

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) 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).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Acceptance and commitment therapy (ACT) in groepsverband binnen FACT

Een kwalitatieve en kwantitatieve
pilotstudie

LARS DE VROEGE, PETRA ROPS & BARBARA BREUGELMANS

Samenvatting

Acceptance and commitment therapy (ACT) wordt steeds meer toegepast binnen diverse cliëntenpopulaties. Ook voor cliënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen kan deze behandeling toegevoegde waarde hebben bij de reguliere behandelmethodede. ACT beoogt de psychologische flexibiliteit te vergroten en heeft daarom mogelijk toegevoegde waarde binnen de (herstelondersteunende) behandeling bij *flexible assertive community treatment (FACT)*. ACT in groepsverband bij FACT is tot op heden echter nog onvoldoende onderzocht. Deze multiële gevalsbeschrijving (N = 4) geeft op kwalitatieve wijze de ervaringen weer van cliënten binnen FACT die ACT in groepsvorm hebben ontvangen. De psychologische flexibiliteit van deze cliënten werd op kwantitatieve wijze in kaart gebracht. De resultaten laten zien dat cliënten ACT in groepsvorm als prettig ervoeren en haar een aanvulling op de reguliere behandeling vonden. De psychologische flexibiliteit van cliënten verbeterde niet significant. De bevindingen suggereren dat ACT een haalbare en mogelijk waardevolle aanvullende behandelmethodiek is in de behandeling van cliënten met schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornissen.

Trefwoorden: acceptance and commitment therapy, FACT, psychose, schizofrenie, psychologische flexibiliteit

INLEIDING

22

.....

Acceptance and commitment therapy (ACT) is een behandelvorm die deel uitmaakt van de zogenaamde derde generatie cognitieve gedragstherapieën (Hayes, 2004; Korrelboom & ten Broeke, 2014). Anders dan bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie is ACT niet sec gericht op het verminderen van ervaren (psychische) klachten, maar leren cliënten om te gaan met hun klachten en functioneler in het leven te staan. Om dit te bewerkstelligen doorlopen cliënten zes deelprocessen, te weten: (1) Hier en nu, (2) Waarden, (3) Toegewijde actie, (4) Zelf als context, (5) Defusie en (6) Acceptatie. Cliënten die deze processen (beter) beheersen zijn psychologisch flexibeler (A-Tjak, 2015; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012; Jansen & Batink, 2014). Psychologische flexibiliteit helpt cliënten functioneler met klachten om te gaan door zich bewuster te zijn van ervaringen in het moment zonder hiermee het gevecht aan te gaan. Hierdoor blijft er ruimte voor de aspecten van het leven die men echt belangrijk vindt. In die zin is het doel van ACT dan ook om cliënten een waardevoller leven te laten leiden, gericht op persoonlijke waarden van de cliënt zelf (Hayes et al., 2012; Jansen & Batink, 2014), waarbij een afname van klachten als secundair effect wordt beschouwd.

ACT is een therapie die aangeboden kan worden naast de huidige behandelmogelijkheden voor cliënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen. Binnen de methodiek *flexible assertive community treatment* (FACT; van Veldhuizen, Bähler, Polhuis, & van Os, 2008; van Veldhuizen, Polhuis, Bähler, Mulder, & Kroon, 2015) heeft ACT de potentie om bij te dragen aan het herstel van cliënten door hun te leren te focussen op waarden en daaraan acties te koppelen, waarbij de cliënt leert een accepterende houding aan te nemen jegens de ervaren klachten. In die zin sluit ACT goed aan bij herstelondersteunende zorg, omdat ACT een waardegedreven interventie is en zich richt op persoonlijk herstel. Reeds is gebleken dat ACT bij een diversiteit aan psychische problematiek van toegevoegde waarde is (Bluett, Homa, Morrison, Levin, & Twohig, 2014; Ost, 2014; Twohig & Levin, 2017), ook wanneer medicatie niet effectief is of men geen medicatie wenst te gebruiken (Gaudino et al., 2015). Ook bij cliënten met psychotische symptomen bleken ervaringen met ACT positief en was ACT goed bruikbaar (Bacon, Farhall, & Fossey, 2014; Tonarelli, Pasillas, Alvarado, Dwivedi, & Cancellare, 2016; White et al., 2011). Onderzoek in groepsverband naar cliënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen binnen FACT is echter zeer beperkt. Voor zover bekend bij de auteurs is er slechts één onderzoek uitgevoerd naar ACT bij cliënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen in groepsverband. Uit deze kwalitatieve beschrijving bleek dat cliënten positief waren over de effecten van ACT (Vermaat, Stringer, & van der Voort, 2018). Een kwantitatieve maat om de behandeling te evalueren was echter niet meegenomen in die studie.

De behandelfocus van ACT maakt ook dat de diagnostiek op het gebied van mogelijke verbetering van cliënten niet klachtgericht is (bijvoorbeeld gericht op symptomen van depressie), maar meer evaluerend of beschrijvend van aard is (bijvoorbeeld welke waarden men stelt in het leven en hoe men hiernaar handelt) (Jansen & Batink, 2014). Om te kunnen evalueren of men na de behandeling ten opzichte van vóór de behandeling de zes processen van ACT op een andere manier kan toepassen in het dagelijkse leven en zo psychologisch flexibeler in het leven staat, is de Flexibiliteits Index Test (FIT-60) ontwikkeld (Batink, Jansen, & de Mey, 2012), die hieronder nader wordt toegelicht.

Het doel van dit artikel is om de ervaringen van enkele cliënten met een schizofreniespectrum- en/of andere psychotische stoornissen te beschrijven die een ACT-groepsbehandeling hebben afgerond binnen FACT. Naast een kwalitatieve beschrijving van de ervaringen bevat deze multipale gevalsbeschrijving ook een kwantitatieve vergelijking, waarin gekeken is of de cliënten na de ACT-groepsbehandeling psychologisch flexibeler zijn geworden.

METHODE

.....

Deze multipale gevalsbeschrijving van een ACT-groepsbehandeling bij vier cliënten met een schizofreniespectrum- en/of andere psychotische stoornissen is middels een gecombineerd kwalitatief en kwantitatief onderzoeksdesign opgezet. Voorafgaand aan de groepsbehandeling (die hieronder gedetailleerd besproken wordt) werd de FIT-60 afgenomen. Deze meting werd na het einde van de groepsbehandeling herhaald. Cliënten kregen een grafische weergave van hun scores mee, die in de laatste sessie werd besproken. De ervaringen van cliënten werden tijdens deze laatste sessie op semi-structureerde wijze uitgevraagd.

Interventie

.....

De groepsbehandeling bestond uit een interventie van in totaal negen sessies, met een frequentie van één bijeenkomst per week. Er werd voorzien in een werkboek voor de deelnemende cliënten met daarin de opdrachten en metaforen. Het draaiboek en het werkboek zijn van tevoren samengesteld en bestaan voor een groot gedeelte uit, en zijn gebaseerd op, de informatie die op de website www.actinactie.nl is te vinden (met akkoord van dr. Tim Batink) en op de (basis)principes van ACT (A-Tjak, 2015; Hayes, 2004; Hayes & Strosahl, 2004; Hayes et al., 2012). De sessies zagen er als volgt uit.

In sessie 1 en sessie 2 was er aandacht voor kennismaking, het globaal bespreken van ACT en de introductie van de zogenoemde 'hexaflex'. Dit model geeft grafisch weer hoe de zes deelprocessen van ACT met elkaar in verbinding staan en hoe ze elkaar kunnen beïnvloeden. Vervolgens werd in-

gegaan op deze zes deelprocessen van ACT. In sessie 3 lag de focus op het deelproces 'Hier en nu'. In deze sessie werd geoefend met mindfulness door de oefeningen 'Zintuigen', 'Ademhaling' en 'Mini-bodyscan' te introduceren en ermee te oefenen. In sessie 4 werd gekeken naar ieders waarden middels de oefening 'Levenskompas'. In deze oefening werd deelnemers gevraagd hoe belangrijk zij tien levensgebieden vonden en hoeveel tijd zij er daadwerkelijk aan besteedden. Na een plenaire bespreking kon elke deelnemer voor hem of haar belangrijke waarden per domein opnoemen. Aan deze waarden werd in sessie 5 een 'Toegewijde actie' gekoppeld door gebruik te maken van de ACT-SMART-oefening; in het kader van deze oefening werden doelen geformuleerd die Specifiek, Met betekenis, Aanvaardbaar, Realistisch en Tijdgebonden zijn. Ook werd er in deze sessie ingegaan op mogelijke belemmeringen om de gestelde doelen te behalen. Sessie 6 stond in het teken van 'Zelf als context' door de oefening 'Hoe past jouw zelfbeeld?' individueel te maken en plenair te bespreken. Daarnaast werd er plenair geoefend met de oefening 'Zelfcompassie'. Tijdens deze oefening werd stilgestaan bij hoe cliënten ervoor zorgen dat anderen niet zien wat hun last is, wat de cliënten dit heeft gekost en wat het hun zou opleveren als zij het niet meer zouden doen. De deelnemers werden in sessie 7 uitgedaagd om te defuseren van hun gedachten. Hierbinnen werden de oefeningen 'Vol hoofd', 'Voorbijrijvende bladeren op een rivier' en 'Gedachtewolk' gebruikt. In deze oefeningen werd stilgestaan bij (vervelende) gedachten die men op dat moment had om vervolgens te ervaren wat er gebeurt wanneer er afstand genomen wordt van deze gedachten. In sessie 8 was het tijd om 'Acceptatie' te bespreken. Dit werd gedaan door de oefeningen 'Pijn & lijden: bekertje met water', 'Acceptatie in de praktijk' en 'Twee zijden van de munt' gezamenlijk uit te voeren. Bij deze oefeningen werd gekeken naar de 'pijn' (acceptatie) en waarden (commitment), hoe dit als een lijden ervaren kan worden en hoe ermee geoefend kan worden. Zo wordt er in de oefening 'Twee zijden van de munt' gebruikgemaakt van een munt met op de ene zijde de 'pijn' en aan de andere zijde de 'waarden'. Deze munt staat symbool voor het bij je dragen van je 'pijn' maar ook de wil om te investeren in jezelf (commitment). Sessie 9 stond als laatste sessie in het teken van nabespreken van de groepsbehandeling en resterende vragen over onderdelen van ACT.

Elke sessie bevat meerdere ACT-metaforen, die elk werden uitgelegd en waarbij elke keer gecontroleerd werd of de cliënten zich konden vinden in de metafoor. Bij interesse in het draaiboek en werkboek kan er contact worden opgenomen met de eerste auteur.¹ De gebruikte metaforen en opdrachten zijn na te lezen op www.actinactie.nl en te downloaden via www.actinactie.nl/downloads of worden beschreven in *Time to ACT!* (Jansen & Batink, 2014).

1 Bij interesse in het draaiboek en werkboek kan contact opgenomen worden met dr. L. (Lars) de Vroege via l.devroege@ggzbregburg.nl.

Kwalitatieve evaluatie

De ACT-groepsbehandeling is kwalitatief geëvalueerd. Tijdens de laatste sessie is er een focusgroep gehouden. In deze focusgroep stonden de ervaringen met betrekking tot de ACT-groepsbehandeling centraal. De focusgroep was semigestructureerd en er was van tevoren een topiclijst opgesteld. Deze topiclijst bestond uit de deelprocessen van ACT. Er werd cliënten gevraagd naar hun ervaringen met betrekking tot het desbetreffende onderdeel. Cliënten waren vrij om hun ervaringen te delen en op elkaar te reageren. Van de focusgroep is een gedetailleerd verslag gemaakt, waarin de citaten van cliënten zijn opgenomen. Deze citaten zijn bediscussieerd door de deelnemende behandelaars en er zijn citaten geselecteerd die het meest representatief waren. Tot slot werd er uitleg gegeven over het voornemen om de ervaringen (anoniem) in artikelvorm te publiceren. Alle cliënten zijn hiermee akkoord gegaan en hebben een verklaring van *informed consent* ondertekend.

Deelnemers

De groepsbehandeling werd uitgevoerd bij een groep van vier cliënten: drie vrouwen en een man. Twee cliënten hadden de diagnose schizofrenie (waarvan één van het paranoïde type), één cliënt had een psychotische stoornis niet anders omschreven en één een (kortdurende) psychotische stoornis met duidelijke stressoren (gelinkt aan een somatisch-symptoomstoornis). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 44,5 jaar (range 33-52 jaar).

Meetinstrument

De FIT-60 is gebruikt om psychologische flexibiliteit te meten en de zes processen van ACT vóór en na de groepsbehandeling in kaart te brengen. De vragenlijst bestaat uit zestig items, waarbij elke vraag wordt gescoord op een zevenpunts likertschaal (0 = helemaal oneens, 6 = helemaal eens). De FIT-60 heeft zes subschalen (Acceptatie, Defusie, Zelf als context, Hier en nu, Waarden, en Toegewijd handelen), die elk tien items bevatten. Hieruit volgt dat de subschaalscores van 0 tot 60 lopen en de totale score van 0 tot 360. Een hogere score op de FIT-60 betekent een hogere mate van psychologische flexibiliteit. De vragenlijst is intern consistent, stabiel, betrouwbaar en goed gevalideerd (Batink et al., 2012; Batink & Delespaul, 2015). De vragenlijst is vrij verkrijgbaar via www.hoeflexibelbenjij.nl. De uitkomsten van de FIT-60 lenen zich ook goed voor het grafisch weergeven van de zes processen van ACT in een flexibiliteitsprofiel.

Analyses

Met behulp van gepaarde *t*-toetsen is gekeken naar het verschil tussen de scores op de FIT-60 voorafgaand en na de groepsbehandeling. Effectgroottes (ES) werden gerapporteerd in Cohen's *d*. De sterkte van Cohen's *d* werd bepaald op basis van de richtlijnen van Cohen (1988): $d = 0,2$ is een kleine ES, $d = 0,5$ is een medium ES en $d = 0,8$ is een grote ES. De analyses werden gedaan met SPSS 22.0 (IBM Corporation, 2013). Gezien de kleine steekproef werd er ook gekeken of de klinische verandering na behandeling significant bevonden mocht worden door gebruik te maken van de Reliable Change Index (RCI; Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1986) die Batink en Delespaul (2015) hebben berekend voor de FIT door gebruik te maken van de betrouwbaarheid en standaardafwijking van de FIT. Vervolgens berekenden wij verschillscores voor de FIT-60 en vergeleken deze met de RCI's. De RCI van de totaalschaal was 34 punten, van Zelf als context was de RCI 14 punten, van Acceptatie, Hier en Nu en Waarden was de RCI 13 punten, en voor Defusie en Toegewijd handelen was de RCI 12 punten (Batink & Delespaul, 2015). Er werd gekeken hoeveel cliënten er na behandeling voldeden aan deze RCI-criteria.

RESULTATEN

Kwalitatieve resultaten

Hieronder wordt per deelproces beschreven wat de cliënten van het desbetreffende deelproces vonden.

Hier en nu — *‘Goed om te beseffen dat “Hier en nu” altijd toegepast kan worden en niet alleen in een stille omgeving hoeft plaats te vinden’* (allen). Over het algemeen werd de sessie ‘Hier en nu’ als positief ervaren. Het inzicht op welke tijdstippen en momenten van de dag stilgestaan kan worden bij het hier-en-nu was ook erg prettig. *‘De mindfulnessoefening “Zintuigen” kon ik tijdens het wandelen toepassen’* (cliënt 2). *‘En in gezelschap kon ik die oefening ook goed toepassen met bijvoorbeeld “Ademhaling”’* (cliënt 3). *‘En ik met “Zintuigen”’* (cliënt 1). Wel werd er door een deelnemer (cliënt 4) aangegeven dat de oefening ‘Ademhaling’ veel stress opleverde (*‘Ik merkte dat ik in paniek raakte en er heel veel vervelende gedachten in me opkwamen’*), en dat het dus fijn was dat er meerdere oefeningen aangeboden en plenair geoefend werden. De meningen liepen uiteen van: *‘Ik ben niet van de mindfulness. Het is niet makkelijk, maar het helpt wel. Na de behandeling blijf ik er echter toch geen fan van’* (cliënt 1) tot: *‘Een van de makkelijkste processen’* (cliënt 4), en: *‘Wat ik het moeilijkst vond? De ademhalingsoefeningen’* (cliënt 3).

Waarden — Alle cliënten waren positief over de sessie gericht op waarden. Alleen vond men de opdracht te moeilijk. *‘De “Levenskompas” is een lastige opdracht’* (allen). Na de sessie werd teruggegeven dat ‘Waarden’ wellicht niet het lastigste is om te bepalen, maar wel iets waar men doorgaans (nog) nooit zo mee bezig was geweest. Alle cliënten gaven na deze sessie aan zich meer bewust te zijn van hun waarden en meer naar hun waarden te leven. De meningen over de opdrachten liepen uiteen. *‘De opdrachten vond ik niet fijn ... omdat er geen interactie was’* (cliënt 4), en: *‘Het was juist wel fijn om even te vertellen zonder wisselwerking’* (cliënt 3). Tot slot gaf men nog aan dat het *‘prettig was om mijn waarden op een rijtje te hebben’* (cliënt 1) en: *‘Ik heb nu goed inzicht in wat ik nu eigenlijk nog wilde doen in plaats van passief te blijven’* (cliënt 3).

Toegewijde actie — Tijdens de oefening ‘Plan B(lemmering)’ ervoeren de cliënten veel steun van elkaar door gezamenlijk te kijken naar welke gedachten, herinneringen, emoties, sensaties en opwellingen eenieder konden belemmeren om het gestelde doel te bereiken. Een ander voorbeeld van dit soort steunende interactie was de suggestie van een deelnemer dat als men het niet-belemmerende geheugensteuntje *‘zou schrijven vanuit de ik-persoon het sterker van invloed zou zijn’* (input van cliënt 4). Dit werd dan ook ervaren als een *‘nuttige oefening’* (cliënt 3 en 4), die *‘maakte dat ik mijn doel ook zou gaan bereiken’* (cliënt 2). Nog een opmerking: *‘Ik heb meer acties ondernomen op mijn waarden en mijn doel bereikt’* (cliënt 1).

Zelf als context — De sessie waarin de drie verschillende vormen of niveaus van zelfbesef werden besproken, ervoeren de deelnemers over het algemeen als gemakkelijk: *‘Veel wist ik al wel, maar het was wel nuttig’* (cliënt 1). Het bespreken van de metafoor ‘Helikopter’ was herkenbaar, maar werd wel als lastig ervaren: een *‘beetje moeilijk’* (cliënt 3) en *‘helikopterview blijft lastig in het dagelijks leven’* (cliënt 4). In de oefening ‘Hoe past jouw zelfbeeld?’ herkende iedereen zich. Ze bracht het plenair bespreken van leven naar andermans opgelegde maatstaven teweeg. Ook de oefening ‘Zelf-compassie’ werd door de groep als prettig ervaren.

Defusie — In deze sessie werd gefocust op de invloed van je verstand op je leven. Dat het lastig is om gedachten op afstand te krijgen die je leven belemmeren werd herkend: *‘Het is moeilijk om daar afstand van te nemen’* (cliënt 3), en: *‘Ben ik al langere tijd mee bezig. Het blijft wel lastig om gedachten los te laten, omdat ze maar blijven komen’* (cliënt 1). De sessie maakte dat enkelen het inzicht kregen dat de stroom van gedachten constant is en blijft (cliënt 1 en 2). Ook gaf men terug dat *‘gedachten concreter zijn geworden en ik bewuster ben van mijn gedachten. Dat is prettig’* (cliënt 4). De impact van gedachten op het dagelijks leven was eveneens een verworven inzicht naar aanleiding van deze sessie: *‘In je hoofd is het eigenlijk groter dan dat het daadwerkelijk is’* (cli-

ent 1). De metafoor ‘Waterval’ en de oefening ‘Voorbijrijvende blaadjes op de rivier’ werden door allen als positief ervaren. De afsluitende woorden van cliënt 1 vatte de sessie mooi samen: *‘Gedachten mogen er zijn. Ze leiden niet mijn leven, maar mogen wel mijn koers bepalen.’* Hierin kunnen de woorden ‘niet leiden’ en ‘mogen’ als ultieme toepassing van ACT beschouwd worden.

Acceptatie — Tijdens de plenaire bespreking na de oefening ‘Pijn & lijden: bekertje met water’ was de eerst reactie: *‘Hier word je moe van’* (client 1). Bij de bespreking werd nader ingegaan op het inzicht dat deze oefening geeft met betrekking tot de strijd die je tegen je klachten kunt voeren en wat dat je oplevert: *‘Ik heb inzicht gekregen dat het lastig te accepteren is zoals het is. Wel heb ik gemerkt dat er mogelijkheid is om te accepteren’* (cliënt 1). Dat werd beaamd door de andere deelnemers: *‘Het is inderdaad lastig te accepteren. Het wordt wel wat makkelijker, maar ik ben er nog niet helemaal’* (client 3), en: *‘Ben er nog niet, maar heb er wel wat aan gehad’* (cliënt 4). Bij het bespreken van acceptatie in de praktijk kwam naar voren dat *‘jezelf afsluiten meer pijn doet dan accepteren’* (cliënt 1). Dat werd beaamd door de rest.

Nabespreking/evaluatie — Tijdens de laatste sessie was er ruimte voor vragen over de gehele ACT-behandeling, werden de scores van de FIT-60 besproken en werd er gereflecteerd op de sessies. Alle cliënten gaven aan dat de ACT-behandeling hun een goed inzicht had gegeven in de eigen valkuilen. Op de vraag of ze medecliënten ACT zouden aanraden, was de reactie positief en werd gedeeld dat *‘je zaken bespreekt waar je zelf nooit bij stil zou hebben gestaan’* (cliënt 3), en: *‘Je komt jezelf wel tegen, maar dan leer je wel om je weer aan te passen’* (cliënt 4). Als advies vanuit de groep werd gevraagd om een alternatief voor de oefening ‘Levenskompas’ tijdens de sessie gericht op waarden. Deze oefening werd als lastig ervaren, hoewel ze uiteindelijk wel waarden voor iedereen opleverde. Met betrekking tot de sessie ‘Hier en nu’ werd er ook geadviseerd om hierbinnen mindfulness duidelijker te introduceren. Met name de langere mindfulnessoefening riep angst op: *‘Ik was bang om beelden te gaan zien’* (cliënt 4). Er werd dan ook geadviseerd om kortere oefeningen in ‘Hier en nu’ toe te passen, bijvoorbeeld de mindfulnessoefening ‘Zintuigen’. Tot slot werd het afnemen en bespreken van de FIT-60 geëvalueerd. Iedereen was het erover eens dat de FIT-60 inzichtelijk maakte waar men aan het begin van de behandeling stond en wat men uit de behandeling had gehaald: *‘Aan de defusiesessie heb ik het meest gehad. Dat is ook te zien op de vragenlijst’* (cliënt 4). Men gaf aan de grafische weergave van ieders scores in de hexaflex inzichtgevend te vinden: *‘Het is fijn om te zien hoe ik vooruit ben gegaan en op welke processen binnen ACT’* (cliënt 1). Ook gaf de FIT-60 goed weer *‘aan welke processen ik nog meer aandacht moet besteden’* (cliënt 3).

Kwantitatieve resultaten: de FIT-60-scores

Tabel 1 geeft de scores weer op de FIT-60 vóór (To) en na (T1) de behandeling van de cliënten. Analyses lieten zien dat de gemiddelde scores op Toegewijde actie op To ($M = 37,75$, $SD = 10,78$) en T1 ($M = 43,75$, $SD = 9,85$) significant verschilden ($t(3) = -4,648$, $p = 0,019$, $d = 0,58$). De overige scores verschilden niet significant.

Op basis van de gemiddelde verschillen van Acceptatie ($M = -0,3$; range -8-6), van Defusie ($M = 1,8$; range -20-18), van Hier en nu ($M = 5,3$; range 0-8), van Zelf als context ($M = 2,3$; range -1-5), van Waarden ($M = 1,8$; range -10-11), van Toegewijde actie ($M = 6$; range 3-9) en van de totale score ($M = 16,8$; range -5-30) werd gesteld dat de scores niet (klinisch) betrouwbaar verbeterd waren. Op basis van de RCI's was er één cliënt die een (klinisch) betrouwbare significante verbetering liet zien op Defusie (verschilscore = 18).

TABEL 1 FIT-60-scores vóór en na behandeling van cliënten ($N = 4$)

FIT-60 scores	To M (SD)	T1 M (SD)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Acceptatie	33,50 (7,33)	33,25 (11,82)	0,09	0,938	0,03
Defusie	30,50 (14,91)	32,25 (16,01)	-0,22	0,839	0,11
Hier en nu	38,25 (8,66)	43,50 (9,98)	-2,92	0,061	0,56
Zelf als context	34,50 (8,81)	36,75 (11,76)	-1,41	0,255	0,22
Waarden	42,75 (9,18)	44,50 (7,05)	-0,40	0,714	0,21
Toegewijde actie	37,75 (10,78)	43,75 (9,85)	-4,65	0,019	0,58
Totaalscore	217,25 (49,43)	234,0 (62,85)	-2,04	0,135	0,30

Noot. De FIT-60 werd afgenomen voorafgaand aan de behandeling (To) en na afloop van de behandeling (T1).

DISCUSSIE

In deze multipale gevalsbeschrijving zijn de ervaringen van een ACT-groepsbehandeling bij cliënten met een schizofreniespectrum- en/of andere psychotische stoornissen kwalitatief en kwantitatief geëvalueerd. Kwalitatief bezien wordt de behandeling door alle cliënten als positief ervaren, hetgeen overeenkomt met eerdere onderzoeken (Bacon et al., 2014; Vermaat et al.,

2018; White et al., 2011). ACT in de vorm van een groepsbehandeling binnen FACT wordt door de cliënten aangeraden voor medecliënten. Om de groepsbehandeling verder te verbeteren zijn enkele suggesties gedaan. Wat betreft de kwantitatieve evaluatie is gekeken naar de mate van psychologische flexibiliteit, die in kaart is gebracht met de FIT-60. De scores daarop waren niet (klinisch) betrouwbaar verbeterd, zij het dat elke conclusie gebaseerd op kwantitatieve gegevens met grote voorzichtigheid moet worden getrokken, aangezien er slechts vier mensen deelnamen. Alles bij elkaar suggereren de bevindingen dat ACT-groepsbehandeling bij schizofreniespectrum- en/of andere psychotische stoornissen haalbaar is en door cliënten als positief ervaren wordt. Vooralsnog is het te vroeg om conclusies te trekken over klinische (betrouwbare) verbetering op basis van FIT-scores om de effectiviteit van ACT na behandeling aan te tonen.

Individueel aangeboden ACT-sessies bij cliënten met psychotische symptomen laten positieve resultaten zien (Bacon et al., 2014; Tonarelli et al., 2016; White et al., 2011), waarbij depressie, angst en hallucinaties verminderen (Shawyer et al., 2017; Yildiz, 2020). ACT is ook geschikt om in groepsverband aan te bieden (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996) en bleek effectief bij andere cliëntenpopulaties (Avdagic, Morrissey & Boschen, 2014; Kocovski, Fleming, Hawley, Huta, & Antony, 2013; McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011; Wetherell et al., 2011). De huidige resultaten laten zien dat ACT-groepsbehandeling binnen FACT haalbaar is en bevestigen de eerdere bevindingen van Vermaat en collega's (2018). Cliënten vinden dat ACT van toegevoegde waarde is bij het huidige behandelaanbod. Verder onderzoek is echter noodzakelijk om de kwalitatieve en kwantitatieve effecten van ACT in groepsverband bij cliënten met schizofreniespectrum- en/of andere psychotische stoornissen te evalueren.

De deelnemers ervoeren ACT als een zeer welkome toevoeging aan het reguliere behandelaanbod binnen FACT. Met name de sessies over cognitieve defusie, waarden en toegewijde actie werden als positief ervaren. Hierin stond het meest op de voorgrond dat dit aspecten waren die normaliter niet op deze manier besproken werden. Dat werd als prettig ervaren, zo gaven cliënten aan. Het inzetten van de FIT-60 werd als positief beschouwd en heeft de potentie om ACT op een kwantitatieve manier te benaderen. De deelnemers gaven dit ook terug. Na de behandeling maakte de inzet van de vragenlijst inzichtelijk op welk gebied men de meeste vooruitgang had geboekt. Als advies gaf men aan dat de oefening over waarden vervangen kon worden. Omdat hier domeinen in voorkomen waar men minder mee had of die op dit moment juist confronterend waren (bijvoorbeeld het domein 'werk'), kan ook overwogen worden om de oefening aan te passen. Tot slot werd de sessie met mindfulness als nuttig ervaren, maar een van de oefeningen riep wel heftige reacties op bij een cliënt. Het advies was dan ook om kortere mindfulnessoefeningen te doen, bijvoorbeeld de oefening die zich richt op de zintuigen in plaats van op wat er zich binnen de cliënt afspeelt. Door deze

adviezen over te nemen en de groepstherapie aan te passen kan er voor deze doelgroep een gepersonaliseerd protocol opgesteld worden, dat goed aansluit bij de door cliënten ervaren dagelijkse problematiek.

De resultaten van deze studie wijzen erop dat ACT een aanvulling kan zijn op de reguliere behandeling binnen FACT. ACT biedt een behandel mogelijkheid die kan bijdragen aan het herstel van cliënten bij wie gebleken is dat medicatie niet altijd even effectief is of te veel onwenselijke bijwerkingen heeft, of die geen medicatie wensen te gebruiken (Gaudino et al., 2015). De reguliere behandeling bij deze doelgroep bestaat voornamelijk uit CGT en *competitive memory training* (COMET; Korrelboom, de Jong, Huijbrechts, & Daansen, 2009; Korrelboom, Marissen, & van Assendelft, 2011; Korrelboom, van der Gaag, Hendriks, Huijbrechts, & Berretty, 2008; Korrelboom, van der Weele, Gjaltema & Hoogstraten, 2009), waarbij binnen COMET gericht wordt op het verbeteren van het zelfbeeld. Uit studies bleek COMET effectief te zijn in het verbeteren van depressieve klachten bij cliënten met een schizofreniespectrumstoornis (van der Gaag, van Oosterhout, Daalman, Sommer, & Korrelboom, 2012). Echter, daar waar COMET zich sec richt op het vergroten van het zelfbeeld, is ACT gefocust op het leren om aandacht en tijd te besteden aan zaken die er voor de cliënt zelf toe doen en klachten te accepteren, wat vervolgens voldoening geeft. Daarbij lijkt deze vorm van therapie ook nog secundair bij te dragen aan een positiever zelfbeeld.

Vanwege de heel kleine steekproef dienen de resultaten van deze studie met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. In de toekomst zal een evaluatie plaatsvinden waarin meerdere afgeronde ACT-groepsbehandelings-trajecten worden geïncorporeerd. Op deze manier kan de ACT-groepsbehandeling uitgebreider geëvalueerd worden en het effect op psychologische flexibiliteit verder onderzocht worden. Vooralsnog kan uit de huidige studie geconcludeerd worden dat ACT in groepsverband haalbaar is binnen FACT, en vinden cliënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen ACT een aanvulling op het huidige behandelaanbod.

Lars de Vroege was ten tijde van het schrijven van dit artikel werkzaam als psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog bij FACT Breda Centrum Zuid van GGz Breburg. Nu is hij als gz-psycholoog werkzaam bij Topklinisch Centrum Lichaam, Geest en Gezondheid van GGz Breburg. Daarnaast is hij als senior onderzoeker vanuit de Academische werkplaats Geestdrift, Tranzo, Tilburg University, betrokken bij diverse wetenschappelijke onderzoeken binnen GGz Breburg.

Petra Rops is als sociaal-psychiatisch verpleegkundige werkzaam bij FACT Breda Centrum Zuid van GGz Breburg.

Barbara Breugelmans is als gz-psycholoog werkzaam bij FACT Breda Centrum Zuid van GGz Breburg. Zij is tevens manager behandeling van de zorggroep IMPACT.

Correspondentieadres: L. de Vroege, Loopschansstraat 101, 4817 KT Breda. E-mail: l.devroege@ggzbreburg.nl.

Summary *Acceptance and commitment therapy (ACT) as group therapy in FACT: A qualitative and quantitative pilot study*

Acceptance and commitment therapy (ACT) is more frequently being used in several patient groups. Patients with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders may also benefit from this treatment. We aimed to increase the psychological flexibility of this patient group by offering an ACT group intervention in a flexible assertive community treatment (FACT) team. Studies focusing on ACT group interventions for patients with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders are limited in number. This multiple case study describes the experiences of clients in a FACT team following the ACT group intervention qualitatively. Psychological flexibility was explored quantitatively. The results show that clients were pleased with the ACT group intervention as an addition to the regular treatment program. However, the psychological flexibility of clients did not increase significantly. Nevertheless, based on the experiences of the patients, ACT group intervention can be considered a feasible treatment option for patients with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in FACT.

Keywords *acceptance and commitment therapy, FACT, psychosis, schizophrenia, psychological flexibility*

Literatuur

- A-Tjak, J. (2015). *Acceptance & commitment therapy*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Avdagic, E., Morrissey, S. A., & Boschen, M. J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behaviour therapy for generalised anxiety disorder. *Behaviour Change*, *31*, 110-130.
- Bacon, T., Farhall, J., & Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: Clients' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *42*, 402-420.
- Batink, T., & Delespaul, P. (2015). Meten van psychologische flexibiliteit: De Flexibiliteits Index Test (FIT-60). *Gedragstherapie*, *48*, 310-332.
- Batink, T., Jansen, G., & de Mey, H. R. A. (2012). De Flexibiliteits Index Test (FIT-60): Een beknopte beschrijving. *GZ-psychologie*, *4*, 18-21.
- Bluett, E. J., Homa, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*, 612-624.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gaudino, B. A., Busch, A. M., Wenze, S. J., Nowlan, K., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2015). Acceptance-based behaviour therapy for depression with psychosis: Results from a pilot feasibility randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Practice*, *21*, 320-333.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*, 639-665.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Verlag.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance en commitment therapie*. Benelux: Pearson B.V.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996).

- Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- IBM Corporation. (2013). *IBM SPSS statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revensdorf, D. (1986). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.
- Jansen, G., & Batink, T. (2014). *Time to ACT! Het basisboek voor professionals*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., & Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 889-898.
- Korrelboom, K., de Jong, M., Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with eating disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 974-980.
- Korrelboom, K., Marissen, M., & van Assendelft, T. (2011). Competitive memory training (COMET) for low self-esteem in patients with personality disorders: A randomized effectiveness study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 1-19.
- Korrelboom, C. W., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussem: Coutinho.
- Korrelboom, K., van der Gaag, M., Hendriks, V. M., Huijbrechts, I., & Berretty, E. W. (2008). Treating obsessions with competitive memory training: A pilot study. *Behavior Therapist*, 31, 29-36.
- Korrelboom, K., van der Wee, K., Gjaltema, M., & Hoogstraten, C. (2009). Competitive memory training for treating low self-esteem: A pilot study in a routine clinical setting. *Behavior Therapist*, 32, 3-8.
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 267-274.
- Ost, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121.
- Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S. C., Gallop, R., Copolov, D., & Castle, D. J. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210, 140-148.
- Tonarelli, S. B., Pasillas, R., Alvarado, L., Dwivedi, A., & Cancellare, A. (2016). Acceptance and commitment therapy compared to treatment as usual in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatry*, 19, 366.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40, 751-770.
- van der Gaag, M., van Oosterhout, B., Daalman, K., Sommer, I. E., & Korrelboom, K. (2012). Initial evaluation of the effects of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 158-171.
- van Veldhuizen, R., Bähler, M., Polhuis, D., & van Os, J. (red.). (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

- van Veldhuizen, R., Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (red.). (2015). *Handboek (Flexible) ACT: Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vermaat, M., Stringer, B., & van der Voort, N. (2018). Ervaringen van patiënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen met acceptance and commitment therapy (ACT). *Participatie en Herstel*, 2, 21-29.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., ... Atkinson, J. H. (2011). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107.
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., & Mitchell, G. (2011). A feasibility study of acceptance and commitment therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 901-907.
- Yildiz, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56, 149-167.