

Zelfcompassie binnen de Dialectische Gedragstherapie

Vriendelijk en radicaal accepteer ik de werkelijkheid

DOOR KLAAS-JAN POS EN WIES VAN DEN BOSCH

Ondanks uitgebreid onderzoek naar de werkzaamheid, is er nog weinig bekend over de effectiviteit van *zelfcompassie* en *mindfulness* binnen de Dialectische Gedragstherapie (DGT). Een verkenning en vergelijking van beide concepten kan bijdragen aan een beter begrip van de werkzame factoren. Bij nadere beschouwing blijken ze deels te overlappen. Mogelijk dat de centrale vaardigheid *Oordeelvrije Acceptatie* een sleutelrol speelt in de werkzaamheid van mindfulness en zelfcompassie bij onze patiënten.

Toen we onlangs bij het afsluiten van een behandeling aan de patiënt vroegen hoe het kwam dat hij zo'n positieve ontwikkeling had doorgemaakt, antwoordde hij dat hij had geoefend met zelfcompassie. Het hebben van zelfcompassie was gelukt in een periode dat de patiënt het erg moeilijk had. Zijn moeder was overleden en dat ging samen met een sterk herleven van herinneringen aan zijn nare jeugd, waarin zijn moeder ook een grote rol had gespeeld. Op een goed moment werd hij geraakt door een bijbeltekst waarin wordt gepredikt om je naasten lief te hebben zoals jezelf. De patiënt pikte hieruit op: *je moet dus ook van jezelf houden*, wat voor hem een eyecopener was. Hij voegde de daad bij het woord, liep naar de badkamer en zei in de spiegel: 'je bent oké'. Hij verklaarde: 'En toen zag ik tot mijn verrassing een kleine glimlach op mijn gezicht

verschijnen.' Voor de patiënt was dat het begin van een hernieuwde omgang met zichzelf; vanaf dat moment nam hij zich voor om (ook) rekening te houden met zijn eigen behoeften en kwetsbaarheden. In het laatste gesprek met ons DGT-team zei hij: 'inmiddels ben ik vertrouwd geraakt met het besef dat ik aandacht voor mezelf mag hebben en sterker nog, dat gaat nu bijna automatisch.'

ZELFCOMPASSIE

De bovenstaande casus is een voorbeeld van de werkzaamheid van het ontwikkelen van zelfcompassie. We spreken bewust van ontwikkelen, want toen de patiënt zichzelf voor de eerste keer vriendelijk in de spiegel toesprak, was zijn zelfcompassie nog maar heel beperkt; dat gevoel van zelfcompassie groeide mee, of ontwikkelde zich met het oefenen ervan.

Binnen ons vakgebied is zelfcompassie een betrekkelijk nieuw concept. Totdat Kristin Neff in 2003 een opzienbarend theoretisch artikel schreef over zelfcompassie ging het in de westerse wereld vooral over het zelfvertrouwen. Maar aan het concept zelfvertrouwen kleven enkele bezwaren.¹ Als voorbeeld noemt Neff dat het hebben van zelfvertrouwen er toe kan leiden dat mensen zichzelf gaan onderscheiden van de ander. Beter zijn dan een ander geeft immers zelfvertrouwen en dat maakt de ander in potentie tot een bedreiging, ook omdat de ander ons zelfvertrouwen kan schaden. Neff introduceerde zelfcompassie, als een alternatieve



manier waarop we ons tot onszelf kunnen verhouden. In het artikel beargumenteert ze dat met het concept zelfcompassie veel beter te werken valt, ook in therapie. Neff's definitie van zelfcompassie – op te delen in drie kenmerken (en hun tegengelen) – luidt als volgt: Wanneer mensen worden geconfronteerd met ervaringen van leed of persoonlijk falen omvat zelfcompassie: - Vriendelijkheid jegens zichzelf (*self-kindness*). Het vergroten van vriendelijkheid en begrip jegens zichzelf; in tegenstelling tot het aannemen van een strenge en zelfkritische oordelende houding. - Medemenselijkheid (*common humanity*). De eigen ervaringen beschouwen als een onderdeel van het geheel aan menselijke ervaringen; in plaats van te denken dat eigen ervaringen afzonderlijk en geïsoleerd optreden. - *Mindfulness*. Het ervaren van de eigen pijnlijke gedachten en emoties in een evenwichtig bewustzijn; in plaats van zich daarmee te over-identificeren.

COMPASSION FOCUSED THERAPY

In 2009 introduceerde Paul Gilbert de behandeling van de *Compassion focused Therapy*.² In de bijbehorende publicatie geeft hij geen welomschreven definitie van zelfcompassie, maar kent er zes attributies en vaardigheden aan toe. Zijn theoretische onderbouwing leunt op de aanwezigheid van drie verschillende emotieregu-

latiesystemen in de mens: het angststelsel dat wordt geactiveerd bij gevaar, het driftstelsel dat ons aanzet tot het zoeken naar bestaansmiddelen en het veiligheidstelsel, dat wordt geactiveerd wanneer de eerste twee systemen niet actief zijn en we ons in een toestand van veiligheid begeven. Het laatste stelsel, het veiligheidstelsel, zou volgens Gilbert sterk gelinkt zijn aan de ontwikkeling van hechtingsgedrag én aan vaardigheden in zelfcompassie. Gilbert stelt ook dat een gebrek aan zelfcompassie voortkomt uit een disbalans tussen deze drie systemen. Als de twee andere systemen – het angststelsel en driftstelsel – overprikkeld worden (of als die zijn overprikkeld in de jeugd), komt het tevredenheidstelsel onvoldoende tot ontwikkeling. In de *Compassion focused Therapy* ontwikkelen patiënten de vaardigheden voor zelfcompassie. Zowel Neff als Gilbert ontleen veel aan de Boeddhistische psychologie.

EMOTIEREGULATIEPROBLEMATIEK

Opvallend is dat zelfcompassie volgens Neff en Gilbert juist tot uitdrukking komt wanneer het erop aan komt pijnlijke gedachten en emoties te hanteren, of in de woorden van Neff: *wanneer we worden geconfronteerd met ervaringen van leed of persoonlijk falen*. Zo bezien kan het ontwikkelen van zelfcompassie bijvoorbeeld vooral belangrijk zijn voor mensen met ernstige emo-

ticregulatieproblematiek, die lijden onder pijnlijke gedachtes en emoties. Dat wordt bevestigd in recent onderzoek; daaruit blijkt dat het positieve effect van vaardigheden in mindfulness op borderline persoonlijkheidsproblematiek (ten minste deels) gemedieerd wordt door het vergroten van zelfcompassie.³

In dat kader is het interessant om te onderzoeken welke rol de drie kenmerken van zelfcompassie (in de definitie van Neff) hebben binnen de DGT. DGT is ontwikkeld voor mensen die intens worstelen met heftige emoties, wat volgens Neff de situatie is waarin zelfcompassie effectief is.

DGT, MINDFULNESS EN ZELFCOMPASSIE

DGT is de eerste vorm van psychotherapie waarbinnen mindfulness is geïntroduceerd, en dat was lang voordat Neff het besproken artikel over zelfcompassie schreef. Marsha Linehan ontwikkelde DGT in het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw en de kenmerken van mindfulness in DGT vallen oorspronkelijk niet onder de noemer zelfcompassie. Dat begrip is pas later door Neff op de kaart gezet.

De verklaringen die Neff en Gilbert aanvoeren voor waarom mensen een gebrek aan zelfcompassie hebben of ervaren, vertonen overeenkomsten met de biosociale theorie van de DGT voor het ontstaan van emotieregulatieproblematiek. Volgens DGT-grondlegger Linehan ontstaat emotieregulatieproblematiek door een biologisch verankerde verhoogde basisspanning en sterkere stressreactie op gevaar, in combinatie met een sterk invaliderende omgeving die het angstsysteem juist voortdurend activeert.⁴

In een recent artikel gaf Marsha Linehan nog eens aan hoe zij ertoe gekomen was om mindfulness binnen DGT op te nemen.⁵ Haar ervaring was dat mensen met ernstige emotieregulatieproblematiek gefrustreerd raken wanneer de behandelingsfocus eenzijdig bij verandering ligt. De gehele focus verleggen naar acceptatie zorgt bij hen echter evenzeer voor frustratie, omdat het leven van deze patiënten vaak al ondraaglijk is, m.a.w.: er moet wel iets veranderen. In beide gevallen voelt het individu zich geïnvaleerd en niet erkend. Er moest een balans worden gevonden tussen acceptatie en verandering. In de therapie wordt voortdurend bewogen tussen aan de ene kant de acceptatie van het moment en de situatie zoals die zijn; en aan de andere kant naar

verandering; door het aanleren en oefenen van ander, meer constructief gedrag. Dit is ook terug te vinden bij de toepassing van Zen, de praktische uitwerking van de Boeddhistische filosofie.

OORDEELVRIJE HOUDING

De kerngedachte in DGT is dat er pas sprake kan zijn van verandering na acceptatie. Wil je ergens naartoe, dan helpt het om eerst goed te onderzoeken waar je je bevindt en hoe je daar gekomen bent. Daarvoor is een oordeelvrije houding essentieel. Iets veroordelen staat immers gelijk met niet-acceptatie. *Wat ik deed was gewoon stom! Wanneer stop ik daar nou eens mee!* De keten van gebeurtenissen die uiteindelijk leidde tot het ongewenste gedrag (zoals zelfbeschadiging, een woedeaanval, een zelfmoordpoging), wordt daarbij in feite afgedaan als niet relevant; het eigen gedrag wordt afgekeurd en niet begrepen. Vaak wordt niet alleen het eigen gedrag maar de hele eigen persoon veroordeeld; *wat ben ik toch een waardeloze ...!* Om dat patroon te doorbreken is een oordeelvrije houding noodzakelijk, want dat laat ruimte voor nader onderzoek. Wat ging er aan mijn handelen vooraf? Wat voelde ik, wat waren mijn gedachten? Kan ik achteraf zien dat er

Een balans vinden tussen acceptatie en verandering

enige wijsheid zat in wat ik deed? Daar 'ja' op te kunnen zeggen, leidt tot zelfvalidatie: *Ik ben niet gek, of stom. Wat ik deed hielp me in elk geval door de wanhoop heen. En ik zie ook dat ik daarmee een patroon in stand houd dat me niet verder helpt.* Die acceptatie en zelfvalidatie bieden dan de ruimte voor verandering; *hoe en op welk moment in de keten van gebeurtenissen had ik anders kunnen handelen zodat het anders zou zijn gelopen? Wat belemmerde me daarin?*

NAAR DE BEHANDELING

In de behandeling spreken therapeut en patiënt vervolgens samen af met welke vaardigheden de patiënt kan oefenen om tot een effectievere regulatie van zijn of haar emoties te komen. Enerzijds vraagt een dergelijke gedragsverandering om momenten en situaties met een lage emotionele spanning, omdat een hoge spanning het leren en de toegang tot de cognitieve belemmert. Anderzijds is acceptatie van het moment noodzakelijk om vaardig te kunnen handelen wanneer de emoties hevig oplopen.

DGT-grondlegger Linehan onderscheidde zes vaardigheden die helpen om mindfulness te ontwikkelen; drie zogeheten hoe-vaardigheden en drie wat-vaardigheden. De drie hoe-vaardigheden zijn: observeren (de bewustwording van en het leren aanschouwen van zintuiglijke prikkels, lijfelijke sensaties en gedachten, zonder zich ermee te identificeren); het beschrijven (woorden geven aan de observaties, en je daarbij houden aan de feiten); en het participeren (aandachtig opgaan in de activiteit, in het hier en nu). Deze hoe-vaardigheden ondersteunen de drie wat-vaardigheden: het ontwikkelen van een oordeelvrije houding, één ding regelmatig doen, en effectief zijn.

Het is overigens mogelijk om deze enkelvoudige vaardigheden te combineren tot complexere vaardigheden. Wil je bijvoorbeeld een crisis hanteren? Dan is een van

volgens bewust en met aandacht om je crisis effectief door te komen.

Kortom, de overeenkomsten tussen Neff's drie elementen van zelfcompassie en de hierboven beschreven elementen van mindfulness binnen DGT leren zich gemakkelijk herkennen. Vooral het eerste en de derde element zijn hierin duidelijk aanwezig, namelijk: de oordeelvrije houding en het observeren van je innerlijke gesteldheid zonder je er geheel mee te identificeren. Deze vaardigheden worden in DGT alleen niet geoefend om de zelfcompassie te vergroten, want dat is niet het doel van DGT. Doel van DGT is een betere zelfregulatie van de eigen emoties.

Noot: In de recente herziene versie van de DGT-vaardigheden Handleiding en het DGT-vaardigheden werkboek, deel 1⁶ is overigens wel leerstof opgenomen waarin wordt beschreven wat compassie in brede zin inhoudt (dus niet alleen voor jezelf, maar voor alle levende wezens), en hoe ermee kan worden geoefend.

WAT MAAKT MINDFULNESS EFFECTIEF?

De effectiviteit van DGT is in meerdere studies uitgebreid aangetoond, en nog steeds wordt hiernaar onderzoek gedaan. Het belang en de effectiviteit van de mindfulnessvaardigheden binnen DGT zijn echter beperkt onderzocht.⁷ Dat zal ook niet meevallen, want de rol van de Zen-principes binnen DGT is veel groter dan het aanleren van de bijbehorende vaardigheden door de patiënt; deze principes komen bijvoorbeeld ook tot uitdrukking in de oordeelvrije attitude van de behandelaar (de opbouw van het behandelprogramma is in zekere zin dienend aan het ontwikkelen van een mindful levenshouding). Net als de patiënt moet de DGT-therapeut zich de door Linehan beschreven vaardigheden in mindfulness eigen maken om de patiënt een effectieve behandeling te kunnen bieden. In welke mate de therapeut daarin geslaagd is, bepaalt deels in hoeverre hij of zij die vaardigheden aan de patiënt kan overbrengen.

Die beperkte kennis over de werkzaamheid van mindfulness binnen DGT laat enkele belangrijke vragen onbeantwoord: zijn sommige vaardigheden in emotieregulatie belangrijker dan andere; welke rol speelt zelfcompassie daarin; wat zou het betekenen als de mindfulnessvaardigheden worden aangeboden onder de

Zelfcompassie wijst mensen op iets nieuws

de DGT-vaardigheden de zogeheten STOP-vaardigheid: *Stop jezelf, doe een stap 'Lerug en las een ademruuze in; Observeer wat er in en om je heen gebeurt; en Zak het mindful en effectief aan.* De enkelvoudige mindfulnessvaardigheden zijn hierin overduidelijk herkenbaar: neem letterlijk afstand van je emotionele gesteldheid en identificeer je er niet mee, observeer, en handel ver-



noemer van het containerbegrip zelfcompassie? Het invoeren van zelfcompassie wijst mensen immers op iets nieuws, iets waar ze eerder – zeker in experimentele zin – niet bekend mee zijn. Mindfulness zou daarmee een nieuwe betekenis krijgen. Zou de invoering van het concept zelfcompassie ook een negatieve invloed op de behandeling kunnen hebben? Onze patiënten zijn het gewend zichzelf af te wijzen en te veroordelen. Zelflieve roept bij hen soms eerder emotionele disregulatie op, vanwege de veroordeling die die zelflieve paradoxaal genoeg ook kan oproepen: *Ik mag niet mild en vriendelijk zijn voor mezelf, dat verdien ik niet*. De veroordeling kan secundaire emoties bij de patiënt oproepen die hem of haar juist geen zelfcompassie opleveren. Of mogelijk kunnen de plotselinge gevoelens van mildheid en vriendelijkheid ook gevoelens van rouw oproepen, door het besef die vriendelijke mildheid een leven lang te hebben moeten missen.² Voor de toepassing van zelfcompassie binnen DGT lijkt het ons van belang om vast te houden aan de doelen van DGT. Dat betekent dat het voor het afdalen van destructief gedrag en het aanleren van vaardig gedrag van belang blijft om met een gedragsanalyse te onderzoeken wat mensen daarin belemmert en wat hen helpt. Vervolgens kan de aandacht gericht worden op een oplossingsstrategie die daarbij past. Alleen wanneer blijkt dat een gebrek aan zelfcompassie en gebrekkige zelfcompassievaardigheden een sterk belemmerende rol spelen, is het belangrijk daar de interventies op te richten, met als doel de zelfcompassie te vergroten. De interventies die auteur Gilbert voorstelt kunnen daarbij helpen.²

ACCEPTATIE VAN HET MOMENT: DE EERSTE STAP?

Verder onderzoek zal moeten uitwijzen hoe mindfulness en zelfcompassie overlappen en op elkaar ingrijpen, en welke rol ze hebben binnen de emotieregulatieproblematiek. Er zijn enkele studies die een begin maken met het ontzafelen van dit vraagstuk. Zo concludeerde Felieu-Soler (2017) dat de aanvulling van een zelfcompassietraining op een mindfulnessstraining voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, bij hen de vaardigheid 'Acceptatie' vergrootte.⁸ Acceptatie werd in dat onderzoek omschreven als 'experimenterend open staan voor de realiteit van het moment'. In een studie van Perroud,⁹ waarin gedurende een jaar



Wies van den Bosch is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Zij is gecertificeerd DGT-therapeut en heeft DGT in Nederland geïntroduceerd. Zij heeft meerdere RCT's uitgevoerd (o.a. naar de effectiviteit van DGT) en is werkzaam als boegbeeld/senior onderzoeker bij Scelta, expertisecentrum persoonlijkheidsstoornissen in Apeldoorn. Zij heeft Dialexis, het opleidingsinstituut voor DGT in Nederland opgericht. Zij heeft meerder publicaties op haar naam staan (DGT, forensische psychiatrie, verslaving, intramurale en acute zorg) en geeft nationaal en internationaal trainingen/lessen/workshops. Van den Bosch werkt ook bij Scelta, expertisecentrum persoonlijkheidsstoornissen (Apeldoorn).



Klaas-Jan Pos werkt als kliniekpsychiater bij Stichting Centrum '45 in Oegstgeest. Hij is in opleiding tot DGT-trainer bij Dialexis, het trainingsinstituut voor Dialectische Gedragstherapie in Nederland (Deventer). In zijn boek *Leed heeft niet het Laatste Woord* (2018) beschrijft hij wat menselijk lijden in universele zin zou zijn en beschrijft hij hoe we ons op een 'vruchtbare manier' tot dat lijden kunnen verhouden.

DGT vier verschillende mindfulnessvaardigheden werden gemeten op hun effectiviteit (niet onder het begrip zelfcompassie), bleek bij patiënten vooral de vaardigheid 'Oordeelvrije Acceptatie' te zijn toegenomen, en juist de ontwikkeling van deze vaardigheid wordt geassocieerd met een beter behandelresultaat. Mogelijk is oordeelvrije acceptatie van het moment een belangrijke vaardigheid in de stap naar verandering. En dat is misschien ook niet zo verwonderlijk. 'Experimenterend open staan voor de realiteit' betekent dat het individu zich niet langer identificeert met zijn

of haar zelfkritische en veroordelende houding. Het betekent ook dat het ineffektieve verzet tegen de realiteit is opgegeven. En juist dan ontstaat er ruimte om nieuw gedrag te oefenen.

VERVOLG VAN DE CASUS

Om terug te komen op de casus in het begin van dit artikel: dat laatste gebeurde bij mijn patiënt. Wat hij deed was meer dan het uitspreken van een eenvoudige affirmatie. Het inzicht dat je ook van jezelf mag houden, kreeg pas betekenis door de observatie én acceptatie dat hij niet van zichzelf hield. Juist de acceptatie dat hij niet van zichzelf hield, terwijl dat wel toegestaan is, gaf hem de ruimte voor iets nieuws. Hij stond op, liep naar de badkamer en sprak zichzelf toe in de spiegel. Intuïtief, of zoals dat in DGT heet 'vanuit zijn wijze geest', kende hij zichzelf een zo goed als oordeelvrije eigenschap toe. Hij was niet geweldig, niet prachtig, niet beter dan anderen, hij hoefde niet perfect of foutloos te zijn. 'Je bent oké', zei hij tegen zichzelf. En dat was genoeg.

CONCLUSIE

Binnen ons vakgebied is het concept zelfcompassie nog betrekkelijk nieuw. Mindfulness is al beduidend langer bekend en heeft een belangrijke plek binnen DGT. Waarom beide begrippen bruikbaar en effectief kunnen zijn binnen behandelmethodieken is nog onvoldoende onderzocht, ook binnen DGT. Een verkennende vergelijking van beide concepten toont dat ze deels overlappen en dat hun toepassing voor de hand ligt binnen de behandeling van ernstige emotieregulatieproblematiek. Mensen met emotieregulatieproblemen hebben de neiging om geheel met hun emoties samen te vallen, of om eraan voorbij te gaan. Zelfcompassie en mindfulness bewandelen de middenweg. Ze leren het individu de emoties te verdragen zonder er mee samen te vallen. Het ontwikkelen van een oordeelvrije en radicale acceptatie van de realiteit lijkt daarin een eerste cruciale stap. ●

REFERENTIES

1. Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2: 85-101.
2. Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion-focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 15, 199-208.
3. Scheibner, H.J., e.a. (2017). Self-compassion mediates the Relationship between Mindfulness and Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 31: 1-19.
4. Linehan, M.M. (Ned vertaling 2002). Dialectische Gedragstherapie bij Borderline Persoonlijkheidsstoornis. *Theorie en Behandeling*, blz. 58-78.
5. Linehan, M.M., Wilks, C.R. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69 (2): 97-109.
6. Linehan, M.M. (Ned vertaling door Van den Bosch, L.C.M., 2006). *Handleiding voor de Vaardigheidstraining Dialectische Gedragstherapie*, blz. 274-277, en *De DGT Vaardigheden Leerwijzers en Huiswerkbladen*, werkboek 1, blz. 73 en blz. 102.
7. Barnard, L.K., Curry, J.F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*, 15 (4): 289-303.
8. Felieu-Soler, A., e.a. (2017). Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients with Borderline Personality Disorder: a Randomized Pilot Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24 (1): 278-286.
9. Perroud, N., e.a. (2012). Mindfulness Skills in Borderline Personality Patients during Dialectical Behavior Therapy: preliminary results. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16 (3): 189-196.

