denken op hen heeft, ze hoeven niet anders te leren denken (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Niet pogingen de ongewenste mentale verschijnselen onder controle te krijgen staan centraal, maar acceptatie van deze verschijnselen op weg naar een waardevol leven. Uitgangspunt is het leiden van een zinvol leven *met* klachten, niet een zinvol leven *zonder* klachten.

ACT gaat over het vergroten van psychologische flexibiliteit en het opbouwen van een zinvol en waardevol leven door ervaringsgericht leren en waar-

devolle gedragsverandering en gedragsactivatie (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). In ACT leren cliënten om hun gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties te 'de-contextualiseren' en te accepteren. Centraal staat de vermindering van experiëntiële vermijding (Eifert & Forsyth, 2005). De functie van deze vorm van vermijding is om zo weinig mogelijk aversieve ervaringen te hebben. Hoewel cliënten hun vermijding als oplossing beschouwen, laat onderzoek zien dat pogingen om angst of andere ongewenste gevoelens te onderdrukken en beheersen, ineffectief zijn of zelfs contraproductief (zie onder andere Purdon, 1999).

ACT omvat zes kernprocessen:

- acceptatie (van emoties, gedachten en gewaarwordingen)
- defusie (een gedachte is alleen maar een gedachte, een emotie alleen maar een emotie)
- mindfulness (contact met het hier-en-nu in plaats van met een naar verleden of een dreigende toekomst)
- zelf-als-context (je bent meer dan je gedachten of gevoelens)
- waarden en doelen (wat vind je belangrijk en wil je bereiken)
- toegewijde actie (in de gewenste richting je gedrag veranderen)

Deze kernprocessen worden inzichtelijk gemaakt via bespreking, ervaringsgerichte oefeningen en metaforen.

Meerdere studies ondersteunen de kernprocessen van ACT bij angst. Zo vergeleken Eifert en Heffner (2003) drie groepen van vrouwen die verhoogd op een angstschaal hadden gescoord. In de eerste groep werd een acceptatie-context gecreëerd, in de tweede groep een controle-context en de derde groep werden geen specifieke instructies gegeven. Vergeleken met vrouwen uit de controleconditie en vrouwen die niet waren geïnstrueerd, reageerden vrouwen uit de acceptatieconditie op aversieve interoceptieve stimulatie met minder vermijding, minder angst en minder cognitieve symptomen en catastrofale gedachten.

Karekla, Forsyth en Kelly (2004) lieten mensen koolzuurgas inademen. Deelnemers die hoog scoorden op experiëntiële vermijding ervoerden meer panieksymptomen, cognitieve symptomen, angst en oncontroleerbaarheid dan minder vermijdende deelnemers. In een andere studie (Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004) werd het effect van acceptatie versus onderdrukken van gedachten en gevoelens onderzocht bij cliënten met een paniekstoornis. Ook in deze studie lieten de onderzoekers mensen koolzuurgas inademen. Eén groep kreeg instructie om gedachten en gevoelens te accepteren. Een andere groep kreeg instructie om deze te onderdrukken. Een derde groep kreeg geen instructie. De acceptatiegroep was significant minder bang en meer bereid om het inademen van koolzuurgas aan te gaan dan de groep die geïnstrueerd was om gedachten en gevoelens te onderdrukken en de controlegroep.

De effectiviteit van ACT is bij sterk uiteenlopende problemen onderzocht. Er zijn 'randomized controlled trials' (RCT's) gedaan naar de effectiviteit van ACT bij angstklachten, depressieve klachten en psychotische klachten, maar ook bij roken, epilepsie en diabetes. Pull (2008) concludeerde op basis van een literatuuroverzicht dat op acceptatie-gebaseerde benaderingen waaronder ACT werkzaam kunnen zijn bij uiteenlopende stoornissen. Powers, Zum Vörde Sive Vörding en Emmelkamp (2009) vonden in hun review van 18 RCT's dat ACT het beter deed dan controlecondities, maar niet beter dan de gevestigde therapievormen. Öst (2008) concludeerde in zijn onderzoek naar RCT's bij derde generatie gedragstherapieën dat het vaak moeilijk is om duidelijke conclusies te trekken over de effectiviteit vanwege allerlei methodologische tekortkomingen. In de studies naar de effectiviteit van ACT die tot dan toe gepubliceerd waren, werd een minder strikte onderzoeksmethode gehanteerd dan in vergelijkbare CGT-studies. Hij vond dat op dat moment geen van de derde generatie gedragstherapieën voldeed aan de criteria van empirisch gefundeerde behandelingen.

Er is een beperkt aantal onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van ACT bij angstklachten en angststoornissen. Block (2002) vergeleek ACT met CGT bij sociale angst. Beide behandelingen waren effectief. ACT was effectiever in afname van vermijding. Zettle (2003) vergeleek ACT met systematische desensitisatie bij studenten met angst voor wiskunde. Beide behandelingen waren even effectief. Ook in een RCT bij een heterogene groep cliënten die matige tot ernstige angstklachten en depressieve klachten hadden, lieten ACT en CGT een vergelijkbare mate van angstvermindering zien (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007). In een multiple-baseline studie bleek ACT een effectieve behandeling voor de obsessieve compulsieve stoornis (Towhig, Hayes & Masuda, 2006). Er zijn geen studies bekend naar de werkzaamheid van ACT bij de paniekstoornis met of zonder agorafobie.

Voor CGT bij de paniekstoornis bestaat substantiële empirische ondersteuning. Niettemin profiteert 20 tot 30% onvoldoende van CGT. Zou ACT, een relatief nieuwe vorm van behandeling waarin andere kernprocessen dan in CGT een rol lijken te spelen, succesvoller kunnen zijn?

De in dit artikel besproken studie is opgezet om de werkzaamheid van ACT bij de paniekstoornis met en zonder agorafobie te bepalen. De behandeling werd in een groep gegeven (ACT-g). De resultaten worden vergeleken met een CGT-groepsbehandeling die eerder aan cliënten met vergelijkbare klachten werd gegeven (CGT-g) (Arts, Akkermans, Kromhout & Rouwendal, 1997).

Het hoofddoel van deze studie was om verandering in (a) angst voor lichamelijke sensaties en (b) agorafobisch vermijdingsgedrag te onderzoeken bij cliënten met een paniekstoornis met en zonder agorafobie die behandeling met ACT-g volgden. Onze eerste hypothese was dat cliënten een significante afname zouden laten zien in de angst voor lichamelijke sensaties en agorafobisch vermijdingsgedrag nadat zij hadden deelgenomen aan ACT-g. Onze

tweede hypothese was dat de afname van angst voor lichamelijke sensaties en agorafobisch vermijdingsgedrag in ACT-g groter zou zijn dan bij cliënten die, eerder in de tijd, deel hadden genomen aan behandeling met CGT-g. Onze derde hypothese was dat cliënten in ACT-g een toename in acceptatie van gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties zou laten zien. We onderzochten of een klinische verbetering in ACT-g verband houdt met veranderingen in acceptatie van gevoelens, gedachten en lichamelijke sensaties. We wilden hierbij nagaan of een op acceptatie gerichte houding samenhangt met een afname van angst en vermijding. Onze vierde hypothese was dat een toename van acceptatie in de eerste behandel fase, een afname van angst voor lichamelijke sensaties in de tweede behandel fase zou voorspellen.

## METHODE

### *Cliënten en procedure*

In de ACT-g werden 40 cliënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie geïnccludeerd. De groepsbehandeling vond plaats bij GGZ-Delfland tussen augustus 2007 en september 2010. Van de CGT-g konden de behandel dossiers van 54 cliënten worden onderzocht. Deze cliënten werden alle behandeld in de periode 1997-1999.

Om in aanmerking te komen voor beide behandelingen moesten cliënten tussen de 18 en 65 jaar zijn en voldoen aan de criteria voor een paniekstoornis met of zonder agorafobie. Dit diende de hoofddiagnose te zijn. Exclusiecriteria waren (ernstig) suïcidaal gedrag, matig begrip van de Nederlandse taal, een verstandelijke beperking of ernstige persoonlijkheidsproblematiek die te zeer zou kunnen interfereren met een groepstherapie. Gebruik van antidepressiva, benzodiazepines of andere psychiatrische medicatie vormde geen bezwaar evenmin als comorbide As I en As II stoornissen. Inclusie- en exclusiecriteria werden vastgesteld door klinische beoordeling.

De primaire diagnose paniekstoornis met of zonder agorafobie werd aan de hand van de DSM-IV criteria gesteld door ten minste twee ervaren klinici in minimaal twee verschillende gesprekken. De diagnose werd in eerste instantie gesteld in een intakegesprek, in samenspraak met een psychiater. Voordat de cliënt geïnccludeerd werd, diende in een vervolgggesprek één van de groepstherapeuten deze diagnose te bevestigen. Cliënten kregen hierna uitleg over de therapie en de wijze van dataverzameling en -verwerking voor wetenschappelijk onderzoek. Schriftelijke *informed consent* werd verkregen van alle cliënten. Gedurende de ACT-g en CGT-g kregen de cliënten geen andere behandeling. De in- en exclusiecriteria, de diagnostiek, het includeren van cliënten, de wijze van dataverzameling evenals de locatie waar de behandeling gegeven werd, waren hetzelfde voor de CGT-g als voor de ACT-g.

### *Therapeuten*

In totaal participeerden drie therapeuten in ACT-g. De behandeling werd steeds gegeven door twee therapeuten, van wie ten minste één BIG-geregistreerd GZ-psycholoog en cognitief gedragstherapeut (vgct-lid) was, getraind in ACT. De eerste auteur was therapeut in alle ACT-groepen. In CGT-g participeerden twee therapeuten, met vergelijkbare kwalificaties als bovengenoemd, met ruime ervaring in individuele CGT bij cliënten met een paniekstoornis. De tweede auteur was therapeut in zowel ACT-g als CGT-g.

### *Behandelcondities*

De ACT-g was een geprotocolleerde twaalf-zittingen groepstherapie (8 wekelijkse zittingen en 4 tweewekelijkse zittingen van 90 minuten). Na de behandel fase volgde een oefen fase van drie maanden waarin geen groepsbehandeling plaatsvond. Hierna vond een follow-up bijeenkomst plaats. De ACT-g was een gesloten groep zonder individuele zittingen. Iedere groep bestond uit maximaal acht deelnemers. De behandeling werd uitgevoerd volgens een gedetailleerd behandelprotocol, een aangepaste versie van het behandelprotocol voor angststoornissen, zoals beschreven door Eifert en Forsyth (2005). De aanpassingen hielden in dat er een duidelijker onderscheid werd gemaakt tussen op acceptatie gerichte interventies en interventies gericht op het opbouwen van een zinvol en waardevol leven. Het behandelprotocol bestond uit drie fasen. In de eerste behandel fase, bestaande uit zes zittingen, werd geprobeerd een context van acceptatie te creëren met gebruikmaking van onder andere metaforen en mindfulnessoefeningen. In de tweede behandel fase, eveneens bestaande uit zes zittingen, stonden ervaringsgerichte oefeningen centraal, zoals interoceptieve exposure. Daarnaast werd gewerkt aan waardengestuurd gedrag die gericht was op het specifieke agorafobisch vermijdingsgedrag van de individuele cliënt. De derde fase was een oefen fase van 12 weken. Hierin vonden geen groepsbijeenkomsten plaats maar oefenden cliënten zelfstandig verder.

De groep werd aangemoedigd om te reageren op elkaars ervaringen, zodat zij van elkaar konden leren, de functie van hun gedrag leerden herkennen, elkaar steun konden bieden en model konden staan voor toenaderingsgedrag gedurende waardengerichte acties. Iedere zitting werd afgesloten met huiswerkopdrachten.

Het programma zag er als volgt uit:

In *zitting 1* maakten de deelnemers kennis met elkaar en wisselden zij ervaringen uit over hun klachten. Daarna werd de rationale besproken: leren op een nieuwe, meer flexibele manier te reageren op angst en lichamelijke gewaarwordingen om zo stappen te zetten in de richting van een meer zinvol leven. Er werd afgesloten met een korte concentratieoefening.

In *zitting 2* stond het creëren van 'creatieve hopeloosheid' centraal. Er werd uitgebreid geïnventariseerd wat cliënten hadden geprobeerd om van hun

klachten af te komen. De 'man in de kuil' metafoor en de 'tijger' metafoor werden besproken. Er werd afgesloten met een mindfulness oefening ('acceptatie van gedachten en gevoelens').

*Zitting 3* richtte zich op het accepteren en het loslaten van controle middels de 'drijfzand' metafoor en de 'touwtrek' oefening. Vervolgens werd psychoeducatie gegeven over controle en mindfulness en werd de eerder genoemde mindfulnessoefening herhaald.

In *zitting 4* stonden mindfulness en bereidheid centraal. Allereerst werd in een open gesprek onderzocht wat het nut van mindfulness zou kunnen zijn en werd een nieuwe oefening gedaan (de 'acceptatie van angst' oefening). Het tweede deel richtte zich op bereidheid om een andere houding aan te nemen naar klachten toe met behulp van de 'bereidheidsmeter' metafoor.

*Zitting 5* richtte zich op defusie en zelf als context middels de 'schaakbord' metafoor en de 'buschauffeur' oefening. Er werd afgesloten met een gesprek over waarden en doelen.

*Zitting 6* begon met de zogenoemde 'begravenisoefening' om waarden, doelen en belemmeringen duidelijk te krijgen. Cliënten schreven in tweetallen op wat ze wilden bereiken en hoe ze dat wilden doen.

*Zitting 7 tot en met 12* stonden in het teken van het opbouwen van een zinvol leven met klachten door middel van doelgerichte actie en 'acceptatieoefeningen'. Hiervoor wekten cliënten lichamelijke klachten op (interoceptieve exposure) en werd de nadruk gelegd op het aannemen van een houding van acceptatie naar de klachten toe. Daarnaast werd in deze zittingen gewerkt aan doelgerichte actie. Voor dit laatste maakte elke cliënt een activiteitenhiërarchie waarna afspraken werden gemaakt welke stappen een cliënt de komende we(e)k(en) ging zetten. Elke zitting begon met het bespreken van deze stappen. In elke zitting werd ook een korte concentratieoefening gedaan en eenmaal werd een nieuwe mindfulness-oefening gegeven ('gedachten voorbij zien drijven').

Na de oefenfase van 12 weken vond een follow-up bijeenkomst plaats. Hier werden de ervaringen van de voorafgaande periode besproken. Het bereikte (eind)resultaat werd bepaald. Indien nodig werd een individuele vervolgbehandeling aangeboden.

Voor een uitgebreide beschrijving van de hierboven genoemde metaforen en interventies, zie Eifert en Forsyth (2005).

De cgt-g was een geprotocolleerde tien zittingen groepstherapie (5 wekelijkse zittingen en 5 tweewekelijkse zittingen van 90 minuten). Ook hier vond na de behandelfase een oefenfase plaats van drie maanden, met na afloop een follow-up bijeenkomst. Er werd gebruik gemaakt van een gedetailleerd behandelprogramma bestaande uit vijf zittingen paniekmanagement (relaxatietraining, interoceptieve exposure en cognitieve therapie) en vijf zittingen exposure-in-vivo. Huiswerkopdrachten maakten deel uit van de behandeling. Zie Arts et al. (1997) voor meer gedetailleerde informatie.



### *Metingen en meetinstrumenten*

Cliënten uit de ACT-g vulden viermaal een aantal vragenlijsten in: voorafgaand aan de behandeling (voormeting), na 6 zittingen (tussenmeting), na 12 zittingen (nameting) en 3 maanden hierna (follow-up). Cliënten uit de CGT-g vulden drie maal de vragenlijsten in. Bij hen was er geen tussenmeting. Voor beide groepen werden socio-demografische kenmerken verzameld evenals overige DSM-IV classificaties op As I en As II zoals vermeld in het dossier en psychofarmacagebruik. De volgende vragenlijsten werden gebruikt:

De *Body Sensation Questionnaire* (BSQ; Chambless, Caputo, Bright & Gallagher, 1984). Deze lijst was de primaire uitkomstmaat in deze studie. De BSQ meet de angst voor 17 lichamelijke sensaties die kunnen optreden tijdens een paniekaanval op een 5-puntsschaal (gescoord van 1-5). De totaalscore is de gemiddelde score van alle 17 items. De grensovergang van pathologisch naar normaal is 1.93 (cut-off score). De interne consistentie ( $\alpha = .91$ ) en de test-her-testbetrouwbaarheid ( $r = .81$ ) zijn goed en onderzoeksresultaten ondersteunen de constructvaliditeit (De Beurs, 1993)

De *Mobility Inventory* (MI; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely & Williams, 1985). Deze lijst meet agorafobisch vermijdingsgedrag. Cliënten scoren de mate van vermijding op een 5-puntsschaal wanneer zij alleen zijn (MI-AAL) en wanneer zij vergezeld worden door anderen (MI-AAC). De totaalscore op zowel de MI-AAL als de MI-AAC is de gemiddelde itemscore (range MI-AAL en MI-AAC 1-5). Cut-off scores zijn respectievelijk 2.18 en 1.59. De interne consistentie is goed (respectievelijk  $\alpha = .94$  en  $\alpha = .95$ ). De test-her-testbetrouwbaarheid van de MI-AAL is geringer ( $r = .76$ ) dan van de MI-AAC ( $r = .90$ ) (De Beurs, 1993). De resultaten op deze vragenlijst zijn geanalyseerd als secundaire uitkomstmaat.

De *Acceptation and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Jacobs, Kleen, Blokzijl, De Groot & A-Tjak, 2008). Deze vragenlijst meet de mate van acceptatie van gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties (10 items, range 10 – 70). Dit instrument is een herziene versie van de AAQ die eerder in verschillende versies is verschenen (Hayes et al., 2004; Bond & Brunce, 2003). Met de AAQ-II zijn bemoedigende validiteitscoëfficiënten gevonden en de interne consistentie is goed ( $\alpha = .89$ ) (Jacobs et al., 2008).

De *Agoraphobic Cognitions Questionnaire* (ACQ; Chambless et al., 1984). Deze lijst meet catastrofale gedachten die kunnen optreden bij een paniekstoornis. De totaalscore is de gemiddelde score op alle items (14 items, range 1-5). De cut-off score is 1.55. De interne consistentie is goed ( $\alpha = .89$ ), evenals de test-her-testbetrouwbaarheid ( $r = .78$ ) (De Beurs, 1993).

De *Symptom Checklist 90* (SCL-90; Derogatis, Limpan & Covi, 1973) is gebruikt om een brede range van psychologische problemen en symptomen van psychopathologie te meten. De SCL-90 bevat 90 items met een 5-puntsschaal (range 90 – 450). De interne consistentie is goed ( $\alpha = .97$ ). De SCL-90 beschikt ook verder over goede psychometrische kwaliteiten (Arrindell & Ettema,

2005). Drie SCL-90 subschalen zijn in deze studie gebruikt: Agorafobie (range 7–35;  $\alpha = .87$ ), Angst (range 10–50;  $\alpha = .88$ ), en Depressie (range 16–80;  $\alpha = .91$ ). De AAQ-II is alleen in de ACT-conditie gebruikt. De overige lijsten werden in beide condities gebruikt.

### *Statistische analyse*

De statistische analyses die in deze studie gebruikt zijn om de hypothesen te onderzoeken, worden beschreven in de volgende paragraaf. Het significantieniveau van de analyses werd vastgesteld op  $p = .05$ . Er is voor gekozen de statistische analyses uit te voeren met een variërende  $N$ , daar waar door therapie-uitval *missing values* waren ontstaan. Alle analyses zijn uitgevoerd met SPSS (versie 17).

## **RESULTATEN**

### *Cliëntkenmerken*

De groep deelnemers aan ACT-g bestond uit 13 mannen en 27 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 36.2 jaar ( $SD = 22.9$ ). Zeven cliënten hadden alleen basisonderwijs (18%) en zeven cliënten hadden een opleiding op HBO/wo niveau gevolgd (18%); het onderwijsniveau van de overige cliënten lag op een tussenliggend niveau.

Er waren geen significante verschillen tussen ACT-g cliënten en CGT-g cliënten wat betreft geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Evenveel cliënten in beide condities hadden al eerder behandeling voor een paniekstoornis gevolgd (31 cliënten in ACT-g (77%) tegenover 36 cliënten in CGT-g (67%) ( $\chi^2(1) < .001$ , *n.s.*). Er was geen significant verschil in de aanwezigheid van comorbiditeit op As I in beide condities ( $\chi^2(1) = 3.22$ , *n.s.*). Bij 17 cliënten in ACT-g (43%) was een comorbide As I diagnose gesteld. In CGT-g was informatie over comorbiditeit op As I bekend van 44 cliënten; 15 van hen hadden een comorbide As I diagnose (34%). Evenmin was er verschil in gebruik van psychofarmaca: 31 cliënten in ACT-g (78%) tegenover 36 cliënten in CGT-g (67%) gebruikten psychofarmaca ( $\chi^2(1) < .001$ , *n.s.*).

Wel was er verschil in bestaansduur van de klachten: Cliënten uit de ACT-g rapporteerden een langere klachtenduur dan cliënten uit de CGT-g ( $t(85) = 2.46$ ,  $p < .05$ ). Ook scoorden ACT-g cliënten significant hoger bij start van de behandeling op twee subschalen van de SCL-90, namelijk Angst ( $t(94) = 2.89$ ,  $p < .01$ ) en Depressie ( $t(94) = 2.07$ ,  $p < .05$ ). Verder was er een verschil in As II diagnoses: Bij geen enkele cliënt uit de CGT-g was een comorbide As II stoornis gediagnosticeerd, terwijl dit bij 12.5% van de ACT-g cliënten wel het geval was. Een chi-kwadrat kon echter niet worden berekend vanwege te kleine aantallen.

### *Dropout*

Er bleek geen verschil tussen het aantal cliënten in ACT-g en CGT-g dat op enig moment gedurende de therapie uitviel ( $\chi^2(1) < .001$ , *n.s.*). Drie cliënten uit ACT-g

vielen uit voor de tussenmeting en nog twee cliënten voor de nameting. De follow-up meting werd door 35 cliënten ingevuld. Twee cliënten stopten met de therapie omdat zij het niet eens waren met de rationale van de behandeling, twee anderen staakten de behandeling wegens privéomstandigheden. De vijfde cliënt kwam na herhaaldelijke afwezigheid niet meer opdagen. Eén cliënt vulde de nameting niet in vanwege een gebrek aan motivatie op dat moment, maar volgde wel het hele behandelprogramma en verscheen bij de follow-up bijeenkomst. Van de CGT-g vulden 49 cliënten na afloop van de behandeling de nameting in. Eén cliënt viel af vanwege persoonlijke omstandigheden, een andere cliënt had meer intensieve behandeling nodig en drie cliënten vielen uit vanwege onbekende redenen. Van één cliënt werd geen nameting maar wel een follow-up meting gevonden, zonder dat hiervoor een verklaring werd gevonden.

#### *Behandelresultaat ACT-g*

Onze eerste hypothese was dat cliënten een significante afname lieten zien in de angst voor lichamelijke sensaties en agorafobisch vermijdingsgedrag nadat zij hadden deelgenomen aan ACT-g. Het resultaat van de behandeling met ACT-g werd bepaald met een 2 (Groep) x 2 (Tijd) variantie-analyse (*mixed between-within ANOVA*). Er is voor deze variantie-analyse gekozen, omdat hiermee tegelijkertijd (1) ACT-g op twee meetmomenten onderzocht kon worden en (2) een vergelijking tussen ACT-g en CGT-g gemaakt kon worden. Het resultaat werd berekend van 'voormeting' tot 'follow-up meting', zodat ook het effect van de oefenfase zichtbaar was die na de nameting plaatsvond. Om het behandelresultaat van ACT-g te kunnen bepalen werd onderzocht of er sprake was van een hoofdeffect voor Tijd en of dit werd beïnvloed door een interactie-effect Groep x Tijd. De effectgrootte van het behandelresultaat werd berekend met *partial eta squared* en als volgt geïnterpreteerd: .01 = klein effect, .06 = matig effect en .14 = groot effect (Cohen, 1988).

In ACT-g daalde de angst voor lichamelijke sensaties op de primaire uitkomstmaat, de BSO, significant bij follow-up (Wilks' Lambda = .30,  $F(1,75) = 171.49$ ,  $p < .001$ , partial eta squared = .70). Ook nam het agorafobisch vermijdingsgedrag op de secundaire uitkomstmaat, de MI, significant af, zowel op de MI-AAL (Wilks' Lambda = .42,  $F(1, 71) = 97.48$ ,  $p < .001$ , partial eta squared = .58), als op MI-AAC (Wilks' Lambda = .54,  $F(1, 72) = 62.39$ ,  $p < .001$ , partial eta squared = .46). Er werd aldus een significante afname gevonden in angst voor lichamelijke sensaties en in agorafobisch vermijdingsgedrag. De eerste hypothese werd bevestigd.

Verdere exploratieve analyse met de ACQ (die agorafische cognities meet) liet ook een significante daling in klachten zien ( $F(1, 75) = 81.56$ ,  $p < .001$ , partial eta squared = .52). Hetzelfde resultaat werd gevonden met de SCL-90 totaalscore en de subschalen Agorafobie, Angst en Depressie ( $F$ 's  $> 112$ ,  $p$ 's  $< .01$ ).

Het resultaat van de behandeling met ACT-g werd nader onderzocht door de klinische significantie van de gevonden veranderingen te berekenen bij zowel nameting als follow-up. Deze werd vastgesteld met de *Reliable Change Index* (RCI; Jacobson & Truax, 1991). Met deze index wordt vastgesteld of de geobserveerde verandering tussen voor- en nameting statistisch betrouwbaar verbeterd is. Iedere cliënt wordt geclassificeerd als 'hersteld', 'verbeterd', 'onveranderd' of 'verslechterd' (Lambert, Hansen, & Bauer, 2008; de Beurs, van Dyck, van Balkom, Lange & Koele, 1994). Om te kunnen spreken van 'hersteld', dient de nametingsscore betrouwbaar verbeterd te zijn en daarbij te vallen binnen de range van de normale populatie.

Berekening liet de volgende resultaten zien bij nameting. Op de BSQ was 41% ( $N = 14$ ) hersteld, 18% ( $N = 6$ ) verbeterd en 41% ( $N = 14$ ) onveranderd. Bij follow-up was dit: 36% ( $N = 12$ ) hersteld, 27% ( $N = 9$ ) verbeterd, 36% ( $N = 12$ ) onveranderd. Niemand verslechterde op de BSQ.

Berekening op de secundaire uitkomstmaat liet een lager percentage 'herstelde' cliënten zien. De resultaten bij nameting met de MI-AAL waren: 25% ( $N = 8$ ) hersteld, 22% ( $N = 7$ ) verbeterd en 53% ( $N = 17$ ) onveranderd. Niemand verslechterde. Bij nameting met de MI-AAC werden de volgende resultaten gevonden: 6% ( $N = 2$ ) hersteld, 15% ( $N = 5$ ) verbeterd, 76% ( $N = 25$ ) onveranderd en 3% ( $N = 1$ ) verslechterd.

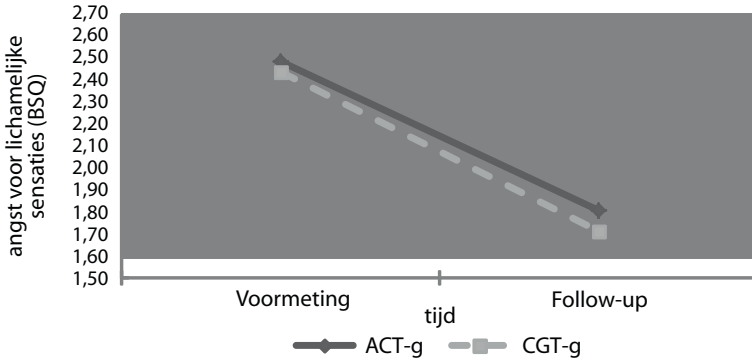
Bij follow-up waren de resultaten met de MI-AAL: 25% ( $N = 8$ ) hersteld, 34% ( $N = 11$ ) verbeterd en 41% ( $N = 13$ ) onveranderd. Niemand verslechterde. De resultaten bij follow-up met de MI-AAC up waren: 15% ( $N = 5$ ) hersteld, 21% ( $N = 7$ ) verbeterd, 64% ( $N = 21$ ) onveranderd en niemand verslechterd.

#### *ACT-g vergeleken met CGT-g*

Onze tweede hypothese was dat de afname van angst voor lichamelijke sensaties en agorafobisch vermijdingsgedrag in ACT-g groter zou zijn dan in de CGT-g. Het verschil in behandelresultaat tussen beide groepen (ACT-g en CGT-g) werd ook met de *mixed between-within ANOVA* berekend van voormeting tot follow-up meting. Hiervoor was het onderzoeken van een interactie-effect Groep x Tijd relevant. Tevens werd onderzocht of er sprake was van een hoofdeffect voor Groep.

Er bleek geen verschil in afname van de angst voor lichamelijke sensaties tussen ACT-g en CGT-g bij follow-up (Wilks' Lambda = 1.0,  $F < 1$ ) (geen Groep x Tijd interactie-effect). Er werd ook geen verschil gevonden in de gemiddelde score op angst voor lichamelijke sensaties gemeten met de BSQ tussen ACT-g en CGT-g bij follow-up ( $F < 1$ , *n.s.*) (geen hoofdeffect voor Groep).

Figuur 1 geeft de verandering op de primaire uitkomstmaat, de angst voor lichamelijke sensaties, gemeten met de BSQ van voormeting tot follow-up meting in beide condities grafisch weer (zie ook Tabel 1).



Figuur 1: verandering in de angst voor lichamelijke sensaties (BSQ) van voormeting tot follow-up in ACT-g en CGT-g

Er was ook geen verschil in afname van agorafobisch vermijdingsgedrag tussen ACT-g en CGT-g bij follow-up gemeten met de MI-AAL (Wilks' Lambda = 1,0,  $F < 1$ ) en de MI-AAC (Wilks' Lambda = 1,0,  $F < 1$ ) (geen Groep x Tijd interactie-effect). Er werd ook geen verschil gevonden in de gemiddelde score op agorafobisch vermijdingsgedrag tussen ACT-g en CGT-g bij follow-up gemeten met de MI-AAL ( $F < 1$ ), en de MI-AAC ( $F(1, 72) = 1,17, n.s.$ ) (geen hoofdeffect voor Groep).

Exploratieve analyses van de overige uitkomstmaten toonden geen verschillen in klachtendaling tussen ACT-g en CGT-g (alle  $ps > .01$ ) (geen Groep x Tijd effecten). In ACT-g werd op de SCL Angst subschaal hoger gescoord dan in CGT-g ( $F(1, 75) = 4,39, p < 0,05$ , partial eta squared = .06) (hoofdeffect voor Groep). Dit effect bij follow-up was matig groot. Op de andere maten verschilden de gemiddelde scores niet van elkaar in beide condities.

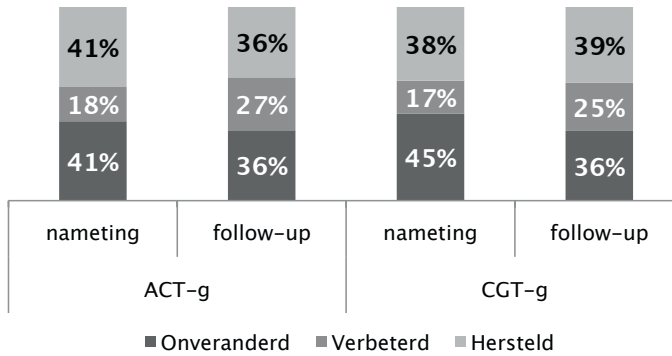
Samengevat was de afname in angst voor lichamelijke sensaties en agorafobisch vermijdingsgedrag niet significant groter in ACT-g dan in CGT-g. Voor onze tweede hypothese werd geen ondersteuning gevonden. In Tabel 1 worden de resultaten gemeten met zowel de primaire uitkomstmaat BSQ als de secundaire uitkomstmaat MI vermeld, in beide condities en op de verschillende meetmomenten. Exploratief werden ook *mixed between-within* ANOVA's bij nameting uitgevoerd (zie hiervoor Tabel 1).

De klinische significantie van de bereikte verbetering van ACT-g werd vervolgens vergeleken met de bereikte verbetering van CGT-g. In CGT-g was bij nameting met de BSQ 38% ( $N=18$ ) hersteld, 17% ( $N = 8$ ) verbeterd en 45% ( $N = 21$ ) onveranderd. Bij follow-up was dit: 39% ( $N = 17$ ) hersteld, 25% ( $N = 11$ ) verbeterd, 36% ( $N = 16$ ) onveranderd. Niemand verslechterde. Voor vergelijking tussen ACT-g en CGT-g werd een chi-kwadraat toets gedaan. Bij nameting noch bij follow-up werd een verschil gevonden tussen ACT-g en CGT-g in het aantal 'herstelde' cliënten ( $\chi^2(1) < .001, n.s.$ ). Zie Figuur 2.

Tabel 1: Gemiddelde scores en standaarddeviaties van de belangrijkste uitkomstmaten en resultaten uit 2 x 2 variantie-analyses

| Uitkomst | Meetmoment | ACT         | CGT         | Tijd                | Groep                | Tijd x Groep         | Effectgrootte Tijd<br>partial eta squared |
|----------|------------|-------------|-------------|---------------------|----------------------|----------------------|---|
| BSQ      | Begin      | 2.63 (0.81) | 2.37 (0.64) |                     |                      |                      |   |
|          | Tussen     | 2.19 (0.83) | -           |                     |                      |                      |   |
|          | Eind       | 1.87 (0.69) | 1.77 (0.49) | F (1,79) = 106,91** | F (1,79) = .84 n.s.  | F (1,79) = .71 n.s.  | .58                                       |
|          | Follow-up  | 1.81 (0.63) | 1.71 (0.42) | F (1,75) = 171.49** | F (1,75) = .31 n.s.  | F (1,75) = .22 n.s.  | .70                                       |
| MI-AAL   | Begin      | 3.00 (0.97) | 2.99 (0.93) |                     |                      |                      |   |
|          | Tussen     | 2.50 (1.00) | -           |                     |                      |                      |   |
|          | Eind       | 2.22 (0.90) | 2.40 (0.85) | F (1,75) = 85,95**  | F (1,75) = .85 n.s.  | F (1,75) = .13 n.s.  | .53                                       |
|          | Follow-up  | 2.15 (0.86) | 2.21 (0.85) | F (1,71) = 79,48**  | F (1,71) = .32 n.s.  | F (1,71) = .05 n.s.  | .58                                       |
| MI-AAC   | Begin      | 2.33 (0.93) | 2.08 (0.75) |                     |                      |                      |   |
|          | Tussen     | 2.07 (0.89) | -           |                     |                      |                      |   |
|          | Eind       | 1.84 (0.79) | 1.64 (0.56) | F (1,75) = 54.30**  | F (1,75) = 1.08 n.s. | F (1,75) = 1.32 n.s. | .42                                       |
|          | Follow-up  | 1.78 (0.81) | 1.60 (0.57) | F (1,72) = 63.39**  | F (1,72) = 1.17 n.s. | F (1,72) = .42 n.s.  | .46                                       |

Noot: \*P &lt; 0.05; \*\*p&lt;0.001



*Figuur 2:* klinische significantie van de verandering in angst voor lichamelijke sensaties (BSQ) in ACT-g en CGT-g bij nameting en follow-up

Het percentage 'herstelde' cliënten op de secundaire uitkomstmaat lag, net als in ACT-g, ook in CGT-g lager dan op de primaire uitkomstmaat. Bij nameting waren de resultaten in CGT-g met de MI-AAL: 20% ( $N = 9$ ) hersteld, 24% ( $N = 11$ ) verbeterd, 56% ( $N = 25$ ) onveranderd en niemand verslechterde. Ter vergelijking: in ACT-g waren de percentages 25%, 22%, 53% en 0%. Met de MI-AAC werden in CGT-g de volgende resultaten gevonden: 21% ( $N = 9$ ) hersteld, 21% ( $N = 9$ ) verbeterd, 57% ( $N = 25$ ) onveranderd en 2% ( $N = 1$ ) verslechterde. In ACT-g waren de percentages als volgt: 6%, 15%, 76% en 3%.

Bij follow-up waren de resultaten met de MI-AAL: 32% ( $N = 13$ ) hersteld, 27% ( $N = 11$ ) verbeterd, 41% ( $N = 17$ ) onveranderd en niemand verslechterde. Ter vergelijking: in ACT waren de percentages: 25%, 34%, 41% en 0%. De resultaten met de MI-AAC in CGT-g waren: 32% ( $N = 13$ ) hersteld, 24% ( $N = 10$ ) verbeterd, 39% ( $N = 16$ ) onveranderd en 5% ( $N = 2$ ) verslechterde. In ACT-g waren de percentages als volgt: 15%, 21%, 64% en 0%.

Er werden op de secundaire uitkomstmaat (MI) en de overige uitkomstmaten (ACQ, SCL-90 schalen) met chi-kwadraat toetsen geen significante verschillen gevonden tussen ACT-g en CGT-g in het aantal 'herstelde' cliënten, bij nameting noch follow-up (alle  $ps > .05$ ). Ook bij de berekening van de klinische significantie van de gevonden veranderingen werd geen ondersteuning gevonden voor onze tweede hypothese.

#### *Verandering in acceptatie in ACT-g*

Onze derde hypothese was dat cliënten in ACT-g een toename in acceptatie van gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties lieten zien. Om het effect van de ACT-g na te gaan op acceptatie, werden gepaarde t-toetsen uitgevoerd. Ook werden effectmaten berekend (Cohen's  $d$ ). Richtlijnen voor interpretatie van Cohen's  $d$  zijn: .20 is een klein effect, .50 een matig effect, en .80 is een groot effect (Cohen, 1988).

Er bleek sprake van een significante toename in acceptatie tussen voor- en nameting gemeten op de AAQ-II ( $t(33) = -4.34, p < .001; d = 0.61$ ). Tussen nameting en follow-up nam de verandering verder toe ( $t(25) = -3.13, p < .01; d = 0.18$ ). De scores op de AAQ-II namen al significant toe tussen voor- en tussenmeting ( $t(36) = -2.77, p < .01; d = 0.38$ ), en nog verder tussen tussen- en nameting ( $t(33) = -2.21, p < .05; d = 0.19$ ). Deze hypothese werd bevestigd.

#### *Cross-lagged associaties in ACT-g*

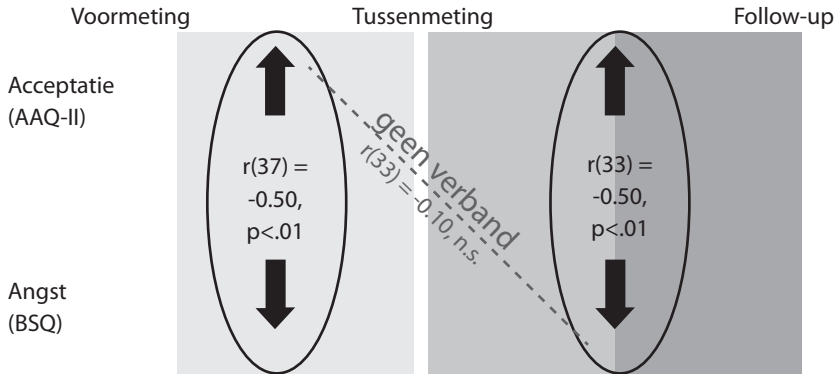
Onze vierde hypothese was dat een toename van acceptatie in de eerste behandel fase, een afname van angst voor lichamelijke sensaties in de tweede behandel fase kon voorspellen. Om vast te stellen of veranderingen in acceptatie tussen voor- en tussenmeting veranderingen in uitkomstvariabelen tussen tussen- en nameting en follow-up konden voorspellen, werden *cross-lagged correlations among residualized change scores* berekend (Finkel, 1995). Om dit te kunnen onderzoeken, werd eerst nagegaan of er andere samenhang tussen de variabelen bestond (autocorrelaties of synchrone correlaties).

Er bleek sprake te zijn van autocorrelatie: Verandering in angst voor lichamelijke sensaties in de eerste behandel fase (BSQ voor- tot tussenmeting) bleek samen te hangen met verandering in angst voor lichamelijke sensaties in de tweede behandel fase (BSQ tussen- na nameting) ( $r(34) = -.39, p < .05$ ). Dit verband was er echter niet wanneer de oefen fase bij de tweede behandel fase werd meegerekend (BSQ voor- tot tussenmeting – BSQ tussen- tot follow-up meting) ( $r(33) = -.34, p = .06$ ).

Er was ook sprake van synchrone correlatie: Verandering in acceptatie in de eerste behandel fase (AAQ-II voor- tot tussenmeting) bleek samen te hangen met verandering in angst voor lichamelijke sensaties in de eerste behandel fase (BSQ voor- tot tussenmeting) ( $r(37) = -.50, p < .01$ ). Er was geen samenhang tussen verandering in acceptatie in de tweede behandel fase (AAQ-II tussen- tot nameting) en verandering in angst voor lichamelijke sensaties in de tweede behandel fase (BSQ tussen- tot nameting) zonder dat de oefen fase werd meegerekend ( $r(34) = -.17, p = .48$ ). Verandering in acceptatie in de tweede behandel fase met de oefen fase erbij (AAQ-II tussen- tot follow-up meting) bleek wel samen te hangen met verandering in angst voor lichamelijke sensaties in de tweede behandel fase met de oefen fase erbij (BSQ tussen- tot follow-up meting) ( $r(33) = -.50, p < .01$ ).

Er werden geen cross lagged correlaties gevonden: Verandering in acceptatie in de eerste behandel fase (AAQ-II voor- tot tussenmeting) bleek niet significant samen te hangen met verandering in angst voor lichamelijke sensaties in de tweede behandel fase (BSQ tussen- tot nameting) ( $r(34) = -.09, p = .60, n.s.$ ). Evenmin was dit zo wanneer de oefen fase werd meegerekend (BSQ tussen- tot follow-up meting) ( $r(33) = -.10, p = .60, n.s.$ ). De vierde hypothese werd niet bevestigd. Figuur 3 toont een grafische weergave van deze uitkomsten.





*Figuur 3:* correlaties tussen veranderingen in acceptatie (AAQ-II) en angst voor lichamelijke sensaties (BSQ) in ACT-g

## DISCUSSIE

Het hoofddoel van deze pilotstudie was om de verandering in klachten te onderzoeken bij cliënten met een paniekstoornis met en zonder agorafobie die ACT in een groep volgden. Dit is onderzocht in een naturalistisch design, wat betekent dat de groepsbehandeling werd aangeboden aan cliënten die op dat moment behandeling zochten voor een paniekstoornis. De resultaten van deze groepsbehandeling werden vergeleken met CGT in een groep die eerder in de tijd aan cliënten met vergelijkbare klachten werd gegeven.

Onze eerste hypothese was dat cliënten na afloop van ACT-g een significante afname van angst voor lichamelijke sensaties lieten zien. Dit was het geval. De klachten namen af en ruim een derde van de cliënten kon na behandeling geclassificeerd worden als klinisch hersteld. ACT-g deed het echter niet beter dan CGT-g, waarmee onze tweede hypothese werd verworpen. In beide condities namen de klachten in vergelijkbare mate af. Dit gebeurde zowel met betrekking tot de primaire uitkomstmaat, angst voor lichamelijke sensaties gemeten met de BSQ, als de secundaire uitkomstmaat, agorafobisch vermijdingsgedrag gemeten met de MI. Een ander doel van deze studie was om de veranderingen te onderzoeken in de procesvariabelen van ACT-g. Onze derde hypothese was dat cliënten in ACT-g een toename lieten zien in het accepteren van gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties. Dat bleek het geval te zijn. Wij vonden echter geen ondersteuning voor onze vierde hypothese dat een toename van acceptatie in de eerste behandelfase, een afname van angst voor lichamelijke sensaties in de tweede behandelfase kon voorspellen.

Bij deze bevindingen dient een aantal punten opgemerkt te worden. Allereerst iets over de uitkomstmaat. In dit onderzoek is gekozen voor angst voor lichamelijke sensaties als primaire uitkomstmaat, omdat dit één van de hoofdken-

merken van de paniekstoornis met of zonder agorafobie is. In veel onderzoeken wordt de frequentie van paniekaanvallen als (primaire) uitkomstmaat gekozen. Dat is hier niet gebeurd. Immers, lang niet alle cliënten met een paniekstoornis hebben met enige regelmaat paniekaanvallen. Sommige cliënten hebben zelfs al tijden geen paniekaanval meer gehad omdat ze situaties waarin een paniekaanval zou kunnen optreden perfect vermijden. Om te voldoen aan de diagnose paniekstoornis volgens de DSM-IV (APA, 2001) hoef je ook niet met enige regelmaat paniekaanvallen te hebben. Zolang er maar angst is voor het optreden van een nieuwe paniekaanval, zorgen zijn over de gevolgen van een paniekaanval of een gedragsverandering is opgetreden, volstaat één paniekaanval voor de diagnose.

Verder viel op dat bij toetsing van onze eerste hypothese in ACT-g ruim een derde van de cliënten geïnclassificeerd kon worden als 'hersteld' zoals gemeten met de BSQ, terwijl dit met de MI een relatief kleiner gedeelte van de cliënten betrof. Het is goed mogelijk dat dit komt door het kleine aantal zittingen dat was gericht op gedragsactivatie (hetzij waarden-gestuurde actie (ACT-g), hetzij exposure in vivo (CGT-g). De multidisciplinaire richtlijn voor behandeling van de paniekstoornis met agorafobie (CBO, 2009) schrijft voor dat een behandeling met exposure in vivo ten minste twaalf weken moet duren. Dit impliceert dat een substantieel gedeelte van de cliënten in beide behandelcondities nog aanvullende gedragsactivatie nodig zou kunnen hebben.

Een andere opmerking betreft de resultaten van de vergelijking tussen beide behandelcondities, onze tweede hypothese. De resultaten suggereren dat ACT net als CGT de potentie heeft om het functioneren van cliënten met een paniekstoornis te verbeteren. Het lijkt erop dat ACT zich kan meten met een gevestigde behandeling voor de paniekstoornis. Dat is niet geheel verwonderlijk. In het tweede deel van de ACG-g stond het ondernemen van doelgerichte actie centraal, in het tweede deel van de CGT-g exposure in vivo. In uitvoering lijken deze interventies sterk op elkaar. Het kunnen identieke oefeningen zijn (alleen naar de supermarkt gaan, alleen thuisblijven met de baby, samen met de bus naar familie). In dit opzicht lijkt ACT sterk op traditionele gedragstherapie (Hayes et al., 2006). In het tweede deel van beide behandelingen zit dus overlap. Er is wel een verschillend uitgangspunt: bij ACT gaat het om het opbouwen van een waardevol leven met een accepterende houding ten opzichte van klachten; CGT is veeleer gericht op uitdoving van angst. Dat betekent dat het verschil in behandeling vooral in het eerste deel zit: een accepterende houding leren aannemen versus paniekmanagement. Het is onduidelijk of ACT de effectiviteit van exposure vergroot; er zijn wel aanwijzingen dat interventies gericht op acceptatie en defusie de acceptatie van exposure oefeningen doet toenemen (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez & Fink, 2004; Levitt et al., 2004). Misschien zijn metaforen en mindfulnessoefeningen op te vatten als motiveringstechnieken, die niet als doel hebben om de klachten te doen afnemen, maar om de angst, die bij exposure in het begin vaak erg hoog is, beter

te doorstaan (Arts, 2008). Het hoofddoel van ACT is om cliënten te helpen zich te bewegen richting een meer betekenisvol leven consistent met hun doelen en waarden. Exposure technieken passen ook in deze benadering, omdat deze mensen kunnen helpen om te ervaren dat experiëntiële en gedragsmatige vermijding niet helpt om te bereiken wat voor hen belangrijk is. Verder kan exposure in ACT gezien worden als een ervaringsgerichte oefening, die cliënten helpt psychologisch flexibeler te worden en hen meer bereid maakt om gevoelens en gedachten te ervaren. In ACT wordt exposure dus in een andere context geplaatst (Eifert & Forsyth, 2005).

In tegenstelling tot onze verwachting (verwoord als hypothese 4), voorspelde verandering in acceptatie in de eerste behandel fase van ACT-g geen verandering in de angst voor lichamelijke sensaties in de tweede behandel fase van ACT-g. Hoe kan dit worden begrepen? Veranderingen in acceptatie en angst traden weliswaar niet na elkaar, maar tegelijkertijd op. Het ACT-model van angst gaat er vanuit dat het niet willen hebben van angst, juist angst veroorzaakt. Andersom geredeneerd is dan te verwachten dat als het iemand lukt om de angst te accepteren, de angst minder wordt. En wordt de angst minder, dan is acceptatie van de angst vanzelf gemakkelijker. Dit gebeurde zowel in de eerste fase van de behandeling toen de focus van het behandelprogramma op toename van acceptatie lag (en niet direct op angstvermindering), als in de tweede fase van de behandeling toen de focus van het behandelprogramma naast acceptatie-oefeningen toch vooral op gedragsactivatie lag. Hoewel er geen causale verbanden gelegd kunnen worden, kan een verklaring zijn dat de angst in de eerste fase van de behandeling indirect werd beïnvloed door de op acceptatie gerichte interventies. Dit zou de uitgangspunten van ACT en de derde generatie gedragstherapieën ondersteunen, daar deze niet direct op klachtenreductie gefocust zijn, maar zich richten op het flexibeler omgaan met de klachten (Hayes et al., 2006). Door flexibeler met de angst om te leren gaan (meer acceptatie), zou de angst zijn afgenomen. Een klinische implicatie van deze resultaten kan dan zijn dat doen toenemen van acceptatie niet als een voorbereiding fungeert om angst (daarna) te laten afnemen, maar als alternatieve manier om angst (tegelijkertijd) te laten afnemen bij cliënten met een paniekstoornis.

Deze pilotstudie kent ten minste vijf methodologische tekortkomingen. Ten eerste is de onderzochte steekproef van ACT-g niet groot, terwijl er nogal wat statistische testen zijn uitgevoerd. Dit vergroot de kans op type 1 fouten. Ten tweede konden de deelnemers niet random aan een behandelconditie toegewezen worden. Hierdoor geeft deze studie slechts eerste aanwijzingen over het relatieve effect van beide behandelcondities. Vergelijking tussen condities wordt nog moeilijker gemaakt door het verschil in behandelduur tussen beide condities: ACT-g omvatte 12 zittingen, CGT-g 10. Ten vierde werd in geen van beide condities een gestructureerd diagnostisch interview gebruikt, waardoor

er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de validiteit en betrouwbaarheid van de diagnoses. Ten slotte werd iedere cliënt gescreend door één van de groepstherapeuten voordat zij tot de behandelgroep werden toegelaten en waren de twee eerste auteurs therapeuten in de ACT-g conditie. Het is mogelijk dat de motivatie om onderzoek te doen naar de behandelresultaten van een therapievorm waarvan de therapeut goede verwachtingen heeft, de cliëntenselectie en behandeluitkomsten heeft beïnvloed.

Concluderend kan gezegd worden dat ACT in een groep de potentie lijkt te hebben om het functioneren van cliënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie evengoed te verbeteren als CGT in een groep. Verdere onderzoeken, zonder de eerder genoemde methodologische tekortkomingen, zouden dit kunnen bevestigen. Het lijkt ook zinvol verder onderzoek te doen naar het effect van ACT bij de paniekstoornis, in het bijzonder naar die cliënten die niet voldoende profiteren van traditionele CGT. Daarbij is verder onderzoek nodig naar verandermechanismen, zodat cliënten in de toekomst gerichter geïndiceerd kunnen worden voor ACT-g of CGT-g.

#### SUMMARY

##### *Symptom severity in patients with panic disorder following ACT in a group*

This article reports on the changes in symptom severity in patients with panic disorder (PD) with or without agoraphobia following acceptance and commitment therapy in a group (ACT-g; N=40). The outcome shows a decrease in physical symptoms and behavioural avoidance. The results were compared with cognitive-behaviour therapy in a group that was delivered earlier to the same category of patients. The preliminary results of this pilot study suggest that ACT may have the potential to improve the functioning of patients with PD as well as CBT does. The second aim in this study was to examine changes in process variables in ACT-g during treatment. Results at post-treatment showed an increase in acceptance and mindfulness. Earlier changes in the AAQ-II did not predict later changes in symptom severity. There are some limitations in this study that merit consideration.

*Key words:* acceptance and commitment therapy, cognitive behaviour therapy, panic disorder

#### LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2005). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Amsterdam: Pearson.

- Arts, W. (2008). Acceptance and Commitment Therapy voor intrusies. *Directieve Therapie*, 28, 163-186.
- Arts, W., Akkermans, M., Kromhout, J., & Rouwendal, E. (1997). Cognitieve gedragstherapie in een groep voor cliënten met een paniekstoornis en agorafobie. *Directieve therapie*, 17, 343-358.
- Belfer, P.L., Munoz, L.S., Schachter, J., & Levendusky, P.G. (1995). Cognitive-behavioural group psychotherapy for agoraphobia and panic disorder. *International Journal of Group Psychotherapy*, 45, 185-206.
- Beurs, E. de (1993). The assessment and treatment of panic disorder with agoraphobia. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Beurs, E. de, Dyck, R. van, Balkom, A.J.L.M. van, Lange, A., & Koele, P. (1994). Assessing the clinical significance of outcome in agoraphobia research: a comparison of two approaches. *Behavior Therapy*, 25, 147-158.
- Bond, F.W., & Brunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.
- Block, J.A. (2002). Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences and Engineering*. Vol 63(9-B).
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being mindful: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- CBO (2009). *Richtlijnherzieningen van de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen bij volwassenen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: the Body Sensation Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1098.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracely, E.J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Craske, M.G. (1999). *Anxiety Disorders. Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, Westview Press.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90, an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Eifert, G.H., & Forsyth, J.P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders – A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change Strategies*. Oakland: New Harbinger Publications.
- 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.
- Emmelkamp, P.M.G. (2004). Behavior therapy with adults. In: M. Lambert (Ed.): *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 393-446). 5th Edition. New York: John Wiley and Sons.
- Emmelkamp, P.M.G., Hoogduin, C.A.L., & Hout, M.A. van den (2000). Angststoornissen. In: W. Vandereyken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (Eds.): *Handboek psychopathologie deel 1*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Finkel, S.E. (1995). *Causal analysis with panel data*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Foa, E.B., & Emmelkamp, P.M.G. (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1997a). Beyond the efficacy ceiling? Cognitive behavior therapy in search of a theory. *Behavior Therapy*, 28, 601-611.
- 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. *Behavioral Modification*, 31, 772-799.
- Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.

- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer-Plenum.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., & McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Jacobs, N., Kleen, M., Blokzijl, R., De Groot, F., & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding. De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Gedragstherapie*, 41, 349-361.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Karekla, M., Forsyth, J.P., & Kelly, M.M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*, 35, 725-746.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B., & Bauer, S. (2008). Assessing the clinical significance of outcome results. In A. Nezu & C.M. Nezu (Eds.). *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions* (pp. 359-378). New York: Oxford University Press.
- Levitt, J.T., Brown, T.A., Orsillo, S.M., & Barlow, D.H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in clients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747-766.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal Of Affective Disorders*, 88, 1, 27-45.
- Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 46, 296-321.
- Power, 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.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Sharp, D.M., Power, K.G., & Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 37-82.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3-13.
- Zettle, R.D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Psychological Record*. 53, 197-215.