

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

# Boom

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

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

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

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

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

# Meten van psychologische flexibiliteit

## De Flexibiliteits Index Test (FIT-60)

---

TIM BATINK & PHILIPPE DELESPAUL

### *Samenvatting*

---

**Achtergrond:** De Flexibiliteits Index Test (FIT-60) is ontwikkeld om de modelgetrouwe toepassing van concepten uit de *Acceptance and Commitment Therapy* te meten. Het huidige onderzoek biedt meer inzicht in de psychometrische kwaliteiten van de FIT-60 en heeft tevens tot doel twee aanvullende patiëntnormgroepen te ontwikkelen.

**Methode:** Middels drie deelonderzoeken zijn de teststabiliteit, betrouwbaarheid en constructvaliditeit van de FIT-60 totaalschaal en zijn zes subschalen onderzocht.

**Resultaten:** De teststabiliteit van de FIT-60 was .89, terwijl de subschalen varieerden tussen .75 en .85. De interne consistentie van de totaalschaal was .90, terwijl die van de subschalen fluctueerde tussen .51 en .92. Uit validatieonderzoek bleek dat de FIT-60 en zijn subschalen het hoogste correleerden met de corresponderende ACT-maten.

**Conclusie:** De FIT-60 blijkt een stabiele, betrouwbare en valide vragenlijst, die in staat is verandering over tijd te meten. De FIT-60 is in staat zowel psychologische flexibiliteit als de zes onderliggende ACT-processen in kaart brengen.

**Trefwoorden:** *Acceptance and Commitment Therapy, psychologische flexibiliteit, vragenlijst, FIT-60.*

### INLEIDING

---

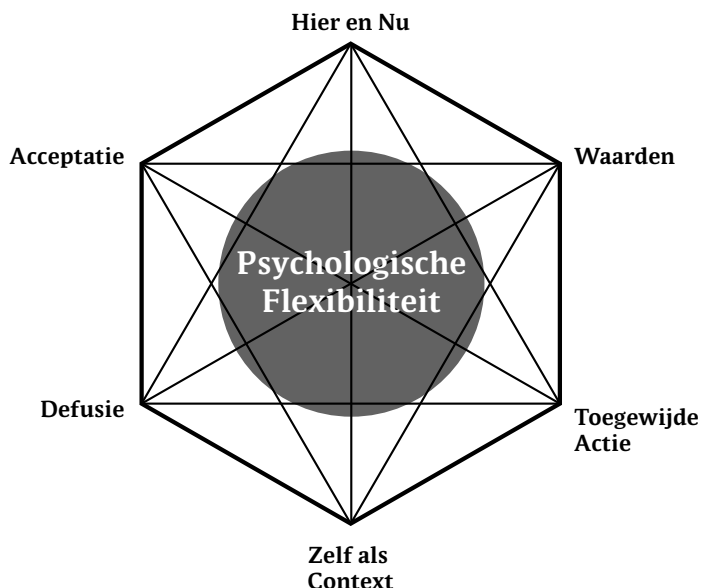
De curatieve ggz richt zich op klachtreductie. Klachten worden gezien als abnormaal, en zorg en behandeling moeten bestaan uit interventies om klachten te reduceren (van Os, 2014). Toch heeft 38% van de Europese bevolking op jaarbasis last van deze psychische klachten (Wittchen et al., 2011). Ze

kunnen daarom moeilijk als ‘abnormaal’ gezien worden. Moderne interventies als ACT richten zich op het functioneel leren omgaan met klachten.

De derde generatie gedragstherapie verschuift de aandacht van symptomen naar functioneren. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is een van de therapievormen binnen deze stroming. Ze gaat ervan uit dat menselijk leed ontstaat uit normale psychologische processen die horen bij het leven (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Bij ACT staat de psychologische flexibiliteit om functioneel te leren omgaan met klachten (functionele vaardigheden, c.q. coping) centraal. Deze psychologische flexibiliteit zorgt ervoor dat iemand zich bewust is van zijn ervaringen op het moment zonder ermee in worsteling te raken. Dit biedt ruimte om te blijven investeren in de dingen die echt belangrijk voor hem zijn. ACT richt zich op zes processen die een rol spelen bij psychologische flexibiliteit en vaak in een hexagoon voorgesteld worden (figuur 1). De zes kernprocessen zijn:

- 1 *Acceptatie*: Ruimte maken voor vervelende emoties, gedachten en gewaarwordingen, in plaats van deze proberen te controleren.
- 2 *Defusie*: Gedachten leren zien voor wat ze zijn, niet als waarheden waarnaar gehandeld moet worden (fusie) maar als producten van het verstand.
- 3 *Zelf als Context*: Iemand is meer dan alleen zijn gedachten, gevoelens en zelfbeeld; er is ook nog het observerende zelf dat dit waarneemt.
- 4 *Hier en Nu*: Aandacht hebben voor wat er op dit moment te ervaren is, in plaats van een preoccupatie met het verleden of de toekomst.
- 5 *Waarden*: Stilstaan bij de dingen die iemand als persoon echt belangrijk vindt: zijn waarden.
- 6 *Toegewijd Handelen*: Het eigen gedrag in de gewenste richting aanpassen: handelen naar eigen waarden.

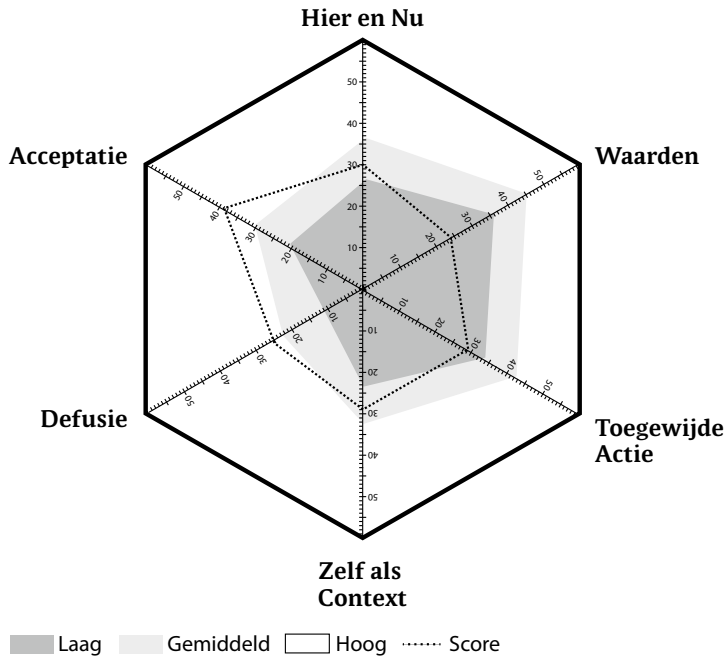
De verschuiving in de behandelfocus van ACT vraagt een andere vorm van diagnostiek. In plaats van klachtinventarisatie en classificatie, dient er functionele diagnostiek ontwikkeld te worden die de strategieën die iemand gebruikt om met de problemen die hij tegenkomt om te gaan in kaart brengt (Jansen & Batink, 2014). Vanuit dit kader is de Flexibiliteits Index Test (FIT-60) ontwikkeld. De FIT-60 is een zelfrapportagevragenlijst die de functionele kernprocessen van ACT in kaart brengt (Batink, Jansen, & de Mey, 2012). De FIT-60 bestaat uit 60 items, die op een zevenpunts Likertschaal worden gescoord (0 = helemaal oneens, 6 = helemaal eens). De FIT-60 totaalscore weerspiegelt de psychologische flexibiliteit van een individu. Zes subschalen (Acceptatie, Defusie, Zelf als Context, Hier en Nu, Waarden, en Toegewijd Handelen) brengen specifieke processen uit de ACT-theorie in kaart. Iedere subschaal bevat 10 items. De minimale score op een subschaal is 0, de maximale score is 60. Voor de totaalschaal is het minimum eveneens 0, en het maximum 360. Hoe hoger iemand scoort, hoe meer men de



FIGUUR 1 ACT-hexaflex: zes processen die een rol spelen bij psychologische flexibiliteit

ACT-vaardigheid beheerst. Gezien de complexe scoring (randomisering en omkering van items) wordt bij de FIT-vragenlijst standaard een scoreblad geleverd. Tevens is er een zelfscorend Excelformulier beschikbaar. De scores van de FIT-60 kunnen vervolgens worden vergeleken met twee normgroepen (algemene populatie en studenten) en zijn tevens visueel weer te geven in het flexibiliteitsprofiel (zie figuur 2). Het flexibiliteitsprofiel maakt in één oogopslag duidelijk waar de sterke punten en de aandachtspunten van de patiënt liggen, mede door de visuele normering die in het profiel is opgenomen. Tevens is een ipsatieve of profielvergelijking mogelijk. De FIT-60 is gratis beschikbaar op de website [www.hoeflexibelbenjij.nl](http://www.hoeflexibelbenjij.nl), zowel als download (pdf) als in een online versie (geschikt voor pc en tablet). De FIT-60 is ontwikkeld voor volwassenen (18-75 jaar) en vraagt 15 minuten afnametijd. Een vertaling naar het Engels is in ontwikkeling.

De ontwikkeling en de initiële psychometrische kwaliteiten van de FIT-60 zijn elders beschreven (Batink, Jansen, & de Mey, 2012). De psychometrische kenmerken zijn bemoedigend. De interne consistentie is acceptabel tot uitstekend ( $\alpha = .69 - .95$ ), en dat geldt ook voor de eerste resultaten met betrekking tot de validiteit ( $r = .42 - .91$ ). De FIT-60 lijkt in staat de ontwikkeling van ACT-vaardigheden over de tijd heen te meten. Vervolgonderzoek is echter noodzakelijk, aangezien de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit, alsook drie van de zes subschalen (Zelf als Context, Waarden, en Toegewijde Handelen) nog niet zijn gevalideerd. Ook is er nog geen informatie bekend

FIGUUR 2 *Flexibiliteitsprofiel*

over de test-hertestbetrouwbaarheid van de FIT-60. Er zijn ijkingsgegevens van twee referentiegroepen beschikbaar (algemene populatie en studenten), maar nog niet voor patiënten. Ten slotte is er nog niets bekend over het effect van verschillende demografische variabelen op de test. Hier rapporteren we bijkomende evidentie van de validiteit en betrouwbaarheid van de FIT-60 en patiëntreferentiegegevens (ambulant en klinisch).

De FIT-60 meet zes verschillende ACT-processen, met psychologische flexibiliteit als overkoepelende noemer. De zes ACT-processen zijn theoretisch te onderscheiden, maar wel met elkaar vervlochten. Elke ACT-component bestaat uit onderliggende thema's, die eveneens in kaart worden gebracht. Om de itemset beknopt te houden zijn er geen dubbele items in de lijst opgenomen. Dit resulteert in een instrument dat middels factoranalyse moeilijk te valideren is. Daarom wordt voor de strategie van de externe validatie gekozen. Middels convergente vragenlijsten worden de constructen *post hoc* gevalideerd. Deze strategie lag aan de basis van de ontwikkeling van de vragenlijst. Het huidige onderzoek bouwt hier op voort.

Dit artikel bevat drie deelonderzoeken: (1) test-hertestbetrouwbaarheid en constructvaliditeit bij een groep van ACT-therapeuten ( $n = 73$ ); (2) interne consistentie, constructvaliditeit en vaststelling van een klinische normgroep ( $n = 414$ ); en ten slotte (3) interne consistentie en ontwikkeling van een am-

bulante normgroep ( $n = 674$ ). De studieprocedure is goedgekeurd door de Ethische Commissie Psychologie (ECP) van Maastricht University (werd niet WMO-plichtig bevonden), en alle proefpersonen hebben een toestemingsformulier ondertekend.

De verwachting is dat de FIT-60 en zijn subschalen convergeert met de ACT-lijsten die vergelijkbare constructen meten. Tevens is de verwachting dat de FIT-60 een negatieve samenhang laat zien met de vermijdende en passieve copingstijlen, aangezien de ACT-vaardigheden juist het doorbreken van deze coping beogen. Ten slotte wordt verwacht dat de FIT-60 negatief zal samenhangen met klachten, en positief zal samenhangen met kwaliteit van leven. Uit eerder onderzoek bleek dat de FIT-60 in staat was verandering te meten; de verwachting is dat de FIT-60 dezelfde resultaten in deze populatie zal laten zien.

#### ONDERZOEK 1: TESTSTABILITEIT EN VALIDITEIT

.....

##### *Deelnemers*

.....

De deelnemers aan deze studie ( $n = 73$ ) zijn geworven onder een groep professionals (coaches, counselors, psychologen en psychiaters) die een zesdaagse geaccrediteerde ACT-opleiding hebben gevolgd en met succes hebben afgerond (inclusiecriterium). De gemiddelde leeftijd was 47,4 jaar ( $SD = 9,5$ ), en van hen was 82,2% vrouw en 17,8% man. Het opleidingsniveau varieerde tussen hoger beroepsonderwijs (57,5%) en wetenschappelijk onderwijs (42,5%).

##### *Meetinstrumenten*

.....

**Demografische vragenlijst** — Bij aanvang van de testafname werd er gevraagd naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van de deelnemers. Tevens werd genoteerd of de ACT-opleiding succesvol was afgerond.

**Flexibiliteits Index Test (FIT-60)** — De FIT-60 is een zelfrapportagevragenlijst met 60 zevenpunts Likert-items. De FIT-60 meet psychologische flexibiliteit: het vermogen om flexibel om te kunnen gaan met psychische problemen. Tevens bepaalt de FIT-60 ook de positie van een individu op zes onderliggende ACT-componenten: acceptatie, defusie, zelf als context, hier en nu, waarden, en toegewijd handelen (Batink, Jansen, & de Mey, 2012).

**Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)** — De PSWQ (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) brengt piekeren in kaart op basis van 16 stel-

lingen, welke op een vijfpunts Likertschaal worden beoordeeld. We gebruikten de Nederlandse vertaling (van Rijsoort, Vervaeke, & Emmelkamp, 1997). Deze heeft een hoge interne betrouwbaarheid en goede test-hertest-betrouwbaarheid (Joos & Hermans, 2012).

**Drexel Defusion Scale (DDS)** — De DDS (Forman et al., 2012) meet de mate van fusie (samenvallen) met het denken (ACT-component Defusie). De DDS bestaat uit 10 zespunts Likert-items. Het instrument werd voor de gelegenheid in het Nederlands vertaald. De DDS heeft een hoge interne betrouwbaarheid en een goede constructvaliditeit (Forman et al., 2012).

**Self as Context Scale (SACS)** — De Nederlandse vertaling van de SACS is gebruikt (van Damme, Prins, & Leroy, 2012) om de gehechtheid aan het zelfconcept en de vaardigheid om zichzelf te kunnen observeren te meten (ACT-component Zelf als Context). De SACS bestaat uit 11 zevenpunts Likert-items. De SACS is nog in ontwikkeling, maar de eerste resultaten tonen aan dat de SACS goede betrouwbaarheid en discriminatieve validiteit heeft (Gird, Zettle, Webster, & Hardage-Bundy, 2012).

**Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)** — De KIMS (Baer, Smith, & Allen, 2004) is een 39 items tellende zelfrapportage die gebruikt is om mindfulnessvaardigheden te meten (ACT-component Hier en Nu). Deze vragenlijst heeft de volgende vier subschalen: Observeren, Beschrijven, Aandachtig handelen en Toelaten zonder oordelen. De Nederlandse versie van de KIMS heeft goede psychometrische eigenschappen (Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen, & Dewulf, 2008).

**Engaged Living Scale (ELS)** — De ELS bestaat uit 16 items die in kaart brengen hoe iemand zijn leven invult op basis van waarden (ACT-componenten Waarden en Toegewijde actie). De vragenlijst heeft twee subschalen: Waardengericht Leven en Vervuld leven. De ELS is een valide en betrouwbaar instrument om waardegericht gedrag te meten (Trompetter et al., 2013).

**Valued Living Questionnaire (VLQ)** — De Nederlandse vertaling van een aangepaste versie van de VLQ is gebruikt (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012), om waardegericht leven te meten (ACT-component Waarden). Voor elk van de 12 levensgebieden wordt gevraagd om op een tienpunts schaal (1 = helemaal niet in balans, 10 = helemaal in balans) aan te geven in hoeverre dit gebied in balans is qua belang en tijdsinvestering. De VLQ (Wilson & Murrell, 2004) heeft een goede interne betrouwbaarheid en een matige constructvaliditeit (Wilson, Sandoz, Kitchens, & Roberts, 2010).

**World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)** — De Nederlandse, verkorte versie van de WHOQOL (de Vries & van Heck, 1995) is

afgenomen om de kwaliteit van leven te bepalen. De WHOQOL is een zelf-rapportagevragenlijst die bestaat uit 26 items waarop via een vijf-punts Likertschaal kan worden geantwoord (WHOQOL Group, 1998). De WHOQOL geeft tevens op vier subschalen een uitslag over subdomeinen van de kwaliteit van leven: fysiologisch, psychologisch, sociaal en omgeving. De betrouwbaarheid van de WHOQOL is goed tot uitstekend en de validiteit is voldoende (WHOQOL Group, 2004).

### *Procedure*

De werving is medio januari 2014 gestart en duurde tot medio februari 2014. Oud-deelnemers aan een geaccrediteerde ACT-opleiding (+/- 250) hebben via e-mail een uitnodiging gekregen vrijblijvend deel te nemen aan een online vragenlijstsonderzoek ter ondersteuning van de verdere ontwikkeling van de FIT-60. In deze mail was een link opgenomen naar de eerste meting, die online werd aangeboden via het open source vragenlijstenplatform LimeSurvey (gehost op een eigen server). Deze link bleef een week geldig om de vragenlijsten in te kunnen vullen. Een week na het verlopen van de eerste meting werd een tweede link gestuurd naar de deelnemers die de eerste meting hadden ingevuld. Ook deze link bleef een week geldig. Bij meting 1 werd demografische informatie verzameld en de FIT-60 afgenomen. Bij meting 2 werd wederom de FIT-60, alsook de PSWQ, DDS, SACS, KIMS, ELS, VLQ en de WHOQOL-BREF afgenomen. Hiermee werd de (test-hertest)betrouwbaarheid en de validiteit van de FIT-60 bepaald. Als incentive werd bij het volledig invullen van het eerste meetmoment toegang tot 50 ACT-illustraties verschaft en kregen de deelnemers bij het volledig invullen van het tweede meetmoment een mp3-cd met twaalf geleide ACT-oefeningen.

### *Statistische analyse*

Voor beide meetmomenten werd gekeken naar de interne consistentie van de FIT-60. Tevens is de test-hertestbetrouwbaarheid berekend, om zo de stabiliteit van de FIT-60 te bepalen. Daarnaast werd de constructvaliditeit van de FIT-60 beschreven aan de hand van verschillende convergente ACT-vragenlijsten. De sterkte van de Pearson-correlatiecoëfficiënt werd bepaald op basis van de uitgebreide classificatie van Evans (1996): < .20 is zeer zwak, .20 – .39 is zwak, .40 – .59 is matig, .60 – .79 is sterk en > .80 is een zeer sterke correlatie. De verwachting was dat de FIT-60 convergeert met de ACT-lijsten die vergelijkbare constructen meten (DDS, SACS, KIMS, ELS, VLQ en WHOQOL-BREF) en divergeert met de lijst (PSWQ) die een ander construct meet. De analyses werden gedaan met SPSS 22.0.



### Resultaten

**Teststabiliteit** — Meetmoment 1 is door 73 deelnemers ingevuld. De interne consistentie (Cronbachs  $\alpha$ ) van de FIT-60 voor deze meting was .936 (Acceptatie .809, Defusie .861, Zelf als Context .662, Hier en Nu .827, Waarden .721, en Toegewijd Handelen .812). Van die 73 deelnemers hebben 71 meetmoment 2 ingevuld (97,3%). De interne consistentie (Cronbachs  $\alpha$ ) van de FIT-60 voor dit tweede meetmoment was .954 (Acceptatie .834, Defusie .921, Zelf als Context .750, Hier en Nu .841, Waarden .738, en Toegewijd Handelen .849). Het gemiddelde tijdsinterval tussen T1 en T2 was 13,7 dagen (SD 3,93).

Vervolgens is middels een bivariate Pearson-correlatie de test-hertestbetrouwbaarheid van de FIT-60 bepaald, zowel voor de gehele vragenlijst als voor de zes subschalen. Voor de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit was de test-hertestbetrouwbaarheid  $r = .894$  ( $p < .001$ ). Voor de subschalen waren deze als volgt: Acceptatie  $r = .838$  ( $p < .001$ ); Defusie  $r = .793$  ( $p < .001$ ); Zelf als Context  $r = .821$  ( $p < .001$ ); Hier en Nu  $r = .856$  ( $p < .001$ ); Waarden  $r = .753$  ( $p < .001$ ); en Toegewijd Handelen  $r = .842$  ( $p < .001$ ).

**Validiteit** — Meetmoment 2 is door 71 deelnemers ingevuld. Naast de FIT-60 is hier een aantal convergente vragenlijsten afgenomen (en één divergente) om de constructvaliditeit van de FIT-60 nader te bepalen (zie tabel 1 voor een overzicht van de Pearson-correlaties). Aangezien er 77 correlaties zijn bepaald (7 schalen x 11 maten), is het significantieniveau aangepast middels de Bonferroni-correctie ( $p = .05 / 77 = .0006494$ ).

De subschaal Acceptatie heeft een sterke correlatie met KIMS-accept ( $r = .717$ ,  $p < .0005$ ). De subschaal Defusie heeft een sterke correlatie op de PSWQ ( $r = -.759$ ,  $p < .0005$ ) en een matige correlatie op de DDS ( $r = .520$ ,  $p < .0005$ ). De subschaal Zelf als Context heeft een matige correlatie op de SACS ( $r = .432$ ,  $p < .0005$ ). De subschaal betreffende het Hier en Nu heeft een zeer sterke correlatie op de KIMS-totaal ( $r = .811$ ,  $p < .0005$ ), een sterke correlatie met KIMS-describe ( $r = .689$ ,  $p < .0005$ ), en een zwakke, niet significante correlatie met KIMS-observe ( $r = .377$ ,  $p = .001$ ). De subschaal Waarden heeft een sterke correlatie op de ELS ( $r = .733$ ,  $p < .0005$ ) en een sterke correlatie met de VLQ ( $r = .606$ ,  $p < .0005$ ). De subschaal Toegewijd Handelen heeft een sterke correlatie op de ELS ( $r = .751$ ,  $p < .0005$ ). Ten slotte heeft de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit een sterke correlatie met de WHOQOL ( $r = .690$ ,  $p < .0005$ ).

Omdat een aantal FIT-60 subschalen hoog correleren met verschillende vragenlijsten, zijn tevens de partiële Pearson-correlaties van de FIT-60 subschalen met deze verschillende maten bepaald (en eenzijdig getoetst) om zo de unieke relatie per subschaal te kunnen bepalen. Vervolgens is onderzocht hoeveel vragenlijsten het hoogst correleerden met de verwachte subschaal.

TABEL 1 Correlaties van de FIT-60-totaal en haar subschalen met verschillende ACT-vragenlijsten (de vet weergegeven getallen zijn de cellen waar volgens de theorie een fit (hoge correlatie) verwacht werd) (n = 71)

	Acceptatie	Defusie	Zelf als Context	Hier en Nu	Waarden	Toegewijd Handelen	Flexibiliteit
PSWQ	-.649	<b>-.759</b>	-.635	-.491	-.418	-.354*	-.695
DDS	.502	<b>.520</b>	.475	.542	.422	.434	.592
SACS	.502	.408	<b>.432</b>	.485	.502	.351*	.536
KIMS-Totaal	.710	.620	.597	<b>.811</b>	.471	.607	.780
KIMS-Observe	.202*	<b>.079*</b>	.246*	<b>.377*</b>	.180*	.259*	.263*
KIMS-Describe	.436	.295*	.306*	<b>.689</b>	.301*	.439	.496
KIMS-Aware	.524	.405	.367*	.517	.378*	<b>.608</b>	.562
KIMS-Accept	<b>.717</b>	.836	.657	.610	.401	.326*	.752
ELS	.729	.542	.573	.606	<b>.733</b>	<b>.751</b>	.777
VLQ	.442	.438	<b>.303*</b>	.388*	<b>.606</b>	.463	.521
WHOQOL	.637	.593	.486	.478	.671	.583	<b>.690</b>

PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; DDS: Drexel Defusion Scale; SACS: Self as Context Scale; KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; ELS: Engaged Living Scale; VLQ: Valued Living Questionnaire; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life.

NB: Alle correlaties zijn significant op  $p = .0006494$  niveau.

\* Niet significant.

Voor de PSWQ, KIMS-totaal, KIMS-Observe, KIMS-describe, KIMS-aware, ELS, VLQ en de WHOQOL was dit het geval (8 van de 11 maten). Uit de Fisher Z-transformatie bleek dat dit een significante afwijking van de verhouding was op basis van kansniveau ( $Z = -3.04, p < .002$ ).

### *Discussie*

Uit de resultaten blijkt dat de interne betrouwbaarheid van de totaalschaal psychologische flexibiliteit van de FIT-60 zeer hoog is en stabiel blijft voor de verschillende testmomenten. Voor de zes subschalen is eenzelfde trend te zien. Tevens blijkt de FIT-60 over een hoge test-hertestbetrouwbaarheid te beschikken voor zowel de subschalen als de totaalschaal. Ook is er aanvullende steun gevonden voor de constructvaliditeit van vijf van de zes subschalen (Acceptatie, Defusie, Hier en Nu, Waarden, en Toegewijd Handelen), alsook de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit. De subschaal Zelf als Context liet een matige samenhang zien met het gerelateerde construct (hoewel de vragenlijst waarmee dit construct zelf in kaart wordt gebracht, de SACS, nog niet goed onderzocht is op betrouwbaarheid en validiteit). Ten slotte is er op modelniveau aangetoond dat deze gedemonstreerde samenhang met gerelateerde constructen niet verklaard kan worden als kansbevinding. Een beperking van dit deelonderzoek is dat bij deze sample met ACT-therapeuten protoprofessionalisering een rol kan hebben gespeeld bij het beantwoorden van de vragen (niet vanuit ervaring en vaardigheid, maar vanuit theoretische kennis over ACT).

### ONDERZOEK 2: BETROUWBAARHEID, VALIDITEIT EN KLINISCHE NORMERING

**Deelnemers** — De deelnemers aan deze studie ( $n = 414$ ) zijn geworven in het U-center, een breedspectrumkliniek voor mensen met psychische problemen in Epen (Zuid-Limburg). De behandeling is vrijwillig en klinisch, en duurt zeven weken. De verdeling van de hoofddiagnose voor opname was als volgt: stemming (40,1%), angst (12,5%), somatoform (10,5%), middelen (32,3%) en overig (4,6%). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 45,43 jaar (SD 12,55), 51,0% was man en 49,0% was vrouw. Het opleidingsniveau varieerde tussen lager beroepsonderwijs (12,3%), middelbaar beroepsonderwijs (31,6%), hoger beroepsonderwijs (29,5%) en wetenschappelijk onderwijs (26,6%).

*Meetinstrumenten*

320

**Demografische vragenlijst** — Bij aanvang van de testafname werd er gevraagd naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van deelnemers. Tevens werd per patiënt de DSM-classificatie geregistreerd.

**Flexibiliteits Index Test (FIT-60)** — De FIT-60 is een zelfrapportagevragenlijst die psychologische flexibiliteit meet: in hoeverre iemand flexibel om kan gaan met zijn psychische problemen (Batink, Jansen, & de Mey, 2012). Zie onderzoek 1 hierboven voor een uitgebreidere beschrijving van de FIT-60.

**Brief Symptom Inventory (BSI)** — De BSI is de verkorte versie van de SCL-90-R bestaande uit 53 items, die op een vijfpunts Likertschaal worden gescoord (Derogatis & Melisaratos, 1983). De BSI is een zelfrapportagevragenlijst waarmee bij volwassenen een overzicht verkregen wordt van symptomen van psychopathologie. De BSI inventariseert de aard en de ernst van de klachten op negen dimensies: somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. De psychometrische kwaliteit van de Nederlandse vertaling van de BSI is goed, net als de interne betrouwbaarheid en de test-hertestbetrouwbaarheid. De begripsvaliditeit en voorspellende power zijn voldoende. Ten slotte is de test gevoelig voor therapie-invloeden (de Beurs, 2004; de Beurs & Zitman, 2006).

**Utrechtse Coping Lijst (UCL)** — De UCL meet copingsgedrag: de manier waarop iemand omgaat met problemen of stressvolle situaties. De UCL bestaat uit 47 items die worden beoordeeld op een vierpuntsschaal: zelden of niet, soms, vaak, en zeer vaak. De UCL geeft een uitslag op zeven schalen: Actief aanpakken, Palliatieve reactie, Vermijden, Sociale steun zoeken, Passief reactiepatroon, Expressie van emoties en Geruststellende gedachten (Schreurs & van de Willige, 1988). De interne consistentie van de schalen is matig tot goed. De constructvaliditeit en predictieve validiteit zijn voldoende (Schreurs, van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993). Er zijn Nederlandse normgroepen beschikbaar, maar COTAN beschouwt ze als verouderd (COTAN, 2014).

**Neuroticism-Extroversion-Openness Five-Factor Inventory (NEO-FFI)** — De NEO-FFI is een zelfrapportagevragenlijst naar persoonlijkheid op basis van de *big five* domeinen: Neuroticisme, Extraversie, Openheid, Altruïsme en Consciëntieusheid (Costa & McCrae, 1992). De vragenlijst bestaat uit 60 uitspraken waarvan de respondent wordt gevraagd aan te geven in hoeverre

de uitspraak voor hem van toepassing is in vijf antwoordmogelijkheden. De NEO-FFI is een verkorte versie van de NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). De betrouwbaarheid van de NEO-FFI is voldoende. De interne betrouwbaarheid van de domeinschalen varieert van acceptabel tot goed en de stabiliteit van de vragenlijst is hoog. De constructvaliditeit van de Nederlandse vertaling van de NEO-FFI werd bevestigd met factoranalyse, en ook de convergente en divergente validiteit werden aangetoond (Hoekstra, de Fruyt, & Ormel, 2007).

**Quality of Life – Visual Analog Scale (QOL-VAS)** — De mate van geluk werd gemeten met het Qol-VAS-item: ‘Hoe gelukkig voelt u zich op dit moment?’, waarbij iemand op een tienpunts VAS-schaal kon aangeven hoe gelukkig hij zich op dat moment voelde. Deze Nederlandse Qol-VAS beschikt over een goede constructvaliditeit (Hoefman, van Exel, & Brouwer, 2013).

#### *Procedure*

Subjecten werden geïnccludeerd tussen november 2012 en april 2014. De patiënten vullen in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM) een vragenlijstenbatterij in via een webbased platform. Middels een *informed-consent*-formulier werd bij aanvang van opname aan de patiënten gevraagd of deze ROM-gegevens geanonimiseerd gebruikt mochten worden voor wetenschappelijk onderzoek. De ROM-batterij bestaat uit een aantal vragenlijsten. Slechts de bovengenoemde lijsten worden in het huidige onderzoek behandeld (demografische vragenlijst, BSI, UCL, NEO-FFI en Qol-VAS). Voor dit onderzoek werd de FIT-60 bij de ROM-batterij gevoegd. Alleen de voor- en na-ROM-meting zijn gebruikt voor het huidige onderzoek.

#### *Statistische analyse*

Voor beide meetmomenten werd gekeken naar de interne consistentie van de FIT-60 en naar de relatie met demografische kenmerken. Tevens werd onderzocht in hoeverre de FIT-60 in staat is verandering te meten na een (klinische) interventie. Verder werd de constructvaliditeit van de FIT-60 vastgesteld aan de hand van een aantal veelgebruikte vragenlijsten. De verwachting was dat de FIT-60 een negatieve samenhang laat zien met de vermijdende en passieve copingsstijlen (UCL) en met klachten (BSI) en positief zal samenhangen met kwaliteit van leven (Qol-VAS). Ten slotte werd met deze data een klinische normgroep bepaald. De scorecategorieën werden bepaald op basis van percentielen (0-30 laag, 31-70 midden, 71-100 hoog). De analyses werden gedaan met SPSS 22.0.

## Resultaten

322

**Beschrijvende informatie** — De FIT-60 is door 414 deelnemers op T1 (voor aanvang van de behandeling) ingevuld en door 333 deelnemers op T2 (na afronding van de klinische interventie). Tabel 2 geeft een overzicht van de gemiddelde scores. Verder worden de verschillen tussen T1 en T2 getoetst op significantie. Hieruit is op te maken dat de FIT-60 gevoelig is voor verandering over de tijd, uitgezonderd de subschaal Waarden, waar mogelijk

TABEL 2 Beschrijvende informatie van de FIT-60-totaal en haar subschalen: Gemiddelde en SD van T1 & T2, en  $\Delta T$  ( $n = 414$ )

	T1 (M)	T1 (SD)	T1 (N)	T2 (M)	T2 (SD)	T2 (N)	$\Delta T$	P
FIT-60 Acceptatie	26,34	8,921	414	33,05	11,197	333	6,71	< .001
FIT-60 Defusie	27,62	10,184	414	34,53	11,700	333	6,91	< .001
FIT-60 Zelf als Context	27,69	7,984	414	33,05	9,949	333	5,36	< .001
FIT-60 Hier en Nu	31,58	10,261	414	36,71	10,700	333	5,13	< .001
FIT-60 Waarden	43,06	7,053	414	43,64	7,769	333	0,58	.291
FIT-60 Handelen	37,55	8,816	414	40,80	9,305	333	3,25	< .001
FIT-60 Totaal	186,16	40,792	414	215,05	52,866	333	28,89	< .001

NB: De scores op alle subschalen en de totaalschaal zijn normaal verdeeld.

TABEL 3 Indeling scorecategorieën klinische normgroep ( $n = 414$ )

	Acceptatie	Defusie	Zelf	Hier en Nu	Waarden	Handelen	Totaal
Laag (0-30%)	0-21	0-21	0-23	0-25	0-39	0-32	0-161
Gemiddeld (30-70%)	22-30	22-31	23-31	26-37	40-47	33-42	162-200
Hoog (70-100%)	31-60	32-60	32-60	38-60	48-60	43-60	201-360

sprake is van een plafondeffect. In tabel 3 is een overzicht gegeven van de scorecategorieën zoals deze werden bepaald voor deze klinische normgroep.

**Demografische variabelen** — Er is tevens gekeken naar het effect van verschillende demografische variabelen op de scores van de FIT-60 (T1). Leeftijd had een zeer zwakke, significante correlatie met de scores van de FIT-60 ( $r = .182, p < .001$ ). Geslacht bleek eveneens een zeer zwakke, significante negatieve correlatie te hebben met de resultaten van de FIT ( $r = -.127, p = .01$ ). Op basis van de non-parametrische correlatie (Kendalls tau) bleek opleidingsniveau geen correlatie te hebben met de FIT-60 ( $r_{\tau} = .046, p = .217$ ).

**Betrouwbaarheid** — Ook is er gekeken naar de interne consistentie van de FIT-60 (T1). De Cronbachs alfa was .910 op de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit en .617 voor Acceptatie, .828 voor Defusie, .561 voor het Zelf, .755 voor het Hier en Nu, .506 voor Waarden, en .686 voor Toegewijd Handelen.

**Validiteit** — Naast de FIT-60 werden op T1 een aantal conventionele vragenlijsten afgenomen op het gebied van klachten (BSI), kwaliteit van leven (QoL-VAS), coping (UCL) en persoonlijkheid (NEO-FFI). Zij illustreren de convergente en divergente validiteit van de FIT-60 alsook de bruikbaarheid in het klinische veld. Tabel 4 geeft een overzicht van de Pearson-correlaties. Aangezien er 28 confirmatieve correlaties zijn bepaald (7 schalen x 4 maten), is het significantieniveau aangepast middels de Bonferroni-correctie ( $p = .05 / 28 = .001786$ ). Bij de overige exploratieve correlaties is het niveau op  $p = .05$  aangehouden.

Uit de confirmatieve correlaties komt naar voren dat de subschaal Acceptatie een matige negatieve correlatie heeft met UCL-passief reageren ( $r = -.557, p < .001$ ) en een zwakke negatieve correlatie heeft met UCL-vermijden ( $r = -.325, p < .001$ ). De subschaal Defusie heeft tevens een sterke negatieve correlatie met UCL-passief reageren ( $r = -.613, p < .001$ ). De subschaal Hier en Nu heeft een zwakke negatieve correlatie met UCL-vermijden ( $r = -.341, p < .001$ ). Ten slotte heeft de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit een sterke negatieve correlatie met de BSI-totaal ( $r = -.602, p < .001$ ), en een matige positieve relatie met de QoL-VAS ( $r = .416, p < .001$ ).

Omdat een aantal FIT-60 subschalen hoog correleren met verschillende vragenlijsten, zijn ook hier de partiële Pearson-correlaties van de FIT-60 subschalen met de vier confirmatieve maten bepaald (eenzijdig getoetst), om zo de unieke relatie per subschaal te kunnen vaststellen. Vervolgens is bepaald hoeveel vragenlijsten het hoogst correleerde met de verwachte subschaal. Voor de QoL-VAS en de subschalen UCL-acceptatie en UCL-vermijding was dit het geval (3 van de 4 maten). Uit de Fisher Z-transformatie bleek dat dit

TABEL 4 *Correlaties van de FIT-60-totaal en haar subschalen met verschillende vragenlijsten (de vet weergegeven getallen zijn de cellen waar volgens de theorie een fit (hoge correlatie) verwacht werd) (n = 414)*

	Acceptatie	Defusie	Zelf als Context	Hier en Nu	Waarden	Toegewijd Handelen	Flexibiliteit
BSI-TOT	-.514	-.625	-.503	-.558	-.152*	-.225	<b>-.602</b>
QoL-VAS	.363	.396	.321	.357	.080*	.261	<b>.416</b>
UCL-VER	<b>-.325</b>	-.267	-.303	<b>-.341</b>	-.147*	-.255	-.373
UCL-PAS	-.557	<b>-.613</b>	-.524	-.501	-.112*	-.275	-.604
UCL-ACT	.285	.349	.318	.466	.157	.380	.449
UCL-PAL	-.130	-.158	-.085*	-.070*	.064*	.057*	-.083*
UCL-STE	.122	-.003*	.141	.223	.222	.074*	.164
UCL-EXP	.019*	-.034*	.049*	-.020*	.035*	.009*	.009*
UCL-GER	.084*	.112	.219	.177	.156	.322	.235
NEO-NEU	-.555	-.666	-.601	-.543	-.141*	-.316	-.665
NEO-EXT	.288	.277	.345	.292	.222	.398	.420
NEO-OP	.085*	.007*	-.043*	.186	.020*	.070*	.081*
NEO-ALT	.180	.113*	.168	.276	.190	.143*	.243
NEO-CON	.152	.211	.271	.319	.254	.359	.361

BSI-TOT: Brief Symptom Inventory Totaal; QoL-VAS: Quality of Life – Visual Analog Scale; UCL: Utrechtse Coping Lijst; VER: Vermijden; PAS: Passief reactiepatroon; ACT: Actief aanpakken; PAL: Palliatieve reactie; STE: Sociale steun zoeken; EXP: Expressie van emoties; GER: Geruststellende gedachten; NEO: Neuroticism-Extroversion-Openness Five-Factor Inventory; NEU: Neuroticisme; EXT: Extraversie; OP: Openheid; ALT: Altruïsme; CON: Consciëntieusheid.

NB: De correlaties van de eerste vier variabelen (BSI-TOT t/m UCL-PAS) zijn significant op  $p = .001786$  niveau, de overige 10 variabelen zijn significant op  $p < .05$ .

\* Niet significant.

geen significante afwijking van de verhouding was op basis van kansniveau ( $Z = -1.41, p = .159$ ). Dit is echter verklaarbaar vanwege het kleine aantal tests.

### Discussie

De interne consistentie voor de verschillende subschalen van de FIT-60 voor deze heterogene, klinische populatie varieerde van redelijk tot goed. De subschalen Zelf als Context en Waarden vormen hierop een uitzondering. De



interne betrouwbaarheid van de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit was zeer hoog. Tevens lijkt de FIT-60 gevoelig voor het meten van veranderingen in ACT-vaardigheden over de tijd, met als enig aandachtspunt de subschaal Waarden, waarbij er sprake lijkt te zijn van een plafondeffect.

De gebruikte vragenlijsten in dit onderzoek zijn geen ACT-specifieke maten en meten dus niet exact hetzelfde construct als de FIT-subschalen. Uit de resultaten blijkt echter wel dat de richtingen van de correlaties allemaal naar verwachting zijn, en dat er sprake is van significante, zwakke tot sterke samenhang met de psychologische klachten, de copingsstijlen vermijden en passief reageren (veelal middels piekeren), en kwaliteit van leven. Dit is wederom een ondersteuning van de constructvaliditeit van de FIT-60 met niet-ACT-specifieke, doch convergerende constructen. Vanwege het kleine aantal toetsen (4) kon niet worden aangetoond dat dit verband een significant resultaat was.

Uit de beschrijvende correlaties kan worden opgemaakt dat de ACT-vaardigheden beperkte verbanden hebben met algemene copingsstijlen zoals beschreven met de UCL en dat er sprake lijkt van ACT-specifieke copingsvaardigheden. Ook zijn er geen subschaalspecifieke banden gevonden met de NEO-FFI. Dat wijst dus op de afwezigheid van een samenhang van de ACT-componenten met de big five persoonlijkheidskenmerken en is daarmee een indicatie dat deze vaardigheden niet persoonlijkheidsgebonden zijn.

Ten slotte bleek opleidingsniveau geen significante correlatie te hebben met de uitkomst van de FIT-60. Leeftijd en geslacht bleken wel een significante, maar zeer zwakke correlatie te vertonen. Vanwege deze zwakke samenhang zijn hier geen aparte normgroepen voor bepaald.

Een beperking van bovenstaand onderzoek is dat het om een vrij specifieke sample gaat: relatief hoog opgeleide patiënten, met gemiddeld behoorlijk wat maatschappelijke steun (financieel, woning, werk, sociaal netwerk), die vrijwillig zijn opgenomen voor behandeling.

### ONDERZOEK 3: BETROUWBAARHEID EN AMBULANTE NORMERING

.....

#### *Deelnemers*

.....

De deelnemers aan deze studie ( $n = 674$ ) zijn geworven in vier verschillende ambulante ggz-instellingen in Nederland. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 35,0 jaar (SD 11,4), 56,5% was vrouw en 43,5% was man. Het opleidingsniveau varieerde tussen lager beroepsonderwijs (32,0%), middelbaar beroepsonderwijs (35,5%), hoger beroepsonderwijs (26,7%) en wetenschappelijk onderwijs (5,8%).

### *Meetinstrumenten*

---

**Demografische vragenlijst** — Bij aanvang van de testafname werd er gevraagd naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van deelnemers.

**Flexibiliteits Index Test (FIT-60)** — De FIT-60 is een zelfrapportagevragenlijst die psychologische flexibiliteit meet: in hoeverre iemand flexibel om kan gaan met zijn psychische problemen (Batink, Jansen, & de Mey, 2012). Zie onderzoek 1 hierboven voor een uitgebreidere beschrijving van de FIT-60.

### *Procedure*

---

De werving is in januari 2013 begonnen en liep tot en met december 2013. Er werd geworven bij vier vestigingen van ambulante ggz-instelling PsyQ (Maastricht, Heerlen, Eindhoven en Tilburg). Twee van de vier vestigingen waren gericht op de behandeling van angststoornissen, de andere twee waren generalistisch van aard. Bij de intakeprocedure werd naast de reguliere vragenlijstbatterij ook de papieren versie van FIT-60 afgenomen ter screening voor een ACT-interventie, alsook ten behoeve van dit onderzoek. Ten slotte was er tevens een informed-consent-formulier opgenomen.

### *Statistische analyse*

---

Middels descriptieve statistiek werd er gekeken naar het effect van verschillende demografische eigenschappen op de uitslag op de FIT. Ook werd er aan de hand van deze data een ambulante normgroep bepaald. De scorecategorieën werden bepaald op basis van percentielen (0-30 laag, 31-70 midden, 71-100 hoog). Tevens werd de interne consistentie van de FIT-60 bepaald. Ten slotte werd de Reliable Change Index voor de verschillende schalen van de FIT-60 bepaald. De analyses werden gedaan met SPSS 22.0.

### *Resultaten*

---

**Beschrijvende informatie** — De FIT-60 is door 674 deelnemers ingevuld voor aanvang van een ambulante behandeling. Tabel 5 geeft een overzicht van de gemiddelde scores en een overzicht van de scorecategorieën zoals deze werden bepaald voor de ambulante normgroep.

**Demografische variabelen** — Er is tevens gekeken naar het effect van verschillende demografische variabelen op de scores van de FIT-60. Leeftijd had geen correlatie met de scores van de FIT-60 ( $r = -.011$ ,  $p = .779$ ). Geslacht

bleek een zeer zwakke, significante negatieve correlatie te hebben met de resultaten van de FIT ( $r = -.103, p = .007$ ). Op basis van de non-parametrische correlatie (Kendalls tau) bleek ook opleidingsniveau een zeer zwakke, significante correlatie te hebben met de FIT-60 ( $r_s = .135, p < .001$ ).

TABEL 5 *Indeling scorecategorieën ambulante normgroep (n = 674)*

	Acceptatie	Defusie	Zelf	Hier en Nu	Waarden	Handelen	Totaal
Gemiddeld	23,44	18,89	25,03	27,10	37,04	31,65	163,17
SD	10,381	10,486	7,340	9,567	9,100	11,142	43,775
Laag (0-30%)	0-18	0-13	0-21	0-22	0-32	0-26	0-141
Gemiddeld (30-70%)	19-28	14-23	22-29	23-31	33-43	27-38	142-183
Hoog (70-100%)	29-60	24-60	30-60	32-60	44-60	39-60	184-360

NB: De scores op alle subschalen en de totaalschaal zijn normaal verdeeld.

**Betrouwbaarheid** — Ten slotte is er ook voor deze sample gekeken naar de interne consistentie van de FIT-60. Cronbachs alfa was .923 op de totaalschaal, .807 voor Acceptatie, .835 voor Defusie, .550 voor het Zelf als Context, .744 voor het Hier en Nu, .748 voor Waarden, en .838 voor Toegewijd Handelen.

**Klinische verandering** — Omdat de FIT-60 waarschijnlijk het meest zal worden gebruikt binnen de ambulante patiëntenzorg, werd voor deze populatie berekend wanneer er sprake is van een significante klinische verandering met de Reliable Change Index (RCI; Jacobson et al., 1986). De RCI kan worden berekend op basis van de betrouwbaarheid en de SD van een vragenlijst. De RCI voor de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit is 34 punten (op een maximale score van 360). De RCI's voor de FIT-60 subschalen zijn 13 punten voor Acceptatie, 12 punten voor Defusie, 14 punten voor Zelf als Context, 13 punten voor Hier en Nu, 13 punten voor Waarden, en 12 punten voor Toegewijd Handelen (op een maximale score van 60).

*Discussie*

De interne betrouwbaarheid voor de subschalen van de FIT-60 voor deze heterogene, ambulante populatie varieerde van redelijk tot goed. De subschaal Zelf als Context vormt een uitzondering. De interne betrouwbaarheid voor de totaalschaal met betrekking tot de Psychologische Flexibiliteit was wederom zeer hoog. In deze sample bleek dat leeftijd geen significante correlatie had met de uitkomst van de FIT-60. Geslacht en opleidingsniveau hadden wel een significante correlatie met de uitkomst, doch de samenhang was zeer beperkt. Ten slotte zijn de normscores voor deze ambulante groep bepaald. Het is belangrijk op te merken dat angstproblematiek oververtegenwoordigd is in deze sample en dat dit mogelijk een vertekening geeft.

## ALGEMENE DISCUSSIE

De Flexibiliteits Index Test (FIT-60) is de enige vragenlijst die zowel Psychologische Flexibiliteit als de zes componenten Acceptatie, Defusie, Zelf als Context, Hier en Nu, Waarden, en Toegewijd Handelen in kaart brengt. De FIT-60 is daarmee bruikbaar als *outcome*-instrument voor derde generatie gedragstherapie, in het bijzonder voor Acceptance and Commitment Therapy. De FIT-60 wordt reeds gebruikt in onderzoek en in de klinische praktijk (al vierduizend keer ingevuld via de website). Aangezien de FIT-60 is ontwikkeld op basis van de theoretische constructen van ACT, geeft deze een goede indruk van de verschillende ACT-processen.

De FIT-60 werd onderzocht op de psychometrische kwaliteiten bij drie verschillende populaties: ACT-therapeuten, ambulante patiënten en klinische patiënten in de ggz. De FIT-60 bleek bij alle drie de samples over een goede betrouwbaarheid te beschikken: de interne betrouwbaarheid voor de schalen was redelijk tot goed, met uitzondering van de subschaal Zelf als Context. De test-hertestbetrouwbaarheid voor de verschillende schalen was zeer goed. Daarnaast bleek de FIT-60 ook in staat te zijn om verandering over tijd te meten. Tevens is er ondersteuning gevonden voor een goede constructvaliditeit van de verschillende schalen, met ook hier als uitzondering de schaal Zelf als Context. Hoewel de schaal Zelf als Context onderpresteert, blijft deze nog acceptabel en dus bruikbaar.

Ten slotte is er gekeken naar het effect van de demografische variabelen op de score van de FIT. Het bleek dat leeftijd, geslacht en opleidingsniveau een zeer zwakke correlatie hadden met de resultaten van de FIT. Behalve de beschrijving van de psychometrische kwaliteiten van de FIT-60, heeft dit onderzoek tevens twee aanvullende normgroepen opgeleverd: een ambulante en klinische populatie. Dit maakt de FIT-60 beter bruikbaar in de klinische praktijk. Naast ondersteuning voor de interne validiteit van de FIT-60 geeft

het huidige onderzoek tevens een indicatie van goede externe validiteit van deze vragenlijst in de verschillende samples.

Er dienen een aantal kanttekeningen te worden geplaatst bij bovenstaande analyses. Zoals reeds in de inleiding is aangegeven, bleek het niet mogelijk om middels een factoranalyse de constructvaliditeit van de FIT-60 aan te tonen. Dit geeft een indicatie dat de verschillende theoretische ACT-componenten empirisch minder te onderscheiden zijn. Daarom is de schaal verder geëxploreerd middels correlatief onderzoek, met vragenlijsten die conceptueel gerelateerd zijn om de constructvaliditeit van de FIT-60 aan te tonen.

De matige betrouwbaarheid en validiteit van de subschaal Zelf als Context vraagt aandacht. In de literatuur is voor dit onderdeel slechts één andere ACT-vragenlijst beschikbaar (de SACS). Deze is tot op heden nog niet goed onderzocht op psychometrische kwaliteiten. Dit zou kunnen betekenen dat het domein niet goed is uitgekristalliseerd. Deze component werd in 2012 opnieuw gedefinieerd, en voorlopig lijkt het veld terughoudend om meetinstrumenten voor dit domein te ontwikkelen. Bij de FIT-60 is ervoor gekozen dit lastig te definiëren gebied toch op te nemen. Hierdoor wordt een bijdrage geleverd aan de meetbaarheid van het gebied. Maar we staan nog ver van een gouden standaard.

Ten slotte, er is in deze publicatie gebruikgemaakt van convenient samples, met een redelijke breedte maar toch met een specifiek profiel (selectiebias). De ACT-therapeut-sample is bijzonder omdat de betreffende proefpersonen getraind zijn in het ACT-begrippenkader. Ze zijn geschoold in de onderliggende theorie, en daarom heeft protoprofessionalisering van de therapeut-respondenten zeker een rol gespeeld bij het beantwoorden van de vragen. Toch kan geconcludeerd worden dat de FIT-60 beschikt over goede psychometrische kwaliteiten. Het is een betrouwbaar en valide meetinstrument dat goed kan worden gebruikt om psychologische flexibiliteit en de zes onderliggende kernprocessen in kaart te brengen binnen het domein van de Acceptance and Commitment Therapy.

#### DANKBETUIGING

.....

Dit onderzoek heeft alleen kunnen plaatsvinden dankzij de onbaatzuchtige medewerking van PsyQ Eindhoven, Tilburg, Maastricht en Heerlen, en van breedspectrumkliniek U-center. Zij hebben de FIT-60 opgenomen in de standaardtestbatterij voor hun patiënten. Tevens wil ik Gijs Jansen, coauteur van de FIT-60, bedanken voor het beschikbaar stellen van zijn interviewgroep met ACT-therapeuten. Ten slotte wil ik Truda Driessen en Ger Driessen bedanken voor hun ondersteuning bij de verwerking van de lijsten en het toegankelijk maken van de datasets.

**Tim Batink** is PhD-candidate, MHeNS, Maastricht University en gz-psycholoog in opleiding, cognitief gedragstherapeut VGct, U-center.

**Philippe Delespaul** is professor innovations in mental health, MHeNS, Maastricht University, en klinisch psycholoog/programmaleider Integrale Zorg en Psychotische Stoornissen, Mondriaan. Maastricht University, School for Mental Health & Neurosciences, Division 2, Mental Health, postbus 616, 6200 MD Maastricht.  
*Correspondentieadres:* Tim Batink, Maastricht University, School for Mental Health and Neuroscience, Division 2, Mental Health. Vijverdalseweg 1, 6226 NB Maastricht, Nederland. E-mail: tim.batink@maastrichtuniversity.nl

**Summary** *Title:* Measuring Psychological Flexibility: The Flexibility Index Test (FIT-60)

*Background:* The Flexibility Index Test (FIT-60) is developed to measure the application of the theoretical concepts in Acceptance and Commitment Therapy. The current study provides a better understanding of the psychometric properties of the FIT-60 and also aims to develop two additional patient-standard groups.

*Method:* Via three substudies test stability, reliability and construct validity of the FIT-60 total scale and its six subscales were investigated.

*Results:* The test stability of the FIT-60 was .89, the subscales ranged from .75 to .85. The internal consistency of the total scale was .90, the subscales varied between .51 and .92. The validation study showed that the FIT-60 and its subscales correlated the highest with the corresponding ACT-measures.

*Conclusion:* FIT-60 appears to be a stable, reliable and valid questionnaire that is able to measure change over time. The FIT-60 is able to measure psychological flexibility, as well as charting the six underlying ACT processes.

**Keywords:** *Acceptance and Commitment Therapy, psychological flexibility, questionnaire, FIT-60*

### Literatuur

- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment, 11*, 191-206.
- Batink, T., Jansen, G., & de Mey, H. R. A. (2012). De Flexibiliteits Index Test (FIT-60): Een beknopte beschrijving. *GZ-Psychologie, 5*, 18-21.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- COTAN (2014). *Utrechtse Coping Lijst, UCL, 1988-1993*. Beschikbaar op: [http://www.cotandocumentatie.nl/test\\_details.php?id=494](http://www.cotandocumentatie.nl/test_details.php?id=494) [Geraadpleegd 1 oktober 2014]
- de Beurs, E. (2004). *Handleiding bij de Brief Symptom Inventory (BSI)*. Leiden: Pits Publishers.
- de Beurs, E., & Zitman, F. G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 61*, 120-141.
- de Vries, J., & van Heck, G. L. (1995). *The Dutch Version of the WHOQOL-100* (In Dutch: *De Nederlandse Versie van*

- de WHOQOL-100). Tilburg: Tilburg University.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leyssen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44, 1235-1245.
- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Juarascio, A. S., Yeomans, P. D., Zebell, J. A., Goetter, E. M., & Moitra, E. (2012). The Drexel defusion scale: A new measure of experiential distancing. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 55-65.
- Gird, S. R., Zettle, R. D., Webster, B. K., & Hardage-Bundy, A. (2012, July). Developing a quantitative measure of self-as-context: Preliminary findings. In R. D. Zettle (Chair), *Sizing up selfing: Efforts to assess self-as-context*. Symposium conducted at the ACBS World Conference X, Washington.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavioural change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance en Commitment Therapie: Veranderingen door mindfulness, het proces en de praktijk*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Hoefman, R. J., van Exel, J., & Brouwer, W. B. (2013). Measuring the impact of caregiving on informal carers: A construct validation study of the Carer-Qol instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 173. doi: 10.1186/1477-7525-11-173
- Hoekstra, H. A., de Fruyt, F., & Ormel, J. (2007). *NEO-PI-R en NEO-FFI persoonlijkheidsvragenlijsten: Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers B.V.
- 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.
- Joos, E., & Hermans, D. (2012). Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 1, 93-96.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Schreurs, P. J. G., & van de Willige, G. (1988). *Omggaan met problemen en gebeurtenissen: De Utrechtse Copinglijst (UCL)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schreurs, P. J. G., van de Willige, G., Broschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *Handleiding Utrechtse Coping Lijst UCL (herziene versie)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Trompeter, H. R., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G., Fledderus, M., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical and chronic pain sample. *Psychological Assessment*, 25, 1235-1246.
- van Damme, S., Prins, B., & Leroy, H. (2012). *Dutch translation of the Self-As-Context Scale (SACS-DV)* (Unpublished Manuscript.)
- van Os, J. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- van Rijsoort, S., Vervaeke, G., & Emmelkamp, P. (1997). The Penn State Worry Questionnaire en de Worry Domains Questionnaire: Eerste resultaten bij een normale Nederlandse populatie. *Gedragstherapie*, 30, 121-128.
- WHOQOL Group (1998). Development

- of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHO-QOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Wilson, K. G. & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 120-151). New York, NY: Guilford.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. E. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.