

Compassion Focused Art Therapy voor cliënten met een persoonlijk- heidsstoornis cluster B/C: een Intervention Mapping-studie

Het ontwikkelen van compassie, een universele menselijke eigenschap, is lang niet voor iedereen vanzelfsprekend. Paul Gilbert bedacht daarom de Compassion Focused Therapy (CFT), gericht op gesprekstherapie. Beeldende therapie is voor de grote groep cliënten met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C vaak effectief en kan volgens de auteurs derhalve een goede aanvulling zijn op CFT. Het doel van het in dit artikel beschreven onderzoek is derhalve het ontwikkelen van een op compassie gericht beeldende-therapieprogramma voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen. De auteurs doen tot slot aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Door Suzanne Haeyen en Jackie Heijman

Het begrip compassie wordt in het boeddhisme gedefinieerd als een gevoeligheid voor het lijden in zichzelf en in anderen, met een bereidheid om te proberen het te verlichten en te voorkomen (Dalai Lama, 1995). Volgens Neff (2003a, 2003b), een van de grondleggers van het onderzoek naar compassie, zijn belangrijke componenten van compassie het bewustzijn en openstaan voor je eigen lijden, het vriendelijk en niet-oordelend zijn en het besef dat je je ervaringen met lijden gemeen hebt met andere mensen. Compassie is een universele menselijke eigenschap, die in potentie in ons allen aanwezig is.

Het ontwikkelen van deze componenten is echter lang niet voor iedereen vanzelfsprekend. Klinisch psycholoog en hoogleraar Paul Gilbert ontwierp daartoe Compassion Focused Therapy (CFT). CFT is gericht op cliënten met chronische en complexe psychische problemen die vaak een moeilijke achtergrond hebben en waarbij sprake is van overmatige zelfkritiek en schaamte (Gilbert, 2005, 2006, 2009, 2018a).

Als relatief nieuwe behandeling in de psychologie omvat CFT een aantal uitgangspunten, zoals cognitieve gedragstherapie, mindfulness

en de biologische evolutietheorie (Gilbert, 2018a). Een van de belangrijkste aandachtspunten van CFT is om met behulp van Compassionate Mind Training mensen te helpen ervaringen van innerlijke warmte, veiligheid en kalmte te ontwikkelen en hiermee te oefenen, door middel van compassie en zelfcompassie (Gilbert, 2009). Gilbert stelde een protocol op van twaalf psychotherapie sessies met CFT als uitgangspunt. Het protocol is gebaseerd op elementen als mindfulness en de evolutietheorie, emotiereguleringsystemen, op compassie voor zichzelf en compassie voor anderen (Gilbert, 2018b).

Hoewel conventionele gedragstherapeutische behandelingen cliënten effectief kunnen helpen om hun denkpatronen te

Compassie blijkt een positieve invloed te hebben op complexe psychische problemen

veranderen, blijven cliënten vaak hetzelfde diepgewortelde negatieve gevoel over zichzelf ervaren (Gilbert, 2018a). CFT is expliciet gericht op het veranderen van dit gevoel door middel van compassie, waardoor cliënten zachtaardiger en meelevender voor zichzelf kunnen zijn (Gilbert, 2018a). De Compassionate Mind Training helpt bij het transformeren van problematische patronen van cognitie en emotie met betrekking tot angst, boosheid, schaamte en zelfkritiek. Compassie is steeds meer het onderwerp van studie en blijkt een positieve invloed te

hebben op complexe psychische gezondheidsproblemen zoals stress, angst, depressie en emotieregulatie (bijv. Braehler et al., 2012; Gilbert, 2009; Kirby, 2017; MacBeth & Gumley, 2012; Neff, 2003b; Seppala et al., 2012), en tevens op het verbeteren van interpersoonlijke en sociale relaties (bijv. Crocker & Canevello, 2012). De beperking in deze empirische studies is het kleine aantal deelnemers dat bij iedere steekproef betrokken is.

Een doelgroep met vaak chronische en complexe psychische problemen is die van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C. Persoonlijkheidsstoornissen zijn een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen die door gezondheidszorgprofessionals worden behandeld. Meer dan 45% van de psychiatrische cliënten voldoet aan de criteria voor één of meer persoonlijkheidsstoornissen (Akwa GGZ, 2017; Zimmerman et al., 2005). Een persoonlijkheidsstoornis betreft een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen in de cultuur van de persoon, in veel verschillende situaties aanwezig is en hardnekkig is, ontstaat tijdens de adolescentie of jonge volwassenheid, stabiel is in de tijd en leidt tot beperkingen of lijdensdruk (American Psychiatric Association [APA], 2013). Deze cliënten hebben vaak last van nare ervaringen uit hun verleden, verstoorde voorstellingen van zichzelf (overmatige zelfkritiek) en van de ander, en verstoorde emotiebeheersing (APA, 2013; Eurelings-Bontekoe et al., 2017). Deze negatieve ervaringen uit het verleden hebben betrekking op een gebrek aan mentalisatie; het vermogen om de eigen en andermans mentale toestand te begrijpen (Bateman &

Fonagy, 2012). Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis krijgen over het algemeen psychotherapie zoals Mentalization Based Therapy, schematherapie, dialectische gedragstherapie en/of medicatie.

Beeldende therapie

Een andere therapeutische benadering die wordt ingezet voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis en die er op gericht is om gevoelens, gedrag en gedachten te veranderen, is beeldende therapie (van den Broek et al., 2011; Eren et al., 2014; Franks & Whitaker, 2007; Gatta et al., 2014; Green et al., 1987; Haeyen, 2018; Haeyen et al., 2018; Springham et al., 2012). De doelgroep volgt over het algemeen een multidisciplinaire

Beeldende therapie maakt patronen, gevoelens en gedrag zichtbaar en tastbaar

behandeling en beeldende therapie maakt daar vaak deel van uit. In de beeldende therapie werken cliënten methodisch en ervaringsgericht aan individuele therapeutische doelen via het werken met verschillende beeldende materialen zoals verf, klei, potlood, et cetera en via werkvormen waarin ervaringen worden opgeroepen en mensen verschillende vormen van gedrag kunnen beoefenen. Er wordt gewerkt aan het ontwikkelen van vaardigheden op emotioneel, cognitief, sociaal of fysiek gebied, die in het dagelijks leven toepasbaar zijn (Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie, 2018). Beeldende therapie is effectief voor

cliënten gediagnostiseerd met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C, zoals blijkt uit recent onderzoek ($N = 74$) (Haeyen, 2018; Haeyen et al., 2018). Het reduceert het algemeen psychisch disfunctioneren en specifieke symptomen zoals vroegtijdig mal-adaptieve gedragingen of emotionele toestanden (impulsiviteit, onthechting, kwetsbaarheid en bestraffend gedrag). Het bevordert ook adaptieve modi (aangename gevoelens, spontaniteit en zelfregulering) en positieve mentale gezondheid, een versterking van welzijn en andere positieve uitkomstmaten. Onaangename innerlijke gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties worden gemakkelijker geaccepteerd (Haeyen et al., 2018). Van den Broek et al. (2011) vonden dat (onder andere) beeldende therapie vroege emotionele toestanden kan uitlokken.

Ondanks het feit dat er nog niet veel onderzoek is gedaan op dit gebied, wordt beeldende therapie door professionals en cliënten in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg gezien als een waardevolle behandeling voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis (Karterud & Pederson, 2004). Door middel van beeldende therapie ervaren cliënten verbeteringen in gewaarwording, emotieregulatie, persoonlijke integratie, gedrag en het verkrijgen van inzicht in en begrip van hun problematiek (Haeyen et al., 2015; Springham et al., 2012). Beeldende therapie sluit aan bij specifieke symptomen van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C, zoals de instabiliteit van het zelfbeeld, en kan behulpzaam zijn bij het verbeteren van het interpersoonlijk functioneren (Green et al., 1987). Het maakt ook patronen, gevoelens en gedrag zichtbaar en tastbaar in het geproduceerde kunstwerk

oftewel het 'beeldend product' (Schweizer et al., 2009). Op basis van het voorgaande lijken CFT en beeldende therapie nauw met elkaar verbonden te zijn en zou juist de combinatie ervan meerwaarde kunnen hebben.

Beeldende therapie zou een aanvulling kunnen zijn op CFT, aangezien doen en ervaren als belangrijke componenten van CFT worden beschouwd (Gilbert, 2018a).

CFT is gericht op directe zintuiglijke ervaring, bijvoorbeeld in het gebruik van geleide imaginatie. Ook wordt gesuggereerd dat beeldende therapie essentieel is voor het ontwikkelen van een hoger mentalisatievermogen. Door het visualiseren van de innerlijke mentale staat in een tastbare vorm, het beeldend product, wordt het proces van expliciete mentalisatie behapbaar en beheersbaar gemaakt (Springham et al., 2012). Bovendien is mindfulness, een belangrijk aspect van CFT, onlosmakelijk verbonden met beeldende therapie dankzij de tactiele kwaliteit van het werken met verschillende kunstmaterialen, ervaringen in het hier-en-nu en het aanbrengen van veranderingen in het beeldend werk (Davis, 2015). Het door Gilbert ontwikkelde CFT-protocol is specifiek ontworpen voor gesprekstherapie (2018b). Omdat er in de praktijk veelal multidisciplinair wordt samengewerkt, is het belangrijk dat in andere vormen van therapie, zoals beeldende therapie, op basis van hetzelfde raamwerk wordt gewerkt. Voor de effectiviteit van de psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is het immers van belang dat die gebaseerd is op een helder, samenhangend en eenduidig therapiemodel dat consequent wordt toegepast (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ, 2008).

Het doel van het huidige onderzoek is het ontwikkelen van een op compassie gericht beeldende-therapieprogramma voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen, met als doel het versterken van compassievaardigheden en meer adaptieve emotieregulatie.

Methode

Intervention Mapping (IM) is een systematische methode voor het ontwikkelen, implementeren en evalueren van gezondheidsinterventies (Bartholomew, 2016). Volgens IM worden ervaringskennis (empirische kennis) en theorie gebruikt om te komen tot een interventie die de gezondheid bevordert. IM bestaat uit de volgende zes stappen.

- Stap 1. Behoeftbeoordeling door middel van een review van wetenschappelijke literatuur over de doelgroep, de omgevingsfactoren en determinanten die gezond, compassievol gedrag in de doelgroep bevorderen.
- Stap 2. Definiëring van doelstellingen voor gedragsverandering gericht op compassievol gedrag in de doelgroep.
- Stap 3. Beoordeling van theoretische methoden en hun praktische toepassing voor de doelen gericht op het ontwikkelen van compassie.
- Stap 4. Vertaling van bestaande methoden naar een gestructureerde beeldende therapeutische interventie.
- Stap 5. Planning van de aanpassing, implementatie en duurzaamheid van de ontworpen interventie.
- Stap 6. Het opstellen van een evaluatieplan (Bartholomew, 2016).

Stap 1 en 2 werden uitgevoerd door middel van een literatuurreview van de doelgroep en door middel van een multidisciplinaire focusgroep bestaande uit elf ggz-professionals (psychiater, psychotherapeuten, beeldend therapeut, muziektherapeut, psychomotorisch therapeut, sociotherapeuten, systeemtherapeut), allen gespecialiseerd in de behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C, over het gebruik van compassie in de therapie en de behoeften van de doelgroep. Voor de gehanteerde zoektermen en geraadpleegde databases voor literatuur verwijzen we naar het oorspronkelijke, Engelstalige artikel (Haeyen & Heijman, 2020). De informatie uit de focusgroep werd onderworpen aan een open en axiale codering en gekoppeld aan het literatuuronderzoek. In stap 3 werd een deelonderzoek uitgevoerd naar de bruikbaarheid van beeldend therapeutische werkvormen gericht op compassie. Een gedeelte hiervan richtte zich op het uitvoeren van proefsessies. Hiertoe vulden *service users* (de cliënten) zelfrapportage-vragenlijsten in, werden twee focusgroepen gehouden met in totaal negen cliënten en werden de aangeboden sessies geëvalueerd met de twee uitvoerende therapeuten. Ook werd een focusgroep gehouden met drie beeldend therapeuten met ruime ervaring in het werken met cliënten bij wie een persoonlijkheidsstoornis is gediagnosticeerd. Deze focusgroep besprak potentieel werkzame beeldend-therapeutische interventies voor deze doelgroep, gericht op het versterken van compassie. De theoretische methoden, werkvormen, technieken en praktische toepassingen daarvan, zoals die in deze stap zijn geïnventariseerd en geanalyseerd,

werden beoordeeld op bruikbaarheid. Daarnaast werd een literatuurstudie uitgevoerd met als thema 'kernelementen in de CFT-module en de mogelijke toepassing daarvan in de beeldende therapie'. Voor de gehanteerde trefwoorden, afbakening en geraadpleegde databases voor literatuur verwijzen we wederom naar het oorspronkelijke artikel. Deze peer-reviewed onderzoeksliteratuur werd aangevuld met beschrijvende literatuur, handboeken en beschrijvingen van expert meningen. In stap 4 werden de resultaten gecombineerd tot een gestructureerde interventie. In stap 5 werd de interventie geïmplementeerd en gesuperviseerd en in stap 6 werd een evaluatieplan geschreven om het behoud van de interventie te bevorderen.

Resultaten

De resultaten van het IM-proces worden beschreven volgens de zes stappen.

Stap 1. Beoordeling van de behoeften

In stap 1 werd een literatuurreview en focusgroep met ggz-professionals geraadpleegd. Uit de literatuur kwam naar voren dat, zoals in het voorwoord wordt vermeld, persoonlijkheidsstoornissen in de gezondheidszorg veelvuldig voorkomen. Cluster B wordt ook wel het impulsieve, dramatische of emotionele cluster genoemd. Cluster C heeft een meer op angst gebaseerd karakter (van der Molen et al., 2015). Omdat deze twee diagnostische clusters in de praktijk veelal in gelijksoortige behandelprogramma's voorkomen, beperkt deze studie zich tot deze twee groepen.

Een centraal kenmerk van persoonlijkheidsstoornissen is een gebrek aan emotieregu-

Tabel 1. *Specifieke determinanten van ineffectief gedrag per persoonlijkheidsstoornis (APA, 2013) (Haeyen et al., 2018).*

Diagnostische groep (prevalentie in de algemene bevolking)		Specifieke determinant
Cluster B	<i>Antisociale persoonlijkheidsstoornis</i> (0.2–3.3% ^a)	Aanhoudend patroon van minachting voor en schending van de rechten van anderen, gebrek aan empathie, opgeblazen zelfbeeld, manipulatief en impulsief gedrag
	<i>Borderline persoonlijkheidsstoornis</i> (1.6–5.9% ^b)	Aanhoudend patroon van instabiliteit in relaties, zelfbeeld, identiteit, gedrag en affecten die vaak leiden tot zelfbeschadiging en impulsiviteit
	<i>Histrionische persoonlijkheidsstoornis</i> (1.84%)	Aanhoudend patroon van aandacht zoekend gedrag en buitensporige emoties
	<i>Narcistische persoonlijkheidsstoornis</i> (0–6.2%)	Aanhoudend patroon van grootsheid, behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie
Cluster C	<i>Vermijdende persoonlijkheidsstoornis</i> (2.4%)	Aanhoudende gevoelens van sociale remming en ontoereikendheid, extreme gevoeligheid voor negatieve waardering
	<i>Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis</i> (0.49%/0.6%)	Aanhoudende psychologische behoefte om door andere mensen te worden verzorgd
	<i>Obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis</i> (2.1–7.9%)	Gekenmerkt door rigide conformiteit aan regels, perfectionisme en controle tot het punt van voldoening en uitsluiting van ontspannende activiteiten en vriendschappen (niet hetzelfde als, en heel anders dan, een obsessief-compulsieve stoornis)

latie (Dimaggio e.a., 2017). De vormen die dit per diagnostische groep kan aannemen zijn weergegeven in tabel 1, waarin de specifieke criteria per persoonlijkheidsstoornis volgens de American Psychiatric Association (2013) zijn opgesomd. Deze determinanten zijn egosyntoon, dat wil zeggen dat ze worden gezien als een fundamenteel onder-

deel van de persoon en zijn of haar karakter.

Emotionele ontregeling, of het onvermogen om effectief te reageren op en om te gaan met emoties, is vastgesteld als een kernsymptoom bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, die het welzijn aantasten en veel leed veroorzaken.

Emotionele ontregeling bij individuen met een persoonlijkheidsstoornis verwijst naar schade aan zichzelf of aan anderen, affectieve labiliteit, angst, cognitieve ontregeling, vermijding, tegenwerking en achterdocht (APA, 2013). Effectieve behandeling van

Helaas zijn traditionele behandelingen matig succesvol in het verbeteren van de emotieregulatie

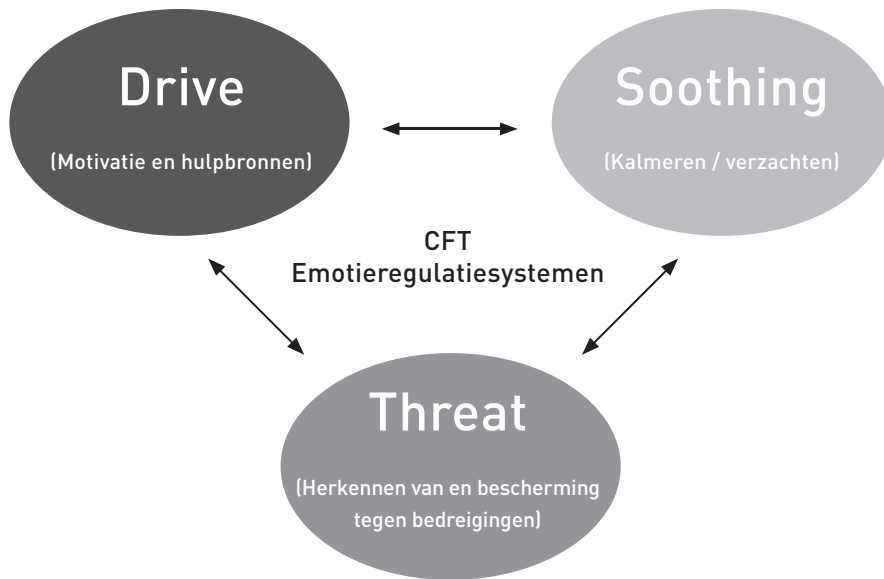
emotiedisregulatie kan de last aanzienlijk verminderen en de kwaliteit van leven van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis verbeteren. Helaas zijn traditionele behandelingen slechts matig succesvol in het verminderen van problemen met de emotieregulatie (Cristea et al., 2017). Een alternatieve vorm van behandeling die een nuttige strategie kan bieden voor het verbeteren van de emotieregulatie bij deze specifieke groep cliënten is CFT. CFT leidt tot een afname van schaamte en zelfkritiek bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis en wordt als waardevol beschouwd in het proces van emotieregulatie (Lucre & Corten, 2013). Een meta-analyse door Wilson et al. (2018) toonde aan dat compassie-gerelateerde therapieën de zelfcompassie vergroten en de symptomen van angst en depressie verminderen.

Bij CFT is compassie gerelateerd aan een evolutionaire functionele analyse van emoties, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen drie belangrijke emotieregulerende systemen (zie figuur 1):

1. Het Threat-systeem zorgt voor veiligheid en de vecht/vlucht-reactie. Hier horen emoties bij zoals angst, walging en stress.
2. Het Drive-systeem zorgt dat we werken voor wat we willen en onze behoeften vervullen. Emoties die hierbij horen zijn opgewondenheid en vitaliteit.
3. Het Soothing-systeem gaat over gronden, niet-willen en veiligheid. Dit is de cirkel die ons tot rust brengt. Emoties die bij de Soothing-cirkel horen zijn kalmte en tevredenheid (Gilbert, 2009, 2014).

CFT is gericht op mensen die ervaringen met verzachtende positieve effecten moeilijk of angstaanjagend vinden. Dit kan met name geschikt zijn voor cliënten bij wie een persoonlijkheidsstoornis is vastgesteld en waarvan het bedreigingssysteem overactief lijkt (bijv. angst, verdriet, schuld, boosheid, schaamte) en waarvan het kalmerende systeem slecht toegankelijk lijkt. CFT kan bijdragen aan een effectievere emotieregulatie door het versterken van het vermogen van een individu om kalmerende emoties te ervaren en te tolereren bij tegenslagen, en door het versterken van het vermogen om onaangename of gevreesde emoties zoals boosheid, angst of schuldgevoelens (die kenmerkend zijn voor het dreigingsstelsel) te reguleren en aan te gaan (Chakhssi, 2015).

Emotiereguleringsproblemen bij persoonlijkheidsstoornissen worden in verband gebracht met een verminderd hechtingsproces, evenals mal-adaptieve interpersoonlijke gedragspatronen (Lewis, 2018). Als een baby in zijn of haar eerste jaren geen binding (liefde, vertrouwen en kalmte door middel van kalmte) met zijn of haar ouders ervaart,



Figuur 1. CFT emotieregulatiesystemen.

kan dit leiden tot angst voor relaties en liefde, welke later als een vorm van zelfbescherming worden vermeden (Mikulincer & Shaver, 2007). CFT maakt gebruik van de hechtingsrelatie en het belang van affectie en positieve bevestiging voor een gezonde mentale conditie en effectieve emotieregulering (Gilbert, 2018a).

Uit de multidisciplinaire focusgroep van gespecialiseerde ggz-professionals werd het belang van het ontwikkelen van compassie in de doelgroep benadrukt. Het bleek dat cliënten in deze doelgroep veel zelfkritiek hebben; ze zijn niet gewend aan positieve validatie en hebben moeite om met anderen in contact te komen. Ze hebben moeite om zich te binden en duwen mensen vaak weg om zichzelf te beschermen tegen pijn en emoties. CFT is geschikt voor cliënten die gediagnosticeerd zijn met persoonlijkheidsstoornissen en waarvan het bedreigingssys-

teem over-geactiveerd is (door bijvoorbeeld angst, verdriet, schuld, boosheid, schaamte) en waarvan het kalmerende systeem slecht toegankelijk lijkt (Gilbert, 2018a). Ongeluk, misbruik en gebrek aan warmte in de hechting hebben een duidelijke relatie met zelfkritiek en zelfcompassie (Naismith et al., 2019). De focusgroep liet zien dat compassievergroting cliënten kan leren om minder streng en onvergeeflijk te zijn voor zichzelf, dat schuldgevoelens kunnen worden gebagatelliseerd en cliënten gezondere emoties kunnen ontwikkelen door middel van het kalmerende systeem. De professionals zagen dat cliënten bij het leren over compassie milder werden voor zichzelf en een hoger mentaliserend vermogen toonden; ze toonden meer begrip en inzicht in zichzelf en anderen. Ook gingen ze meer experimenteren met nieuw gedrag en het verkennen van emoties.

Stap 2. Doelstellingen voor gedragsveranderingen

Naar aanleiding van bovenstaande gegevens is gekozen voor belangrijke en veranderlijke gedragsdoelstellingen. Voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen van zowel cluster B als C werden de determinanten uit tabel 1 samengevat en vertaald naar algemene therapeutische veranderingsdoelstellingen gericht op emotiereguleringsystemen en compassievaardigheden. Deze algemene veranderingsdoelen werden hierna weer vertaald naar meer concrete doelen die in de beeldende therapie worden nagestreefd (zie tabel 2). De algemene veranderingsdoelen kunnen als volgt worden beschreven.

De cliënt:

1. is in staat om emoties te ervaren in het hier-en-nu. De persoon maakt actief gebruik van mindfulness-vaardigheden om emoties volledig te ervaren, en heeft een gerichte aandacht voor gevoelens, acties en gedachten.
2. herkent en onderscheidt de eigen belangrijke emotiereguleringsystemen, het Threat-systeem, het Drive-systeem en het Soothing-systeem. De persoon heeft het vermogen om de eigen emotiereguleringsystemen te herkennen, te valideren en te reguleren. Het vermogen om emoties te reguleren is sterker wanneer een persoon heeft geleerd hoe emotionele toestanden te herkennen, hoe emotionele stress te tolereren, of wanneer men de eigen emotionele reacties kan vertrouwen als een weerspiegeling van geldige interpretaties van gebeurtenissen (Linehan, 1996). Dit is een veranderingsdoel vanwege factoren zoals emotionele ontregeling, overmatige emoties, emotionele kwetsbaarheid,

extreme gevoeligheid, en impulsief, vermijdend of aandachttrekkend gedrag (Haeyen et al., 2018) bij de doelgroep. De persoon begrijpt wanneer en hoe eigen emotiereguleringsystemen worden geactiveerd.

3. is in staat om emoties constructief uit te drukken en te reguleren. De persoon is in staat te laten zien wat er vanbinnen wordt gevoeld door het uiten van emoties en is in staat om hiermee om te gaan in een richting die constructief/helpend, geruststellend en kalmerend is.
4. gebruikt verbeterde compassie en zelfcompassie. Dit betekent dat de persoon compassievaardigheden gebruikt om zichzelf te beschermen, om zichzelf te motiveren, en om zichzelf en anderen gerust te stellen en te kalmeren. In plaats van overdreven zelfkritisch te zijn, kan de persoon observerend, mild, acceptierend en acceptierend naar zichzelf zijn.

Stap 3. Theoretische methoden en praktische strategieën

In stap 3 zijn de algemene veranderingsdoelstellingen uit stap 2 vertaald naar praktische strategieën door het selecteren van op theorie gebaseerde interventiemethoden. Theoretische fundamenteën en empirisch geëvalueerde methoden en strategieën voor deze veranderingsdoelen werden verkregen door literatuuronderzoek. Praktijkgerichte interventiemethoden werden geselecteerd uit de resultaten van een haalbaarheidsstudie op basis van ervaringen van gebruikers in 4 pilot CFAT-sessies; twee focusgroepen met negen cliënten en twee uitvoerende beeldend therapeuten, en een inventarisatiefocusgroep met drie senior beeldend therapeuten, met

Tabel 2. Matrix van algemene veranderingsdoelen en prestatiedoelstellingen in compassiegerichte beeldende therapie voor patiënten met cluster B / C persoonlijkheidsstoornissen

Doelgroep en determinant (geselecteerd)	Algemene veranderingsdoelen	Concrete doelen compassiegerichte beeldende therapie
<p>Cluster B Gebrek aan empathie Instabiliteit in relaties Instabiliteit van zelfbeeld, identiteit Instabiliteit van gedrag (impulsiviteit) en affecten (overmatige emoties)</p>	<p>1. Kan emoties ervaren in het hier-en-nu. 2. Herkent en onderscheidt de eigen belangrijkste emotiereguleringsystemen: (1) ervaart bescherming tegen bedreigingen, het Threat-systeem, (2) vindt motivatie en hulpbronnen, het Drive-systeem en (3) ervaart rust en verbondenheid, het Soothing-systeem.</p>	<p>1. De cliënt is in staat om emoties in het hier-en-nu bewust, met gerichte aandacht, tijdens het maakproces en de reflectieve verwoording op basis van eigen en andermans uitingen in het kunstwerk te ervaren.</p>
<p>Cluster C Gevoelens van sociale remming en ontoereikendheid Afhankelijk of vermijdend gedrag en angstgevoelens (onderdrukte / vermeden emoties) Extreme gevoeligheid voor negatieve waardering Psychologische behoefte om door andere mensen te worden verzorgd Rigide conformiteit met regels, perfectionisme en buitensporige controle</p>	<p>3. Is in staat om emoties constructief uit te drukken en te reguleren. 4. Gebruikt verbeterde compassie- en zelfcompassievaardigheden.</p>	<p>2. De cliënt drukt zich uit en structureert emotie in de maakprocessen gericht op het reguleren van emoties en het verbeteren van het kalmeringssysteem. 3. De cliënt onderzoekt de eigen patronen betreffende emotiereguleringsystemen in het beeldende werkstuk en in de reflectie achteraf. 4. De cliënt ontwikkelt compassievaardigheden en compassievolle gedachten over eigen en andermans acties, emoties en beeldende werkstukken. 5. De cliënt ontwikkelt een meer compassievol zelfgevoel door de eigen creatieve expressie te observeren en hierover mild en acceptierend te zijn (in plaats van overdreven zelfkritisch te zijn) en door open te staan voor experimenten en spontane acties met het beeldend medium.</p>

vele jaren ervaring in het werken met deze doelgroep. De bruikbaarheid van de theoretische methoden, werkvormen, technieken en

hun praktische toepassing, zoals die in deze stap zijn geïnventariseerd en geanalyseerd, zijn beoordeeld.

Doelstelling 1: emoties in het hier-en-nu mindful en met gerichte aandacht ervaren. Dit kan worden bereikt door het aanleren van mindfulness-vaardigheden. Het oefenen van gerichte aandacht en het gebruik van zintuiglijke stimulatie in de beeldende therapie zorgt voor het 'gronden' (*grounding*) van de lichaamservaring, het geeft toegang tot de innerlijke wijsheid van de cliënt, wat resulteert in meer compassie, en het verhoogt de vaardigheden om in het ervaringsproces te blijven (Rappaport, 2014, p. 193). Mindfulness in de beeldende therapie kan gebruikt worden om de zelfcompassie te vergroten, omdat het niet-oordelende karakter ervan wordt benadrukt en de zelfkritiek afneemt (Rappaport, 2014; Hogan, 2016). Mindfulness-Based Art Therapy (MBAT) zorgt ook voor een significante afname van stress (Monti et al., 2006; Jalambadani & Borji, 2019) en kenmerken van depressie en angst (Jang et al., 2018) bij cliënten in de medische gezondheidszorg.

Doelstelling 2: herkennen en onderscheiden van eigen emotiereguleringsystemen. Emotionele reguleringssystemen worden zichtbaar en herkenbaar in beeldend werk op basis van het analoge procesmodel (Pénzes et al., 2014). Deze strategie analyseert de analogie tussen het kunstwerk en het dagelijks leven van de cliënt. De verschillende systemen worden letterlijk zichtbaar voor de cliënt. Strategieën die door de focusgroepen worden benadrukt zijn onder andere het letterlijk uitwerken van de emotiereguleringsystemen van Gilbert (2018a), waarbij omvang en afstand tussen systemen geanalyseerd en vergeleken kunnen worden met het dagelijks leven.

Ineffectieve emotiestrategieën kunnen niet alleen worden herkend, maar ook in het beeldend werk worden verwijderd of worden aangepast naar effectieve strategieën, waardoor ruimte ontstaat voor het beoefenen van gezond gedrag (Haeyen et al., 2015; Verfaillie, 2016).

Doelstelling 3: het constructief uitdrukken en reguleren van emoties.

Het uiten en reguleren van deze emotiesystemen kan in de praktijk worden bereikt door de nadruk te leggen op de eigen gevoelens en behoeften (Haeyen et al., 2015; Gilbert, 2018a) om een gezond kalmerend systeem te versterken. Geleide imaginatie wordt in de beeldende therapie gebruikt om symptomen te verzwakken, de stemming te veranderen en genezing te activeren (Malchiodi, 2011). Mentale beelden roepen dezelfde hersenactiviteit op als 'echte' beelden. Op deze manier kunnen de zintuigen worden geprikkeld door geleide imaginatie. Het maken van beeldend werk na een geleide imaginatie kan het kalmerende gevoel dieper verankeren en zichtbaar maken wat hiervoor nodig is (Malchiodi, 2011). Franklin (2010) wees erop dat beeldend werken helpt bij het moduleren van emoties die gepaard gaan met hechtingsrelaties. Daarnaast is de strategie afleiding effectief in beeldende therapie om emoties te reguleren (Gruber & Oepen, 2017), dankzij haar indirecte werking.

Doelstelling 4: Gebruikmaken van verbeterde zelfcompassie vaardigheden.

Beeldende therapie blijkt uitermate geschikt voor het verbeteren en beoefenen van zelfcompassie (Williams, 2018). Lijden wordt letterlijk zichtbaar op papier en kan

hierdoor gereguleerd worden. Praktische strategieën zijn het mild en observerend bekijken van het beeldend werk, met aandacht voor beeldkenmerken en speelse verkenning, zodat de zelfkritische kant tot zwijgen wordt gebracht en de zelfcompassie

Compassie kan ook betekenen dat je eerlijk bent tegen jezelf en zelfkritiek onder ogen ziet

wordt vergroot (Withrow, 2004). Het maken van beeldend werk kan tot veel kritische gedachten leiden (Haeyen, 2015). Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis kunnen daarbij zeer streng zijn voor zichzelf en bijvoorbeeld hun eigen werk weggoien. In de beeldende therapie leren ze op een oordeelvrije manier te kijken en zich bewust te worden van hardnekkige patronen van zelfkritiek (Haeyen, 2015). De kracht van de groep in de beeldende therapie zorgt er ook voor dat men compassievol kan reageren op het werk van een ander. De focusgroepen benadrukken dat zelfkritiek in beeld kan worden gebracht en dat het gebruik van materialen kan worden vergeleken met een compassievol beeld, met een compassievolle omgeving. Een overweging hierbij is dat gebleken is dat de therapie zich niet slechts moet richten op de warmte van compassie; zo'n eenzijdige benadering kan ertoe leiden dat cliënten een negatieve houding ten opzichte van compassie aannemen. Compassie kan ook betekenen dat je eerlijk bent tegen jezelf, jezelf serieus neemt en zelfkritiek onder ogen ziet.

Stap 4. Interventie

In stap 4 worden de theoretische modellen en methoden van stap 3 vertaald naar een handleiding voor de interventie. De handleiding is gebaseerd op informatie uit stap 1 tot en met 3, het literatuuronderzoek, de pilotsessies, de focusgroep met beeldend therapeuten en een groep met een gespecialiseerd behandelteam voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Bij het nemen van beslissingen is gebruikgemaakt van de jarenlange ervaring van de eerste auteur (SH) met beeldende therapie-opdrachten die door veel beeldend therapeuten worden gebruikt en in de praktijk wordt gebruikt voor persoonlijkheidsstoornis-behandelingen, waarbij opdrachten uit een groter werkboek zijn overgenomen (Haeyen, 2018). Het CFT-protocol van Gilbert werd gebruikt als kader voor het ontwerp van het CFAT-programma. De uiteindelijke beslissingen voor dit 10-sessies interventieprotocol werden genomen in de onderzoeksgroep. We concludeerden dat een interventieprogramma zich moet richten op:

1. een duidelijke generieke behandelstructuur;
2. de veranderingsdoelen die passen bij de doelen van de cliënt;
3. een therapeutische stijl die past bij deze doelen;
4. het monitoren van de voortgang in de beeldende therapie;
5. en de ondersteuning van beeldend-therapeutische professionals.

Inclusiecriteria

De therapie is voor volwassenen (18+ jaar) met een diagnose persoonlijkheidsstoornis cluster B en/of C of een niet nader gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (American

Psychiatric Association, 2013), een IQ > 80, die moeilijkheden ondervinden door te veel zelfkritiek of zich gemakkelijk bedreigd voelen. Exlusiecriteria zijn acute crisis, psychose, daadwerkelijk en ernstig suïcidaal gedrag en/of gedachten, en/of ernstige hersenpathologie. Cliënten participeren op vrijwillige basis.

Algemene structuur: 10-sessies CFAT-programma.

Dit CFAT-programma heeft een structuur van tien wekelijkse sessies van ieder 90 minuten groepsgerichte beeldende therapie, elk gebaseerd op de veranderingsdoelen (zie tabel 3). De setting van de therapie moet transparant en veilig zijn en het moet mogelijk zijn om te vertrouwen op professionele crisisinterventie wanneer dat nodig is. De therapeutische groepssituatie moet haalbaar zijn, wat betekent dat de cliënt kan profiteren van de therapiegroep en ook constructief kan samenwerken met anderen. Het is een open, doorlopende groep. De sessies eindigen met discussie en reflectie op basis van het beeldende proces en het beeldende product. De sfeer van de sessies moet er een zijn van respect, validatie, empathie en begrip, met de nadruk op de noodzaak om de communicatie in stand te houden, om de communicatiekanalen open te houden (Fonagy et al., 2015). Dit is van groot belang om het epistemisch vertrouwen in de cliënt met persoonlijkheidsstoornissen te herstellen. Epistemisch vertrouwen wordt gedefinieerd als openheid voor de ontvangst van sociale kennis die als persoonlijk relevant en van algemeen belang wordt beschouwd (Fonagy et al., 2015), wat een gevoel geeft dat de menselijke communicatie te vertrouwen en betrouw-

baar is. Dit blijkt een sleutelement te zijn in de therapie voor ernstige psychiatrische cliënten (Buck & Havsteen-Franklin, 2013). Beeldende therapie creëert mogelijkheden voor gezamenlijke betrokkenheid. De cliënt creëert een beeldend werk dat resoneert met zijn of haar innerlijke gevoelens, dat de mogelijkheid voor de therapeut en andere cliënten om op een passende manier te reageren kan vergroten en dat mentalisatie kan bevorderen (Buck & Havsteen-Franklin, 2013). Om ervoor te zorgen dat de cliënten hun innerlijke gedachten en die van anderen beter begrijpen, moet daarom een sfeer van vertrouwen en validatie worden bevorderd.

Beschrijving van het CFAT-programma

Allereerst beschrijven we hoe elke veranderingsdoelstelling in het protocol als geheel wordt behandeld. In Tabel 3 staat een indeling per sessie. Een meer gedetailleerde uitwerking kan worden gevonden in de Engelse versie van dit artikel (Haeyen & Heijman, 2020). De inhoud van de beeldende therapie past bij de doelen van de cliënten met de persoonlijkheidsstoornis op basis van de veranderingsdoelen in stap 2 en de theoretische methoden en praktische strategieën in stap 3.

Veranderingsdoel 1: in staat zijn om emoties te ervaren in het hier-en-nu: de cliënt ontwikkelt mindfulness en zelfbewustzijnsvaardigheden door middel van op mindfulness gebaseerde warming-ups om te gronden en te komen tot het hier-en-nu. Het zelfbewustzijn wordt in alle opdrachten gestimuleerd door een focus op de ervaring in het hier-en-nu, het bevorderen van een verhoogde bewuste zintuiglijke en affectieve perceptie van beeldende materialen en een verhoogde verkenning van de kwaliteiten

van verschillende expressieve materialen die de beeldend therapeut aanbiedt, zoals pastel, klei en verf. Met behulp van geleide imaginatie wordt cliënten gevraagd om toe

te geven aan innerlijke beelden en emotionele perceptie. De reflectieve discussie richt zich op niet-oordelende vragen en kenmerken van het kunstwerk.

Tabel 3. *Compassion Focused Art Therapy-protocol (CFAT) (10 sessies) gebaseerd op theoretische modellen en empirisch gevalideerde methoden*

Sessie	Titel en beeldende werkvormen	Algemene veranderingsdoelen	Concrete doelen CFAT
1	<p><i>Bewustwording van mededogen</i></p> <p>Start met afstemming, bespreking van basisregels, warming-up: kalmerende ritme-ademhalingsoefening gericht op mindfulness door beweging van krijt op papier.</p> <p>Werkvorm: je bewust worden van mededogen door geleide beelden en het later verbeelden.</p> <p>Evaluatie: reflecteren.</p>	1, 4	1, 4, 5
2	<p><i>De boom van oorsprong</i></p> <p>Start met afstemming, warming-up: kalmerende ritme-ademhalingsoefening gericht op mindfulness, met behulp van een kleurpotlood, gericht op het herkennen van hun eigen behoeften.</p> <p>Werkvorm: 'de boom van oorsprong' met wortels (familie van oorsprong), stam (ontwikkeling) en takken (waar cliënten zich zorgen over maken).</p> <p>Evaluatie: reflecteren en huiswerk.</p>	1, 3, 4	1, 3, 4, 5
3	<p><i>Emotieregulatie</i></p> <p>Start met afstemming, bespreking van huiswerk. Inleiding tot de emotieregelsystemen: beschermings-, rij- en kalmerende systemen.</p> <p>Werkvorm: 'een foto van je drie cirkels', waarbij je je voorstelt hoe de emotieregulatiesystemen door jezelf worden herkend.</p> <p>Evaluatie: reflecteren.</p>	2, 3	2, 3
4	<p><i>Medelevend zelfbeeld</i></p> <p>Start met afstemming, warming-up: rustgevende ritme-ademhalingsoefening gericht op mindfulness, het tekenen van een komvorm en zintuiglijke ervaring.</p> <p>Werkvorm: 'verwelkom jezelf - zelfbeeld in een veilige omgeving'.</p> <p>Vormgeven van uw eigen silhouet en de omgeving met behulp van vormen en kleuren die passen bij uw meest medelevende zelf.</p> <p>Evaluatie: reflecteren.</p>	1, 2, 4	1, 2, 4, 5

Sessie	Titel en beeldende werkvormen	Algemene veranderingsdoelen	Concrete doelen CFAT
5	<p><i>Veiligheid versus geborgenheid</i></p> <p>Start met afstemming, warming-up: kalmerende ritme-ademhalingsoefening gericht op mindfulness door zintuiglijk bewust te worden van klei.</p> <p>Werkvorm: 'een breekbaar moment'. Geleide beelden, die zichzelf vormen als een kleifiguur met achtergrond / omgeving. Daarna voegen ze toe wat het kleifiguur nodig heeft om zich beter te voelen.</p> <p>Evaluatie: reflecteren.</p>	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4, 5
6	<p><i>Innerlijke criticus</i></p> <p>Start met afstemming, warming-up: kalmerende ritme-ademhalingsoefening gericht op mindfulness door ecoline te volgen die op papier dribbelt.</p> <p>Werkvorm: 'innerlijke criticus', vertoon de uitspraken van de innerlijke criticus, lees dit hardop voor elkaar en geef een visueel antwoord dat afkomstig is van je medelevende zelf.</p> <p>Evaluatie: reflecteren en huiswerk.</p>	2, 3, 4	2, 3, 4
7	<p><i>Schaamte</i></p> <p>Start met afstemming, bespreken huiswerk. Warming-up: rustgevende ritme-ademhalingsoefening gericht op opmerkzaamheid van de zintuiglijke ervaring van het scheuren van papier.</p> <p>Werkvorm: 'masker van schaamte', hoe je jezelf presenteert aan anderen (buitenkant masker) en de angst en schaamte (binnenkant masker).</p> <p>Evaluatie: reflecteren.</p>	2, 3, 4	2, 3, 4
8	<p><i>Het compassievolle zelf</i></p> <p>Start met afstemming, warming-up: kalmerende ritme-ademhalingsoefening gericht op mindfulness (scheuren van vliegenpapier).</p> <p>Werkvorm: 'een ontmoeting in het bos', het meedogende zelf verbeelden na geleide beelden.</p> <p>Evaluatie: reflecteren.</p>	1, 4	1, 4, 5
9	<p><i>Mededogen voor de ander</i></p> <p>Start met afstemming, warming-up: vertegenwoordigende emotie van het moment en de fysieke perceptie ervan.</p> <p>Werkvorm: 'medeleven tonen voor de ander', interactie tussen groepsleden door in een beeldend werkstuk te reageren op elkaars lastige situatie.</p> <p>Evaluatie: reflecteren.</p>	2, 3, 4	2, 3, 4

Sessie	Titel en beeldende werkvormen	Algemene veranderingsdoelen	Concrete doelen CFAT
10	<p>Afsluiting</p> <p>Start met afstemming.</p> <p>Werkvorm: schrijf na het bekijken van alle kunstwerken een brief aan jezelf. Dit wordt gevolgd door een 'medelevende wens' voor de toekomst in klei.</p> <p>Evaluatie: uitgebreide reflectie op het proces van elk groepslid.</p>	4	4, 5

Veranderingsdoel 2: erkent en onderscheidt eigen belangrijke emotieregulerende systemen: de cliënt geeft inhoud en vorm aan de verschillende emotiereguleringsystemen en brengt de respons op bedreigende situaties in kaart. Het verschil tussen veiligheid en geborgenheid wordt bestudeerd en de effectiviteit van de reactiesystemen van de cliënt wordt besproken. In de reflectieve nabespreking aan het einde van elke opdracht stelt de therapeut de cliënt specifieke vragen, met als doel bewustwording van emoties, gedrag en gedachten.

Veranderingsdoel 3: in staat zijn om emoties constructief uit te drukken en te reguleren: er worden verschillende werkvormen aangeboden, gericht op constructief gedrag, gevoelens en emoties. Cliënten onderzoeken hun kalmerende systeem en oefenen met het inzetten en vergroten ervan. Het bedreigingssysteem en zelfkritische gedachten worden vormgegeven en actief oefenen wordt gestimuleerd, doordat cliënten veranderingen aanbrengen in hun beeldende werkstukken en emoties reguleren.

Veranderingsdoel 4: gebruiken van verbeterde compassie/zelfcompassie-vaardigheden: de sessies richten zich op zelfcompassie en compassie voor anderen. Dit wordt bereikt door middel van geleide imaginatie-op-

drachten met het thema compassie, het geven van compassievolle reacties (in beeldvorm) op werkstukken van andere cliënten en het verbeelden van het ideale 'compassievolle zelf'. Er wordt gewerkt met positieve bekrachtiging en in de nabespreking worden vragen gesteld die gericht zijn op compassie.

Kwalificaties van de therapeut

Het is vereist dat deze interventie wordt uitgevoerd door een officieel opgeleide en geregistreerde beeldend therapeut met specifieke expertise in het begrijpen en aansturen van mensen met een cluster B- of C-persoonlijkheidsstoornis. Het is van groot belang dat de therapeut niet-oordelend en respectvol gedrag vertoont en de cliënten daar ook steeds toe aanspoort. De therapeut nodigt uit om het eigen en andermans werk te bespreken in niet-oordelende termen.

Stappen 5 en 6: uitvoering en evaluatie

De handleiding is geschreven en voor het eerst gebruikt in een ggz-instelling. De wetenschappelijke evaluatie van de interventie maakte deel uit van het implementatieproces. In een poliklinische behandelsetting werd de beschreven interventie bestudeerd als een proef voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C.

Drie cliënten voltooiden de gehele interventie en voor- en nametingen vonden plaats met gebruik van de instrumenten Positive and Negative Affect Scale (PANAS; Watson et al., 1988; Nederlands: Peeters et al., 1996), Self-Compassion Scale short form (SCS-SF; Raes et al., 2011), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004; Nederlands: Neumann et al., 2010) en Forms of Self-Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS; Gilbert et al., 2004; Nederlands: Sommers-Spijkerman et al., 2017).

De scores zijn geanalyseerd met behulp van de Reliable Change Index (RCI) om te bepalen of de verschillen tussen de voor- en nameting klinisch relevant zijn. Ook zijn de respondenten geïnterviewd en de transcripties geanalyseerd. Hieruit bleek dat het algemene beeld met betrekking tot de haalbaarheid positief was. Enkele aanpassingen in de informatievoorziening, het sessieprotocol en de duur van de sessies zijn wenselijk.

Alle meetinstrumenten vertoonden klinisch relevante verschillen. Deze verschillen laten zowel toename als afname van de emotieregulatie en compassie zien. Uit de resultaten wordt geconcludeerd dat de CFAT-module ingrijpt in zowel emotieregulatie als compassie. De totale score op de compassie-schaal, de SCS-SF, steeg van 47 naar 59 punten (RCI = 2.03) bij de eerste cliënt. Deze totaalscore is hoger dan de niet-klinische normale waarden ($\mu=48,12$, $SD=11,61$). Geval twee liet een klinisch relevante verbetering zien ten opzichte van 'inadequate self' op het FSCRS (RCI = 2,70). In de emotieregulerings-schaal, de DERS, werden verbeteringen aangetoond voor 'emotionele helderheid' bij de tweede cliënt (RCI = 2.26 > 1.65) en

'emotioneel bewustzijn' bij de eerste cliënt (RCI = 1.96 > 1.65). Het positieve effect, gemeten met de PANAS-schaal, nam significant toe bij de tweede cliënt (RCI = 2,27 > 1,65). Bij de eerste cliënt werd juist een toename van het negatieve affect gevonden (RCI = 2,27 > 1,65).

De algemene ervaringen van de cliënten waren positief. De cliënten bevonden zich in verschillende fasen van hun behandeling; dit geeft, in samenhang met de resultaten, aan dat we goed moeten kijken naar waar en wanneer deze module precies wordt ingezet en met welk doel. Zo lieten de cliënten in de midden-fase van de behandeling de beste resultaten zien. Het protocol gaf de cliënt in de opstartfase een gevoel van bewustwording en daardoor nam ook bewustwording van klachten toe. Gezien de kleine steekproef in dit onderzoek is het van groot belang om verder onderzoek te doen naar de effectiviteit en het tijdstip van compassiegerichte beeldende therapie om de resultaten meer overtuigende kracht te geven.

Discussie

In dit artikel hebben we de systematische ontwikkeling beschreven van een op compassie gericht beeldende-therapieprogramma voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C en dit programma is door beeldend therapeuten uitgevoerd. We hebben de stappen van het IM-proces gevolgd en een interventieprogramma op maat ontwikkeld. De aanbevolen houding van de therapeut is beschreven, evenals randvoorwaarden en gebruiksadvies. Het is geïmplementeerd aan de hand van een schriftelijke handleiding en we hebben een haalbaarheidsstudie uitgevoerd op basis van

drie casestudies. Het is de eerste keer dat het compassiegerichte werkboek van Gilbert is vertaald naar een beeldende-therapieprogramma op basis van een aantal potentieel effectieve methoden die zijn gecombineerd tot één kant-en-klaar programma op maat van de cliëntpopulatie. Dit is belangrijk, want een belangrijke instructie voor een compassie-interventie is het ontwikkelen van programmaboekjes die gemakkelijk te gebruiken zijn; dit zou het gebruik van deze interventie in verschillende contexten gemakkelijker en haalbaar kunnen maken (Kirby, 2017). Verder onderzoek is nodig om deze interventie nader te onderbouwen. Een aantal methodologische overwegingen kunnen over dit onderzoek worden gemaakt. Een beperking van het onderzoek is dat de meeste aangehaalde bronnen met betrekking tot beeldende therapie gebaseerd zijn op meningen van deskundigen of op kleine studies. Gezien de groei van het aantal studies over beeldende therapie zou deze kennisbasis de komende jaren verder

Verdere studie zou zowel de dosering als de timing kunnen omvatten

kunnen worden versterkt. Ten tweede ontbreekt een robuuste evaluatie van de interventie met een grotere steekproef; dit zou kunnen helpen om het protocol empirisch te onderbouwen. Het gebruik van kwalitatieve gegevens op grotere schaal wordt aanbevolen; dit kan aspecten omvatten als ervaringen van cliënten en therapeuten, barrières en implementeerbaarheid (Kirby, 2017). Ten slotte is op basis van deze

eerste pilotstudies nog niet bepaald wanneer deze interventie het beste kan worden ingezet; de timing lijkt belangrijk, maar nader onderzoek naar de effectiviteit ervan zal dit moeten aantonen. Naast de timing noemt Kirby (2017) als belangrijk aandachtspunt de dosering van compassiegerichte interventies. Verdere studie zou zowel de dosering als de timing kunnen omvatten. Sterke punten van dit onderzoek zijn ten eerste dat het ontwikkelen en testen van het protocol direct gericht is op de doelgroep: cliënten met een cluster B/C-persoonlijkhedsstoornis. Dit is in lijn met een aanbeveling van Kirby (2017) – het gebruik van specifieke klinische populaties in studies voor onderzoek naar compassiegerichte interventies. Ten tweede nam een aantal nauw betrokken partijen deel – verwijzers, kunsttherapeuten en andere professionals waarmee we in de praktijk werken. De verwachting is dat deze twee sterke punten samen een redelijk volledige afspiegeling vormen van de wens om compassie in de doelgroep te versterken door middel van beeldende therapie en de alternatieven om dit te bereiken. De PANAS, SCF-SF, DERS en FSCRS vragenlijsten zijn in dit onderzoek nuttig gebleken. Inhoudelijk zijn de vragenlijsten geschikt voor de zelfrapportage van de cliënt en op basis daarvan zijn RCI-scores berekend. Het gebruik van deze vragenlijsten zorgt voor een eenvoudiger vergelijking en een gemeenschappelijk begrip van de bruikbaarheid van verschillende compassiegerichte interventies. Een laatste, niet onbelangrijke aanbeveling voor verder onderzoek is een specifiek onderzoek naar de ‘actieve ingrediënten’ van de interventie. Dit is in lijn met de aanbevelingen van Kirby (2017) en met

aandachtspunten van studies van de beeldende therapie (FVB, 2017). De hier ontwikkelde CFAT-interventie bestaat uit verschillende componenten zoals mindfulness, geleide imaginatie en de combinatie met beeldende therapie. Het zou interessant zijn om een antwoord te vinden op de vraag welke specifieke ingrediënten in de interventie werken en welke niet – of minder. Verder onderzoek is van belang omdat reguliere vormen van psychotherapie slechts matig effectief blijken te zijn voor veel cliënten, onder wie cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Budge e.a., 2013; Cristea e.a., 2017; Stoffers e.a., 2012). Gilbert benadrukt ook dat bestaande therapieën slechts matig effectief zijn en dat veel cliënten niet reageren op de therapie. CFT zou er weleens voor kunnen zorgen dat het diepgewortelde negatieve gevoel dat cliënten ervaren, wordt aangepakt (Gilbert, 2018b).

Tot slot is compassie een relevant thema in de huidige samenleving en in de gezondheidszorg, en de specifieke elementen van beeldende therapie kunnen een effectieve manier zijn om compassie te versterken. De eigen emotionele expressie vraagt namelijk altijd om een positionering, waarbij direct geoefend kan worden in het aannemen van een compassievolle houding ten opzichte van zichzelf en van anderen. Het beeldend werkstuk van een cliënt is een authentiek product dat concreet zichtbaar en tastbaar aanwezig is. Deze kenmerken van beeldende therapie lijken belangrijk voor mensen die gediagnosticeerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis en die lijden aan problemen met compassie voor zichzelf en voor anderen. De ontwikkelde CFAT-interventie biedt hierop een passend antwoord.

Dankwoord

De auteurs willen de deelnemende cliënten en professionals bedanken voor hun bereidheid om hun standpunten, meningen en ervaringen te delen. Ook is dank verschuldigd aan Timea Kehr en Sandra van Leeuwen voor hun deelstudies in dit project, en aan Arjan Doolaar voor de APA-check.

Dit artikel betreft een vertaling van: Haeyen, S. & Heijman, J. (2020). Compassion Focused Art Therapy for people diagnosed with a cluster B/C personality disorder: An intervention mapping study. The Arts in Psychotherapy, 69(20).

Suzanne Haeyen is bijzonder lector Vaktherapie bij Persoonlijkheidsstoornissen en coördinator inhoud bij de masteropleiding Vaktherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en beeldend therapeut/onderzoeker bij GGNet en Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek.

Jackie Heijman is beeldend therapeut/junior-onderzoeker en lector Vaktherapie bij Persoonlijkheidsstoornissen aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Literatuur

Akwa GGZ. (2017). *Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen: Kwaliteitsontwikkeling GGZ*. Utrecht.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Bartholomew, L.K. (2016). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bateman, A. & Fonagy, P. (Eds.) (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.

Beaumont, S.L. (2012). Art therapy for gender-variant individuals: A compassion-oriented approach. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 25(2), p. 1-6.

Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. & Gilbert, P. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Clinical Psychology*, 52, p. 199-214.

Broek, E. van den, Keulen-de Vos, M. & Bernstein, D.P. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 38, p. 325-332.

Buck, E.T. & Havsteen-Franklin, D. (2013). Connecting with the image: how art psychotherapy can help to re-establish a sense of epistemic trust. *Art Therapy Online*, 4(1).

Budge, S.L., Moore, J.T., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Baardseth, T.P. & Nienhuis, J.B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 33, p. 1057-1066.

Chakhssi, F. (2015). Effects of a brief compassion induction on emotion regulation in patients with personality disorder. *Unpublished research protocol*.

Cristea, I.A., Gentili, C., Cotet, C.D., Palomba, D., Barbui, C. & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74, p. 319-328.

Dalai Lama. (1995). *The power of compassion: a collection of lectures by His Holiness the XIV Dalai Lama* (G. Thupten Jinpa, Trans.). New Delhi: HarperCollins.

Davis, B.J. (2015). *Mindful art therapy: A foundation for practice*. London: Jessica Kingsley.

Dimaggio, G., Popolo, R., Montano, A., Velotti, P., Perrini, F., Buonocore, L. & Salvatore, G. (2017). Emotion dysregulation, symptoms, and interpersonal problems as independent predictors of a broad range of personality disorders in an outpatient sample. *Psychology and Psychotherapy*, 90, p. 586-599.

- Eren, N., Ögünç, N.E., Keser, V., Bıkmaz, S., Şahin, D. & Saydam, B. (2014). Psychosocial, symptomatic and diagnostic changes with long-term psychodynamic art psychotherapy for personality disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41, p. 375-385.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R. & Snellen, W.M. (Eds). (2017). *Handboek persoonlijkheids-pathologie: Voor opleiding, onderzoek en klinische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Franklin, M. (2010). Affect regulation, mirror neurons, and the third hand: Formulating mindful empathic art intervention. *Art Therapy*, 27, p. 160-167.
- Franks, M. & Whitaker, R. (2007). The image, mentalisation and group art psychotherapy. *International Journal of Art Therapy*, 12, p. 3-16.
- Fonagy, P., Luyten, P. & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29, p. 575-609.
- FVB – Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2017). *Strategische Onderzoeksagenda voor de vaktherapeutische beroepen*. Verkregen van <https://fvb.vaktherapie.nl/strategische-onderzoeksagenda>.
- Gatta, M., Gallo, C. & Vianello, M. (2014). Art therapy groups for adolescents with personality disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41, p. 1-6.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Londen: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), p. 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, p. 6-41.
- Gilbert, P. (2018a). *Compassion focused therapy: De toepassing binnen CGT*. (L. Berkhuizen, Trans.). Amsterdam: Boom.
- Gilbert, P. (2018b). *Protocol CFT-behandeling*. Unpublished treatment protocol.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, p. 31-50.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, p. 353-379.
- Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor Structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), p. 41-53.

Green, B.L., Wehling, C. & Talsky, G. J. (1987). Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. *Hospital Community Psychiatry*, 38, p. 988-991.

Gruber, H., & Oepen, R. (2018). Emotion regulation strategies and effects in art-making: A narrative synthesis. *Arts in Psychotherapy*, 59, p. 65-74.

Haeyen, S. (2015). De Gezonde Volwassene verstevigen in beeldende therapie: Meer een gevoeld dan gedacht proces. In A.-M. Claassen & S. Pol (Eds.), *Schematherapie en de Gezonde Volwassene: Positieve technieken uit de praktijk* (p. 157-174).

Haeyen, S. (2018). *Effects of art therapy: The case of personality disorders clusters B/C* (proefschrift). Radboud Universiteit, Nijmegen.

Haeyen, S., Dehue, F., van Hooren, S., van der veld, W. & Hutschemaekers, G. (2018). Development of an art therapy intervention for patients with Personality Disorders: An intervention mapping study. *International Journal of Art Therapy*, 23, p. 125-135.

Haeyen, S. & Heijman, J. (2020). Compassion Focused Art Therapy for people diagnosed with a cluster B/C personality disorder: An intervention mapping study. *The Arts in Psychotherapy*, 69.

Haeyen, S. & Heijman, J. (2020). Werkboek Compassion Focused Art Therapy. Tien sessies beeldende therapie voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C. *Unpublished*.

Haeyen, S., van Hooren, S. & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 45, p. 1-10.

Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W. & Hutschemaekers, G. (2018). Efficacy of art therapy in individuals with personality disorders cluster B/C: A randomized controlled trial. *Journal of Personality Disorders*, 32, p. 527-542.

Hogan, S. (2016). *Art therapy theories: A critical introduction*. London: Routledge.

Jalambadani, Z. & Borji, A. (2019). Effectiveness of mindfulness-based art therapy on healthy quality of life in women with breast cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6, p. 193-197.

Jang, S.H., Lee, J.H., Lee, H.J. & Lee, S.Y. (2018). Effects of mindfulness-based art therapy on psychological symptoms in patients with coronary artery Disease. *Journal of Korean Medical Science*, 33, e88.

Karterud, S. & Pedersen, G. (2004). Short-term day hospital treatment for personality disorders: Benefits of the therapeutic components. *Therapeutic Communities*, 25, p. 43-54.

Kirby, J.N. (2017). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology & Psychotherapy*, 90, p. 432-455.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lewis, J.J. (2018). *Attachment insecurity, emotion regulation difficulties, and mindfulness deficits in personality pathology*. Dissertation, University of North Texas.

Linehan, M.M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis: Handboek voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Lucre, K.M. & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy, 86*, p. 387-400.

Malchiodi, C.A. (2011). *Handbook of art therapy* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*, p. 545-552.

Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford Press.

Molen, H.T. van der, Simon, E. & Lankveld, J. van (Eds.). (2015). *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* (3rd ed.). Groningen: Noordhoff.

Monti, D., Peterson, C., Kunkel, E., Hauck, W., Pequignot, E., Rhodes, L. & Brainard, G. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology, 15*, p. 363-373.

Naismith, I., Zarate Guerrero, S. & Feigenbaum, J. (2019). Abuse, invalidation, and lack of early warmth show distinct relationships with self-criticism, self-compassion, and fear of self-compassion in personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 26*, p. 350-361.

Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self & Identity, 2*, p. 223-250.

Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self & Identity, 2*, p. 85-101.

Neumann, A., Lier, P.A. van, Gratz, K.L. & Koot, H.M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment, 17*, p. 138-149.

Peeters, F.P.M.L., Ponds, R.W.H.M. & Vermeeren, M.T.G. (1996). Affectiviteit en zelfbeoordeling van depressie en angst. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 38*, p. 240-250.

Pénzes, I., van Hooren, S., Dokter, D., Smeijsters, H. & Hutschemaekers, G. (2014). Material interaction in art therapy assessment. *The Arts in Psychotherapy*, 41, p. 484–492.

Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D. & Van Gucht (2011). Construction and Factorial Validation of a short form of the Self-compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), p. 250-255.

Rappaport, L. (2009). *Focusing-oriented art therapy: Accessing the body's wisdom and creative intelligence*. London: Jessica Kingsley.

Rappaport, L. (2014). *Mindfulness and the arts therapies: Theory and practice*. London: Jessica Kingsley.

Schweizer, C., Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Rutten-Saris, M. & Visser, H. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Sommers-Spijkerman, M.P.J., Trompetter, H.R., Klooster, P.M. ten, Schreurs, K.M.G., Gilbert, P. & Bohlmeijer, E.T. (2017). Development and Validation of the Forms of Self-Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale – Short Form. *Psychological Assessment*, 30(6), p. 729-743.

Springham, N., Findlay, D., Woods, A. & Harris, J. (2012). How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder? *International Journal of Art Therapy*, 17, p. 115-129.

Stoffers, J., Vollm, B., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8).

Verfaillie, M. (2016). *Mentalizing in arts therapies* (C. Stennes, Trans.). London: Karnac.

Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), p. 1063-1070.

Williams, P.R. (2018). ONEBird: Integrating mindfulness, self-compassion, and art therapy (ONEBird: intégration de la pleine conscience, de l'autocompassion et de l'art-thérapie). *Canadian Art Therapy Association Journal*, 31, p. 23-32.

Wilson, A.C., Mackintosh, K., Power, K. & Chan, S W.Y. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10, p. 979-995.

Withrow, R.L. (2004). The use of color in art therapy. *The Journal of Humanistic Counseling*, 43, p. 33-40.

Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, p. 1911-1918.

.....