



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en acceptance and commitment theapy bij verslaving

Vries, M. de; Bol, E.; Yperen, M. van; Breeuwsma-Geurts, E.; Beurs, E. de; Goudriaan, A.

Citation

Vries, M. de, Bol, E., Yperen, M. van, Breeuwsma-Geurts, E., Beurs, E. de, & Goudriaan, A. (2024). Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en acceptance and commitment theapy bij verslaving. *Gedragstherapie*, 4. doi:10.5553/TG016774542024057004011

Version: Publisher's Version

License: [Licensed under Article 25fa Copyright Act/Law \(Amendment Taverne\)](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4178425>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en acceptance and commitment therapy bij verslaving

Een cohortstudie

MARISSA DE VRIES, ELINE BOL, MARIJE VAN YPEREN, ELLEN
BREEUWSMA-GEURTS, EDWIN DE BEURS & ANNEKE GOUDRIAAN

Samenvatting

Zowel voor alcoholverslaving als voor andere verslavingen wordt cognitieve gedragstherapie (CGT) aanbevolen, een bewezen effectieve behandeling. Een opkomende therapievorm is *acceptance and commitment therapy* (ACT), die steeds vaker wordt onderzocht op effectiviteit bij stoornissen in middelengebruik. In het huidige cohortonderzoek werden gegevens geanalyseerd van cliënten in een poliklinische of (dag)klinische setting die een ACT- of CGT-behandeling voor een middelenverslaving volgden. Relatief meer vrouwen dan mannen kozen voor ACT, en cliënten die ACT volgden hadden vaker eerder een verslavingsbehandeling gehad. Zowel ACT als CGT leidde tot significante afname van alcoholgebruik, en tot verbetering van depressie-, angst- en stresscores, alsmede tot een verbeterde kwaliteit van leven aan het eind van de behandeling. Beide behandelingen werden gewaardeerd met gemiddeld een goed tot ruim voldoende score. Dit cohortonderzoek suggereert dat ACT en CGT in een poliklinische of (dag)klinische reguliere verslavingszorgsetting, beide effectieve behandelingen kunnen zijn, die tot vergelijkbare resultaten leiden bij mensen met een alcoholverslaving.

Trefwoorden: alcoholverslaving, acceptance and commitment therapy, cognitieve gedragstherapie, verslavingszorg

<https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004011>

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Er waren significant meer vrouwen dan mannen die voor ACT kozen in vergelijking met CGT, zowel in klinische als in poliklinische settings. Dit kan wijzen op verschillen in copingstrategieën tussen mannen en vrouwen.
- ▶ Cliënten die voor ACT kozen, hadden vaker eerder verslavingsbehandelingen ondergaan in de afgelopen 5 jaar; mogelijk werd ACT als een alternatieve behandeling gekozen na eerdere niet succesvolle pogingen met CGT.
- ▶ Zowel ACT als CGT verbeterde significant het alcoholgebruik, en depressie-, angst- en stresscores.

INLEIDING

.....

Verslavingsproblematiek heeft een negatieve invloed op diverse levensgebieden van mensen die ermee te kampen hebben en op hun naasten, zoals een negatief effect op lichamelijke en geestelijke gezondheid, op relaties en op kwaliteit van leven (Rehm & Shield, 2019; Voogt et al., 2022). Het aanbieden van doeltreffende behandelingen is daarom van groot belang. Er zijn verschillende evidencebased behandelingen beschikbaar voor stoornissen in middelengebruik en voor gedragsmatige verslavingen, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT). In de behandelrichtlijnen voor zowel alcoholverslaving als overige verslavingen wordt een behandeling middels CGT aanbevolen (GGZ Standaarden, 2018). Het doel van deze behandeling is het doorbreken van het middelengebruik middels het aanleren van alternatieve gedragspatronen.

Er is uitgebreid onderzoek verricht naar CGT, waarbij is aangetoond dat de behandeling effectief is in het verminderen van middelengebruik en het verbeteren van functioneren (Magill et al., 2019; Merckx et al., 2015). In de recent verschenen systematische review van Boness en collega's (2023), uitgevoerd door de Amerikaanse Society of Clinical Psychology, werden vijf meta-analyses samengevat die de effectiviteit van CGT bij middelenverslaving bekeken. Uit de bevindingen bleek dat CGT op korte termijn (1-6 maanden) een medium effect had op het gebruik van middelen, in vergelijking met geen behandeling, terwijl op de langere termijn (8+ maanden) kleine tot medium effecten gevonden werden. Op basis van de effecten op middelengebruik, de kwaliteit van het bewijs en de effectiviteit in diverse populaties werd CGT 'sterk aanbevolen' als evidencebased behandeling voor verslaving (Boness et al., 2023). Motiverende gespreksvoering (*motivational interviewing*, MI) is een andere veelgebruikte methodiek, die vaak wordt toegepast als onderdeel van CGT of van andere behandelingen van middelenproblematiek. MI heeft op de korte en middellange termijn vergelijkbare effecten als CGT (Schwenker et al., 2023). De combinatie van MI en CGT is ook effectief gebleken bij behandeling van alcoholverslaving (Tan et al., 2023). Naast CGT en MI worden ook andere gedragstherapeutische en psychologische inter-

venties, zoals acceptance and commitment therapy (ACT), in toenemende mate onderzocht op effectiviteit bij verslavingsproblematiek. Wat betreft het aantal studies is er echter minder onderzoek beschikbaar over de toepassing van ACT bij stoornissen in middelengebruik. Niettemin suggereren twee meta-analyses dat ACT veelbelovend lijkt te zijn voor de behandeling van verslavingsproblematiek (Lee et al., 2015; Powers et al., 2009).

ACT valt onder de derdegeneratie gedragstherapie, een stroming waarbij gedragsverandering minder in het teken staat van klachtreductie en meer in het teken van het zich op een andere manier verhouden tot negatieve interne ervaringen als cognities, affect en sensaties (Hayes, 2004). Deze methodiek richt zich op het vergroten van psychologische flexibiliteit. Men doelt daarbij op de bereidheid om alle aspecten van onze ervaringen zonder vermijdingsgedrag te aanvaarden en zich te wijden aan een waardegericht leven. Binnen een verslavingsbehandeling is het hebben van trek bijvoorbeeld een dergelijke ervaring. De cliënt leert ruimte te maken (acceptatie) voor het ongemak (trek) en andere keuzes te maken in het gedrag (waardegericht handelen). Terwijl binnen CGT de focus onder andere ligt op verandering van gedragspatronen en aldus op beïnvloeding van de interne ervaring (door bijvoorbeeld de cliënt te leren situaties te vermijden die hem kunnen verleiden tot middelengebruik), ligt bij ACT – naast het maken van andere keuzes op het gebied van gedrag – meer nadruk op het accepteren van de ervaring op zichzelf.

Er is enig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van ACT bij verslaving. Een systematische review van Byrne en collega's (2019) laat zien dat ACT betere resultaten geeft dan wanneer er geen behandeling wordt gegeven. Bij alcoholproblematiek lijkt er bovendien enig bewijs te zijn dat ACT even effectief is als andere behandelingen, zoals MI en CGT (Byrne et al., 2019). Deze resultaten dienen echter met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, omdat de onderzoeken die zijn meegenomen in de review van Byrne en collega's (2019) gericht waren op cliënten met naast problematisch middelengebruik een comorbide psychische stoornis. Ook betrof het vaak kleine studies. Er is dus weinig zicht op de effectiviteit van ACT bij populaties met primaire stoornissen in middelengebruik.

In Nederland is er nog weinig onderzoek verricht naar de toepassing van ACT binnen de verslavingszorg. Jellinek is een van de weinige instellingen waar ACT wordt ingezet als behandelmethode specifiek voor verslavingsproblematiek. Ook bij Tactus wordt momenteel een onderzoek, Voluit leven, opgezet naar de inzet van ACT in de nazorg. Daarnaast wordt ACT bij enkele verslavingszorgaanbieders aangeboden als onderdeel van een breder behandelprogramma gericht op middelengebruik.

Binnen Jellinek worden cliënten met verslavingsproblematiek sinds 2016 met een *practice based* ACT-protocol behandeld (Breeuwsma-Geurts & van Yperen, 2024). Dit ACT-protocol is ontwikkeld voor zowel de poliklinische als de dagbehandeling van verslaving. Verderop in dit artikel wordt de inhoud van deze ACT-behandeling toegelicht.

Omdat er zowel internationaal als in Nederland nog relatief weinig onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van ACT-behandeling bij verslavingsproblematiek, is het doel van dit onderzoek het verkrijgen van inzicht in de effectiviteit van ACT in vergelijking met de gangbare CGT binnen de verslavingszorg. Hierbij worden zowel de poliklinische ACT- en CGT-behandeling met elkaar vergeleken als de (dag)klinische ACT- en CGT-behandeling. Een aanvullende onderzoeksvraag betreft mogelijke verschillen in achtergrondkenmerken van cliënten in deze beide behandelingen. De hypothese luidt dat ACT even effectief zal zijn als CGT.

METHODEN

Cohortbeschrijving

Het cohort in deze studie is samengesteld uit cliënten die met de eerste en tweede versie van het ACT-protocol zijn behandeld (Breeuwsma-Geurts & Leeffers, 2018). Het betreft cliënten die tussen 1 januari 2019 en 31 december 2022 zijn ingestroomd op de (dag)klinische locatie van Jellinek Amsterdam, en op de poliklinische en (dag)klinische locaties van Jellinek Utrecht.

Vanwege de kenmerken die worden gebruikt voor de indicatiestelling poliklinische en (dag)klinische behandeling, namelijk de ernst van de verslaving en de mate van sociaal-maatschappelijke integratie, worden de analyses apart gedaan voor het (dag)klinische cohort en voor het poliklinische cohort. Tevens verschillen de (dag)klinische en poliklinische behandeling wat betreft duur en intensiteit, wat een effect zou kunnen hebben op de effectiviteit van de verslavingsbehandelingen.

Op basis van de informatie uit de intake wordt een behandelintensiteit geadviseerd, waarna cliënten in overleg met de intaker en/of behandelaren middels gezamenlijke besluitvorming kunnen kiezen voor een van de verschillende aangeboden behandelmethoden. Wanneer er geen voorkeur naar voren komt, wordt CGT vaak als eerste behandeling geadviseerd, vanwege de meeste evidentie wat betreft effectiviteit.

Poliklinische behandeling met ACT

De poliklinische ACT-behandeling binnen Jellinek bestaat uit 13 sessies, die in de eerste fase (ongeveer acht sessies) wekelijks plaatsvinden en daarna (ongeveer de vijf laatste sessies) tweewekelijks. Het betreft hier dus een gefocuste, kortdurende ACT-behandeling. Indien een cliënt nog (vrijwel) dagelijks gebruikt, ligt de focus tijdens de eerste sessies op de redenen waarom men (tijdelijk) wil stoppen met gebruik en op het daadwerkelijke stoppen. Als het middelengebruik doorbroken is en de waarden globaal in kaart zijn

gebracht, wordt er stilgestaan bij creatieve hopeloosheid: welke pogingen heeft de cliënt ondernomen om van zijn klachten af te komen die vruchteloos zijn gebleken en een waardegericht leven in de weg staan? Vanaf sessie 5 tot en met 12 kiest de behandelaar op basis van de casusconceptualisatie ervaringsgerichte interventies. Die kunnen gericht zijn op meer in contact komen met het hier-en-nu, bevorderen van acceptatie, losmaken van gedachten, het zelfbeeld, meer bewust keuzes leren maken en perspectief nemen op eigen handelen. Elke sessie wordt afgesloten met een of meerdere huiswerkopdrachten die gericht zijn op waardegericht handelen. In de laatste sessie wordt teruggeblikt op de behandeling en samengevat waar de cliënt het meeste baat bij heeft gehad. De behandeling wordt gevolgd door de nazorgfase, waarin eens per maand 30 minuten contact is.

Poliklinische behandeling met CGT

Binnen Jellinek wordt gebruikgemaakt van het standaard CGT-protocol voor middelengerelateerde stoornissen (Merkx et al., 2015). Deze protocollaire CGT-behandeling voor problematisch middelengebruik en gokken bestaat uit 13 wekelijkse sessies, waarin de volgende componenten in verschillende bijeenkomsten en in de vorm van huiswerkopdrachten terugkomen: (1) registreren en monitoren van gebruik; (2) opstellen van een veranderdoel, en de motivatie daartoe vergroten en behouden; (3) leren van vaardigheden in de omgang met middelen of gokken; (4) opstellen van een functieanalyse; (5) veranderen van cognities; (6) leren omgaan met emoties; (7) verbeteren van interpersoonlijk functioneren en versterken van sociale steun; en (8) verbeteren van algemene en specifieke probleemoplossende vaardigheden. Specifieke thema's die aan bod komen zijn: redenen om te veranderen; zelfcontrolemaatregelen; de functieanalyse; het noodplan; en weigeren van aangeboden middelen en omgaan met trek. De behandeling wordt gevolgd door de nazorgfase, waarin eens per maand 30 minuten contact is.

(Dag)klinische behandeling met ACT en CGT

De (dag)klinische behandeling met ACT en CGT bestaat uit een of meerdere individuele voorbereidende gesprekken, en vervolgens uit groepsbehandelingen. De (dag)klinische behandeling met ACT richt zich onder andere op het stilstaan bij en het accepteren van gedachten en gevoelens omtrent de verslaving, en op het zich committeren aan een waardevol en abtinent leven. Modules die aangeboden worden zijn onder andere ACT & verslaving, socialevaardigheidstraining, mindfulness en psycho-educatie. Binnen de CGT-behandeling worden de volgende basismodules gegeven: cognitieve gedragstherapie voor verslavingsproblematiek, socialevaardigheidstraining, psycho-educatie, en eventueel farmacotherapie. Ook zijn er tijdens beide behandelingen naast het groepsprogramma individuele gesprekken.

De dagbehandeling is een poliklinische behandeling van 3 tot 4 dagen per week die gemiddeld 12 weken duurt. De klinische behandeling vindt plaats tijdens een opname van 6 weken in de kliniek, gevolgd door een dagbehandeling van 6 weken. De behandeling wordt gevolgd door de nazorgfase, waarin gedurende drie maanden één keer per week een groepsbijeenkomst plaatsvindt.

Studieopzet

De studie betreft een longitudinale observationele cohortstudie. De metingen zijn gebaseerd op *routine outcome monitoring* (ROM), zoals toegepast in de klinische praktijk bij Jellinek. Met ROM kunnen behandel-effecten van cliënten worden bijgehouden door symptomen gedurende de behandeling te meten en te vergelijken (ROM; de Beurs et al., 2011). Deze ROM-metingen worden bij Jellinek periodiek toegepast, waarbij bij cliënten elke 3-4 maanden metingen worden afgenomen. ROM wordt gebruikt om bij de primaire stoornis in middelengebruik of gokken niveaus van zelfgerapporteerde depressie, angst en stress, en kwaliteit van leven te meten. Voor de huidige studie werden de ROM-metingen bij start van de behandeling voor middelenverslaving en ROM-metingen aan het eind van de verslavingsbehandeling geïncorporeerd. Om ROM-metingen van start- en afsluitdata te synchroniseren werd gekeken of er rond de startdatum een meting was binnen 3 maanden vóór tot 3 maanden na de startdatum. Als er meerdere metingen waren binnen dit tijdsinterval, werd de meting gekozen die in tijd het dichtst bij de startdatum gelegen was. Als er geen meting was verricht in het interval van 6 maanden rond de startdatum, werd de behandeling als niet voorgemeten beschouwd. Hetzelfde algoritme werd toegepast bij de nameting.

Vragenlijsten

DASS-21 — De Depressie Angst Stress Schaal (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995) is een zelfrapportagevragenlijst die drie verschillende symptomen meet, namelijk angst, depressie en stress. De totaalschaal meet negatieve emoties. In het huidige onderzoek is gebruikgemaakt van de verkorte versie van de DASS-42, de DASS-21, die bestaat uit 21 items en die vertaald is door de Beurs en collega's (2001). Ieder item heeft vier antwoordmogelijkheden, van 0 ('helemaal niet of nooit van toepassing') tot 3 ('zeer zeker of meestal van toepassing'). De totaalschaal heeft een range van 0-63, waarbij een hogere score meer klachten representeert. De DASS-21 heeft een goede interne consistentie (Scholten et al., 2017). Bovendien hebben de Beurs en collega's (2001) aangetoond dat de vragenlijst correleert met andere meetinstrumenten, zoals de Beck Depression Inventory (BDI) en de Beck Anxiety Inventory (BAI), wat voldoende convergente validiteit aangeeft.

MANSA — De Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe et al., 1999) is een vragenlijst die een algehele indruk geeft van iemands kwaliteit van leven. De MANSA werd in het jaar 2000 in het Nederlands vertaald (van Nieuwenhuizen et al., 2000). Het is een zelfrapportage-instrument bestaande uit 12 items, waarmee de kwaliteit van leven wordt gemeten per domein (bijvoorbeeld tevredenheid met werk, wonen en relaties) op een zevenpuntsschaal die varieert van 0 ('kan niet slechter') tot 7 ('kan niet beter'). De totaalscore heeft een range van 0-84, waarbij een hoge score een hoge mate van tevredenheid aangeeft. De betrouwbaarheid van de MANSA is goed, zoals blijkt uit Cronbachs alfa, die varieert van 0,75 bij de algemene bevolking tot 0,84 bij mensen met psychiatrische problemen (van Nieuwenhuizen et al., 2017).

Middelengebruik (MATE) — Alcoholgebruik en middelengebruik werden gemeten met module 1 van de Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE 2.1; Schippers et al., 2010). Hierbij werd de originele interviewversie van de MATE 2.1 gebruikt. Het instrument heeft een acceptabele betrouwbaarheid en goede validiteit (Schippers et al., 2010). Aan cliënten werd bij de start van de behandeling gevraagd naar hun middelengebruik in de voorafgaande 30 dagen. Het totale aantal gebruikte eenheden werd meegenomen als maat.

Tevredenheid over de behandeling (CQ-i) — De Consumer Quality Index voor de zorg (CQI; Delnoij & Hendriks, 2008) werd gebruikt in deze studie, zoals toegepast in de ROM. Vanuit de CQI werd de tevredenheid van de cliënten over de behandeling uitgedrukt in een rapportcijfer, dat uiteenliep van 1 ('zeer slecht') tot 10 ('zeer goed').

Behandelgeschiedenis

De behandelgeschiedenis toont het aantal keren dat in het afgelopen jaar een behandeling binnen de verslavingszorg is gevolgd. Deze gegevens zijn afkomstig uit de MATE 2.1. Omdat een hoger aantal eerdere behandelingen wijst op grotere chroniciteit en terugkerende verslavingsproblematiek, is deze klinische variabele meegenomen in de analyse.

Statistische analyses

Allereerst werden tests uitgevoerd om te controleren op normaalverdeling van de data; op homogeniteit van de variantie/covariantie-matrices binnen groepen; en op sfericiteit van alle afhankelijke variabelen. Om te onderzoeken of er bij start van de behandeling verschillen waren in sekseverdeling in de groep die de ACT-behandeling volgde versus de groep die de CGT-behandeling volgde, werd een χ^2 -test gebruikt. We onderzochten overige verschillen op baseline met *t*-toetsen. Voor behandel-effecten werden herhaalde metingen ANOVA toegepast.

RESULTATEN

479

Voor een overzicht van de demografische en klinische kenmerken wordt verwezen naar tabel 1, voor een overzicht van de resultaten van het onderzoek naar tabel 2. Wat betreft de *sekseverdeling* waren er significante verschillen tussen de ACT- en CGT-behandeling: relatief meer vrouwen dan mannen volgden een ACT-behandeling in plaats van een CGT-behandeling; dit gold voor zowel cliënten in de (dag)klinische behandeling als in de poliklinische behandeling. Er waren geen verschillen in de *bron van inkomsten* voor cliënten die ACT of CGT volgden. Wat betreft *leeftijd* waren er significante, maar zeer kleine verschillen tussen cliënten die ACT volgden en die CGT volgden; de gemiddelde leeftijd lag tussen 39-42 jaar.

Wat betreft het *aantal eerdere verslavingsbehandelingen* in de afgelopen 5 jaar (die cliënten zelf bij intake rapporteerden), was er bij cliënten die de ACT-behandeling volgden – zowel poliklinisch als (dag)klinisch – een hoger percentage dat in de afgelopen 5 jaar al een of meerdere verslavingsbehandelingen had gevolgd.

Effecten op alcoholgebruik

Het aantal glazen alcohol per 30 dagen, zoals gemeten met de MATE 2.1, daalde significant bij cliënten met een primaire stoornis in alcoholgebruik, zowel in de ACT-behandelgroepen als in de CGT-behandelgroepen. Voor zowel de (dag)klinische als de poliklinische groepen was er geen tijd*groep-interactie, wat aangeeft dat er geen verschillen zijn tussen de ACT- versus CGT-behandelingen wat betreft daling in alcoholgebruik tussen begin- en eindmeting.

Effecten op depressie, angst en stress

De score op de DASS-21 daalde aanzienlijk in alle groepen. Er was sprake van een interactie tussen tijd en groep voor de poliklinische behandelgroepen: bij de poliklinische cliënten die ACT volgden was er een sterkere daling tussen begin- en eindmeting dan bij de poliklinische cliënten die CGT volgden. Bij de (dag)klinische ACT- en CGT-groepen was er geen significante interactie tussen tijd en groep.

Effecten op kwaliteit van leven

Wat betreft de scores op de MANSA is er een stijging te zien in scores over de tijd, wat aangeeft dat de kwaliteit van leven tussen begin- en eindmeting verbetert. Hierbij is er een trend ($p = 0,051$) voor een sterkere verbetering binnen de poliklinische ACT-groep versus de poliklinische CGT-groep.

TABEL 1A DEMOGRAFISCHE en klinische kenmerken van cliënten in dagbehandeling ACT en dagbehandeling CGT

480

Karakteristieken	ACT dagbehandeling	CGT dagbehandeling	χ^2 / Cramers V	P-waarde
Geslacht, N (%)	(n = 482)	(n = 1558)	25,00	< 0,001
Man	316 (65,6)	1209 (77,6)		
Vrouw	166 (34,4)	0349 (22,4)		
Leeftijd, Gemiddeld (SD)	41,7 (12,3)	39,8 (11,8)	2,78	< 0,005
Bron van inkomen, N (%)	(n = 438)	(n = 1347)	0,02	0,77
Loon/zelfstandig	170 (38,8)	547 (40,6)		
Uitkering/Ziektewet	214 (48,9)	641 (47,6)		
Overig	54 (12,3)	159 (11,8)		
Eerdere verslavingsbe- handelingen in de afge- lopen 5 jaar, N (%)	(n = 305)	(n = 734)	0,15	< 0,001
Geen	173 (56,7)	525 (71,5)		
Een	63 (20,7)	119 (16,2)		
Twee of meer	69 (22,6)	90 (12,3)		
Primaire stoornis in middelengebruik, N (%)	(n = 389)	(n = 915)	0,11	< 0,003
Alcohol	199 (51,2)	431 (47,1)		
Cannabis	84 (21,6)	159 (17,4)		
Opiaten	24 (6,2)	41 (4,5)		
Stimulantia (cocaïne, amfetaminen)	47 (12,1)	187 (20,4)		
Overig	35 (9,0)	97 (10,6)		

Eindmeting: rapportcijfer behandeling

Het rapportcijfer dat cliënten aan de behandeling gaven is voor de (dag-) klinische ACT- en CGT-clieñten niet significant verschillend: ze bedragen respectievelijk 7,4 en 7,7. Ook tussen de poliklinische ACT- en CGT-clieñten verschillen de rapportcijfers die ze de behandeling gaven niet: voor beide groepen is dit een 8,4.

TABEL 1B DEMOGRAFISCHE en klinische kenmerken van cliënten in poliklinische behandeling ACT en poliklinische behandeling CGT

481

Karakteristieken	ACT poliklinische behandeling	CGT poliklinische behandeling	χ^2 / Cramers V	P-waarde
Geslacht, N (%)	(n = 125)	(n = 1851)	9,39	< 0,002
Man	81 (64,8)	1423 (76,9)		
Vrouw	44 (35,2)	428 (23,1)		
Leeftijd, Gemiddeld (SD)	41,7 (12,3)	39,8 (11,8)	2,16	< 0,031
Bron van inkomen, N (%)	(n = 118)	(n = 1653)	0,008	0,95
Loon/zelfstandig	84 (71,2)	1154 (69,8)		
Uitkering/Ziektewet	22 (18,6)	326 (19,7)		
Overig	12 (10,2)	173 (10,5)		
Eerdere verslavingsbehandelingen in de afgelopen 5 jaar, N (%)	(n = 101)	(n = 734)	0,068	< 0,025
Geen	77 (76,2)	625 (85,1)		
Een	15 (14,9)	79 (10,8)		
Twee of meer	9 (8,9)	30 (4,1)		
Primaire stoornis in middelengebruik, N (%)	(n = 116)	(n = 1764)	0,09	< 0,006
Alcohol	67 (57,8)	813 (46,1)		
Cannabis	15 (12,9)	362 (20,5)		
Opiaten	4 (3,4)	69 (3,9)		
Stimulantia (cocaïne, amfetaminen)	21 (18,1)	221 (12,5)		
Overig	9 (7,8)	299 (17,0)		

Interactie-effecten met sekse en leeftijd

Aangezien de ACT- en CGT-groepen verschilden wat betreft sekseverdeling en leeftijd, werden deze variabelen als covariaten ingevoegd in de ANOVA's. De analyses *met* covariaten leverden dezelfde resultaten op als de analyses *zonder* covariaten: er waren geen significante interacties tussen enerzijds sekse of leeftijd en anderzijds eenheden alcohol, behandelingsucces, DASS-

TABEL 2A ANOVA's startmeting en eindmeting alcoholgebruik, chi-kwadraattoetsen behandelingsucces middelen; DASS, MANSA, tevredenheid behandeling (ROM)

Karakteristieken	ACT dagbehandeling Startmeting	ACT dagbehandeling Eindmeting	CGT dagbehandeling Startmeting	CGT dagbehandeling Eindmeting	Interactie groep*tijd	Tijds effect
Eenheden alcohol/30 dagen ¹	(<i>n</i> = 137) 285,3 (30,9)	(<i>n</i> = 137) 89,1 (22,8)	(<i>n</i> = 221) 466,9 (24,0)	(<i>n</i> = 221) 84,0 (17,7)	F (1,352) = 0,53; <i>p</i> = 0,47	F(1, 352) = 7,73, <i>p</i> = 0,006
Behandelsucces ² (%)		76,6		79,7		
DASS-21-totaal-score	(<i>n</i> = 103) 56,1 (3,0)	(<i>n</i> = 103) 29,8 (2,5)	(<i>n</i> = 195) 58,8 (2,2)	(<i>n</i> = 195) 32,3 (1,8)	F(1,296) = 0,002; <i>p</i> = 0,96	F(1,296) = 186,3; <i>p</i> < 0,001
MANSA-totaal-score	(<i>n</i> = 102) 46,6 (1,3)	(<i>n</i> = 102) 54,8 (1,4)	(<i>n</i> = 185) 43,8 (1,0)	(<i>n</i> = 185) 54,6 (1,0)	F(1,285) = 2,95; <i>p</i> = 0,09	F(1,285) = 161,8; <i>p</i> < 0,001
CQI-rapportcijfer		(<i>n</i> = 102) 7,4 (2,4)		(<i>n</i> = 182) 7,7 (1,8)	<i>t</i> (282) = 1,20; <i>p</i> = 0,23	

¹ De eenheden alcohol/30 dagen werden alleen geanalyseerd en gerapporteerd voor cliënten die alcohol als primair probleemmiddel hadden. ² Behandelsucces werd gedefinieerd wanneer er geen gebruik meer is of er een vermindering van minstens 40% in het aantal dagen gebruik, vergeleken met de startmeting.

TABEL 2B ANOVA's startmeting en eindmeting alcoholgebruik, chi-kwadraattoetsen behandelingsmiddelen; DASS, MANSA, tevredenheid behandeling (ROM)

Karakteristieken	ACT poliklinische behandeling		CGT poliklinische behandeling		Interactie groep*tijd	Tijdeffect
	Startmeting	Eindmeting	Startmeting	Eindmeting		
Eenheden alcohol/30 dagen ¹	(n = 58) 135,4 (24,3)	(n = 58) 19,1 (12,1)	(n = 392) 219,9 (8,8)	(n = 392) 38,8 (4,4)	F(1,444) = 2,80; p < 0,095	
Behandelsucces ² (%)		87,9		86,5		
DASS-21-totaalscore	(n = 53) 52,8 (3,5)	(n = 53) 24,9 (2,9)	(n = 661) 38,4 (1,0)	(n = 661) 21,2 (0,8)	F(1,712) = 8,44; p < 0,001	F(1,712) = 153,4; p = 0,004
MANSA-totaalscore	(n = 51) 51,1 (1,7)	(n = 51) 61,9 (1,7)	(n = 642) 56,0 (0,5)	(n = 642) 63,6 (0,5)	F(1,691) = 3,81; p = 0,051	F(1,691) = 121,9; p < 0,001
CQ-i-rapportcijfer		(n = 57) 8,4 (1,7)		(n = 674) 8,3 (1,5)	t(729) = 0,87 p = 0,87	

¹ De eenheden alcohol/30 dagen werden alleen geanalyseerd en gerapporteerd voor cliënten die alcohol als primair probleemmiddel hadden. ² Behandelsucces werd gedefinieerd wanneer er geen gebruik meer is of er een vermindering van minstens 40% in het aantal dagen gebruik, vergeleken met de startmeting.

21-totaalscores, MANSA-totaalscores, CQI-rapportcijfer (alle p -waarden $> 0,80$). Dit betekent dat geslacht en leeftijd geen invloed hadden op de resultaten van de behandelingen.

DISCUSSIE

.....

Deze cohortstudie onderzocht de effectiviteit van ACT in vergelijking met CGT in een standaard behandelsetting binnen een reguliere verslavingszorginstelling. Het onderzoek richtte zich op zowel poliklinische als dagklinische behandelgroepen, en onderzocht de demografische en klinische kenmerken van cliënten die voor ACT of CGT kozen.

Een belangrijk bevinding in deze studie is dat relatief meer vrouwen dan mannen kozen voor ACT in plaats van CGT, ongeacht de setting. Dit kan wijzen op een verschil in voorkeur tussen mannen en vrouwen wat betreft behandelmethoden, die mogelijk te wijten is aan de nadruk van ACT op emotiegerelateerde copingmechanismen. Omdat vrouwen mogelijk meer gericht zijn op het emotioneel verwerken van problemen, kunnen zij zich meer aangetrokken voelen tot ACT, terwijl mannen wellicht de meer gedragsgerichte benadering van CGT prefereren. Dit is in lijn met eerdere studies die verschillen in copingstrategieën tussen mannen en vrouwen hebben onderzocht (Liddon et al., 2017; Tamres et al., 2002).

Daarnaast werd gevonden dat cliënten die voor ACT kozen vaker eerdere verslavingsbehandelingen hadden ondergaan, in vergelijking met cliënten die voor CGT kozen. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat CGT vaker wordt aanbevolen als eerste behandelingsoptie vanwege de sterkere bewijsbasis ervan. Dit suggereert dat ACT mogelijk wordt gekozen door cliënten die op zoek zijn naar alternatieven nadat eerdere behandelingen niet het gewenste effect hebben gehad.

Wat betreft de behandelresultaten zagen we dat zowel ACT als CGT leidde tot significante verbeteringen in alcoholgebruik, depressie, angst- en stressscores, en kwaliteit van leven. Echter, in de poliklinische setting bleek ACT effectiever te zijn dan CGT in het verminderen van depressie, angst en stress. Dit resultaat ondersteunt de mogelijkheid dat ACT in bepaalde contexten voordelen kan bieden boven CGT, vooral wanneer emotiegerichte coping van belang is.

Opmerkelijk is dat de tevredenheid over de behandeling tussen beide therapieën vergelijkbaar was, wat suggereert dat ondanks verschillen in de mechanismen van de therapieën beide als even waardevol worden ervaren door cliënten. Dit benadrukt de noodzaak van gepersonaliseerde behandelopties, waarbij de keuze voor ACT of CGT mogelijk gebaseerd kan worden op de specifieke voorkeuren en behoeften van de cliënt.

Sterkten en beperkingen

In het huidige onderzoek is er sprake van een beperking met betrekking tot de groepsgrootte, voornamelijk veroorzaakt door een uitval van ongeveer 50% bij de ROM-meting. Voor toekomstig onderzoek wordt dan ook aangeraden om RCT's uit te voeren om de effectiviteit van ACT verder te evalueren. Een RCT zou het mogelijk maken om een niet-selecte groep cliënten te onderzoeken. Ook kan er dan voor gekozen worden om grotere steekproeven te gebruiken en de follow-upperiode te verlengen. Dit zou meer inzicht bieden in de langetermijneffecten van de behandeling. Daarnaast wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen om subgroepanalyses uit te voeren, waarbij groepen die voor de eerste keer behandeld worden voor verslavingsproblematiek ofwel een CGT- ofwel een ACT-behandeling krijgen.

Conclusie

De bevindingen van deze studie suggereren dat ACT een waardevol alternatief kan zijn voor CGT in de behandeling van middelenmisbruik. Hoewel de resultaten veelbelovend zijn, is het belangrijk om te erkennen dat de verschillende demografische en klinische kenmerken van de onderzochte groepen verdere studie behoeven om te begrijpen welke subgroepen het meest profiteren van ACT versus CGT. Verdere onderzoeken zijn nodig om deze bevindingen te bevestigen en om meer inzicht te krijgen in de factoren die de effectiviteit van beide behandelingen beïnvloeden.

Marissa de Vries is verbonden aan Jellinek TOPGGz en aan Arkin, afdeling Onderzoek.

Eline Bol, Marije van Yperen en Ellen Breeuwsma-Geurts zijn werkzaam bij Jellinek TOPGGz.

Edwin de Beurs is verbonden aan de Universiteit Leiden, Klinische Psychologie en aan Arkin, afdeling Onderzoek.

Anneke Goudriaan is werkzaam bij Jellinek TOPGGz, Arkin, afdeling Onderzoek, en bij Amsterdam UMC, afdeling Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: Marissa de Vries, Jellinek, locatie Jacob Obrechtstraat (Jellinek JOS), Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR Amsterdam. E-mail: marissa.de.vries@arkin.nl

Summary *Effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in addiction*

Both cognitive behavioral therapy (CBT) and other forms of therapy are recommended for alcohol addiction, as it is a proven effective treatment. An emerging therapy is acceptance and commitment therapy (ACT), increasingly

studied for its effectiveness in substance use disorders. In this cohort study, data were analyzed from clients in outpatient and (day) clinical settings who received ACT or CBT treatment for substance addiction. Relatively more women than men chose ACT, and ACT clients were more likely to have had previous addiction treatment. Both ACT and CBT resulted in a significant reduction in alcohol use and improvement in depression, anxiety, and stress scores, as well as a better quality of life at the end of treatment. Both treatments received good to very good average ratings. This cohort study suggests that ACT and CBT in outpatient and (day) clinical addiction care are effective treatments with comparable outcomes for alcohol addiction.

Keywords *alcohol addiction, acceptance and commitment therapy, cognitive behavioral therapy, addiction care*

Referenties

- Boness, C. L., Votaw, V. R., Schwebel, F. J., Moniz-Lewis, D. I. K., McHugh, R. K., & Witkiewitz, K. (2023). An evaluation of cognitive behavioral therapy for substance use disorders: A systematic review and application of the Society of Clinical Psychology criteria for empirically supported treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30, 129-142. <https://doi.org/10.1037/cps0000131>
- Breeuwsma-Geurts, E., & Leeffers, N. (2018). *Poliklinisch protocol Acceptance & Commitment Therapy* (1ste ed.) (Interne publicatie). [Uitgever/instelling invullen]
- Breeuwsma-Geurts, E., & van Yperen, M. (2024). *Poliklinisch protocol Acceptance & Commitment Therapy* (3de ed.) (Interne publicatie). [Uitgever/instelling invullen]
- Byrne, S., Haber, P., Baillie, A., Costa, D., Fogliati, V. J., & Morley, K. C. (2019). Systematic reviews of mindfulness and acceptance and commitment therapy for alcohol use disorder: Should we be using third wave therapies? *Alcohol and Alcoholism (Oxford)*, 54, 159-166. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ago089>
- de Beurs, E., Hollander-Gijsman, M. D., van Rood, Y. R., van Der Wee, N. J., Giltay, E. J., van Noorden, M. S., van Der Lem, R., van Fenema, E., & Zitman, F. G. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: Practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 1-12. <https://doi.org/10.1002/cpp.696>
- de Beurs, E., van Dyck, R., Marquenie, L. A., Lange, A., & Blonk, R. W. B. (2001). De DASS: Een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 34, 35-53.
- Delnoij, D., & Hendriks, M. (2008). De CQ-index: Het meten van klantervaringen in de zorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86, 440-446. <https://doi.org/10.1007/bfo3082141>
- GGZ standaarden. (2018). *Drugs (niet-opioïden): Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines* [Richtlijn]. www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines/introductie
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav-*

- ior Therapy*, 35, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Liddon, L., Kingerlee, R., & Barry, J. A. (2017). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*, 57, 42-58. <https://doi.org/10.1111/bjc.12147>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research And Therapy*, 33, 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Magill, M., Ray, L. A., Kiluk, B. D., Hoadley, A., Bernstein, M. H., Tonigan, J. S., & Carroll, K. M. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 1093-1105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000447>
- Merkx, J., Korrelboom, C., & de Wildt, A. (2015). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik: Protocol en leertheoretische reflectie. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 48, 111-137. <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/cognitieve-gedragstherapie-bij-problematisch-middelengebruik-prot>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12. <https://doi.org/10.1177/002076409904500102>
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21, 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W., & van den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): An instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*, 105, 862-871.
- Scholten, S., Velten, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2017). Testing measurement invariance of the Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) across four countries. *Psychological Assessment*, 29, 1376-1390. <https://doi.org/10.1037/pas0000440>
- Schwenker, R., Dietrich, C. F., Hirpa, S., Nothacker, M., Smedslund, G., Frese, T., & Unverzagt, S. (2023). Motivational interviewing for substance use reduction. *The Cochrane Library*, 12, CD008063. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008063.pub3>
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2-30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Tan, C. J., Shufelt, T., Behan, E., Jantara, J., Koomsri, C., Gordon, A. J., Chaiyakunapruk, N., & Dhippayom, T. (2023). Comparative effectiveness of psychosocial interventions in adults with harmful use of alcohol: A systematic review and network meta-

- analysis. *Addiction*, 118, 1414-1429.
<https://doi.org/10.1111/add.16187>
- van Nieuwenhuizen, C. H., Janssen-de
 Ruijter, E. A. W., & Nugter, M. (2017).
Handleiding Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA).
 Stichting QoLM.
- van Nieuwenhuizen, C. H., Schene, A. H.,
 & Koeter, M. W. J. (2000). *Manchester – Verkorte Kwaliteit van Leven*
meting (The Manchester – Short Assessment of Quality of life). Institute
 Of Mental Health Care Eindhoven.
- Voogt, C., Vromans, L., Kools, N., & van
 Hasselt, N. (2022). Alcoholschade
 voor de drinker zelf en (anderen in)
 de maatschappij. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 100, 48-51.
<https://doi.org/10.1007/s12508-022-00337-y>