

Van symptoomcontrole naar herstel: een pilotstudie naar de effecten van ACT in groepsverband binnen FACT

Binnen de langdurige ggz verschuift de focus steeds meer van symptoomreductie naar persoonlijk en maatschappelijk herstel. Voor mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) die worden behandeld binnen Flexible Assertive Community Treatment (FACT) is symptoomvermindering niet altijd (voldoende) haalbaar. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) sluit aan bij de herstelgerichte benadering. In een pilotstudie onderzochten de auteurs de effecten van groepsgewijze ACT voor psychose (G-ACTp) bij 26 FACT-cliënten met EPA in een within-subject design. In dit artikel bespreken zij dat onderzoek en de resultaten, die een significante toename laten zien in psychologische flexibiliteit.

Door Sylvie Teurlings, Eva de Bruijn,
Barbara Breugelmans en Lars de Vroege

Binnen de langdurige geestelijke gezondheidszorg is er de afgelopen decennia een duidelijke verschuiving zichtbaar van een primair symptoomgerichte benadering naar een herstelgerichte visie, waarin functioneren, zingeving en maatschappelijke participatie centraal staan (van Weeghel et al., 2019). Deze ontwikkeling is met name relevant voor mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA), bij wie sprake is van complexe psychiatrische, functionele en sociale uitdagingen met aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren tot gevolg (Delespaul, 2013; van Veldhuizen et al., 2008). Behandeling bij deze populatie is vaak langdurig, intensief en multidisciplinair en vraagt om een zorgsetting die hierop is ingericht.

Een dergelijke setting is Flexible Assertive Community Treatment (FACT), een Nederlands model voor geïntegreerde zorg voor mensen met EPA. Binnen FACT-teams werken verschillende professionals – waaronder psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en ervaringsdeskundigen – samen, met als doel functioneel en persoonlijk herstel te bevorderen door het bieden van maatwerk en flexibele, out-

reaching zorg (van Veldhuizen et al., 2008; van Veldhuizen et al., 2015; de Vroege et al., 2020).

Binnen deze geïntegreerde zorgsetting worden verschillende evidence-based behandelvormen ingezet. Farmacotherapie, met name antipsychotische medicatie, vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling bij mensen met EPA en is effectief in het verminderen van psychotische symptomen en het voorkomen van terugval (Leucht et al., 2012). Daarnaast is cognitieve gedragstherapie voor psychose (CGTp) een bewezen effectieve psychologische interventie, gericht op het verminderen van lijdensdruk en het verbeteren van coping met psychotische ervaringen (NICE, 2014; van der Gaag et al., 2014).

Symptoomvermindering is echter niet voor alle cliënten in voldoende mate haalbaar, bijvoorbeeld bij persisterende klachten.

Tegen deze achtergrond groeit de aandacht voor transdiagnostische interventies die niet primair gericht zijn op het verminderen van symptomen, maar op persoonlijk herstel en het leren omgaan met blijvende psychische kwetsbaarheid. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) sluit inhoudelijk goed aan bij deze benadering. ACT bestaat uit zes kernprocessen die niet primair gericht zijn op het verminderen van symptomen, maar op het vergroten van psychologische flexibiliteit: 'het vermogen om open te staan voor interne ervaringen, aanwezig te blijven in het huidige moment en gedrag te vertonen dat in lijn is met persoonlijke waarden, ook in aanwezigheid van psychisch lijden' (Hayes et al., 2006, p. 7).

Onderzoek toont aan dat ACT, zowel individueel als in groepsverband, effectief is bij uiteenlopende psychiatrische stoornissen

en voor verschillende uitkomstmaten. Zo zijn positieve effecten gevonden met betrekking tot emotioneel welbevinden en psychologische flexibiliteit bij patiënten met angst- en depressieve stoornissen (Coto-Lesmes et al., 2020), evenals verminderde pijninterferentie, depressie en pijn-gerelateerde angst bij patiënten met chronische pijn (Wetherell et al., 2011).

Specifiek voor cliënten met EPA laat onderzoek zien dat ACT voor psychose (ACTp) kan bijdragen aan een vermindering van heropnames (Bach & Hayes, 2002; Bach et al., 2012), aan het verminderen van stress gerelateerd aan hallucinaties (Gaudio et al., 2010) en aan vermindering van depressieve en angstklachten bij psychotische stoornissen (Yildiz, 2019). Een recente review rapporteert positieve effecten van ACTp, zowel individueel als in groepsvorm (Morris et al., 2024).

Voorlopige bevindingen suggereren dat groepsgewijze ACTp (G-ACTp) ook haalbaar is voor deze doelgroep, mits rekening wordt gehouden met specifieke uitdagingen zoals tragere inclusie door moeizamere instroom, en uitval bij follow-upmetingen (Jolley et al., 2020). Ook een recente pilotstudie binnen de FACT-populatie wijst op de uitvoerbaarheid van ACT-groepen (de Vroege et al., 2020). Er is echter nog beperkt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van G-ACTp binnen bestaande geïntegreerde zorgstructuren zoals FACT.

Het doel van de huidige pilotstudie is om de effecten van G-ACTp op psychologische flexibiliteit te onderzoeken bij cliënten met EPA binnen een FACT-setting. Daarbij wordt G-ACTp vergeleken met *treatment as usual* (TAU), dus de gebruikelijke behandeling. Daarnaast wordt onderzocht of eventuele

effecten drie maanden na afronding van de groepsinterventie behouden bleven. Onze hypothese is dat psychologische flexibiliteit significant toeneemt tijdens de G-ACTp-fase en niet tijdens TAU, en dat deze verbetering stabiel blijft tijdens de follow-up.

Methode

Onderzoeksopzet

Deze studie had een prospectief within-subject design, waarbij deelnemers fungeerden als hun eigen controle. De onderzoeksperiode bestond uit drie opeenvolgende fasen: (1) TAU, (2) TAU gecombineerd met G-ACTp, en (3) een follow-upperiode van drie maanden na afronding van de ACT-groep. Metingen vonden plaats op vier tijdstippen (T0-T3), zie Figuur 1 voor het stroomdiagram en een overzicht van de vier meetmomenten.

Deze opzet werd gekozen om de belasting voor een kwetsbare doelgroep te beperken en aan te sluiten bij de klinische praktijk, waarin de gebruikte metingen reeds onderdeel zijn van het indicatie- en evaluatieproces

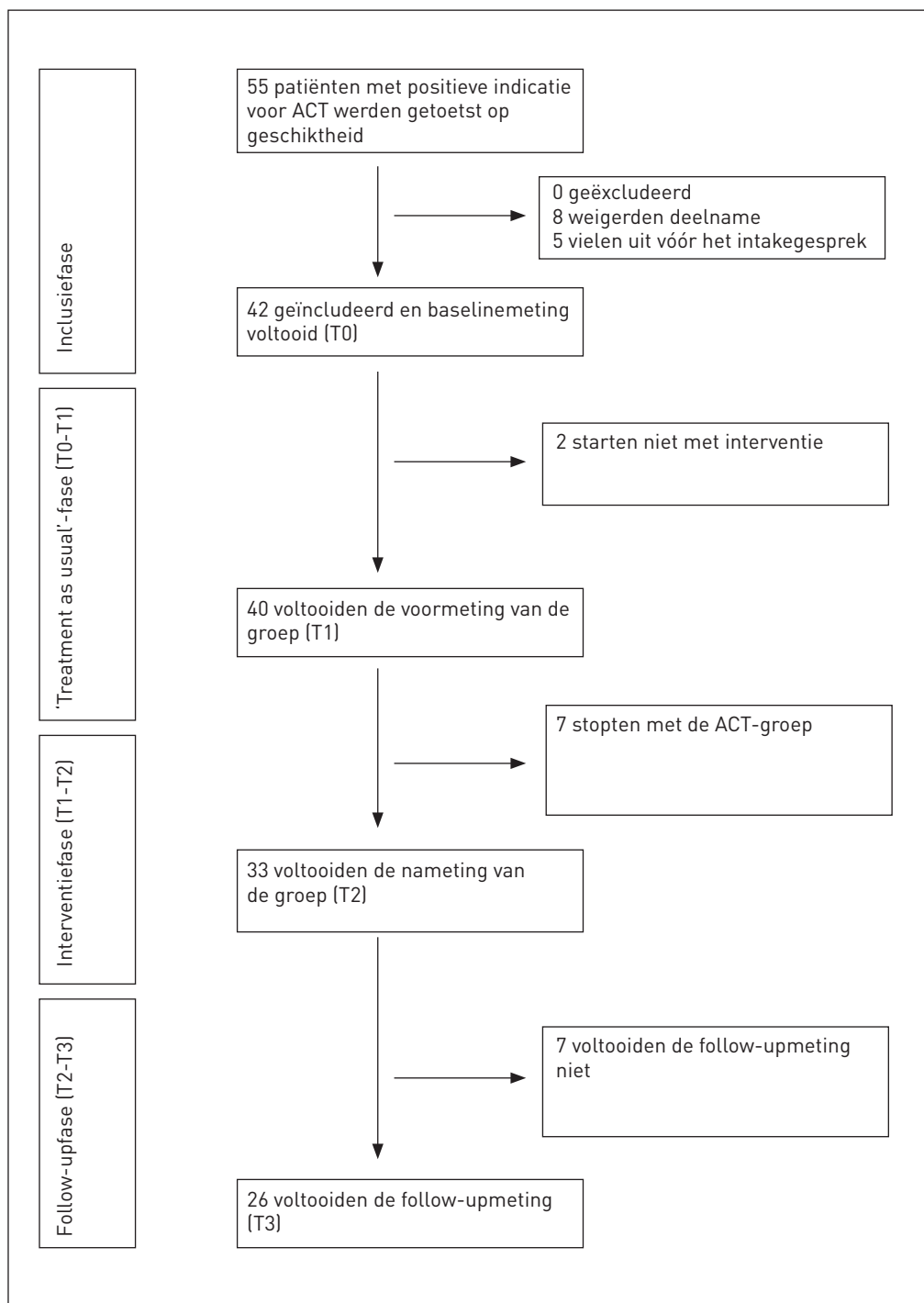
Deelnemers

Deelnemers werden geworven uit zes FACT-teams van GGz Breburg, verdeeld over verschillende regio's in Midden-Noord-Brabant. Cliënten die een positieve indicatie kregen voor deelname aan een ACT-groep en voldeden aan de inclusiecriteria, werden door hun behandelaar geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd om deel te nemen. Van de 55 benaderde cliënten gaven 47 toestemming voor deelname. Uiteindelijk voltooiden 26 deelnemers alle metingen en werden opgenomen in de hoofdanalyses. Inclusiecriteria waren: (1) behandeling vol-

gen binnen een FACT-team, (2) behoren tot de EPA-doelgroep volgens het Nederlandse EPA-kader (hetgeen betekent dat sprake is van een langdurige psychiatrische aandoening zoals een psychotische stoornis, met daarnaast substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren en een langdurige behoefte aan gecoördineerde zorg), en (3) voldoende beheersing van de Nederlandse taal. Exclusiecriteria waren: (1) een acute psychotische ontregeling en (2) ernstige middelenafhankelijkheid.

Interventie

De interventie bestond uit negen wekelijkse groepsessies van negentig minuten. Er werd gebruikgemaakt van een landelijk ontwikkeld ACT-groepsprotocol van ACT Guide, aangepast aan de FACT-populatie (onder andere door verspreiding van de stof over een groter aantal sessies). De sessies combineerden psycho-educatie, ervaringsgerichte oefeningen, uitleg over metaforen en huiswerkopdrachten. Centrale thema's waren acceptatie van psychische ervaringen, defusie van belemmerende gedachten, contact met het huidige moment, zelf-als-context, het verhelderen van persoonlijke waarden en het zetten van kleine, haalbare stappen in waardengerichte actie. Drie maanden na afloop werd een follow-upbijeenkomst aangeboden. Hierin werden de ACT-principes en diverse oefeningen herhaald en werd aandacht besteed aan het bestendigen van de toepassing van ACT-vaardigheden in het dagelijks leven. De groepen werden begeleid door behandelaren werkzaam binnen FACT-teams, steeds een combinatie van een casemanager en een (GZ-)psycholoog. Alle therapeuten hebben een kortdurende ACT-training doorlopen.



Figuur 1. Stroomdiagram van participanten

De mogelijkheid tot intervisie werd aangeboden, maar is gedurende de studieperiode niet benut.

Meetinstrumenten

De primaire uitkomstmaat was psychologische flexibiliteit, gemeten met de Flexibility Index Test (FIT-60). De FIT-60 is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit zestig items, verdeeld over zes subschalen die corresponderen met de kernprocessen van ACT. Hogere scores duiden op grotere psychologische flexibiliteit. De FIT-60 beschikt over goede psychometrische eigenschappen. In een validatiestudie werd een hoge test-hertestbetrouwbaarheid gevonden ($r = .89$ voor de totaalschaal; $.75-.85$ voor de subschalen) en een goede interne consistentie ($\alpha = .90$ totaal; $.51-.92$ subschalen) (Batink & Delespaul, 2015). Daarnaast toont de FIT-60 een goede convergente validiteit met verwante constructen zoals mindfulness en emotieregulatie, evenals een adequate divergente validiteit ten opzichte van niet-verwante constructen, waaronder algemene psychiatrische symptomen (Batink & Delespaul, 2015). Het instrument is bovendien gevoelig voor klinische verandering en geschikt voor het evalueren van interventie-effecten in klinische populaties. De FIT-60 werd afgenomen op vier meetmomenten: tijdens indicatie (T0), bij de start van de ACT-groep (T1), na afronding van de groepsbehandeling (T2) en bij de follow-up na drie maanden (T3).

Statistische analyse

In de analyses werd eerst onderzocht of aan de assumptie van sfericiteit (gelijke varianties van de verschildscores tussen meetmomenten) werd voldaan. Bij schen-

ding hiervan werden de hierbij aanbevolen correcties toegepast, namelijk de Greenhouse-Geisser-correctie of de Huynh-Feldt-correctie. Deze assumptie bleek alleen te zijn geschonden voor de subschaal Acceptatie, wat dus betekent dat de varianties van de verschillen tussen de meetmomenten niet gelijk waren. Voor deze subschaal is de Greenhouse-Geisser-correctie toegepast, waarbij de vrijheidsgraden van de toets zijn aangepast om een betrouwbaardere schatting van de significantie te verkrijgen. Veranderingen in psychologische flexibiliteit over tijd werden geanalyseerd met repeated-measures ANOVA's. Alle analyses werden uitgevoerd met IBM SPSS Statistics (versie 29). Voor de statistische toetsen werd een significantieniveau van $p < .05$ (tweezijdig) gehanteerd. Naast significantieniveaus werden effectgroottes gerapporteerd, Cramer's V voor categoriale variabelen en Eta squared voor continue variabelen.

Resultaten

Beschrijvende data

De uiteindelijke steekproef bestond uit 26 deelnemers (13 mannen en 13 vrouwen) met een gemiddelde leeftijd van 44 jaar. De meerderheid van de deelnemers had een psychotische of andere schizofreniforme stoornis als primaire DSM-5-classificatie (80,8%), gevolgd door een bipolaire stoornis (11,5%) en een persoonlijkheidsstoornis (7,7%). Alle deelnemers gebruikten psychofarmaca. Deelnemers waren afkomstig uit zeven FACT-teams. Het volledige overzicht van de klinische en demografische kenmerken bij baseline, zowel voor de totale steekproef als per FACT-team, is weergegeven in Tabel 1. Deelnemers uit de verschillende

		Totale steek- proef (n=26)	FACT team-1 (n=4)	FACT team-2 (n=1)	FACT team-3 (n=9)	FACT team-4 (n=2)	FACT team-5 (n=3)	FACT team-6 (n=7)	p	ES
		n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)		
Geslacht	(man)	13 (50%)	1 (25%)	1 (100%)	2 (29%)	2 (100%)	3 (100%)	4 (57%)	.078	0.618
Leeftijd		44.27 (8.89)	47.00 (7.02)	50.00 (0)	49.11 (7.54)	33.00 (8.49)	42.00 (8.54)	39.86 (8.88)	.108	0.344
Medicatie- gebruik (ja)		26 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	9 (100%)	2 (100%)	3 (100%)	7 (100%)	NA ¹	NA ¹
Primaire DSM-5- classificatie	Psychotische- of andere schizofreni- forme stoornis	21 (80.8%)	3 (75%)	1 (100%)	7 (77.8%)	2 (100%)	3 (100%)	5 (71.4%)	.980	0.242
	Bipolaire stoornis	3 (11.5%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14.3%)	.	
	Persoonlijk- heidsstoornis	2 (7.7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14.3%)		
Burgerlijke staat	Alleenstaand	14 (53.8%)	2 (50%)	1 (100%)	4 (44.4%)	2 (100%)	2 (66.7%)	3 (42.9%)	.886	0.337
	Gehuwd	7 (26.9%)	1 (25%)	0 (0%)	4 (44.4%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (28.6%)		
	Gescheiden	3 (11.5%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33.3%)	1 (14.3%)		
	Samenwonend	2 (7.7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14.3%)		
Opleidings- niveau ²	Laag	20 (76.9%)	3 (75%)	1 (100%)	8 (88.9%)	1 (50%)	2 (66.7%)	4 (57.1%)	.783	0.368
	Hoog	5 (19.2%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (11.1%)	1 (50%)	1 (33.3%)	3 (42.9%)		
	Onbekend	1 (3.8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
FIT-60 baseline totaal score		174.04 (37.46)	193.00 (46.38)	176.00 (0)	155.11 (30.52)	158.50 (51.62)	186.33 (38.81)	186.43 (38.36)	.477	0.190

Afkortingen: M, gemiddelde; SD, standaarddeviatie; FIT, Flexibility Index Test; ES, Effectgrootte.

Noot: Cramer's V was gebruikt als maat voor effectgrootte van de categoriale variabelen en Eta squared voor de effectgrootte van de ANOVA-resultaten

¹ Geen statistische vergelijking mogelijk omdat alle deelnemers medicatie gebruikten

² Opleidingsniveau laag: geen opleiding, basisonderwijs, vmbo en mbo. Opleidingsniveau hoog: havo/vwo, hbo of wo

Tabel 1. Demografische en klinische karakteristieken van de totale steekproef bij baseline

FACT-teams werden met elkaar vergeleken op de baselinekarakteristieken en bleken niet significant te verschillen met betrekking tot gemiddelde leeftijd ($p = .108$), geslacht ($p = .078$), medicatiegebruik ($p =$ niet van toepassing; identiek voor alle groepen), primaire diagnose ($p = .980$), burgerlijke staat ($p = .886$), opleidingsniveau laag/hoog ($p = .783$) of FIT-60-baselinescores ($p = .477$).

Er werden tevens geen significante verschillen gevonden tussen deelnemers die de studie wel of niet voltooiden op gemiddelde leeftijd ($p = .091$), geslacht ($p = .414$), medicatiegebruik ($p = .274$), primaire DSM-diagnose ($p = .473$), burgerlijke staat ($p = .826$), opleidingsniveau laag/hoog ($p = .498$) of FIT-60-baselinescores ($p = .640$). Zie Tabel 2.

Participanten ($n = 26$)		Drop-outs ($n = 21$)	
		n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD) p
Leeftijd		44.27 (8.88)	49.14 (10.48) .091
Geslacht (man)		13 (50%)	13 (61.9%) .414
Medicatiegebruik (ja)		26 (100%)	19 (90%) .274
Primaire DSM-5-classificatie	Psychotische- of andere schizofreniforme stoornis	21 (80.8%)	13 (61.9%) .473
	Bipolaire stoornis	3 (11.5%)	4 (19.0%)
	Persoonlijkheidsstoornis	2 (7.7%)	2 (9.5%)
	Anders	0 (0%)	2 (9.5%)
Burgerlijke staat	Alleenstaand	14 (53.8%)	12 (57.1%) .826
	Gehuwd	7 (26.9%)	5 (23.8%)
	Gescheiden	3 (11.5%)	2 (9.5%)
	Samenwonend	2 (7.7%)	1 (4.8%)
	Weduwe/weduwnaar	0 (0%)	1 (4.8%)
Opleidingsniveau	Laag	20 (76.9%)	13 (61.9%) .498
	Hoog	5 (19.2%)	6 (28.9%)
	Onbekend	1 (3.8%)	2 (9.5%)
FIT-60 baseline totaalscore		174.04 (37.46)	168.31 (39.43) .640

Afkortingen: *M*, gemiddelde; *SD*, standaarddeviatie; *FIT*, Flexibility Index Test

Tabel 2. Vergelijking van demografische en klinische karakteristieken tussen participanten en drop-outs

Effectiviteit G-ACTp

Psychologische flexibiliteit

De resultaten voor de primaire uitkomstmaat zijn weergegeven in Tabel 3 en Figuur 2. De analyses toonden een significant hoofdeffect van tijd op de totale FIT-60-score.

Psychologische flexibiliteit nam significant toe tijdens de G-ACTp-fase (T1-T2), terwijl er geen significante verandering werd gevonden tijdens de voorafgaande TAU-fase (T0-T1). Tijdens de follow-upperiode (T2-T3) bleef de verbetering stabiel. De effectgrootte van de verandering tijdens de ACT-fase was als groot te categoriseren.

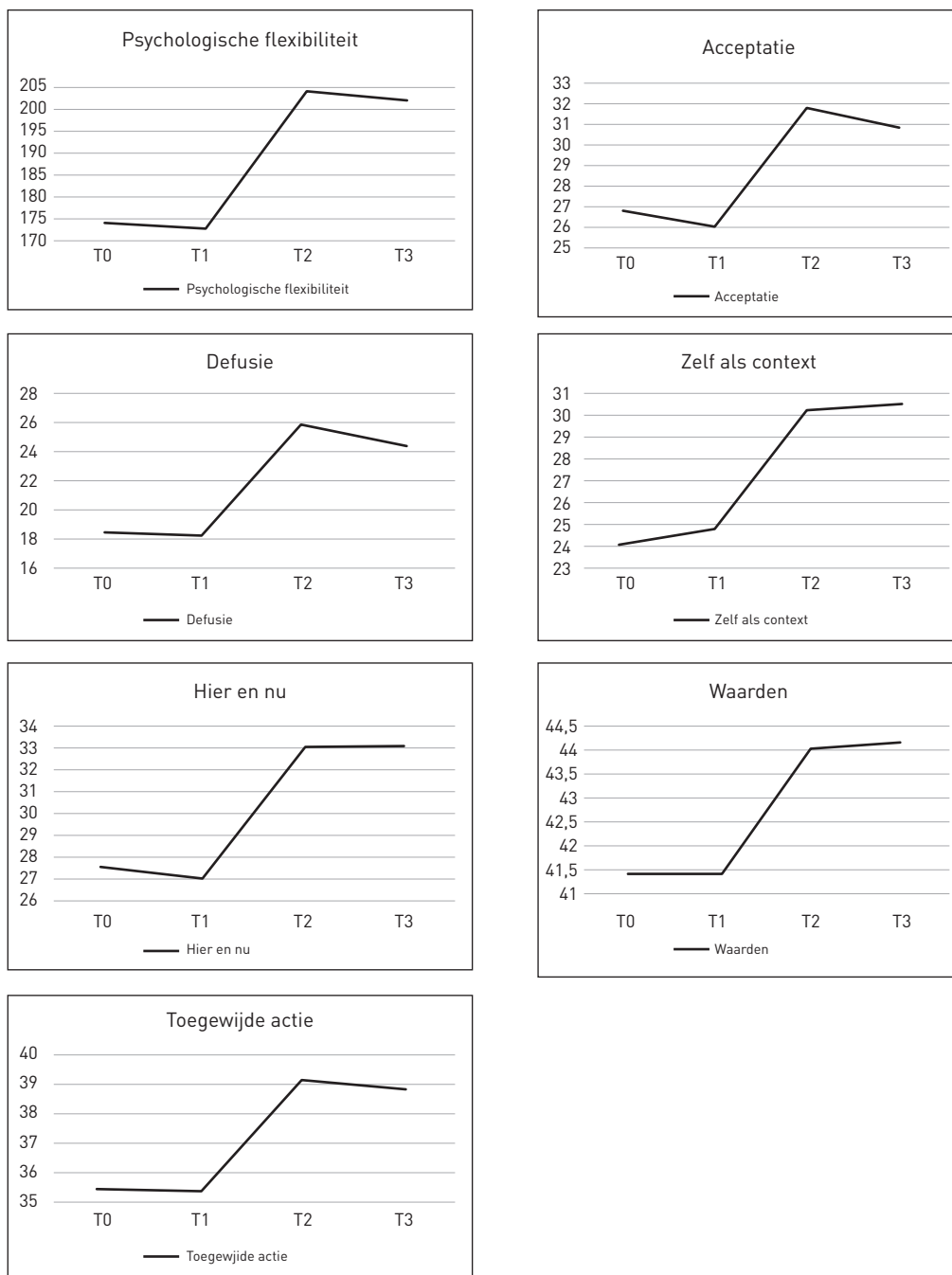
ACT-kernprocessen

Voor alle zes subschalen van de FIT-60 werd een significant tijdseffect gevonden. Acceptatie, defusie, zelf-als-context, hier-en-nu, waarden en toegewijde actie verbeterden allemaal significant tijdens de interventiefase, maar niet tijdens TAU of follow-up. Dit wijst erop dat G-ACTp bijdroeg aan een brede versterking van de kernprocessen van psychologische flexibiliteit. Daarnaast bleven de effecten drie maanden stabiel na afronding van de behandeling. Tabel 3 bevat de volledige statistische details, inclusief effectgroottes.

	T0 (n=26) M(SD)	T1 (n=26) M(SD)	T2 (n=26) M(SD)	T3 (n=26) M(SD)	T0 vs T1 (n=26)		T1 vs T2 (n=26)		T2 vs T3 (n=26)		Totale effect	
					p	η^2_p	p	η^2_p	p	η^2_p	p	η^2_p
Acceptatie	26.77 (1.75)	26.00 (1.59)	31.73 (1.80)	30.81 (1.58)	.497	0.019	.005	0.275	.350	0.035	.001	0.241
Defusie	18.39 (2.0)	18.08 (1.67)	25.62 (2.2)	24.35 (1.97)	.811	0.002	<.001	0.397	.457	0.022	<.001	0.314
Zelf als context	24.31 (1.46)	24.96 (1.33)	30.15 (1.41)	30.39 (1.44)	.590	0.012	<.001	0.43	.867	0.001	<.001	0.373
Hier en nu	27.65 (1.89)	27.04 (1.41)	33.08 (2.05)	33.11 (2.05)	.611	0.010	.002	0.318	.975	<.001	<.001	0.298
Waarden	41.50 (1.39)	41.39 (1.61)	44.15 (1.28)	44.31 (1.29)	.883	0.001	.005	0.272	.883	0.001	.003	0.167
Toegewijde actie	35.42 (1.88)	35.39 (1.80)	39.11 (1.63)	38.85 (1.71)	.971	0.000	.003	0.304	.774	0.003	.001	0.195
Psychologische flexibiliteit (totaalscore)	174.04 (7.3)	172.875 (6.9)	203.85 (7.7)	201.81 (8.0)	.767	0.004	<.001	0.475	.657	0.008	<.001	0.446

Afkortingen: M, gemiddelde; SD, standaard deviatie; p, p-waarde; η^2_p , partial eta squared

Tabel 3. Resultaten van de repeated measures ANOVA van de effecten van G-ACTp op psychologische flexibiliteit en de bijbehorende zes kernprocessen - algemene FACT-populatie



Figuur 2. Zelfrapportagescores van psychologische flexibiliteit en de zes bijbehorende kernprocessen voor deelnemers gedurende de *treatment as usual*-fase (T0-T1), de GACTp + TAU fase (T1-T2) en bij de follow-up na drie maanden (T2-T3).

Discussie

Deze pilotstudie onderzocht de effectiviteit van Acceptance and Commitment Therapy in groepsverband (G-ACTp) bij FACT cliënten. In lijn met onze verwachtingen lieten de resultaten zien dat de psychologische flexibiliteit significant verbeterde tijdens de G-ACTp. Er vond geen significante verandering plaats tijdens de *treatment as usual*-fase. Dit patroon ondersteunt de veronderstelling dat de waargenomen veranderingen niet kunnen worden toegeschreven aan reguliere zorg alleen, maar samenhangen met de ACT-interventie. Bovendien bleven deze verbeteringen stabiel bij de follow-upmeting na drie maanden. Alle zes kernprocessen van ACT – acceptatie, defusie, zelf-als-context, hier-en-nu, waarden en toegewijde actie – lieten significante veranderingen zien met grote effectgroottes.

Deze resultaten sluiten aan bij eerder onderzoek waaruit blijkt dat (groepsgewijze) ACT een positief effect kan hebben op psychologische flexibiliteit en andere psychiatrische uitkomsten bij diverse psychiatrische stoornissen, waaronder angst- en depressieve stoornissen (Ferreira et al., 2022).

Psychologische flexibiliteit wordt in toeneemende mate erkend als een belangrijk transdiagnostisch mechanisme dat functioneel herstel medieert bij uiteenlopende stoornissen, waaronder stemmings-, angst- en psychotische stoornissen (Levin et al., 2014).

De resultaten zijn specifiek relevant voor behandeling binnen een FACT-setting door aan te sluiten bij de herstelgerichte visie.

De waarden-gedreven en acceptatiegerichte benadering van ACT kan een betekenisvol alternatief of aanvulling bieden voor cliënten bij wie symptoomvermindering alleen onvoldoende perspectief biedt (Gaudiano et al.,

2010; Hayes et al., 2011). Bovendien sluit de contextuele benadering van ACT goed aan bij de multidisciplinaire en flexibele structuur van FACT-teams. Door de nadruk te leggen op context in plaats van inhoud en door te werken met individuele waarden, kan ACT een behandeling bieden die zowel persoonlijk betekenisvol als aanpasbaar is aan de fluctuerende ondersteuningsbehoeften die kenmerkend zijn voor de FACT-populatie (Strosahl et al., 2015).

Beperkingen in deze pilot zijn dat de steekproef relatief klein is en een parallelle controlegroep ontbrak

Daarnaast heeft het groepsgewijs aanbieden van ACT bij FACT-clieñten meerdere voordelen. Groepscohesie en een gedeeld gevoel van doelgerichtheid kunnen de motivatie en verantwoordelijkheidsgevoel versterken, wat met name belangrijk is voor populaties met langdurige psychische problematiek (Yalom & Leszcz, 2005). G-ACTp lijkt daarnaast een haalbare behandeloptie voor de FACT-populatie, aangezien de uitval tijdens de ACT-behandelfase in deze studie relatief laag was. Slechts zeven van de 47 deelnemers vielen uit tijdens de ACT-fase, terwijl in andere fasen meer uitval werd waargenomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het groepsformat voorzag in onderlinge steun, terwijl de ervaringsgerichte en waarden-georiënteerde focus van ACT de betrokkenheid en ervaren relevantie kan hebben vergroot.

Sterke punten van dit onderzoek zijn de inbedding in de klinische praktijk, de uitvoering binnen meerdere FACT-teams (n = 7), en het gebruik van een within-subject design. Deze opzet sluit goed aan bij onderzoek naar groepsinterventies in de dagelijkse zorg en maakt het mogelijk veranderingen binnen dezelfde deelnemers te volgen, waardoor individuele verschillen en meetfouten gedeeltelijk worden ondervangen.

De pilotstudie kent ook een aantal beperkingen. Allereerst is de steekproef relatief klein, waardoor voorzichtigheid geboden is bij de generaliseerbaarheid van de resultaten. Daarnaast ontbrak een parallelle controlegroep. Hoewel vergelijking met een baseline-fase gedeeltelijk controle biedt voor individuele verschillen, kunnen tijdseffecten, natuurlijk herstel of externe invloeden niet worden uitgesloten, temeer daar de controle-fase steeds voorafging aan de interventiefase. Verder was de follow-upperiode beperkt tot drie maanden. Gezien de herstelgerichte doelstellingen van ACT is onderzoek naar lange-termijneffecten wenselijk, bijvoorbeeld over een periode van een jaar. Ook waren de uitkomstmaten beperkt tot psychologische flexibiliteit. Hoewel dit een kernproces van ACT

betreft, zou toekomstig onderzoek andere secundaire uitkomstmaten mee kunnen nemen, zoals kwaliteit van leven, maatschappelijk functioneren en symptoomernst. Verder ontbreken gegevens over therapietrouw en zijn potentiële moderatoren niet onderzocht. Tot slot kan sprake zijn geweest van selectiebias doordat deelnemers mogelijk een relatief gemotiveerde subgroep van de FACT-populatie vertegenwoordigden. De bevindingen dienen door deze beperkingen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Concluderend wijst deze pilotstudie erop dat groepsgewijze ACT een haalbare en potentieel effectieve interventie is binnen FACT voor het vergroten van psychologische flexibiliteit bij mensen met EPA. De resultaten ondersteunen het gebruik van ACT-groepen als herstelgerichte aanvulling op andere evidence-based behandelvormen. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op grotere steekproeven, gecontroleerde designs en langere follow-upperiodes. Daarnaast is het wenselijk om ook bredere hersteluitkomsten en mogelijke moderatoren van effectiviteit te onderzoeken. Niettemin bieden de huidige bevindingen een veelbelovend perspectief op de inzet van ACT in groepsverband binnen de ambulante ggz. ■

Sylvie Teurlings (s.teurlings@ggzbreburg.nl) is klinisch psycholoog en werkt als psychotherapeut bij GGz Breburg FACT Breda-Noord. **Eva de Bruijn** is klinisch psycholoog en promovenda (Tilburg University) en werkt als psychotherapeut en manager behandeling bij GGz Breburg. **Barbara Breugelmans** is GZ-psycholoog en werkt bij GGz Breburg, FACT Breda Centrum-Zuid. **Lars de Vroege** is klinisch psycholoog en werkt als psychotherapeut/senior onderzoeker bij Aelbrecht GGZ en Tilburg University.

Refereren aan

Teurlings, S., Bruijn, E. de, Breugelmans, B. & Vroege, L. de (2026). Empathie als therapeutische factor. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)3, p. 39-51.

Literatuur

- Bach, P. & Hayes, S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), p. 1129-1139.
- Bach, P., Gaudiano, B.A., Hayes, S.C. & Herbert, J.D. (2012). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis*, 5(2), p. 166-174.
- Batink, T. & Delespaul, P. (2015). Meten van psychologische flexibiliteit - De flexibiliteits index test (FIT-60). *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 48(4), p. 310-332.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C. & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and commitment therapy in group format for anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, p. 107-120.
- Delespaul, P. (2013). Consensus EPA: Criteria voor ernstige psychische aandoeningen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), p. 427-435.
- Ferreira, M.G., Mariano, L.I., Rezende, J.V. de, Caramelli, P. & Kishita, N. (2022). Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, p. 297-308.
- Gaag, M. van der, Valmaggia, L.R. & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156(1), p. 30-37.
- Gaudiano, B.A., Herbert, J.D. & Hayes, S.C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Therapy*, 41(4), p. 543-554.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2011). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), p. 1-25.
- Jolley, S., Johns, L.C., O'Donoghue, E., Oliver, J., Khondoker, M., Byrne, M., Butler, L., De Rosa, C., Leal, D., McGovern, J., Rasiukeviciute, B., Sim, F. & Morris, E. (2020). Group acceptance and commitment therapy (ACT) for patients and caregivers in psychosis services: Feasibility of training and a preliminary randomized controlled evaluation. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(4), p. 524-551.
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G. & Davis, J.M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9831), p. 2063-2071.

Levin, M.E., Hildebrandt, M.J., Lillis, J. & Hayes, S.C. (2014). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 45(5), p. 713-728.

Morris, E.M.J., Johns, L.C. & Gaudiano, B.A. (2024). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97(1), p. 41-58.

NICE. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management (Clinical guideline CG178)*. National Institute for Health and Care Excellence.

Strosahl, K.D., Robinson, P.J. & Gustavsson, T. (2015). *Inside this moment: A clinician's guide to promoting radical change using acceptance and commitment therapy*. Reno, NV: Context Press.

Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Veldhuizen, J.R. van, Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N. & Kroon, H. (2015). *Handboek (Flexible) ACT: Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Weeghel, J. van, Zelst, C. van, Boertien, D. & Hasson-Ohayon, I. (2019). Herstel in de ggz: Betekenis, evidence en implicaties voor de praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(6), p. 412-422.

Vroege, L. de, Rops, P. & Breugelmans, B. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) in groepsverband binnen FACT: Een kwalitatieve en kwantitatieve pilotstudie. *Gedragstherapie*, 53(1), p. 21-34.

Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B.C., Lehman, D.H., Liu, L., Lang, A.J. & Atkinson, J.H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), p. 2098-2107.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

Yildiz, E. (2019). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), p. 149-167.

.....