

Praten over problemen betekent niet vanzelf dat gevoelens ook bereikt worden. Het kan veel moeite kosten woorden daaraan te geven. Bij heftige emoties kan dit erg oplopen. Het uitdrukken van gevoelens in beeldend werk brengt iemand mogelijk meer in contact met zijn of haar gevoelens, of met wat iemand doet vastlopen. Suzanne Haeyen onderzocht het effect van beeldende therapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C.

DE CASUS PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN CLUSTER B/C

EFFECTEN VAN BEELDEND THERAPIE

Beeldende therapie – een behandelvorm waarin beeldende materialen zoals klei, schilder- en tekenmateriaal, speksteen, ijzerdraad, stof of collagemateriaal, op een methodische manier worden ingezet – is gericht op doelen die te maken hebben met emotioneel functioneren, zelfexpressie en welzijn voor patiënten. Deze vorm van therapie wordt vrij frequent ingezet in de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel praktijkervaringen suggereren dat beeldende therapie een effectieve interventie is, is beeldende therapie weinig onderzocht en is er een degelijke wetenschappelijke basis nodig voor deze interventie (Reynolds, Nabors & Quinlan, 2000; Slayton, D'Archer & Kaplan, 2010; Van Lith, Schofield & Fenner, 2013).

Beeldende therapie biedt een wezenlijk andere therapeutische ingang dan praten. Mensen die goed kunnen praten over hun problemen, kunnen soms met woorden hun gevoelens niet bereiken. Door het beeldend werken krijgen zij meer contact met hun gevoelens en met wat hen doet vastlopen. Anderen hebben juist moeite met praten over wat hen bezighoudt. Dan kunnen het beeldend werken en de beelden die ontstaan helpen om zich uit te drukken. Door beeldende therapie aan te bieden worden deze patiënten bereikt waar zij anders mogelijk onvoldoende geholpen worden.

Beeldende therapie werkt enerzijds klachtgericht. De therapie beoogt patiënten te ondersteunen om psychosociale of psychische problematiek op te heffen, te verminderen of te accepteren en om terugval en hernieuwde klachten zoveel mogelijk te voorkomen. Anderzijds is beeldende therapie persoonsgericht, gericht op de bevordering van het welbevinden en de kwaliteit van leven alsmede de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt. Dit komt tot uitdrukking in het versterken van positieve gevoelens door het scheppende, actieve karakter van de therapie waarbinnen nieuwe ervaringen kunnen worden opgedaan.

Beeldende therapie wordt al vele jaren aangeboden bij de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C – mensen gediagnosticeerd met een borderline, narcistische, vermijdende of obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Beeldende therapie is bij hen vaak deel van het behandelingsprogramma omdat zowel therapeuten als patiënten geloven dat beeldende therapie een belangrijke bijdrage in het behandelingsresultaat levert. Het beschikbare wetenschappelijke bewijs is echter zwak. De weinige beschikbare studies zijn grotendeels gelimiteerd in steekproefgrootte en kwaliteit, en zien er in het beste geval veelbelovend uit. Verder valt op dat de beeldende therapeutische interventies voor persoonlijkheidsstoornissen niet systematisch, duidelijk en expliciet genoeg zijn beschreven,

vooral niet volgens de stappen die nodig zijn om de interventies tot een bewezen effectieve status te ontwikkelen (Spring, 2007; Veerman & Van Yperen, 2007). Er is dan ook een duidelijke behoefte aan nader onderzoek naar beeldende therapie. Door meer onderzoek zou beeldende therapie verder onderbouwd en kwalitatief verbeterd kunnen worden.

De centrale vraag in dit artikel, dat verslag doet van een gericht onderzoek hiernaar, luidt: is beeldende therapie effectief bij mensen gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C? En zo ja, hoe groot zijn de effecten en wat kan gezegd worden over de aard ervan?

Patiënten verklaarden dat beeldende therapie hen confronteerde met henzelf en hun eigen patronen in gevoelens, gedachten en gedrag

PATIËNTPERSPECTIEF

Om de effecten te exploreren, is in dit onderzoek allereerst het patiëntperspectief geëxploreerd. Het doel hiervan was inzicht te krijgen in de waargenomen effecten van beeldende therapie. Hiervoor zijn 29 volwassen patiënten geïnterviewd, beginnend met een onderwerpenlijst afgeleid uit de literatuur. De hoofdvraag bij de interviews was: 'Wat heb je ervaren in de beeldende therapie en wat is in jouw ogen het verschil met verbale therapie?' De respondenten kozen het, voor hen belangrijkste, zelfgemaakte werkstuk uit en dit was tijdens het interview aanwezig om aan te kunnen refereren.

Data werden verzameld en geanalyseerd met behulp van de Grounded Theory Approach (Corbin & Strauss, 2008). In de laatste stap van de kwalitatieve inhoudsanalyse zijn de resultaten geïntegreerd in een theoretisch model dat bestond uit vijf effectcategorieën: (1) perceptie; (2) persoonlijke integratie; (3) emotie- en impulsregulatie; (4) gedragsverandering; en (5) inzicht en begrip. Verbeterde perceptie betreft het ervaren van het actuele moment en werd gezien als de basis waarop de andere therapeutische effecten zich kunnen ontwikkelen. De gevonden effecten betreffen een meer

complete ervaring van zichzelf, meer balans in het hanteren van emoties en impulsen, acceptatie, ontwikkeling en het zich eigen maken van ander gedrag ten opzichte van zichzelf en anderen en een beter begrip van zichzelf en anderen. Hoe emotieregulatie aan bod kan komen, illustreert het volgende citaat uit één van de interviews: *'Ik denk, nou ja, ik zie wel wat er komt, en ik ben met ecoline gaan spatten, gooien en het rood was voor mij net bloed, en er borrelde van alles binnen, en toen werd ik echt gewoon zo boos, ik kreeg het helemaal benauwd en ik moest echt even afstand nemen... dit was zo belangrijk voor mij, omdat ik eigenlijk die boosheid in mij altijd wegdruk.'*

De analyses lieten zien dat, vergeleken met verbale therapie zoals zij die kenden, patiënten beeldende therapie ervoeren als een ervaringsgerichte behandeling met een complementaire kwaliteit naast verbale therapie en als een meer directe manier om toegang tot emoties te krijgen. Dit schreven ze toe aan het appèl van beeldende materialen op lichamelijke sensaties en emotionele responsen. Patiënten verklaarden dat beeldende therapie hen confronteerde met henzelf en hun eigen patronen in gevoelens, gedachten en gedrag, verdergaand dan een bewust, rationeel niveau en leidend tot een sterker emotioneel bewustzijn. Beeldende therapie kwam naar voren als goed passend bij en aansluitend op de kernproblemen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. De therapie bood een specifieke weg naar meer bewustzijn van emoties en droeg bij aan constructieve emotieregulatie (Haeyen, 2018; Haeyen, Van Hooren & Hutschemaekers, 2015).

ONTWIKKELING BEELDEND THERAPEUTISCHE INTERVENTIE

Een degelijke en evidence-based interventie voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen was vereist om de effecten van beeldende therapie te onderzoeken. Een geprotocolleerde beeldende therapie-interventie werd ontwikkeld via Intervention Mapping (IM). Deze methode leidt systematisch de ontwikkeling, implementatie en geplande evaluatie van een interventie. Via voorgeschreven stappen worden empirische bevindingen, theoretische modellen en klinische ervaringen gecombineerd om een programma te ontwikkelen, toegesneden op de behoeften van de doelgroep en de daarbij passende centrale behandeldoelen (Bartholomew et al., 2011).

Dit resulteerde in een gestructureerd beeldend therapeutisch interventieprogramma van tien sessies ter verbetering van het functioneren van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. De interventie richt zich op: het ervaren van een (meer) stabiel en positief zelfgevoel, emoties kunnen uiten

en reguleren, emoties, gedachten en gedragingen kunnen begrijpen, en gebruik kunnen maken van verbeterde sociale en probleemoplossende vaardigheden. Verder zijn ook aanbevelingen beschreven ten aanzien van de houding van de therapeut, evenals randvoorwaarden en gebruiksaanbevelingen. Een handleiding is geschreven voor de implementatie van de interventie. Voor zover ons bekend, was dit de eerste keer dat een aantal potentieel effectieve beeldende therapie-methoden is gecombineerd in een protocol-gestuurd programma voor deze patiëntenpopulatie (Haeyen, Dehue, Van Hooren, & Hutschemaekers, 2018). Deze interventie is inmiddels opgenomen in de databank Erkende Interventies GGZ van het Trimnos Instituut (Haeyen, 2018b).

RANDOMISED CONTROL TRIAL

Een randomised controlled trial (RCT) is uitgevoerd, gebaseerd op het ontwikkelde beeldende therapeutische interventieprotocol (Haeyen et al., 2017). Doel was de effecten te evalueren van de interventie voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. In totaal zijn 74 volwassen participanten gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C (SCID-II) gerandomiseerd ingedeeld in (1) een wekelijkse beeldende therapiegroep (1,5 uur, 10 weken) of (2) een wachtlijstgroep.

De *Outcome Questionnaire 45* (OQ45; Lambert et al., 1996), de *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Jacobs et al., 2008) en de *Schema Mode Inventory* (SMI-II; Young et al., 2007) zijn afgenomen bij baseline, post-test (tien weken na baseline), en follow-up (vijf weken na post-test).

De OQ45 meet algemeen psychologisch functioneren (psychische klachten, interpersoonlijk functioneren en functioneren in de sociale rol) en bestaat uit 45 items (bijvoorbeeld: 'Ik heb vaak ruzie'). De AAQ-II meet psychologische flexibiliteit en bestaat uit tien items (bijvoorbeeld: 'Ik ben bang voor mijn gevoelens'). De SMI-II meet de aanwezigheid van veertien verschillende schemamodi zoals bijvoorbeeld het boze kind of de bestraffende ouder-modus. Deze lijst bestaat uit 124 items (bijvoorbeeld 'Ik voel me vaak alleen op de wereld').

In de analyse evalueerden we de randomisatie door de groepen bij pre-test te vergelijken, daarnaast evalueerden we of de drop-out random was. De effectiviteit is getest door middel van een *general linear model repeated measures*-analyse. In toevoeging hierop is de verandering in Cohen's *d* effectgrootte (*d*) berekend om het effect van beeldende therapie over de tijd vast te stellen.

Zevenenvijftig patiënten doorliepen het complete

KADER



De maakster (28) van dit werkstuk vertelt dat dit beeld laat zien hoe zij zich overmatig zorgen maakt, verbeeld door de vele beren boven het hoofd en de zorgelijke blik. Zij legt zichzelf steeds enorm hoge eisen op en dit doet haar vastlopen van de stress die hiermee gepaard gaat. Zij raakt zo ook in conflict in relaties. In het midden van het lijf is te zien hoe zij zich in de kern een klein meisje voelt, eenzaam en kwetsbaar.



'Ik heb deze torso's gemaakt om uiting te geven aan mijn lichaamsbeleving. De eerste torso heb ik bewerkt met prikkeldraad om mijn beschadigd voelen te verbeelden. Daarna ben ik de uitdaging aangegaan om de opdracht opnieuw te maken maar nu met liefde en zelfcompassie voor mijn lichaam.' (Vrouw, 30)

De effecten van beeldende therapie gaan verder dan alleen spontaan herstel

onderzoek met de drie meetmomenten. Vergeleken met de patiënten in de wachtlijstgroep lieten patiënten die de geprotocolleerde beeldende therapie-interventie ontvingen een afname zien van persoonlijkheidsstoornis-pathologie zoals: maladaptieve schemamodi waarbij het gaat over minder impulsiviteit, onthechting, kwetsbaarheid en bestraffend gedrag (Impulsieve kind-modus: $d=-1.66$, Onthechte beschermer-modus: $d=-1.31$, Kwetsbare kind-modus: $d=-1.24$ en de bestraffende ouder-modus: $d=-1.29$) en ervaringsvermijding (meer acceptatie van onaangename innerlijke ervaringen, zoals gedachten, gevoelens en fysieke sensaties). Deze patiënten van de experimentele groep lieten tevens een verbetering zien in hun geestelijke gezondheid op symptoomniveau (OQ45-total score: $d=-1.67$) en adaptieve schemamodi die bijvoorbeeld gaan over aangename gevoelens en spontaniteit (Blijde kind-modus: $d=1.55$) en zelfregulatie (Gezonde volwassene: $d=1.60$). De effectgroottes waren groot tot zeer groot. Deze effectgroottes van de verandering in de uitkomsten indiceren dat er een substantiële verbetering was van mentale gezondheid na de interventie. De randomisatie bleek in orde.

Deze resultaten waren gelijk of meer uitgesproken in vergelijking met andere studies (Gratz & Gunderson, 2006; Horn et al., 2015; Renner et al., 2013; Soler et al., 2009; Stoffers et al., 2012; Van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe & Broersen, 2014; Zanarini & Frankenburg, 2008) met dezelfde doelgroep – dat wil zeggen: dezelfde specifieke populatie met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis cluster B of C of met een borderline-persoonlijkheidsstoornis alleen. De interventies bestonden uit poliklinische behandelprogramma's met dezelfde duur (drie maanden) en dezelfde intensiteit van wekelijkse sessies. Dit onderzoeksdesign (RCT) was evenwel sterker en het aantal patiënten hoger.

Samenvattend: de resultaten van deze RCT laten het potentieel van beeldende therapie zien als effectieve behandeloptie en toonden de effectiviteit van beeldende therapie aan. Beeldende therapie verminderde niet alleen persoonlijkheidsstoornis-pathologie en maladaptieve modi, maar hielp patiënten ook om adaptieve positieve modi te

ontwikkelen die een meer positieve geestelijke gezondheid en zelfregulatie indiceren.

AFNAME SYMPTOMEN OF VERSTERKEN VEERKRACHT?

Beeldende therapie wordt vaak in verband gebracht met algemene positieve geestelijke gezondheid (bijvoorbeeld: Arts Council England, 2007; Chilton, 2013; Czamanski-Cohen & Weihs, 2016; Gussak & Rosal, 2016; Leckey, 2011; Malchiodi, 2015; Schnetz, 2005; Springham, Findlay, Woods & Harris, 2012; Taylor, Fletcher & Lobban, 2015; Wilkinson & Chilton, 2013). Dit suggereert een nadruk op veerkracht, welzijn en flexibiliteit. Dit zou kunnen veronderstellen dat beeldende therapie minder effectief is op specifieke symptoomreductie.

Om deze hypothese te toetsen zijn de data van het RCT geanalyseerd met nog enkele andere uitkomstmaten. Deze zijn in twee domeinen geclusterd: positieve geestelijke gezondheidsschalen tegenover psychische stoornisschalen. Het domein van positieve geestelijke gezondheid werd gemeten met de AAQ-II, de *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF), de *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) en de SMI-II adaptieve schaal. Het domein van psychische stoornissen werd gemeten met de SMI-II maladaptieve schaal en met twee subschalen van de OQ45. De MHC-SF meet emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Deze schaal bestaat uit veertien items (bijvoorbeeld: 'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u tevreden was?'). De MAAS meet bewuste aandacht voor wat zich in het huidige moment afspeelt. De schaal bestaat uit vijftien items (bijvoorbeeld: 'Ik merk dat ik dingen doe, zonder er aandacht aan te besteden').

Onderzocht zijn metingen bij baseline en post-interventie na tien weken. Daarbij is gebruik gemaakt van een repeated measures ANOVA, effectgroottes om de effecten van beeldende therapie vast te stellen en Pearson-correlaties om de relatie tussen de positieve geestelijke gezondheid en de psychische klachten te onderzoeken. Daartoe werd per domein een factorscore bepaald die vastgesteld werd via een principale component analyse (PCA).

De resultaten lieten zeer grote effectgroottes zien voor uitkomstmaten voor psychische stoornissen evenals voor uitkomstmaten voor geestelijke gezondheid (Haeyen, Van Hooren, Van der Veld & Hutschemaekers, 2011). Het effect van beeldende therapie op de indicatoren voor geestelijke gezondheid lag tussen $d=.52$ op de MHC-SF (sociaal welbevinden) en $d=1.46$ op de AAQ-II. Bewuste aandacht (mindful attention) verbeterde met $d=1.26$. Op de indicatoren voor

psychische stoornis lagen de effectgroottes tussen $d = -.82$ op de OQ45 Interpersoonlijke relaties schaal en $d = -1.32$ voor de SMI maladaptive modes. Het gemiddelde effect op de indicatoren voor 'geestelijke gezondheid' was $d = 1.06$ en op indicatoren voor 'psychische stoornis' $d = -1.09$. De correlatie tussen 'geestelijke gezondheid' en 'psychische stoornis' was behoorlijk sterk ($r = -.75$, $p < .00$).

Dit was een verrassend resultaat, aangezien de dominante opvatting is dat beeldende therapie meer georiënteerd lijkt op positieve geestelijke gezondheid. De conclusie luidt dat beeldende therapie niet alleen een generieke interventie is ter verbetering van welzijn en kwaliteit van leven, maar dat het ook een specifieke therapie is ter reductie van specifieke symptomen zoals het veranderen van psychopathologie-gerelateerde patronen. Daarnaast bleek positieve geestelijke gezondheid sterk gerelateerd te zijn aan psychische stoornis; dat indiceert dat het onderscheid tussen beide concepten problematisch of zelfs niet-bestaand is. Gebaseerd op deze studie zouden positieve geestelijke gezondheid en psychische stoornissen als twee kanten van dezelfde munt kunnen worden gezien.

STERK EFFECT BEELDENDE THERAPIE

Beeldende therapie, zo toont het complete promotieonderzoek aan (Haeyen, 2018a), heeft gunstige effecten op patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, cluster B/C. De therapie vermindert zowel algemene disfunctie als ook specifieke symptomen van persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C. De aanwezigheid van vroege maladaptieve gedragingen of toestanden die typisch zijn voor persoonlijkheidsstoornissen (minder impulsiviteit, onthechting, kwetsbaarheid en bestraffend gedrag) vermindert door beeldende therapie, en adaptieve toestanden worden sterker (aangenaam gevoel, spontaniteit en zelfregulatie). Onaangename innerlijke/interne gedachten, gevoelens en fysieke sensaties worden makkelijker geaccepteerd.

Wat is er te zeggen over de effecten en wat zegt het over beeldende therapie? Het effect is robuust, zeker vergeleken met eerder aangehaalde studies van andere onderzoekers. Ook zijn de effecten gebaseerd op lagere kosten. Beide aspecten zijn van belang, zeker in verband met het negatieve beeld dat de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen duur zou zijn en vaak niet erg effectief. Gebaseerd op de resultaten in dit onderzoek worden patiënten in een korte tijd en daarom tegen lage kosten geholpen. De effecten van beeldende therapie lijken verder te gaan dan alleen spontaan herstel en zijn gerelateerd aan de interventie; in de wacht-

lijst-controlegroep werd geen positief effect gevonden. Tegelijkertijd zijn er geen causale beweringen te doen over de onderliggende mechanismen omdat non-specifieke factoren zoals aandacht en hoop op verbetering niet uitgesloten zijn. Dit is een belangrijke beperking van het gehanteerde onderzoeksdesign (RCT met wachtlijst als controlegroep). Het differentiëren tussen algemene (nonspecifieke) en specifieke effecten van beeldende therapie behoeft aanvullend onderzoek. Deze beperking impliceert echter niet dat niets gezegd kan worden over de specificiteit van de effecten. Op basis van de beschikbare literatuur over de veronderstelde werkingsmechanismen van beeldende therapie kan de waarschijnlijkheid ervan worden uitgewerkt. Dit kan helpen om beter te beschrijven wat karakteristiek is voor beeldende therapie.

SPECIFIEKE EFFECTEN In beeldende therapie zijn drie belangrijke elementen te onderscheiden: (1) het beeldend proces, de actieve werkfase waarin iets gemaakt wordt; (2) het beeldend product, het concrete resultaat van het beeldend proces; en (3) de interactie, betreffende alle (in)directe interventies en communicaties over hoe men zich verhoudt tot het beeldend proces en het beeldend product, in contact met elkaar. Deze elementen bieden therapeutische mogelijkheden om problemen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C aan te pakken. Het gaat daarbij om: emotieregulatie, zelfregulatie, voortdurende en inflexibele patronen (van cognities, emoties en gedragingen) en interpersoonlijke functioneren. Wat kan er worden gezegd over het potentieel van deze elementen, evenals over hun plausibiliteit dat zij deze specifieke problemen kunnen aanpakken?

Emotieregulatie: Beeldende therapie kan behulpzaam zijn bij het reduceren van emotie-regulatieproblemen (bijv. Keulen-De Vos, 2013; Malchiodi, 2012; Rankanen, 2016; Schweizer et al., 2009). Ten eerste omdat het beeldend proces het mogelijk maakt om emoties en (innerlijke) conflicten te ervaren en verkennen. Ten tweede omdat het beeldend product deze ervaringen en emoties op een concrete wijze spiegelt en de mogelijkheid biedt tot een ander perspectief,

*'Ik merk dat ik dingen doe,
zonder er aandacht aan
te besteden'*

Beeldende therapie kan behulpzaam zijn bij het reduceren van emotie-regulatieproblemen

met meer afstand, ten opzichte van deze emoties – hetgeen (zelf)reflectie bevordert. De kwalitatieve interviews in de eerste studie naar het patiëntperspectief bevestigen deze processen evenals de resultaten met betrekking tot de veranderingen in de schemamodi beschreven in de resultaten in het RCT. De hier beschreven deelstudies van het promotieonderzoek bieden sterke evidentie dat ervarings- en emotionele processen inderdaad aangepakt worden in beeldende therapie. De grote effecten in verandering op schalen met betrekking tot moeilijke emotionele toestanden/modi zoals gevoelens van eenzaamheid, onthechting, impulsiviteit of bestraffend gedrag ten opzichte van zichzelf of anderen zouden een specifieke kwaliteit van beeldende therapie kunnen onthullen: patiënten leren moeilijke emoties uit te drukken en ermee om te gaan, in beweging te komen, keuzes te maken en zichzelf te reguleren. Beeldende therapie faciliteert het herstellen van emotioneel contact met ervaringen, zoals gerapporteerd door patiënten. Deze mechanismen dragen mogelijk bij aan emotieregulatie en dat is in hoge mate relevant voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (Huckvale & Learmonth, 2009; Rubin, 2001). Een andere verwachting die deels gefalsificeerd is, is het beeld van therapeuten dat beeldende therapie een ‘veilige haven’ is om emoties te exploreren. Patiënten ervoeren beeldende therapie soms als bedreigend omdat ze emotionele disregulatie, verlies van controle bij sterke emoties en confrontatie met pijnlijke emoties vrezden.

Zelfregulatie: Literatuur (bijv. Czamanski-Cohen & Weihs, 2016; Gatta et al., 2014; Haeyen, 2007; 2011a/b; Malchiodi, 2012; Neumann, 2001) en beeldend therapeuten suggereren dat beeldende therapie de kans biedt om te werken aan zelfregulatieproblemen. Dit omdat de patiënt in het beeldend proces zelf verantwoordelijk is voor de creatie van beeldend werk – hetgeen zelfsturing en zelfmanagement vraagt. Het resulterende beeldend werk drukt aspecten uit van de eigen identiteit. In het RCT verbeterde beeldende therapie zelfregulatie, aangezien patiënten meer psychologisch overzicht en controle ervoeren gelinkt aan de Gezonde Volwassene-modus. Verder verbeterde het psychologisch welzijn, hetgeen een betere persoonlijke prestatie betekent, inclusief cruciale aspecten voor zelfregulatie zoals auton-

mie en zelfacceptatie. In het onderzoek naar de ervaringen van patiënten is gevonden dat zij expliciet rapporteerden dat beeldende therapie resulteerde in integratie van conflicterende intrapsychische emoties. Volgens de patiënten hielp beeldende therapie hen sterk in het ontwikkelen van hun interne dialoog, in hun eigen tempo, hun persoonlijke expressie en zelfreflectie, gebaseerd op het proces en het beeldend product. Ze verklaarden dat beeldende therapie een andere dynamiek heeft dan verbale therapie, namelijk meer gradueel, met relatief meer concentratie op zichzelf en meer ‘onverstoorde’ innerlijke dialoog; duidelijk werd dat bewuste aandacht (mindful attention) verbeterde.

Voortdurende en inflexibele patronen (in cognities, emoties en gedrag) worden doelgericht aangepakt in beeldende therapie (bijv. Gunther, Blokland-Vos, van Mook & Molenaar, 2009; Gussak & Rosal, 2016; Haeyen, Kleijberg & Hinz, 2018; Schweizer et al. 2009; Van Vreeswijk, Broersen, Bloo & Haeyen, 2012). In deze patronen kan het gaan om negatieve of onthechte gedachten, kwetsbare of zeer intense gevoelens of impulsieve acties/gedragingen. Deze patronen komen naar voren in beeldende therapie en worden mogelijk beïnvloedbaar omdat beeldende therapie een ervaringsgerichte situatie betreft, die spontaniteit en spel kan stimuleren, maar die ook uitdagingen en confrontaties bevat. De resultaten in dit onderzoek tonen een afname in veel problematische patronen wat betreft impulsiviteit, onthechting, kwetsbaarheid en bestraffend gedrag. Beeldende therapie stimuleert inderdaad spontaniteit en spel en helpt ook om meer gezonde patronen te ontwikkelen. Daarnaast meldden patiënten dat beeldende therapie persoonlijk inzicht en begrip verbeterde met betrekking tot hun patronen en dat dit input gaf tot gedragsverandering. Vergeleken met de meer cognitieve, verbale therapieën ervoeren zij beeldende therapie soms als een betere therapeutische ingang om hun disfunctionele patronen te verkennen. Het veranderen van problematische patronen in cognities, emoties en gedragingen vraagt om ‘affecttolerantie’ en ervaringsacceptatie.

De resultaten in de verschillende studies in dit promotieonderzoek laten zien dat beeldende therapie de kans biedt hiermee te oefenen. De effecten in de RCT tonen dat de

emotionele staat van zich vlak of onverschillig voelen over de meeste dingen afnam, zoals gemeten met de Onthechte Beschermers-modus. De aanname met betrekking tot ervaringsacceptatie kwam echter niet naar voren in het RCT.

Interpersoonlijk functioneren: Beeldende therapie zou interpersoonlijk (empathisch of intiem) functioneren kunnen verbeteren, omdat het interactieve speelveld en de communicatie een brug leggen voor moeilijke persoonlijke thema's. Dat kan worden verkend in het beeldend werken zonder direct verbaal 'geadresseerd' te worden (Gussak & Rosal, 2016; Springham et al., 2012). Het interpersoonlijk functioneren verbeterde inderdaad sterk in de RCT, zoals gemeten met de OQ45 Interpersonal Relations-subschaal. Verder namen gevoelens van eenzaamheid af, zoals bleek uit de score op de Kwetsbare Kind-modus. Deze emotionele toestand is specifiek gerelateerd aan verlatenheid/achterlating in de kindertijd en misbruik, en staat erom bekend een destructief effect te hebben op het interpersoonlijk functioneren. Als resultaat van beeldende therapie voelden patiënten zich meer verbonden met andere mensen en ze waren meer open om sterker betrokken te raken bij mensen zoals de afname van de Onthechte Beschermers-modus liet zien. Patiënten bevestigden dat door betekenis te geven (te mentaliseren) via objecten in de vorm van beeldende werkstukken mentalisering werd gestimuleerd (Bateman & Fonagy, 2004; Springham et al., 2012; Verfaillie, 2016).

WEINIG GEDIFFERENTIEERD Naast het sterke effect van beeldende therapie op diverse uitkomstmaten viel op dat de variantie in de effecten/resultaten nauwelijks gedifferentieerd was; op alle instrumenten laat beeldende therapie min of meer positieve resultaten zien. Het gebrek aan differentiatie in de uitkomsten is onverwacht. Zijn de resultaten van beeldende therapie niet zo gedifferentieerd als professionals, onderzoekers en patiënten in het algemeen aannemen? Of betreft het hier een fout of beperking in het onderzoeksdesign?

Wat het RCT betreft, kan een verklaring zijn dat er een wachtlijstconditie als controlegroep werd gebruikt zonder enige supplementaire activiteit. Als de controleconditie een andere behandel- of preventieactiviteit was geweest, dan was het mogelijk geweest te controleren op non-specifieke factoren – hetgeen wellicht een meer gedifferentieerd effect van beeldende therapie had getoond. Een tweede verklaring kan het gebruik van redelijk algemene uitkomstmaten zijn. Door eveneens gebruik te maken van instrumenten waarop geen effecten van beeldende therapie verwacht worden, was

er de mogelijkheid om de hypothese van alleen non-specifiek effect te testen. Een derde verklaring kan de keuze van de interventie in het RCT zijn. Omdat de interventie gericht was op verschillende doelen zou deze te breed en te specifiek kunnen zijn geweest. Ten vierde waren er wellicht te weinig participanten om significante verschillen tussen de diverse uitkomstmaten te vinden.

Het gebrek aan differentiatie is eveneens gevonden in de studie naar het empirisch onderscheid tussen psychische stoornis en positieve mentale gezondheid. Daarbij is gebruik gemaakt van verschillende gevalideerde instrumenten, maar zijn geen grote verschillen gevonden. We kunnen vermoeden dat de operationalisaties van de twee concepten een verklaring hiervoor zijn. Maar zelfs als deze zwak waren, blijven de resultaten (hoge correlaties) onverwacht.

BETEKENIS VAN DEZE TWEE RESULTATEN De resultaten laten een vrij massief effect van beeldende therapie zien zonder veel differentiatie. In plaats van het gebrek aan differentiatie toe te schrijven aan methodologische kwesties, is er wellicht iets gevonden dat echt en betekenisvol is. Daartoe zijn de resultaten uit de RCT vergeleken met die van andere studies die hoofdzakelijk psychotherapeutische interventies evalueren (Gratz & Gunderson, 2006; Renner et al., 2013; Soler et al., 2009; Van Vreeswijk et al., 2014). De resultaten op symptoomreductie in de andere studies waren vergelijkbaar en evenmin erg gedifferentieerd. In deze studies toonden de meetinstrumenten met betrekking tot algemeen functioneren en symptomen (bijv. SCI-99/SCL-90, OQ45, QOI) dezelfde resultaten, met dezelfde gemiddelde tot grote effectgroottes van .66 (Van Vreeswijk et al., 2014) tot .81 (Renner et al., 2013). Ook persoonlijkheidsstoornis-specifieke uitkomstmaten lieten vergelijkbare resultaten zien; afname van ernst van borderline persoonlijkheidsstoornis in globale termen met grote effectgroottes (-1.02; Gratz & Gunderson, 2006; -1.01; Soler et al., 2009) evenals grote effecten op affectieve instabiliteit (-1.65), impulsiviteit (-1.30) en depressie (-1.20; (Gratz & Gunderson, 2006). Met betrekking tot de schemamodi is een effectgrootte van -1.66 gevonden op impulsiviteit (Impulsieve Kind-modus), een vergelijkbaar resultaat van -1.30 werd gevonden in het onderzoek van Gratz en Gunderson bij een emotieregulatie-groepstraining (DERS-impulse control). Overall zijn dat vergelijkbare resultaten.

Met betrekking tot de andere schemamodi verschijnen echter ook enkele opvallende verschillen. In andere onderzoeken was een afname te zien van vroege maladaptieve schema's met een effectgrootte van -.88 en een toename van

adaptieve modes met een medium effectgrootte van .40 en .58 (Renner et al., 2013; Van Vreeswijk et al., 2014). De resultaten in het voorliggend onderzoek lieten op deze punten grotere effecten zien, variërend van -1.24 tot -1.31. Daarbij ging het om een afname van vroege maladaptieve schema's zoals kwetsbaarheid, bestraffend gedrag en onthechtheid (Kwetsbare Kind-modus -1.24, Bestraffende Ouder-modus -1.29, Onthechte Beschermers-modus -1.31) alsook een toename in adaptieve schemamodi (Blijbe Kind-modus 1.55, Gezonde Volwassene 1.60). Dus binnen de, over het algemeen weinig gedifferentieerde, effecten zijn er pieken te zien in de resultaten die van betekenis kunnen zijn voor beeldende therapie.

Eveneens is een gebrek aan differentiatie gevonden tussen positieve mentale gezondheid en psychische stoornis in klinische populaties. Hoe kan dat? In een gezonde populatie werd onderscheid gevonden tussen welzijn en psychische klachten (Lamers et al., 2014; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011), terwijl hier in een klinische populatie dit onderscheid afwezig lijkt. Wellicht wordt het gebrek in differentiatie verklaard door de patiënt-populatie zelf en de ernst van hun psychische problemen. Zo ja: hoe ernstiger de problemen, hoe minder de patiënt in staat is te differentiëren tussen zijn klachten en reacties op de problemen. Deze hypothese is naar voren gebracht in onderzoek van Van Erp Taalman Kip en Hutschemaekers (2018) waarin de onderscheidbaarheid eveneens problematisch was. Als deze hypothese correct is, is te veronderstellen dat het gebrek aan onderscheidbaarheid tussen verschillende uitkomstmaten direct gerelateerd is aan de ernst van de geestelijke problemen van de mensen die bestudeerd worden; hoe ernstiger de problemen, hoe minder onderscheid tussen uitkomstmaten.

Deze interpretatie heeft zowel praktische als theoretische consequenties. Praktisch omdat de gebruikte concepten om te differentiëren tussen verschillende therapie-effecten niet refereren naar echte en diepgaande verschillen in uitkomst in de geestelijke gezondheidszorg. De waarde van deze concepten hangt af van hun bruikbaarheid in de klinische praktijk, bijvoorbeeld doordat de metaforische waarde ervan patiënten helpt hun problemen te overwinnen. Mogelijke theoretische consequenties zijn dat het populaire onderscheid tussen positieve geestelijke gezondheid en psychische stoornis bruikbaar kan zijn in een gezonde populatie (Lamers et al., 2011, 2014), maar niet in de populatie van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Is het aannemelijk dat de verschillende effecten, zoals gerappor-

teerd door patiënten, sterker zijn naarmate het herstel vordert: zijn gezonde mensen beter in staat de distincties te maken vergeleken met patiënten met een ernstige psychische stoornis? Dit is natuurlijk een hypothese die vraagt om verder onderzoek, in dit geval bij gezonde proefpersonen, bij voorkeur in een laboratoriumsituatie.

IMPLICATIES

Wat in dit onderzoek gevonden is, heeft consequenties voor het gebruik van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Te pleiten is voor gepast gebruik van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en aanpassing van de huidige Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ, 2008) en de Zorgstandaard PS (Trimbos Instituut, 2017). In de huidige editie van deze documenten wordt beeldende therapie beschreven als een ondersteunende behandeling en als een mogelijke behulpzame toegevoegde therapie in te zetten naast evidence based psychotherapeutische behandeling – bijvoorbeeld om in contact te komen met patiënten die moeilijk te bereiken zijn op emotioneel vlak. Onderhavige bevindingen laten zien dat beeldende therapie niet uitsluitend een ondersteunende behandeling is naast andere interventies voor persoonlijkheidsstoornissen, maar een bewezen effectieve behandeling op zichzelf (Haeyen, 2018a/b). Daarom is een bijstelling over het inzetten van beeldende therapie vereist. Zeker omdat beeldende therapie naar verwachting een kosten- en tijds-effectieve interventie is.

Ervaringsgerichte technieken zijn in toegenomen mate opgenomen in cognitieve gedragstherapieën (bijv. Schema Focused Therapy (SFT), Acceptance and Commitment Therapy en Compassion Focused Therapy) en grotendeels op een supplementaire manier toegevoegd aan een centrale basis van verbale interventies. Arntz (2011; 2012) heeft bijvoorbeeld gesteld dat deze ervaringsgerichte technieken (gebruikt als onderdeel in SFT) veelbelovend lijken voor therapeutisch gebruik – hoewel hij benadrukt dat deze technieken systematische empirische evaluatie moeten ondergaan om hun effectiviteit te testen en de onderliggende mechanismen van verandering te ontrafelen. Onderhavige studies bieden steun aan Arntz en collega's, maar deze resultaten gaan verder: ze laten zien dat ervaringsgerichte technieken op zichzelf krachtig zijn en niet enkel werken als supplement in verbale therapieën.

Er is een aanzienlijke theoretische en praktische behoefte naar meer onderzoek naar beeldende therapie en de effecten ervan

VERVOLG

Er is een aanzienlijke theoretische en praktische behoefte naar meer onderzoek naar beeldende therapie en de effecten ervan. Om de 'stand van wetenschap en praktijk' voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen te verbeteren, is het nodig de impact van beeldende therapie op geestelijke gezondheid nader te verhelderen. Deze kennis zou gebaseerd moeten zijn op een integratie van onderzoekskennis, klinische expertise en voorkeuren van patiënten, namelijk de principes van evidence-based practice (RVS, 2017). Zo is het van belang om het gebruik van beeldende therapie in behandelingsprogramma's verder te onderbouwen, niet alleen voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, maar ook voor patiënten met angst-, stemmings- en cognitieve stoornissen zoals schizofrenie en dementie. Het zou interessant zijn te weten hoe beeldende therapie non-specifieke effecten stimuleert. Gebaseerd op deze resultaten (Haeyen, 2018a) is het aan te raden onderzoek te doen naar de effecten, doeltreffendheid en werkingsmechanismen van beeldende therapie ook voor andere psychische stoornissen.

De differentiatie van specifieke en non-specifieke factoren kan een interessante insteek zijn. Vanzelfsprekend maakt beeldende therapie gebruik van non-specifieke factoren, zoals gefocuste aandacht, hoop, methodisch werken met behandelingsdoelen zoals bij elke andere therapie het geval is. Dit helpt patiënten vooruit te komen en biedt hoop. Behandel-effecten zoals hier naar voren gekomen, kunnen niet gereduceerd worden tot non-specifieke factoren alleen. Specifieke factoren lijken eveneens in het spel, direct gerelateerd aan een specifieke therapie ten behoeve van het terugdringen van symptomen.

Qua designs is ook een en ander aan te bevelen. Aan te raden is de effecten toegeschreven aan beeldende therapie te onderzoeken door beeldende therapie direct te vergelijken met andere therapieën. Een ander te overwegen design is een 'add-on'-design waarin een behandeling als gebruikelijk (Treatment As Usual - TAU) vergeleken wordt met TAU waar beeldende therapie aan is toegevoegd. In dit design zou de toegevoegde waarde van beeldende therapie verder onder-

zocht kunnen worden, evenals unieke en specifieke effecten van beeldende therapie in vergelijking met de TAU. Dit type onderzoek kan ook direct inzicht verschaffen in wat de effecten zijn van het verwijderen van beeldende therapie uit behandelprogramma's. Hoewel dit design hoge ecologische waarde heeft en gegevens aanlevert ten behoeve van de actuele politieke discussie over de bruikbaarheid van beeldende therapie in multidisciplinaire behandelprogramma's, zal dit type onderzoek niet gemakkelijk leiden tot ondubbelzinnige uitkomsten. Ten eerste vereist het een zeer groot aantal deelnemers om voldoende power te bereiken om significante verschillen in uitkomsten op te leveren. Verder zal een dergelijke studie moeilijk te realiseren zijn in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg; de dagelijkse praktijk is immers veelal inconsistent en maakt grote veranderingen door de tijd heen door. Verder vallen patiënten vaak uit in deze behandelprogramma's. Ook kunnen ethische aspecten aan de orde zijn omdat een dergelijk design beperking van andere behandelmogelijkheden kan impliceren voor patiënten die psychologische ondersteuning behoeven.

Als laatste kan verder onderzoek gericht zijn op de specifieke beeldende therapiefactoren en effecten, zoals het werken met verschillende materialen en technieken. Dit omdat de vraag binnen dit onderzoek is welke rol het beeldend werken speelt in het verkrijgen van de positieve resultaten. Inmiddels zijn in vervolgonderzoek een aantal patiënten van het RCT geïnterviewd om uit te vinden welke specifieke beeldende therapiefactoren van belang waren en in welke mate, bijvoorbeeld beeldende opdrachten, materiaalinteractie, geprefereerde benadering van het beeldend proces door het evalueren van ervaringen met het beeldend werken vanuit patiënt- en expertperspectief met een focus op emotieregulatie (Haeyen, Kleijberg & Hinz, 2018). Het doel hiervan was om een causale verklaring (Lub, 2014) te vinden waarom beeldende therapie leidde tot de resultaten behaald door de RCT-interventie, als toevoeging aan de causale relatie zoals gevonden in het RCT. Het zou ook zeker interessant zijn te verkennen of verschillende materialen

verschillende fysiologische effecten hebben op bijvoorbeeld arousal, gemeten met fysiologische meetinstrumenten.

Meer onderzoek is nodig om de effecten van beeldende therapie nader te exploreren en om deze te relateren aan de onderliggende werkingsmechanismen van beeldende therapie. Ondertussen zou de geestelijke gezondheidszorg meer kunnen investeren in beeldende therapie voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Die kan in korte tijd goede resultaten bieden.

OVER DE AUTEUR

Dr. Suzanne Haeyen werkt als beeldend therapeut bij GGNet, instelling voor geestelijke gezondheid, bij de polikliniek en bij Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek. Zij is voorzitter van de leerkring vaktherapie bij GGNet. Daarnaast werkt zij als hoofddocent bij de Opleiding Vaktherapie (bachelor/master) van Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en is zij lid van Kenvak, coöperatie Kennisontwikkeling Vaktherapie. Onderhavig artikel is geschreven naar aanleiding van haar proefschrift *Effects of Art Therapy. The Case of Personality Disorders cluster B/C, dat zij op 14 maart 2018 met succes verdedigde aan de Radboud University. Haar promotoren waren prof. dr. G. Hutschemaekers, prof. dr. S. van Hooren, co-promotor was dr. W. van der Veld. Correspondentie aangaande dit artikel: s.haeyen@ggnet.nl.*

Summary

EFFECTS OF ART THERAPY IN PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDERS CLUSTER B AND C S. HAEYEN

This study is one of the first serious attempts to explore effects of art therapy. Its main conclusion is that art therapy in patients with personality disorders of clusters B or C is effective. Art therapy has several beneficial effects for personality disorder patients. The results indicate that art therapy is a powerful therapy for reducing psychopathology; as powerful as it is for enhancing well-being (increasing resilience and emotional adaptation). Art therapy is not mainly or only a general procedure for improving well-being and quality of life. It also is a specific therapy, with interventions that reduce specific symptoms. It is our hope that this study contributes to the understanding of art therapy and its benefits, and provides insight into the scope of art therapy. Although more research is needed, the present study adds evidence to the empirical base of art therapy in patients with personality disorders cluster B and C and asks for a reappraisal of its symptom reduction quality next to the quality of enhancing positive mental health.

Literatuur

- Arntz, A. (2011). Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioural Practice*, 18, 466-481. doi:10.1016/j.cbpra.2011.04.006.
- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 189-208. doi:10.5127/jep.024211
- Arts Council England. (2007). *The Arts Health and Wellbeing*. Liverpool, England: Centre for Public Health, Research Directorate, John Moors University.
- Bartholomew, L., Parcel, G., Kok, G., Gottlieb, N. & Fernández, M. (2011). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment*. New York, NY: Oxford University Press.
- Chilton, G. (2013). Art therapy and flow: A review of the literature and applications. *Art Therapy*, 30, 64-70. doi:10.1080/07421656.2013.787211
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. London, United Kingdom: Sage.
- Czamanski-Cohen, J. & Weihs, K. (2016). The bodymind model: A platform for studying the mechanisms of change induced by art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 51, 63-71. doi:10.1016/j.aip.2016.08.006
- Gatta, M., Gallo, C. & Vianello, M. (2014). Art therapy groups for adolescents with personality disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 1-6. doi:10.1016/j.aip.2013.11.001
- Gratz, K., & Gunderson, J. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour Therapy*, 37, 25-35. doi:10.1016/j.beth.2005.03.002
- Gunther, G., Blokland-Vos, J., van Mook, C. & Molenaar, J.P. (2009). Vaktherapie binnen klinische schematherapie. In E. Muste, A. Weertman, & A. Claassen (Eds.), *Handboek klinische schematherapie* (pp. 99-130). Houten, the Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gussak, D. & Rosal, M. (Eds.). (2016). *The Wiley Handbook of Art Therapy*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten, the Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2011a). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie. Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen*. Antwerpen, Belgium: Garant.
- Haeyen, S. (2011b). Vaktherapie: De kracht van de ervaring. In T. Ingenhoven, A. van Reekum, B. van Luyn, & P. Luyten (Eds.), *Handboek borderline persoonlijkheidsstoornis* (pp. 215-227). Utrecht, the Netherlands: De Tijdstroom.
- Haeyen, S.W. (2018). *Effects of Art Therapy. The Case of Personality Disorders cluster B/C*. (Dissertation manuscript). Radboud University, 14 maart 2018. Nijmegen, the Netherlands: Proefschriftmaken.nl.
- Haeyen, S. (2018b). *Interventiebeschrijving Beeldend Therapeutische Emotieregulatie Groep*. Databank Erkende Interventies GGZ, Trimbos Instituut, Utrecht. <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/beeldend-therapeutische-emotieregulatie-groep>
- Haeyen, S., Kleijberg, M. & Hinz, L.D. (2017). Art Therapy for Patients with Personality Disorders Cluster B/C: A Thematic Analysis of Emotion Regulation from Patient and Art Therapist Perspectives. *The International Journal of Art Therapy*. Published online: 08 Dec 2017. Vol. 0, Iss. 0,0. doi.org/10.1080/17454832.2017.1406966
- 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)3, 125-135. doi.org/10.1080/17454832.2017.1403458
- 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, 1-10. doi:10.1016/j.aip.2015.04.005.
- 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)4, 527-542. doi.org/10.1521/pedi_2017_31_312
- Haeyen, S., Van Hooren, S., van der Veld, W.M. & Hutschemaekers, G. (2018). Promoting Mental Health versus Reducing Mental Illness in Art Therapy with Patients with Personality Disorders: A Quantitative Study. *The Arts in Psychotherapy*, 58, 11-16. doi: 10.1016/j.aip.2017.12.009
- Horn, E., Verheul, R., Thunnissen, M., Delimon, J., Soons, M. et al. (2015). Effectiveness of Short-Term Inpatient Psychotherapy Based on Transactional Analysis With Patients With Personality Disorders: A Matched Control Study Using Propensity Score. *Journal of Personality Disorders*, 29, 663-683. doi:10.1521/pedi_2014_28_166.
- Huckvale, K. & Learmonth, M. (2009). A case example of art therapy in relation to dialectical behavior therapy. *International Journal of Art Theory*, 14, 5263. doi:10.1080/17454830903329196
- Jacobs, N., Kleen, M., de Groot, F. & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding: De Nederlandse versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQII) [Measuring experiential avoidance: The Dutch version of the Acceptance and action Questionnaire-II (AAQII)]. *Gedrags therapie*, 41(4), 349-361
- Keulen-De Vos, M.E. (2013). *Emotional states, crime and violence: A Schema Therapy approach to the understanding and treatment of forensic patients with personality disorders*. Maastricht, the Netherlands: Datawyse/Maastricht University Press.
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A. et al. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258. doi:10.1002/(sici)1099-0879(199612)3:4<249::aid-cpp106>3.3.co;2-j
- Lamers, S.M.A., Gül, P., Kovács, B.E., Kroeze, R., Müller, A.M.K. et al. (2014). Conceptualizations of Mental Health Across Europe: Comparing Psychology with Science and Engineering Students. *Journal of European Psychology Students*, 5, 3-7. doi:10.5334/jeps.bt
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110. doi:10.1002/jclp.20741
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht, the Netherlands: Trimbos Instituut.
- Leckey, J. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental wellbeing: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 18, 501-509. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01693.x
- Lub, V. (2014). *Kwalitatief evalueren in het sociale domein: Mogelijkheden en beperkingen*. Den Haag, The Netherlands: Boom Lemma.
- Malchiodi, C.A. (2012). *Handbook of Art Therapy* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.
- Malchiodi, C.A. (2015, August 31). Art is about resilience, it always has been. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/blog/arts-and-health/201508/art-is-about-resilience-it-always-has-been>
- Neumann, E. (2001). Forschungsperspektiven integrativer klinischer Kunsttherapie am beispiel einer borderlineproblematik. *Musik-, tanz- und Kunsttherapie*, 12, 171-187. doi:10.1026//0933-6885.12.4.171
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). (2017). *Zonder context geen bewijs: Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. RVS publicatie 17-05. Den Haag, The Netherlands: Author.
- Rankanen, M. (2016). *The visible spectrum: Participants' experiences of the process and impacts of art therapy*. Doctoral Dissertations (141), Aalto University, Espoo, Finland.
- Renner, F., van Goor, M., Huijbers, M., Arntz, A., Butz, B. & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioural therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492. doi:10.1016/j.brat.2013.05.011
- Reynolds, M., Nabors, L. & Quinlan, A. (2000). The effectiveness of art therapy: does it work? *Art Therapy*, 17, 207-213. doi:10.1080/07421656.2000.10129706
- Rubin J. (2001). *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*. New York, NY: Routledge.
- Schnetz, M. (2005). *The Healing Flow: Artistic Expression in Therapy*. London, United Kingdom: Jessica Kingsley.
- Schweizer, C., Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Rutten-Saris, M. & Visser, H. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Houten, the Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Slayton, S. C., D'Archer, J. & Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the efficacy of art therapy: A review of findings. *Art Therapy*, 27(3), 108-118.
- Soler, J., Pascual J., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J. et al. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353-358. doi:10.1016/j.brat.2009.01.013
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 611-631. doi:10.1002/jclp.20373
- 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, 115-129. doi:10.1080/17454832.2012.734835
- 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*, 8, CD005652.
- Taylor, K., Fletcher, I. & Lobban, F. (2015). Exploring the links between the phenomenology of creativity and bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 174, 658-664. doi:10.1016/j.jad.2014.10.040
- Trimbos Instituut. (2017). *Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen: Kwaliteitsontwikkeling GGZ*. Utrecht: Author. Utrecht: author.
- Van Erp Taalman Kip, R. & Hutschemaekers, G. (2018). Health, well-Being and psychopathology in a Clinical population: structure and discriminant validity of Mental Health Continuum Short form (MHCSF). *Journal of Clinical Psychology*, 3, 1-11. doi:10.1002/jclp.22621
- Van Lith, T., Schofield, M.J. & Fenner, P. (2013). Identifying the evidence-base for art-based practices and their potential benefit for mental health recovery: A critical review. *Disability & Rehabilitation*, 35, 1309-1323. doi:10.3109/09638288.2012.732188
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., Bloo, J. & Haeyen, S. (2012). Techniques within schema therapy. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 185-195). Chichester, United Kingdom: John Wiley.
- Van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. & Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 29-38. doi:10.1002/cpp.1813
- Veerman, J.W. & van Yperen, T.A. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty. A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212-221. doi:10.1016/j.evalprogplan.2007.01.011
- Verfaillie, M. (2016). *Mentalizing in Arts Therapies*. London, United Kingdom: Karnac Books.
- Wilkinson, R. & Chilton, G. (2013). Positive art therapy: Linking positive psychology to art therapy theory, practice, and research. *Art Therapy*, 30, 4-11. doi:10.1080/07421656.2013.757513
- Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. et al. (2007). *Schema Mode Inventory (SMI version 1)*. New York, NY: Schema Therapy Institute.
- Zanarini, M. & Frankenburg, F. (2008). A preliminary, randomised trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 284-290. doi:10.1521/pedi.2008.22.3.284