

Affect Fobie Therapie in de groep: een pilotstudie

Affectfobie-therapie wordt in toenemende mate in groepstherapie (AFT-G) aangeboden. Er zijn geen studies bekend over de effectiviteit van AFT-G. Met een pilotstudie onderzochten de auteurs in een exploratieve cohortstudie de werkzaamheid van acht maanden AFT-G bij 33 patiënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis. De resultaten geven een eerste indicatie dat AFT-G voor patiënten met deze stoornis een veelbelovende groepsbehandeling kan zijn.

Door Miriam Saschowa, Tasja van Veen,
Jaap Peen en Marianne van Tatenhove

Affectfobie-therapie (AFT), ontwikkeld door Leigh McCullough (1997; McCullough et al., 2003), is een vorm van kortdurende psychodynamische psychotherapie die wordt toegepast in de behandeling voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen (van Dam, 2020). In AFT wordt ervan uitgegaan dat klachten ontstaan als activerende gevoelens en behoeftes vanuit angst vermeden worden. De angst voor deze activerende gevoelens wordt de affectfobie genoemd. De afweer wordt ingezet om dit interne conflict tussen activerende gevoelens en de angst daarvoor te vermijden.

Patrick is een 32-jarige man, gehuwd, met twee jonge kinderen, die zich aanmeldt met somberheid, prikkelbaarheid en vermoeidheid. De klachten hangen samen met een patroon van overmatig hard werken en alles onder controle willen houden (afweer). Hij staat zichzelf niet toe ruimte voor ontspanning en plezier (activerend gevoel) te maken, omdat hij bang is voor kritiek en afkeuring (remmende gevoelens). Deze angst voor afkeuring is goed te begrijpen als Patrick vertelt hoe hij als kind angstig was voor de afkeuring van zijn stief-

vader, die fel kon uitbarsten als Patrick iets niet goed deed in zijn ogen. In deze omstandigheden leerde Patrick de uitbarstingen voorkomen door zoveel mogelijk zijn best te doen en zich in te houden. Daar is zijn afweer ontstaan als een overlevingsstrategie. Hoewel Patrick nu volwassen is en hij in zijn dagelijks leven met andere mensen te maken heeft, zit de angst voor afkeuring nog sterk in hem en houdt hij zich vast aan de vertrouwde afweer. Nu merkt hij dat hij dit niet vol kan houden en hij hierdoor somber en prikkelbaar wordt.

In de AFT zal Patrick gaan werken aan het herkennen en doorbreken van zijn perfectionisme en overmatige controledrang (herkennen en loslaten van de afweer), en stap voor stap zijn angst voor afkeuring overwinnen (met behulp van angstregulatie) en in contact komen met activerende gevoelens van ontspanning en plezier (beleven en uiten van adaptieve gevoelens). De verwachting is dat daarmee de stemmingsklachten verminderen.

Studie ATF-G

De effectiviteit van individuele AFT bij patiënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis werd aangetoond in twee (RCT-)studies (Winston et al., 1994; Svartberg et al., 2004). In Nederland wordt AFT in toenemende mate ook in groepstherapie (AFT-G) aangeboden voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen (van Aken, 2008; van Aken & Gilhuis, 2008; Groen, 2021; Saschowa, 2020; Said & Krom, 2021; Versteeg et al., 2015). De groepsvorm sluit goed aan bij het AFT-model: de interne conflicten zijn ontstaan in relatie met anderen en herhalen zich in actuele relaties tot anderen. De

relaties in een groepssetting bieden derhalve een rijke omgeving om deze interne conflicten te bewerken. Er zijn tot dusver geen wetenschappelijke studies verricht naar de effectiviteit van AFT-G.

Het doel van deze pilotstudie is de werkzaamheid van de AFT-G te onderzoeken aan de hand van uitkomsten op symptomatische stress en persoonlijkheidsfunctioneren. Daarnaast onderzoeken we de specifieke focus van AFT-G, die gericht is op in contact komen met gevoelens, verbetering van het zelfbeeld en verbetering van interpersoonlijke relaties. Tot slot onderzoeken we of eventueel effect aanhoudt vier maanden na afsluiting van de behandeling. Onze hypothese is dat AFT-G leidt tot vermindering van symptomatische stress en verbetering van persoonlijkheidsfunctioneren, en tevens tot verminderde vermijding van experiëntiële ervaringen, een toegenomen positief zelfgevoel en verbetering van relaties met anderen.

Methode

Doelgroep

Alle patiënten die in de periode mei 2020 tot en met september 2022 binnen de polikliniek voor persoonlijkheidsstoornissen van het NPI Amersfoort geïndiceerd zijn voor behandeling in de AFT-G zijn gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Alle patiënten hebben een hoofddiagnose cluster C persoonlijkheidsstoornis en hebben in hun voorgeschiedenis een of meerdere klachten/of persoonsgerichte behandelingen gehad. De problematiek is zodanig ernstig en hardnekkig dat derdelijnszorg nodig is. Overige criteria waaraan patiënten in deze groep voldoen en die bij intake op basis van

klinisch oordeel zijn ingeschat, betreffen:

- er kan tijdens de indicatiestelling met de patiënt een kernconflict geformuleerd worden;
- de patiënt is bereid en voldoende in staat naar zichzelf te kijken (reflectief vermogen);
- de patiënt is in staat deel te nemen aan een groepsbehandeling;
- de patiënt heeft ten minste twee dagdelen per week vaste activiteiten in contact met anderen.

Gezien de ernst van de problematiek is in deze pilot gekozen voor een intensievere vorm van ambulante AFT-G

Contra-indicaties betreffen te lage intelligentie, ernstig (zelf)destructief gedrag, acute suïcidaliteit en met psychotherapie interfererende co-morbiditeit (zoals een ernstige eetstoornis, autismespectrumstoornis of middelengebruik).

De cluster C persoonlijkheidsstoornis wordt bij de intake vastgesteld middels een screeningsvragenlijst (SCID-5-P) gevolgd door een gestructureerd interview voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen (SCID-P-5-Q).

Interventie

Gezien de ernst van de problematiek zoals gebleken uit eerdere behandeling(en) met onvoldoende resultaat en de sterke vermijdingspatronen, is in deze pilot gekozen voor een intensievere vorm van ambulante AFT-G.

In de literatuur worden verschillende intensiteiten van AFT-G voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen beschreven. Er is een model voor AFT in de derdelijnszorg met ongestructureerde AFT-G twee maal per week, om voldoende druk te geven om hardnekkige vermijding te doorbreken (Groen, 2021). Ook worden meer intensieve vormen van AFT beschreven, zoals AFT-G in de klinische setting (Said & Krom, 2021). In deze pilot is gekozen voor AFT-G als een ambulante groepsbehandeling met wekelijkse sessies van 2,5 uur. Deze intensiteit geeft enerzijds voldoende druk om de hardnekkige vermijdingspatronen, die kenmerkend zijn voor de doelgroep, te kunnen doorbreken. Anderzijds biedt het de patiënten de mogelijkheid hun maatschappelijk leven te continueren omdat de tijd die de therapie inneemt beperkt is. Om patiënten te stimuleren ook actief buiten de sessies met de therapie bezig te blijven, is gekozen voor het toevoegen van een gestructureerd deel van de sessies, dat gericht is op toepassing van het geleerde in het dagelijks leven. Elke sessie bestaat dan uit twee delen: een oefengroep en een open groepspsychotherapie.

De oefengroep duurt 60 minuten. Hierin wordt gewerkt met concrete weekdoelen gericht op het toepassen van en experimenteren met het geleerde uit de sessie in het dagelijks leven. De deelnemers schrijven wekelijks een reflectieverslag over hun ervaring met het werken aan het weekdoel. Dit verslag sturen zij naar de therapeuten voorafgaand aan de volgende sessie. Tijdens de oefengroep worden de weekdoelen besproken, ervaringsgericht oefeningen en rollenspellen gedaan en wordt er een nieuw weekdoel geformuleerd.

Daarna volgt een kwartier pauze. Het tweede deel van de sessie bestaat uit een open groepspsychotherapie van 90 minuten. Hierin wordt naar aanleiding van actuele persoonlijke ervaringen en de interactie in de groep, middels de AFT-werkwijze, gewerkt aan de focus gericht op het bewerken van de afweer, beleven en uiten van adaptieve gevoelens en het bewerken van het zelfbeeld en het beeld van anderen.

De groep bestaat uit acht of negen deelnemers. De duur van de behandeling is acht maanden. De groep is opgezet volgens het dakpan-model, waarbij om de vier maanden de senioren afscheid nemen en de week erop nieuwe junioren instromen. Op deze manier bestaat de groep steeds uit senioren en junioren.

Overige interventies:

- Voorafgaand aan de groepsbehandeling vinden drie individuele gesprekken plaats. Hierin wordt de werkwijze van de groep besproken. Daarnaast wordt het kernconflict vastgesteld. Het kernconflict verwoordt de belangrijkste affectfobie, met welke personen deze zich voordoet en hoe deze in contact met personen in het verleden is ontstaan. Op basis van het kernconflict en de belangrijkste behandel-doelen wordt voor ieder groepslid een motto bepaald.

Patrick formuleert het motto: 'Door de lat te verlagen maak ik speelruimte en ben ik okay'.

- Er vindt voorafgaand aan de groepsbehandeling een systeemintake met een naaste plaats. Doel van dit gesprek is enerzijds het verwerven van aanvullende informatie

betreffende de problematiek van de patiënt. Anderzijds is dit een manier om een naaste bij het behandelproces te betrekken.

- Gedurende de groepsbehandeling heeft de patiënt de mogelijkheid vier keer een individueel gesprek aan te vragen met een van de groepstherapeuten. Daarbij is de afspraak dat de patiënt zelf de inhoud van het individuele gesprek terugbrengt in de eerstvolgende groepsessie.
- Na afloop van de groepsbehandeling vindt na drie maanden een follow-upsessie plaats in de subgroep waarmee de patiënt de groepsbehandeling gestart is. Tijdens deze follow-up wordt teruggeblikt op het therapieproces en de behandeling.

Deelnemers en procedure

Aan alle patiënten die in de periode mei 2020 tot september 2022 in de reguliere AFT-G-behandeling zijn gestart, is gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Zij werden schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek. De keuze voor deelname had geen enkele invloed op de behandeling of de startdatum. De AFT-G is in deze periode aangeboden aan 45 patiënten, onder wie 16 mannen en 29 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 38,1 jaar en varieerde tussen 20,2 en 64,9 jaar. Van deze groep hebben 33 patiënten (77,8%) ingestemd met deelname in de pilotstudie en de eerste meting ingevuld.

Er zijn drie meetmomenten: bij aanvang van de behandeling, na acht maanden (bij het afsluiten van de groepsbehandeling) en na twaalf maanden (follow-upmeting vier maanden na het afsluiten van de behandeling).

Meetinstrumenten

De volgende digitale zelfrapportage-vragenlijsten werden gebruikt in het onderzoek:

De *Outcome Questionnaire – 45 (OQ-45)* meet de mate van symptoomstress. De lijst bestaat uit 45 items verdeeld over 4 subschalen (symptomatische *distress*, angst en somatische *distress*, interpersoonlijke relaties en sociale rol). De antwoorden worden gescoord op een 5-puntsschaal, variërend van 'nooit' tot 'bijna altijd'. In onze studie maakten we gebruik van de totaalscore die in eerder onderzoek een hoge interne consistentie liet zien ($\alpha = 0,91$) (de Jong et al., 2008).

De *Severity Indices of Personality Problems – Short Form (SIPP-SF)* meet kerncomponenten van persoonlijkheidsfunctioneren. De lijst bevat 60 items, verdeeld over 5 schalen (identiteitsintegratie, relationele capaciteiten, sociale concordantie, zelfcontrole en verantwoordelijkheid). Patiënten wordt gevraagd aan te geven in welke mate de beweringen van toepassing waren gedurende de afgelopen drie maanden. De antwoordcategorieën variëren van 1 tot en met 4 (helemaal niet akkoord tot helemaal akkoord). Hogere scores wijzen op meer adaptief functioneren. De SIPP-SF liet in eerdere studies voldoende tot sterke interne consistentie zien in steekproeven van persoonlijkheidsstoornissen met α variërend van 0,62 tot 0,89 (Verheul et al., 2008).

De *Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ)* bevat 15 items waarmee vermijding van het ervaren van gevoelens gemeten wordt. De items worden gescoord op een

6-punts Likertschaal, de antwoordcategorieën variëren van 'sterk mee oneens' tot 'sterk mee eens'. De psychometrische kwaliteiten van de Engelse versie van de BEAQ zijn goed (Gamez et al., 2014), de psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse versie worden nog onderzocht (Slagter et al., in voorbereiding). Voor de BEAQ zijn nog geen normgroepen ontwikkeld. Er is wel een gemiddelde score van een patiëntengroep (met angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblematiek) bepaald ($M=57,4$, $SD=10,6$).

De *Rosenberg Self-esteem Scale (RSES)* bevat 10 items waarmee zelfbeeld wordt gemeten. De antwoorden worden gescoord op een 4-punts Likertschaal, variërend van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens'. De lijst heeft een hoge interne consistentie, onderzoek toonde een α van 0,89 (Franck et al., 2008).

De *Inventory of interpersonal problems (IIP-64)* meet de mate van stress, veroorzaakt door interpersoonlijke problemen. De vragen gaan over interpersoonlijk gedrag. De lijst bevat 64 items verdeeld over 8 schalen (dominerend/controlerend, wraakzucht/zelfgericht, koel/afstandelijk, sociaal geïnhibeerd, onderworpen opstellend, overmatig accomoderend, zelfopofferend, opdringerig/behoefstig). De items worden gescoord op een 5-punts Likertschaal variërend van 0 ('niet') tot 4 ('erg') (Vanheule et al., 2006).

Statistische analyse

Gepaarde t-tests werden gebruikt om de verschillen te toetsen tussen de begin- en eindmeting en de begin- en follow-upmeting

op de afhankelijke variabelen OQ-45, SIPP, BEAQ, RSES en IIP-64. Eerst werd onderzocht of aan de assumptie voor de gepaarde t-test werd voldaan, namelijk dat de verschilcores tussen de twee metingen normaal verdeeld waren. Dit is gedaan met behulp van histogrammen. Naast de uitkomst van de gepaarde t-test wordt ook de effectgrootte Cohens *d* gerapporteerd. Dit betreft de gemiddelde verschilcore gedeeld door de standaarddeviatie van de verschilcore. Alle analyses werden uitgevoerd in SPSS 29.0. Het gehanteerde significantieniveau was $p < .05$

Resultaten

Beschrijvende data

Van de 33 deelnemers die een meting invulden bij de start van de behandeling, hebben 25 bij afronding van de behandeling ten minste één instrument ingevuld. Bij de follow-up vier maanden na afronding van de behandeling, hebben 19 deelnemers ten minste één instrument ingevuld.

Van de 25 deelnemers die ten minste bij de start en bij afronding één meting hebben ingevuld, zijn er 12 man en 12 vrouw. Van 1 deelnemer is het geslacht en leeftijd niet bekend. De leeftijd varieert van 23,7 tot 64,9 jaar. De gemiddelde leeftijd is 41,3 jaar (SD: 13,4). Van de 19 deelnemers die zowel bij de start als bij de follow-up een meting hebben ingevuld, zijn er 8 man en 10 vrouw. Van 1 deelnemer is het geslacht en leeftijd niet bekend. Bij deze deelnemers varieert de leeftijd van 23,6 jaar tot 64,9 met een gemiddelde van 41 jaar (SD: 13,6). Aan de assumptie voor de gepaarde t-test werd voldaan; de verschilcores tussen de metingen waren normaal verdeeld.

Effectiviteit van AFT-G

De effectiviteit van AFT-G is bepaald aan de hand van symptomatische stress (gemeten met OQ-45) en persoonlijkheidsfunctioneren (gemeten met SIPP). De resultaten van een gepaarde t-test laten op de OQ-45 een significante afname zien tussen begin- en

	Begin		Eind		<i>n</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>	Cohens <i>d</i> [95% CI]
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
OQ-45	80.09	15.46	58.14	20.37	20	7.15(19)	<.001	1.60 [.92 -2.26]
SIPP	14.74	1.74	17.82	3.01	19	4.94(18)	<.001	1.13 [1.70 - 0.54]
BEAQ	63.33	7.81	48.28	10.41	18	6.40(17)	<.001	1.51 [0.82 - 2.18]
RSES	17.38	5.28	22.38	3.35	24	5.14(23)	<.001	1.05 [1.54 - 0.54]
IIP-64	118.05	22.59	91.26	28.52	19	4.14(18)	<.001	0.95 [0.40 - 1.49]

Tabel 1: Resultaten van de OQ-45, SIPP, BEAQ, RSES en IIP-64 bij begin en eind van AFT-G behandeling, resultaten van gepaarde t-testen.

	Begin		Follow-up		<i>n</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>	Cohens <i>d</i> [95% CI]
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
OQ-45	79.84	15.56	57.59	23.73	14	3.27(13)	.006	.87 [.24 - 1.48]
SIPP	15.40	2.29	18.81	2.73	12	3.69(11)	.004	1.06 [1.77 - 0.33]
BEAQ	63.00	11.89	49.55	12.22	11	4.16(10)	.002	1.26 [0.44 - 2.04]
RSES	17.67	4.60	22.22	4.01	18	4.03(17)	.001	.95 [1.50 - 0.38]
IIP-64	115.23	26.62	85.62	28.62	13	4.12(12)	.001	1.14 [0.42 - 1.83]

Tabel 2: Resultaten van de OQ-45, SIPP, BEAQ, RSES en IIP-64 bij begin en vier maanden na afronden van AFT-G behandeling, resultaten van gepaarde *t*-testen.

eindscore. Alle patiënten rapporteren minder symptomatische stress bij het afronden met de behandeling. De effect size is groot ($t(19) = 7.15, p < .001, d = 1.60$). Bij de start van de behandeling was de gemiddelde score vergeleken met de normgroep van de algemene bevolking zeer hoog. Bij het einde van de behandeling en bij de follow-up is de gemiddelde score vergeleken met deze normgroep gezakt naar bovengemiddeld. De resultaten op de SIPP laten een significante toename zien tussen begin- en eindmeting. De effect size is groot ($t(18) = 4.94, p < .001, d = 1.13$). Dit betekent dat zij een hogere score rapporteren in adaptief persoonlijkheidsfunctioneren zoals gemeten op de dimensies identiteitsintegratie, relationele capaciteiten, sociale concordantie, zelfcontrole en verantwoordelijkheid. Bij de follow-up is de effect size nog steeds groot. Zowel op het gebied van symptomatische stress ($t(13) = 3,27, p < .001, d = 0,87$) als ook wat betreft persoonlijkheidsfunctioneren ($t(11) = 3,69, p < .001, d = 1,06$).

Daarmee rapporteren patiënten ook bij de follow-up een lagere score op klachten in termen van symptomatische stress en verbeteringen in het adaptief persoonlijkheidsfunctioneren.

Specifieke focus van AFT-G

De specifieke focus van AFT-G bestaat uit het in contact komen met activerende gevoelens, verbetering van het zelfbeeld en verbetering van interpersoonlijke relaties. Het beleven van activerende gevoelens is gemeten met de BEAQ. De gepaarde *t*-test laat een significante daling tussen begin- en eindscore zien. Op de BEAQ staat een lagere score voor afname van vermijding van gevoelens. De effect size is groot ($t(17) = 6,40, p < .001, d = 1,51$). Bij de follow-up is de effect size eveneens groot ($t(10) = 4,16, p < .002, d = 1,26$). Vergeleken met de gemiddelde score van een patiëntengroep (met angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblematiek) zien we dat de gemiddelde score in de pilotgroep bij de start van de behandeling hierboven ligt,

en bij het afsluiten van de behandeling en bij de follow-up onder deze score uitkomt. Het zelfbeeld is gemeten met de RSES. Er is een significante toename te zien tussen begin- en eindscore. Hogere scores staan voor een beter zelfbeeld. De effect size is groot ($t(23) = 5,14, p < .001, d = 1,05$). Dit

De uitkomsten zijn groot in vergelijking met andere studies naar behandelingen voor cluster C persoonlijkheidsstoornis

geldt ook bij de follow-upmeting ($t(17) = 4,03, p < .001, d = 0,95$). Vergeleken met de algemene normgroepen zien we dat de scores bij de start van de behandeling en bij het afsluiten en de follow-up binnen de range normaal (15-25) vallen.

Ten aanzien van de interpersoonlijke problemen is er een significante afname te zien tussen de begin- en eindscore op de IIP-64. Ook hier is een grote effect size gemeten ($t(18) = 4,14, p < .001, d = 0,95$). Bij de follow-up is deze nog steeds groot ($t(12) = 4,12, p < .001, d = 1,14$). Dit wijst erop dat patiënten een duidelijke afname van stress door interpersoonlijke problemen rapporteren na de behandeling en bij de follow-up.

Discussie

Deze pilotstudie onderzoekt de effectiviteit van AFT-G voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen. De resultaten tonen dat AFT-G leidt tot verbetering van persoonlijkheids-

functioneren en vermindering van symptomatische stress. Tevens wijzen de uitkomsten op specifieke verandering in de vorm van een verbeterd zelfbeeld, minder vermijding van gevoelens en een afname van stress door interpersoonlijk problemen. Deze resultaten zijn in lijn met de behandeldoelen waarop AFT-G zich richt.

De uitkomsten van deze pilot met een effect size tussen de 0,87 en 1,60 zijn groot in vergelijking met uitkomsten van andere studies naar behandelingen voor cluster C persoonlijkheidsstoornis. Onderzoek naar individuele affect-gerichte kortdurende psychodynamische therapie voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen laat een matige tot grote effect size zien. Winston et al. (1994) vonden verbetering van klachten met een effect size van 0,96 en 1,1 en een verbetering van interpersoonlijk functioneren met een effect size van 0,70 en 0,80. Svartberg et al. (2004) vonden vermindering van klachten met een effect size van 0,65 en op verbetering van interpersoonlijk functioneren met een effect size van 0,57. Naast de invloed van het aanbieden van AFT in een groepssetting in deze pilot kan dit verschil mogelijk ook verklaard worden door de hoge intensiteit en hogere dosering van onze behandeling ten opzichte van de individuele behandelingen zoals die in eerdere studies is onderzocht.

In vergelijking met andere vormen van groepstherapie voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen zijn de resultaten van de AFT-G gunstig te noemen. Zo laat een multicenter pilotstudie naar groepsschematherapie (30 sessies) significante verbeteringen zien in symptomen en algemeen functioneren met een effect size van 0,50 tot 0,80 (Wibbelink et al., 2023).

De onderzoekspopulatie in deze pilot bestaat uit patiënten uit een derdelijns behandelsetting, wat ook blijkt uit de zeer hoge beginscore op de klachtenlijst, en maakt helder dat we te maken hebben met ernstige problematiek. Dat ondersteunt de keuze voor een intensievere vorm van AFT-G in deze setting.

De pilotstudie kent verschillende beperkingen. Ten eerste gaat het om een open studie zonder controlegroep. Daardoor is niet te bepalen in welke mate de veranderingen toeschrijven zijn aan algemene therapiefactoren dan wel de specifieke AFT-technieken of andere factoren zoals spontaan herstel. Daarnaast is er geen sprake van gerandomiseerde toewijzing aan de behandeling. Toewijzing aan de behandeling vond plaats op basis van de wens van de patiënt en het klinisch oordeel van de behandelaar. Daarmee is onduidelijk of de onderzoeksgroep een representatieve afspiegeling is van de totale patiëntengroep, waardoor generalisatie van de resultaten ter discussie staat.

Er is tevens mogelijk sprake van een inclusiebias: patiënten die bereid zijn aan het onderzoek deel te nemen zijn mogelijk extra gemotiveerd voor de behandeling en behalen betere resultaten. De hypothese is dat de resultaten door de inclusiebias betere uitkomsten laten zien dan over de gehele patiëntengroep die heeft deelgenomen aan de behandeling.

Ook zijn er veel missende data bij de metingen op het einde van de behandeling (24,2%) en bij de follow-up (42,4%) omdat niet alle deelnemers opnieuw de vragenlijsten invulden. Daardoor is betrouwbaarheid van de resultaten verder verminderd.

Concluderend suggereert deze pilotstudie dat AFT-G een effectieve behandeling kan zijn voor patiënten met cluster C persoonlijkheidsstoornissen. Een volgende stap zou zijn om een RCT te starten naar de effectiviteit van AFT-G in vergelijking met individuele AFT en vormen van AFT-G met een andere intensiteit. Meer onderzoek naar behandeling van cluster C persoonlijkheidsstoornissen is wenselijk, gezien de beperkte aandacht hiervoor in het wetenschappelijke veld (Hutsebout et al., 2018). En er zijn nog maar weinig goed uitgevoerde onderzoeken naar de (kosten)effectiviteit van verschillende vormen van groepstherapie (Fact sheet, 2001). Verder onderzoek naar AFT-G kan een bijdrage leveren in het verder verbeteren van de toegankelijkheid en effectiviteit van groepsbehandeling voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast hopen we dat dit artikel een aanmoediging is voor groepstherapeuten om meer onderzoek te doen naar groepsbehandelingen. ■

Miriam Saschowa, klinisch psycholoog, en **Tasja van Veen**, psychotherapeut, zijn bij Arkin NPI specialist in persoonlijkheidsproblematiek te Amersfoort.

Jaap Peen is senior onderzoeker bij Arkin te Amsterdam.

Marianne van Tatenhove, klinisch psycholoog, werkt bij GGZ Centraal, expertisecentrum voor Transdiagnostische Psychotherapie, afdeling Zwaluw, te Ermelo.

Refereren aan:

Saschowa, M., Veen, T. van, Peen, J. & Tatenhove, M. van (2025). Affect Fobie Therapie in de groep: een pilotstudie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 20(1), p. 39-49.

Literatuur

Aken-van der Meer, M.E. van (2008). *Kort en goed genoeg: Praktijkboek kortdurende groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Aken-van der Meer, M.E. van & Gilhuis, H.P. (2008). Over driehoeken, groepen en affectiefobieën. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 3(1), p. 7-17.

Dam, Q. van (2020). *Affect Fobie Therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.

Franck, E., Raedt, R. de, Barbez, C. & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg self-esteem scale. *Psychologica Belgica*, 48(1), p. 25-35.

Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N. & Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and initial validation. *Psychological Assessment*, 26(1), p. 35-45.

Groen, P. (2021). Door de bomen het bos zien. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 16(1), p.53-61.

Hutsebaut, J., Willemsen, E.M.C. & Van, H.L. (2018). Tijd voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen: state of the art. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(5), p. 306-314.

Jong, K. de, Nugter, A., Polak, M., Wagenborg, J.E.A., Spinhoven, P. & Heiser, W. (2008). De Nederlandse versie van de outcome questionnaire: een cross-culturele validatie. *Psychologische Gezondheid*, p. 35-45.

McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety regulating psychotherapy for restructuring defenses*. New York: Basic books.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C.L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2022). *Herziene multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten.

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. (2001). *Factsheet Groepspsychotherapie bij volwassenen: Stand van wetenschap en praktijk*. p. 1-14.

Said, M. & Krom, M. (2021) De kracht van een klinische groepsbehandeling: hoe de klinische setting helpt bij het doorbreken van affectfobieën. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 16(1), p.21-33.

Saschowa, M. (2020). Affectfobietherapie, gevoelens onder de loep. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 15(4), p. 40-45.

Slagter, F., Topper, M., Kamphuis, J.H. & Nugter, A. (2020). Measuring experiential avoidance: psychometric properties of the Dutch multidimensional experiential avoidance questionnaire. In preparation.

Svartberg, M., Stiles, T.C. & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, p. 810-817.

Vanheule, S., Desmet, M. & Rosseel, Y. (2006) The factorial structure of the Dutch translation of the Inventory of Interpersonal Problems: A test of the long and short versions. *Psychological Assessment*, 18 (1), p. 112 – 117.

Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J.V., Kroft, P.J.A. van der, Bateman, A.W. & Fonagy, B. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20(1), p. 23-34.

Versteeg, C., Bakker, A. & Zutphen, S. van (2015). Depressie en dynamiek. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 10(4), p.42-51.

Wibbelink, C.J.M., Venhuizen, A.S.S.M., Grasman, R.P.P.P., Bachrach, N., Hengel, C. van den, Hundepohl, S., Kunst, L., Lange, H. de, Louter, M.S., Matthijssen, S.J.M.A., Schaling, A., Walhout, S., Wichers, K. & Arntz, A. (2023). Group schema therapy for cluster-C personality disorders: a multicentre open pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), p. 1279-1302.

Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L.W., McCullough, L. & Muran, J.C. (1994). Short-Term Psychotherapy of Personality Disorders: 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 151(2), p. 190-194.

.....