

Interventie

Dialectische Gedragstherapie voor Jongeren (DGT-J)

Samenvatting

Doel

Het doel van de interventie is tweeledig: 1) Het onder controle hebben van onaangepast en impulsief gedrag (zoals automutilatie, drank/drugsgebruik, woedebuien) en het omzetten van dat gedrag in adaptief gedrag om constructief op de situatie en bijbehorende emotie te kunnen reageren. 2) Eigen gedachten, emoties en wensen leren valideren, dat wil zeggen ze vroegtijdig kunnen herkennen, erkennen en zodanig gebruiken dat emotionele dysregulatie wordt voorkomen.

Er zijn 4 subdoelen: al het levensbedreigende gedrag is gestopt, gedrag dat interfereert met de therapie is verminderd, wat wil zeggen dat de cliënt in staat is om constructief in therapie te blijven, gedrag dat interfereert met de kwaliteit van leven is verminderd en gedragsvaardigheden zijn uitgebreid (aandachtsvaardigheden, interpersoonlijke effectiviteit, emotieregulatie, het verdragen van onlust, zelfmanagement).

Doelgroep

De interventie is bedoeld voor jongeren die gediagnosticeerd zijn met een borderline persoonlijkheidsstoornis en voor jongeren bij wie sprake is van een subklinische borderline persoonlijkheidsstoornis (minimaal 3 kenmerken van BPS volgens de DSM-IV-TR) bij wie de borderline problematiek in het klachtenpatroon op de voorgrond staat.

Aanpak

De interventie duurt 24 weken en bestaat uit vijf onderdelen: individuele therapie, vaardigheidstraining in groep, tussentijdse consultatiemogelijkheid voor de cliënt, systeeminterventies (zoals ouderbegeleiding, systeem-therapie en/of ouder/systeemvaardigheidstraining) en wekelijkse intervisie voor therapeuten. De vijf onderdelen van de behandeling maken gebruik van methodes uit drie theoretische kaders: cognitieve gedragstherapie, zen en de dialectische filosofie. DGT-J werkt verder met een heldere fasering en hiërarchie van behandeldoelen.

Materiaal

Verkrijgbaar zijn:

- een theoretische handleiding
- een jongerenwerkboek voor de DGT-J Vaardigheidstraining
- een trainershandleiding voor de DGT-J Vaardigheidstraining
- een opzet voor de DGT-J Vaardigheidstraining voor familie en vrienden
- een registratiekaart (de 'dagboekkaart') voor de individuele therapie

Onderzoek effectiviteit

Bij de Bascule in Amsterdam (de Haan, de Bruin, Noorloos, Stegge, 2012) is een pilotonderzoek naar de werkzaamheid van DGT-J verricht. De resultaten wijzen uit dat jongeren een half jaar tot een jaar na DGT-J

verbetering lieten zien in borderline problematiek (met name zelfschadelijk gedrag), depressie en algemene zelfwaardering. Het drop-out percentage bedroeg 26%, wat een verbetering is ten opzichte van wat gebruikelijk is bij deze doelgroep. Daarnaast verbeterden de cliënten op BPS klachten, depressie, algemeen zelfbeeld en algemene psychopathologie met goede effectsizes.

Standaard DGT (de oorspronkelijke methode, waarvan de hier gepresenteerde interventie een aanpassing is) is in een Nederlandse RCT met follow-up onderzocht door Verheul e.a. (2003). De DGT groep kende een aanmerkelijk hogere therapietrouw (63% t.o.v. 23%) en een grotere reductie in zelfbeschadigend gedrag en overig impulsief gedrag zoals alcohol en druggebruik. Het aantal suïcidepogingen was te klein om significant verschil te bereiken. Ook na een follow-up van zes maanden bleven de significante verschillen voor automutilatie en impulsief gedrag tussen de groepen grotendeels gehandhaafd (Van den Bosch e.a., 2005). DGT bleek in dit onderzoek ook toepasbaar buiten het onderzoeksinstituut waar het ontwikkeld was, namelijk in de gangbare Nederlandse GGZ.

Naar standaard DGT en DGT-A (een aanpassing van standaard DGT voor adolescenten die veel gelijkenis vertoont met DGT-J) zijn diverse internationale RCT's met positieve resultaten verricht.

Ontwikkeld door

de Bascule
Meibergdreef 5
1105 AZ Amsterdam ZO
Telefoon: 020 - 890 10 00

Curium-LUMC
Endegeesterstraatweg 27
2342 AK Oegstgeest
Telefoon: 071-5159600

Contactpersoon: Rosanne de Bruin / Agaath Koudstaal
Email: R.deBruin@debascule.com / J.A.Koudstaal@curium.nl

Erkenning

Erkend door
Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 06-12-2013
Oordeel: Goed onderbouwd
Toelichting:

Het probleem is duidelijk, de doelen zijn concreet geformuleerd, de doelgroep is ingewikkeld maar goed omschreven, de aanpak is goed uitgewerkt en de onderbouwing is helder. Vanuit de praktijk is aannemelijk gemaakt dat de invalshoek van de dialectiek bij de doelgroep aansluit.

1. Toelichting naam van de interventie

Geen toelichting

2. Risico en/of probleem waar de interventie zich op richt

Aard

DGT-J is een interventie voor adolescenten (12-18 jaar) met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) of een subklinische BPS. Borderline behoort volgens DSM-IV-TR tot de Cluster B persoonlijkheidsstoornissen. Dit zijn antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen. De borderline persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door:

- a) Gevoelontregeling, die zich uit in affectieve labiliteit en problemen met woede.
- b) Intermenselijke ontregeling, die chaotische relaties en angst voor verlating met zich meebrengt.
- c) Ontregeling van het zelf, die gepaard gaat met identiteitsverwarring, problemen met het zelfgevoel en een gevoel van leegte.
- d) Gedragsontregeling, met (para)suïcidaal gedrag of neigingen en impulsief gedrag.
- e) Ontregeling in het denken, gekenmerkt door dissociatieve reacties, achterdocht, rigiditeit in het denken en zwart-witdenken.

Adolescenten met een BPS onderscheiden zich door impulsiviteit en door instabiliteit van stemming, relaties en zelfbeeld.

Prevalentie en spreiding

Er zijn nauwelijks betrouwbare cijfers over de prevalentie van BPS bij adolescenten, hoewel er aanwijzingen zijn dat deze iets hoger ligt dan de 2% bij volwassenen (Chanen e.a., 2008, Miller e.a., 2008, Schuppert e.a., 2009). In klinische groepen komt BPS vaker voor. Levy e.a. (1999) vonden dat van een groep opgenomen adolescenten 43% voldeed aan de diagnose BPS. Grilo e.a. (1996) identificeerden onder opgenomen adolescenten een vergelijkbaar percentage van 49%. Gangen e.a. (2004) vonden een percentage van 11% bij adolescenten die ambulante werden behandeld.

De borderline persoonlijkheidsstoornis komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (Johnson e.a. 2003). Chanen (2007) vindt in zijn onderzoek naar BPS bij adolescenten geen sekseverschillen in de uitingsvorm van problemen. Bradley e.a. (2005) zien echter wel verschillen tussen jongens en meisjes. Meisjes zijn volgens hen meer internaliserend en emotioneel dramatisch en jongens vaker ongeremd in hun gedrag, externaliserend en boos of agressief.

Gevolgen

De stoornis kent een hoog percentage suïcides en suïcidepogingen. Longitudinaal onderzoek (Paris & Zweig-Frank, 2001, Zweig-Frank & Paris, 2002) wijst uit dat 10% van de (volwassen) borderline patiënten uiteindelijk suïcide pleegt. Het risico op een suïcide is bij BPS patiënten 50 keer zo groot als in de algemene bevolking. Daarnaast komen bij jongeren met een BPS vaak andere stoornissen voor. Deze jongeren hebben aanzienlijk meer kans op problemen in alle levensgebieden dan jongeren zonder persoonlijkheidsproblematiek of met andere persoonlijkheidsstoornissen. Een BPS in de adolescentie voorspelt later in het leven een lager sociaal functioneren, een lagere levenssatisfactie, lager academisch en beroepsmatig functioneren, minder relaties en een groter gebruik van geestelijke gezondheidszorg (Schuppert e.a., 2009).

Ook ernstige conflicten met gezinsleden (Johnson, 2005) worden veelvuldig gezien bij adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis.

3. Doel van de interventie

Het hoofddoel van de interventie is tweeledig: 1) Het onder controle hebben van onaangepast en impulsief gedrag (zoals automutilatie, drank/drugsgebruik, woedebuien) en het omzetten van dat gedrag in adaptief gedrag om constructief op de situatie en bijbehorende emotie te kunnen reageren. 2) Eigen gedachten, emoties en wensen leren valideren, dat wil zeggen ze vroegtijdig kunnen herkennen, erkennen en zodanig gebruiken dat emotionele dysregulatie wordt voorkomen.

Genueanceerder gezien valt dit hoofddoel uiteen in:

- a. levensbedreigend gedrag is gestopt (bijv. automutilatie, suïcidaal gedrag; gevaarlijke omgang met medicatie, etc)
- b. gedrag dat interfereert met de therapie is verminderd: de cliënt kan constructief in therapie blijven zolang dit voor hem/haar nodig is (bijv. komt afspraken na, bespreekt de problemen in therapie, maakt therapiehuishwerk)
- c. gedrag dat interfereert met de kwaliteit van leven is verminderd (bijv. ruzies thuis, problemen op school, middelenmisbruik, eetproblemen, laag zelfbeeld). Aan dit doel kan zo nodig verder gewerkt worden na de actieve DGT-J periode, in een reguliere therapie.
- d. gedragsvaardigheden zijn uitgebreid (aandachtsvaardigheden, interpersoonlijke effectiviteit, emotieregulatie, het verdragen van onlust, zelfmanagement) en worden zodanig adequaat ingezet dat zij een alternatief bieden voor het probleemgedrag dat in punt a, b en c benoemd is.

Doel a, b, en c vormen binnen DGT-J de doelenhiërarchie. Het gedrag dat het hoogst in de hiërarchie staat wordt het eerst aangepakt. Het uitbreiden van gedragsvaardigheden vindt continu plaats: in het werken aan doel a, b, en c komt doel d telkens aan de orde. Omdat er volgens een doelenhiërarchie gewerkt wordt, zullen doel a en vervolgens doel b altijd prioriteit hebben. Wanneer op dit gebied de problemen ernstig en hardnekkig zijn, zal de periode van actieve DGT-J (half jaar met mogelijkheid tot verlenging van half jaar) vooral nodig zijn om doel a en b te bereiken. De vorderingen op doel c zijn dan kleiner. Hier kan dan in een reguliere, op de problematiek van As1 gerichte, vervolgtherapie aan gewerkt worden.

De doelen worden specifiek gemaakt en gemeten via een wekelijkse dag-boekkaart, waarop de jongere dagelijks bijhoudt of hij heeft geautomutileerd, suïcidale gedachten en gedrag heeft vertoond, in welke mate

hij wanhoop ervaart en verdere individuele doelen die onder c) geformuleerd zijn. Zo ontstaat een wekelijkse ROM (Routine Outcome Monitoring), voor de doelen uit de hiërarchie.

4. Doelgroep van de interventie

Voor wie is de interventie bedoeld

De interventie richt zich op jongeren van 13-21 jaar met een borderline persoonlijkheidsstoornis en op jongeren waarbij sprake is van een subklinische borderline persoonlijkheidsstoornis (minimaal 3 kenmerken van BPS volgens de DSM-IV-TR) bij wie de borderline problematiek in het klachtenpatroon op de voorgrond staat.

Indicatie- en contra-indicatiecriteria

Om te mogen deelnemen aan het DGT-J programma, moet aan minstens 3 van de 9 DSM-IV-TR-criteria voor borderline voldaan zijn gedurende minstens 1 jaar en:

- de borderline problematiek staat op de voorgrond in het klachtenpatroon. Als er sprake is van een lichte vorm van BPS, maar andere klachten (As1 problematiek) op de voorgrond staan, dan wordt doorverwezen naar een klacht specifieke behandeling: bijvoorbeeld voor trauma, angststoornis, depressie e.d.
- er is sprake van stemmingsafhankelijk impulsief gedrag. Dit kan zowel impulsief gedrag zijn met een internaliserende component (automutilatie, suïcidepogingen, eetbuien, alcohol- en drugmisbruik) als impulsief gedrag met een externaliserende kant (woedebuien, fysieke agressie, roekeloos auto-/brommer rijden). De oorzaak van de impulsiviteit moet liggen in emotionele dysregulatie.
- er is een minimale commitment aanwezig. Minimale commitment is binnen DGT een ruim begrip. De commitment die gezocht wordt gaat over:

1. De doelen

Doel 1: levensbedreigend gedrag. Beloftes om gedurende het half jaar behandeling geen suïcidepoging te doen worden wel gepoogd te verkrijgen, maar dit is voor veel jongeren niet haalbaar. Men werkt hierin volgens een geleidelijke schaal. Er wordt geprobeerd om een commitment om in leven te blijven te verkrijgen voor de hele duur van de therapie. Lukt dit niet, dan maakt men de periode van commitment steeds kleiner, waarbij de afspraak geldt: in ieder geval tot de volgende therapie-afspraak waarbij de jongeren belooft gebruik te maken van telefonische consultatie als hij/zij merkt dat dit niet gaat lukken. Ditzelfde geldt voor commitmentafspraken over automutileren. De jongere moet bereid zijn om situaties waarin de aandring tot automutileren of suïcidepoging hoog was, of waarin het gedrag werd uitgevoerd, te analyseren en hierin nieuwe vaardigheden te gaan leren en uitproberen.

Doel 2: therapie interfererend gedrag. De jongere moet in ieder geval bereid zijn naar therapie te komen (2 maal per week: individuele therapie en vaardigheidstraining) en de intentie hebben huiswerk hiervoor te maken. Verder moet de jongere bereid zijn aan de doelen volgens de hiërarchie te werken (accepteren dat het onderwerp van gesprek altijd eerst het suïcidale gedrag en automutilatie zal zijn en vervolgens pas de andere voor de jongere belangrijke zaken). Ook moet de jongere bereid zijn advies van de therapeut op te volgen en nieuwe vaardigheden uit te proberen. Ook hierbij geldt: de jongere mag hierin falen, hij/zij moet echter wel bereid zijn deze situaties te analyseren, advies te accepteren en nieuw, vaardiger gedrag hierin uit te proberen.

Doel 3: bereidheid om aan de doelen (die ze zelf hebben opgesteld) te werken. Idem als boven

Doel 4: bereidheid om nieuwe vaardigheden te leren en uit te proberen.

2. De therapievorm en de therapeut. De jongere moet met deze therapie en deze therapeut willen werken. Minimale commitment houdt niet in dat de jongere per se volledig intrinsiek gemotiveerd moet zijn: hij mag de behandeling ook willen om ouders of een voogd tevreden te stellen. Echter, daarin moet dan wel motivatie liggen. De jongere mag ook ambivalent zijn. De bovenstaande commitment zal niet gedurende de hele behandeling vastgehouden kunnen worden.

- de Nederlandse taal machtig.

Contra-indicaties zijn:

- te laag intelligentieniveau waarbij de jongere niet in staat is de stof en tekst uit het werkboek te begrijpen en/of niet in staat is tot reflectie(kunnen verwoorden van situaties waarin zij problemen tegenkomt, in huiswerk situaties uit eigen leven kunnen bespreken), niet in staat is tot rollenspel om vaardigheden te oefenen en niet in staat is tot generalisatie van de vaardigheden naar het eigen leven buiten de therapieruimte.

Van belang is wel dat groepsmatching hierbij een rol speelt. Als de hele groep bestaat uit laag of laag-gemiddeld begaafde jongeren (of uit jonge adolescenten), kan de trainer zijn uitleg en werkvormen aanpassen aan het ontwikkelingsniveau en begrip van de jongeren en stukken tekst uit het werkboek overslaan of in eigen woorden toelichten. Er kan met minder tekst/verbale uitleg en meer visuele ondersteuning en rollenspel gewerkt worden. Die vrijheid geeft het programma, maar deze moet wel door de trainers zelf vormgegeven worden. Ook kan er individuele ondersteuning geboden worden na de training of kan de training individueel gegeven worden, waarbij de uitleg aan het begripsniveau van de jongere aangepast kan worden. Om generalisatie te bevorderen kan aan ouders en groepsleiding overgedragen worden wat er die week in de vaardigheidstraining geleerd is, zodat zij de jongere kunnen ondersteunen bij het oefenen en het huiswerk.

- onbehandelde AS I problematiek op de voorgrond, waaronder middelenmisbruik als primaire klacht, psychose of manische depressie (deze eerst volgens gangbaar protocol behandelen)
- geen minimale commitment (hoop op verandering en bereidheid zich daarvoor in te zetten) van de jongere of geen bereidheid aan de hiërarchie van doelen te werken (geen overeenstemming over de doelen)
- geen toestemming of minimale commitment van ouders als de jongere jonger dan 16 jaar is (WGBO).
- instabiele woonsituatie.

5. Aanpak

Opzet van de interventie

De interventie duurt 24 weken en bestaat uit de volgende onderdelen:

- Vaardigheidstraining in groep: 1x per week, twee maal drie kwartier met een kwartier pauze.
- Individuele therapie: 1x per week, een uur.
- Permanente consultatiemogelijkheid voor de jongere, telefonisch of per mail.
- Systeeminterventies zoals ouderbegeleiding: variabel naargelang de behoefte, meestal 1x per twee weken en/of systeemgesprekken naar behoefte.
- Vaardigheidstraining voor familie en vrienden of oudercursus: eens in de drie weken, 2x drie kwartier met een kwartier pauze.
- Consultatiemogelijkheid voor ouders tijdens kantooruren
- Intervisie voor therapeuten: 1x per week.

DGT-J is een ambulante programma, waarbij alle onderdelen parallel aan elkaar worden uitgevoerd.

Inhoud van de interventie

Vaardigheidstraining in groep

In dit interventie-onderdeel staat het aanleren van copingvaardigheden centraal.

Verloop

Elke sessie verloopt volgens een vaste structuur:

- Aandachtoefening: in deze oefening gaat het erom de mindfulnessvaardigheden te oefenen: met een milde, oordeelvrije aandacht in het moment kunnen zijn, de aandacht leren richten.
- Huiswerkbespreking: de beschikbare huiswerktijd wordt besteed aan de huiswerkopdrachten en eerlijk verdeeld over de deelnemers. Bij de bespreking van het huiswerk (dat grotendeels bestaat uit het registreren van situaties waarin bepaalde vaardigheden worden geoefend of zouden kunnen worden gebruikt) wordt vaak de vraag gesteld: wat had je anders willen doen? Welke vaardigheid, welke helpende gedachte zou je daarbij kunnen gebruiken? Dit kan vervolgens in een kort rollenspel geoefend worden.
- Pauze
- Behandelen van nieuwe stof: een van de trainers legt de nieuwe vaardigheden uit en oefent deze met de groep in rollenspelen of via andere oefeningen
- Nieuw huiswerk bespreken.
- Afsluitende aandachtoefening waarin mindfulnessvaardigheid wordt geoefend en de emoties weer gekalmeerd worden voor de jongere de deur uit gaat.

Opbouw en functie

De DGT-J vaardigheidstraining is het enige behandelonderdeel dat volledig geprotocolleerd is. De functie is het leren van nieuwe copingvaardigheden. Er is bewust gekozen voor een apart therapieonderdeel waarin alle aandacht gericht kan zijn op het leren van nieuwe vaardigheden: bij deze jongeren speelt er wekelijks zo veel

crisis, dat men in de individuele therapie doorgaans met name bezig is met crisisantering en motivering. Een aparte wekelijkse vaardigheidstraining waar men niet ingaat op crisis van de week, maar puur nieuwe vaardigheden aanleert en inraint, is noodzakelijk voor deze groep cliënten. De vaardigheidstraining bestaat uit vier opeenvolgende modules.

1. Aandachtsvaardigheden (4 sessies).

Binnen DGT-J is mindfulness uitgewerkt in een aantal vaardigheden die tijdens de vaardigheidstraining binnen de module Aandachtsvaardigheden aangeleerd worden. Deze vormen de basis van de gehele therapie. De jongere leert in deze module met oordeelvrije aandacht naar een situatie of naar zichzelf te kijken en weloverwogen te reageren.

Allereerst leren jongeren, door middel van psycho-educatie een onderscheid te maken tussen hun Rationele (logisch nadenken), Emotionele (impulsief handelen, overdrijven) en Wijze Ik (integratie van beide). Vervolgens leren de jongeren mindfulnessvaardigheden zoals observeren, beschrijven, participeren, oordeelvrij waarnemen, effectief kiezen en op één ding tegelijk geconcentreerd zijn. De verschillende vaardigheden hangen met elkaar samen maar worden in de training afzonderlijk ingeoefend.

2. Omgaan met Emoties (6 sessies)

In de module Omgaan met Emoties leren jongeren emotieregulatievaardigheden. De module begint met psycho-educatie over emoties: wat is het nut van de verschillende (basis) emoties, welke emoties zijn er, hoe merk je ze bij jezelf en hoe merken anderen deze emoties bij jou. Vervolgens wordt aandacht besteed aan vooroordelen (stoorzenders) over emoties die veel jongeren met BPS hebben. De jongeren leren hun stoorzenders te herkennen en te weerleggen. Vervolgens leren jongeren hoe hun gedachten hun emoties beïnvloeden, en leren zij dat bij elke emotie een aandring tot handelen (actie-tendens) hoort, waarvan het niet altijd handig is deze te volgen (tegengesteld handelen). Er wordt tevens stilgestaan bij gezond leven, plezierige dingen doen en werken aan je langetermijndoelen als middel om je stemming te verbeteren en stabiel te worden. Een centraal principe dat ten slotte gepresenteerd wordt is 'emotie als golf', waarin de jongeren leren hevige emoties te zien als een golf, die weer voorbij gaat en waarop niet per se gereageerd hoeft te worden. Bij elke sessie staat één basisemotie centraal en bestaat het huiswerk uit het oefenen van het observeren en beschrijven van de eigen gedachten en emoties in dagelijkse situaties.

3. Crisisvaardigheden (6 sessies)

In de module Crisisvaardigheden leren jongeren vaardigheden om de stress-tolerantie te verhogen. De crisisvaardigheden bestaan uit twee soorten. Om de jongeren te helpen hun gedrag te veranderen, leren ze eerst een aantal basisregels voor gedragsverandering, bijvoorbeeld jezelf belonen voor gewenst gedrag of nieuw gedrag aanleren in kleine stappen. Vervolgens leren en oefenen de jongeren met de eerste set crisisvaardigheden die helpen om een crisis veilig door te komen, zoals voor- en nadelen van impulsief zelfschadelijk gedrag afwegen, afleiding zoeken, zichzelf kalmeren door de eigen zintuigen te gebruiken en verschillende ontspanningsoefeningen. Vervolgens leren en oefenen de jongeren vaardigheden rondom het accepteren van moeilijke situaties en hun mogelijke gedragskeuzes hierin.

4. Omgaan met relaties (6 sessies)

Het gaat in deze module om het vinden van een balans in interacties. De jongeren leren te onderscheiden welke mate (intensiteit) van assertiviteit in een bepaalde situatie nodig is. De jongeren leren om op drie aspecten van een interactie te letten. Een interactie kan geslaagd zijn als je doel bereikt is en je hebt gekregen wat je wilt, als de relatie goed is gehouden of zelfs is verbeterd of als je zelfrespect bewaard is gebleven of is verbeterd. De jongeren leren kiezen wanneer ze welk aspect prioriteit willen geven en leren waar ze bij elk van deze aspecten op moeten letten. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan stelregels en vooroordelen (stoorzenders) die jongeren met BPS over relaties kunnen hebben, zoals: je moet nooit zeggen waar je behoefte aan hebt en vertrouw niemand. Ze leren deze stoorzenders herkennen en weerleggen.

Individuele therapie

In dit onderdeel ligt de focus enerzijds op de jongere veilig, in leven en zolang nodig in therapie houden en anderzijds op hem of haar de kans geven om gedrag te leren dat het leven de moeite waard maakt.

Verloop

Ook deze deelbehandeling verloopt volgens een vast patroon: de start is steeds een aandachtsoefening, waarna de therapeut samen met de jongere de ingevulde registraties op de dagboekkaart bekijkt. Naar

aanleiding van deze registraties kiest de therapeut (op basis van de doelenhiërarchie) het gedrag van die week dat hij wil analyseren. Suïcidaal gedrag krijgt prioriteit, gevolgd door zelfbeschadigend gedrag en gedrag dat interfereert met de therapie en de kwaliteit van leven. Bij de gedragsanalyse gaat het erom de keten van situaties, gedachten en gevoelens helder te krijgen die samen hebben geleid tot de opbouw van emotieontregeling en het schadelijke gedrag. In deze analyse zorgt de therapeut dat de gedachten en gevoelens van de jongeren gevalideerd worden (acceptatiegerichte strategie). Na de gedragsanalyse vindt een oplossingsanalyse plaats. In de keten van aanleidende situaties wordt gekeken welke vaardigheden gebruikt hadden kunnen worden en waar de jongere zich anders had willen gedragen. Er wordt afgesproken wat de jongere gaat doen om de situatie op te lossen of een volgende keer te voorkomen (veranderingsgerichte strategie). Oplossingen worden op commitment gecheckt en versterkt middels trouble-shooting. Indien nodig wordt het gedrag geoefend middels rollenspel en/of modeling.

Opbouw en functie

De functie van de individuele therapie is de jongere te motiveren de therapie (en het leven) vol te houden en zich in te spannen voor het verwerven van adequater gedrag. Daartoe analyseert de therapeut per week de situaties waarin probleemgedrag zich heeft voorgedaan. Hij houdt de mate van suicidaliteit in de gaten, en is de eerste met wie de jongere crises kan bespreken. Wanneer blijkt dat het suicidegevaar groot is, heeft het organiseren van veiligheid de grootste prioriteit. Samen maken therapeut en jongere veiligheids-afspraken. In contact blijven is een kernwaarde in deze situatie. Wanneer het suïcidale gedrag besproken is of die week niet is voorgekomen, gaat de therapeut verder met het volgende doel uit de hiërarchie, en verbindt hij daar vaardigheden aan. Het werken aan de doelen uit de hiërarchie gaat dus steeds samen met het inoefenen van vaardigheden die nodig zijn om dat doel te bereiken. De therapeut sluit zo nauw mogelijk aan bij de pas geleerde vaardigheden uit de vaardigheidstraining. Gedrags- en oplossingsanalyse op basis van de dagboekkaart staan hierbij centraal. De specifieke behandel functies voor dit onderdeel zijn: motiveren, destructieve vaardigheden verminderen, nieuwe vaardigheden leren toepassen, het bieden van crisisinterventie.

Permanente consultatiemogelijkheid

Verloop

De jongere mag op moment van crisis (maar wel vóór het destructieve gedrag is uitgevoerd) voor crisisconsultatie bellen naar de individuele therapeut of diens vervanger. De crisisconsultatie gesprekken lopen doorgaans volgens een vast stramien: eerst vraagt de therapeut waar de jongere is, of deze nu direct in gevaar is en op welk nummer deze bereikbaar is. Dan vraagt de therapeut de aanleiding van de crisis kort uit en valideert hij gevoelens en gedachten. Vervolgens wordt met de jongere gekeken welke vaardigheden (coping) deze nu kan gebruiken. Dit wordt in de vorm van een gedragsinstructie afgesproken, en commitment hieraan wordt gecheckt. Met de afspraak dat de jongere opnieuw kan bellen wanneer dit niet helpt, wordt afgesloten. Crisisconsultatie duurt doorgaans kort, maximaal 15-20 minuten.

Opbouw en functie

De consultatiemogelijkheid is bedoeld om jongeren van dienst te zijn in geval van crisis, wanneer zij nieuwe vaardigheden willen uitproberen maar zich daar zelfstandig niet in staat toe achten, of wanneer zij de relatie met de therapeut willen herstellen. Jongeren kunnen ook bellen of mailen als zij goed nieuws te melden hebben. In hoog-emotionele staat heeft men slechts beperkt toegang tot geheugeninhouden die in laag-emotionele staat zijn verworven. De telefonische consultatie biedt de mogelijkheid om de nieuw geleerde vaardigheden ook in hoog-emotionele staat opnieuw aan te bieden en voor het geheugen beschikbaar te maken. In het gesprek structureert de therapeut de situatie voor de jongere en benoemt en valideert de aanwezige emoties, zodat het spanningsniveau van de jongere zakt. Wanneer blijkt dat er niet van de consultatiemogelijkheid gebruik gemaakt werd wanneer dit wel aan de orde was, bespreekt de therapeut dit met de jongere tijdens de individuele therapie. Dit onderdeel omvat de behandel functies: het generaliseren van vaardigheden naar het dagelijks leven en het bevorderen van effectief hulp vragen.

Systeeminterventies

Binnen DGT-J worden ouders en systeem op verschillende manieren bij de behandeling betrokken:

1. door middel van ouderbegeleiding (altijd) en systeemtherapie (op indicatie wanneer er bijkomende

problemen zijn);

2. met een vaardigheidstraining voor familie en vrienden gelijklopend met de training voor jongeren);
3. aangevuld met crisisconsultatie voor de ouders (enkel in geval van crisis).

Ouderbegeleiding en systeemtherapie.

Net als in de therapie van de jongeren worden ook in het contact met gezinsleden behandelmethodes gericht op acceptatie en verandering afgewisseld. Enerzijds ligt de nadruk op het kweken van meer begrip voor elkaar (o.a. door psycho-educatie), op het leren valideren en op mindfulness (o.a. om de eigen emotionele heftigheid en die van het kind met BPS beter te leren verdragen). Anderzijds is de focus om het inzicht in leerprincipes te vergroten en de vaardigheden om problemen aan te pakken te verbeteren. In de contacten met ouders wordt besproken hoe de geleerde vaardigheden in de gezinssituatie kunnen worden toegepast, hoe in crisis gereageerd kan worden en worden crisissen nabesproken. Ook worden in het systeemgesprek concrete problemen besproken, wordt naar oplossingen gezocht en kan positieve interactie geïnitieerd worden, wanneer gezinsleden onvoldoende coping of vertrouwen in elkaar hebben om dat uit zichzelf te kunnen. Meestal vinden deze met een frequentie van 1 maal per 2 à 3 weken plaats.

Vaardigheidstraining voor familie en vrienden.

In navolging van Miller e.a. (2007) en Van den Bosch e.a. (2011) is, op basis van het DGT-J protocol, een vaardigheidstraining voor familie en vrienden ontwikkeld. Deze training voor familie en vrienden loopt idealiter parallel aan de vaardigheidstraining voor jongeren en bestaat uit 8 sessies van 2 uur. De training kan gegeven worden als oudertraining, waarbij de ouders van de jongeren uit één vaardigheidstrainingsgroep gezamenlijk de training volgen (Pijnenburg, 2007). Maar de training kan ook gegeven worden voor het netwerk, waarbij de ouders en de jongeren gezamenlijk meedoen en de jongere nog één of meerdere personen uit zijn familie of netwerk meevraagt (broer, zus, opa, oma, tante, groepsmentor, vriend(in), goede buurvrouw, etc.) (Koudstaal, Meijer, Van der Meer en Norder, 2011). Het doel is om het gezin en/of netwerk de verandering van de jongere te laten ondersteunen, hierin mee te groeien, de vaardigheden in het omgaan met de klachten van de jongere te vergroten en het validerend en regulerend vermogen van het gezin/netwerk te vergroten.

Dit gebeurt door het geven van psycho-educatie over BPS en het leren en oefenen van de DGT vaardigheden. De sessies starten, net als in de vaardigheidstraining voor jongeren, met een aandachtsoefening. Vervolgens wordt er ingegaan op vragen n.a.v. de vorige sessie, op vragen over het huiswerk en is er mogelijkheid goed nieuws kort mee te delen. Hierna wordt de nieuwe stof behandeld en is er ruimte voor oefenen van de vaardigheden in opdrachten en rollenspelen.

Crisisconsultatie voor de ouders.

De ouderbegeleider biedt telefonische consultatie aan de ouders, zodat zij op momenten van oplopende spanning gecoacht kunnen worden om vaardigheden toe te passen.

Intervisie voor therapeuten.

Intervisie wordt ingezet om therapeuten gemotiveerd en vaardig te houden.

Verloop

Alle DGT therapeuten worden wekelijks verwacht in het consultatieteam. De bijeenkomsten vinden plaats volgens een vaste structuur. De agenda kan er bijvoorbeeld als volgt uitzien:

- mindfulnessoefening;
- consultatievragen, waarbij eerst ruimte wordt gemaakt voor (dreigende) overbelasting van therapeuten, daarna voor (dreigende) therapie-uitval van cliënten, vervolgens voor (dreigend) suïcidaal en zelfdestructief gedrag, daarna voor therapie verstorend gedrag en tot slot voor overige consultatievragen.
- Punten uit de vaardigheidstraining (welke sessie is deze week behandeld, knelpunten?)

Opbouw en functie

Een van de uitgangspunten binnen DGT is dat de behandelaars van mensen met borderline ondersteuning nodig hebben. Linehan (1993) noemt hiervoor als reden dat gedragingen van de jongere zoals suïcidepogingen, suïcidedreigingen en woede bij een therapeut veel stress opleveren. Onmiddellijk helpen kan vaak niet, en dit levert ongenoegen en machteloosheid op, die zich dan kan uiten in een verkeerde behandelwijze. Het consultatieteam heeft als doel therapeuten vaardig en gemotiveerd te houden. Het consultatieteam is voor therapeuten de plek om elkaar te ondersteunen en op het goede spoor te houden.

Zij kunnen hier terecht met consultatievragen, maar kunnen ook zorgen over elkaar uitspreken. Het is de bedoeling dat de consultatievragen zo gesteld worden dat het team mee kan denken hoe de therapeut effectief kan zijn en blijven.

6. Materialen en links

Voor de vaardigheidstraining is zowel een trainershandleiding als een jongerenwerkboek beschikbaar. In aansluiting daarop is er ook een opzet voor de vaardigheidstraining voor familie en vrienden.

Bij de individuele therapie wordt gebruik gemaakt van een dagboekkaart, een registratiekaart waarop de jongere dagelijks het zelfdestructieve gedrag, ander doelgedrag, de relevante emoties en de gebruikte vaardigheden bijhoudt.

Ten slotte bestaat er een theoretische handleiding, met uitgebreide beschrijving van de therapie, de aangepaste versie voor adolescenten en de theorieën die eraan ten grondslag liggen.

Verkrijgbaar zijn:

1. de Bruin, R.M., Koudstaal, J.A., & Muller, N. (2013). Surfen op Emoties. Een jongerenwerkboek voor de DGT-J Vaardigheidstraining. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
2. de Bruin, R.M., Koudstaal, J.A., & Muller, N. (2013)., Dialectische ge-dragstherapie voor jongeren met een borderlinestoornis. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. Met daarin:
 - een theoretisch naslagwerk over de achtergronden van de problematiek en behandeling met achtergrondinformatie over BPS en suïcidaal gedrag bij adolescenten, diagnostische overwegingen en instrumenten voor BPS/suïcidaal gedrag bij adolescenten en uitleg over de DGT-J methode
 - een trainershandleiding voor de DGT-J Vaardigheidstraining,
 - een opzet voor de DGT-J Vaardigheidstraining voor familie en vrienden
 - een registratiekaart (de 'dagboekkaart') voor de individuele therapie.te vinden in bovenstaand boek
3. Een digitale versie van de DGT-J dagboekkaart is verkrijgbaar op de site van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie : <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/Themas/BPS/vervolgpaginas/dgt-j-dagboekkaart.html>

7. Verantwoording van de doelen, de doelgroep en de aanpak Probleemanalyse

Er zijn veel aanwijzingen dat een borderline persoonlijkheidsstoornis het best weer te geven is als een stoornis in de emotieregulatie die ontstaat in de wisselwerking tussen een emotioneel kwetsbaar persoon met een onvermogen om emoties te reguleren en specifieke omgevingskenmerken, in de DGT een niet validerende of invaliderende omgeving genoemd. Verondersteld wordt dat de wisselwerking tussen deze factoren zorgt voor de voortdurende ontregeling die zo zichtbaar is bij jongeren met BPS (Chanen, Jovev, Jackson, 2007). Hoewel de etiologie van BPS nog niet precies bekend is, onderbouwt onderzoek steeds meer bovengenoemde interactie (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009).

Kindfactoren: Hoewel nog niet helemaal duidelijk is hoe het disfunctioneren van het emotieregulatiesysteem ontstaat, is het waarschijnlijk dat biologische factoren een primaire rol spelen. Onderzoek laat zien dat, naast een hoge emotionele gevoeligheid (Harned, Banawan & Lynch, 2006) en negatieve affectiviteit (Rothbart & Rueda, 2005) ook tekorten in de impulscontrole al vroeg in de ontwikkeling zichtbaar zijn (Beauchaine & Neuhau, 2008; Crowell, Beauchaine en Linehan, 2009). Dit lijken belangrijke kindfactoren die het risico op latere BPS vergroten.

De omgeving: Kindfactoren zoals een biologische aanleg voor impulsiviteit en een hoge emotionele gevoeligheid ontwikkelen zich verder in interactie met de omgeving. Biologische aanleg beïnvloedt het temperament van het kind. Het temperament beïnvloedt de reacties van de omgeving en de reacties van de omgeving vormen het kind verder. Linehan (2002) noemt 'de niet-validerende' omgeving een cruciale invloed in de ontwikkeling van BPS. Een invaliderende omgeving wordt gekarakteriseerd door

- een intolerantie voor de uiting van emotionele belevingen, vooral van emoties die niet worden ondersteund door observeerbare gebeurtenissen.
- het onterecht vereenvoudigen van oplossingen voor problemen, bijvoorbeeld als een kwestie van 'goed je best doen' of 'gewoon positief denken';
- onvoldoende rekening houden met persoonlijk grenzen en behoeften.

Verskillende factoren kunnen leiden tot een milieu van invalidering: misbruik, mishandeling, psychopathologie of grote en langdurige stress bij de ouders of slechts een emotionele 'misfit' kunnen ervoor zorgen dat het geduld met en aandacht voor een emotioneel kwetsbaar en impulsief kind van ouders tekort schiet. Belangrijk is om zicht te houden op het interactionele karakter: de zorg voor een kind met extreme emotionele reacties is vaak een grote bron van stress, waardoor reacties (op den duur) minder adequaat worden. Miller e.a. (2007) wijzen erop dat een pervasief invaliderende omgeving ook buiten het gezin kan voorkomen, bijvoorbeeld op school, buurt of omringende dominante cultuur. Zo is bijvoorbeeld langdurig pesten of sociale uitsluiting ook zeer invaliderend.

Het interactiepatroon: De biosociale theorie van Linehan (1993) is gebouwd op bovenstaande empirische bevindingen en poogt een verklaringskader te bieden voor het ontstaan van BPS. Het idee is dat een kind met een biologisch bepaalde emotionele kwetsbaarheid die opgroeit binnen een invaliderende omgeving niet zijn emotionele belevenissen leert kennen, begrijpen, vertrouwen, gebruiken en gepast uiten. Impliciete en expliciete invaliderende opmerkingen van de omgeving worden vaak geïnternaliseerd en leiden daardoor tot zelf-invalidatie. Primaire emoties roepen hierdoor vaak nog meer secundaire emoties op, hetgeen de ontregeling vergroot. Het kind wordt binnen een invaliderende omgeving onvoldoende toegerust om met zijn 'emotionele kwetsbaarheid' om te gaan. Onderzoekresultaten sluiten hierop aan. Aangevoerd is dat mensen met BPS intense emoties ervaren en vaak tekorten vertonen om hun emoties te reguleren (Niedtfeld, Schulze, Kirsch, Herpetz, Bohus & Schmahl, 2010). Impulsief, zelfdestructief gedrag kan een vorm van coping worden om heftige emoties het hoofd te bieden. De meerderheid van de volwassenen met BPS automuteert (Zanarini, Frankenburg, Reich, Fitzmaurice, Weinberg, Gunderson, 2008). In retrospectief onderzoek van Zanarini, Frankenburg, Ridolfi, Jager-Hyman, Hennen en Gunderson (2006) meldt 1/3 van de volwassenen dat ze hiermee begonnen zijn voordat ze 12 jaar oud waren, 1/3 begint in de adolescentie. Als een belangrijke reden noemen mensen de onmiddellijke vermindering van emotionele spanning (Klonsky, 2006). Beeldvormend onderzoek heeft helder gemaakt dat pijn bij mensen met BPS leidt tot een reductie van neurale activiteit in onder andere de amygdala (Niedtfeld e.a., 2010). Het zelfdestructieve of impulsieve gedrag heeft hierdoor positieve korte termijn gevolgen. Op de lange duur lijkt het vaak bij te dragen aan een patroon van steeds verdergaande ontregeling, zowel bij kind/jongere als bij de ouders.

Verbinding probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

Wanneer men de moeilijkheid om emoties te reguleren als kern van de borderline problematiek ziet, en deze zijn oorsprong vindt in een biologische aanleg in samenhang met inadequate leerervaringen, dan zou de behandeling volgens Linehan (1993) moeten bestaan uit twee componenten: (1) het vergroten van de vaardigheden om met de emotionele kwetsbaarheid om te gaan zonder impulsief en zelfdestructief gedrag en (2) het weer leren bewust worden van, vertrouwen en accepteren van de eigen emoties, gedachten en activiteiten oftewel het vergroten van de zelfvalidatie om hierdoor de emotionele ontregeling te verminderen. Om dit te bereiken richt men zich in de interventies zowel op de jongere zelf als op de omgeving: ook de patronen van de jongere met anderen die emotionele ontregeling in de hand werken moeten doorbroken worden, dit laatste o.a. middels systeeminterventies. De therapie zou zich dus moeten richten op (1) gedragsverandering en vaardigheidstraining, (2) validatie en acceptatie. Voor het eerste doel dient de gedragstherapeutische en cognitieve leertheorie als theoretische basis waaruit de interventies worden ontleend (zie onder theoretische basis 1). Voor het tweede doel dient mindfulness als theoretische basis waaruit ook de interventies worden ontleend (Zie onder theoretische basis 2.). Omdat de doelen paradoxaal zijn (enerzijds acceptatie van zichzelf en de huidige situatie, anderzijds verandering van zichzelf en de huidige situatie) is er een overstijgend theoretisch raamwerk gezocht dat deze paradox kadert en verklaart. De toepassing van de dialectische filosofie zorgt binnen DGT voor de integratie van deze verschillende benaderingen. Niet alleen deze paradox in de basisdoelstellingen, maar ook het interactionele karakter van de problematiek (zie biosociale theorie) en daarnaast het zwart-wit denken en vervallen in extremen behorend bij de problematiek, vraagt om een dialectisch overstijgend raamwerk (zie onder theoretische basis 3).

Theoretische basis

1. Cognitieve gedragstherapie en haar leertheorieën.

Het gaat om de klassieke, de operante en de sociale leertheorie en de principes van de cognitieve theorieën. In de klassieke en operante conditionering wordt geleerd gedrag en gedragsverandering gezien als het resultaat van associatie, modeling en beloningsprocessen: verandering kan bewerkt door belonen, straffen,

extinctie, modeling, et cetera. In de cognitieve theorieën (Beck, Freeman en Davis, 2003) wordt leren en gedragsverandering gezien als resultaat van cognitieve processen waarbij de werkelijkheid geïnterpreteerd wordt met behulp van o.a. cognitieve schemata, waaruit weer emotie en gedrag ontstaan. Het bewerkstelligen van verandering wordt beoogd door het wijzigen van disfunctionele gedachten. DGT-J gaat uit van de cognitieve gedragstheorie en -therapie als basis voor de behandelstrategieën die verandering moeten bewerkstelligen.

Interventies die vanuit de klassieke leertheorie komen zijn bijvoorbeeld exposure en stimuluscontrole. Klassieke conditionering speelt een rol in DGT-J wanneer de jongere door vermijding van de eigen emoties bijvoorbeeld niet meer gewend is aan het innerlijk beleven en tolereren van negatieve emoties: in therapie en door mindfulness wordt hen geleerd zich aan de eigen emoties bloot te stellen en deze te verdragen (exposure). Stimuluscontrole wordt bijvoorbeeld toegepast door de jongeren te leren gevaarlijke situaties uit de weg te gaan als zij zich emotioneel instabiel voelen (scheermesjes verwijderen, niet langs treinbanen lopen, niet alleen blijven maar gezelschap opzoeken als zij zich suïcidaal voelen, etc.)

De operante leertheorie wordt bij DGT-J ingezet om vaardig gedrag te bekrachtigen en disfunctioneel gedrag te laten uitdoven: bijvoorbeeld door alert te zijn op kleine signalen richting het gewenste gedrag (shaping) of door deze uit te lokken en ouders te leren hier ook alert op te zijn.

De sociale leertheorie komt terug in o.a. vaardigheidstraining en gedragsinstructie, maar ook groepsdiscussies waarin ervaringen worden uitgewisseld kunnen hieronder vallen. Jongeren leren dus van de therapeut, maar ook van elkaar. Onder meer om deze reden is bij de vaardigheidstraining voor een groepsformat gekozen. Cognitieve gedragstherapie en -theorie zoals ontwikkeld door Beck, Freeman en Davis (2003) benadrukt de centrale rol van disfunctionele cognities bij stoornissen. Bij DGT worden disfunctionele cognities niet als de basis gezien van de BPS-problematiek. De verstoorde emotieregulatie ligt aan de basis. Disfunctionele cognities kunnen wel een rol spelen bij de instandhouding en verergering van patronen. Binnen de behandeling worden daarom soms alternatieve, meer helpende gedachten geformuleerd. Dit gebeurt binnen de vaardigheidstraining bijvoorbeeld door stoorzenders (door Linehan oorspronkelijk 'mythes' genoemd) op te sporen over negatieve emoties of over assertiviteit in relaties. Daarnaast komen bij de analyses van het probleemgedrag de versturende cognities aan bod en wordt waar nodig naar meer functionele gedachten gezocht. Ook kunnen tussenliggende regels en opvattingen of disfunctionele schema's bewerkt worden, allereerst door validatie toe te passen (begrip vanuit de persoonlijke leergeschiedenis) en vervolgens door te kijken naar hun huidige en toekomstige effectiviteit. Bij de interventies binnen DGT ligt de nadruk op het leren onderscheiden van gedachten en feiten en op het verminderen van de invloed van negatieve gedachtepatronen. Ook het vergroten van de cognitieve flexibiliteit is een belangrijk doel, bijvoorbeeld door te laten zien dat er meer manieren zijn om ergens tegenaan te kijken (zie dialectiek).

Gebruikte behandelstrategieën:

- Probleemoplossende strategieën: gedragsanalyse van het probleemgedrag en analyse van mogelijke, nieuwe, oplossingen.
- Exposure (met responspreventie)
- Stimulus controle
- Contingentie management
- Shaping
- Vaardigheidstraining
- Cognitieve modificatie

2. Mindfulness

Waar de cognitieve gedragstherapie en haar leertheorieën dienen als basis voor de strategieën gericht op verandering, vormt Zen en de daaruit voortgekomen westerse variant 'mindfulness', de inspiratiebron voor interventies gericht op acceptatie. Mindfulness is een levensfilosofie en techniek die al eeuwen in verschillende religies wordt toegepast, maar binnen leertheoretisch kader geplaatst is door Hayes (Hayes, 2005). Jon Kabat Zin pionierde met het gebruik van deze meditatietechniek in het behandelen van patiënten met chronische pijnklachten. Zijn methodiek, de Mindfulness based stress reduction bleek effectief in het reduceren van de pijnklachten (Kabat-Zinn, 1982). Patiënten leerden hier de aandacht te verleggen van de pijn naar andere sensaties en observaties en leerden de pijn niet te bevechten maar te accepteren. Ook Teasdale, Segal en Williams verrichtten pionierswerk in het ontwikkelen van een gecombineerde op mindfulness en cognitieve technieken gebaseerde (en effectief gebleken) aanpak in het bestrijden van terugval bij recidiverende

depressie (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000; Ma & Teasdale, 2004). Via mindfulness technieken leren patiënten eerder een terugval in hun depressieve gedachten te herkennen en vervolgens deze niet te bevechten, maar te zien als voorbijgaand en de aandacht op positieve, stemmingsvrije doelen te richten. Hayes plaatste als eerste de mindfulness binnen gedragstheoretisch verklaringskader. Hij omschreef mindfulness als een derde generatie gedragstherapie. De eerste generatie gedragstherapie is voortgekomen uit de principes van de klassieke en operante conditionering; de tweede generatie gedragstherapie is voortgekomen uit de cognitieve theorie van Beck (Beck, Freeman en Davis, 2003). De derde generatie gedragstherapie richt zich in tegenstelling tot de tweede generatie niet op de inhoud van de cognitie en het veranderen daarvan, maar op meta-cognitieve aspecten, oftewel het veranderen van de attitude tegenover de disfunctionele gedachten, gevoelens en gedrag (Hayes, 2003, 2004). Bij mindfulness gaat het om het aanwezig zijn in het hier en nu, aandacht hebben voor het moment, zonder oordeel of streven. De uit consensus ontstane definitie omschrijft twee componenten. Het gaat om (1) de zelfregulatie van de aandacht: gericht op onmiddellijke ervaring en herkennen van mentale gebeurtenissen in het huidige moment. En (2) om een nieuwsgierige, accepterende houding tegenover wat ervaren wordt: elke gedachte, gevoel en lichamelijke gewaarwording wordt toegelaten zonder een waardeoordeel uit te spreken of iets te willen veranderen (Bishop, 2004). Er zijn verschillende verklaringmodellen voor de werkzaamheid van mindfulness. Systematisch procesonderzoek is dringend nodig (Schurink, 2006). De meest gangbare verklaringen zijn:

- . Extinctie: mindfulness is een exposuretechniek (Goleman, 1988).
- . Relaxatie: mindfulnessoefeningen induceren ontspanning waardoor emotionele arousal (en daarmee de klachten) afnemen.
- . Zelfmanagement: mindfulness omvat zelfobservatie met een korte time-out, waardoor in een vroeg stadium signalen van dreigende problemen opgemerkt worden, de actietendens niet onmiddellijk gevolgd wordt en er ruimte ontstaat voor coping.
- . Beïnvloeden van informatieverwerking: het sturen van de aandacht naar de feitelijke zintuiglijke waarneming optimaliseert het informatieverwerkingsproces, versturende oordelen en disfunctionele interpretaties worden geremd (Borkovec, 2002b).
- . Neurobiologische veranderingen: meditatie leidt tot aantoonbare veranderingen in hartslag, ademhaling, hersenactiviteit en immuunsysteem (Davidson e.a., 2003). Dit kan samengaan met algemene verbetering van fysieke en geestelijke gezondheid.
- . Therapeutfactoren: de aandachtgerichte houding van de therapeut versterkt de algemene therapeutfactoren zoals nabijheid, warmte, ondersteuning en oordeelvrij accepteren.
- . Aandachtscontrole: wanneer men de aandacht kan verleggen van de intense emotie of de stimulus die de emotie oproept, naar een neutrale stimulus toe, zal de emotie in intensiteit dalen (Harned e.a., 2006).

Mindfulness binnen DGT, gericht op patiënten met BPS klachten, richt zich eveneens op de door Bishop beschreven twee componenten. Allereerst gaat het om bewustwording en acceptatie van de eigen mentale gebeurtenissen: deze kunnen observeren en vervolgens verbaliseren, waardoor het ervaren algehele spanningsniveau zal dalen (zie biosociale theorie). Daarnaast wordt als werkzame factor van mindfulness bij BPS beschreven dat wanneer men de eigen emoties en gedachten observeert en ziet als louter emoties en gedachten, zonder daar direct op te hoeven reageren, de aan de emotie gelinkte actietendens doorbroken wordt. Het heeft dus een remmende werking ten opzichte van de voor BPS kenmerkende stemmingsafhankelijke impulsiviteit. Door de link tussen de emotie en de actietendens te doorbreken verandert de waardering van de emotie, zonder direct de cognitie te hoeven veranderen (Lynch e.a. 2006; Teasdale e.a., 1995). De mindfulness vaardigheden worden aangeleerd in de module aandachtsvaardigheden van de vaardigheidstraining en in de individuele therapie om er vervolgens bij de overige modules en therapie-onderdelen gebruik van te maken en generalisatie naar het dagelijks leven te bevorderen.

Hieruit voortkomende behandelstrategieën binnen DGT-J zijn:

- Validerende strategieën: deze brengen actief over dat de voorkomende gedachten, gevoelens en gedrag begrijpelijk zijn binnen de huidige context. Ze zijn op acceptatie gericht. Ook gedachten, gevoelens en gedrag begrijpelijk maken vanuit de persoonlijke levensgeschiedenis is een vorm van validatie.
- Mindfulnessvaardigheden en oefeningen (zie trainershandleiding en werkboek).

3. Dialectiek als filosofische basis

De kern van de borderlineproblematiek (zoals hierboven beschreven) is emotionele dysregulatie. Hierdoor

reageren borderlinepatiënten vaak met extreme emoties, in extreme reactiepatronen en worden zij vaak gekenmerkt door zwart-witte denkpatronen (Miller, Meuhlenkamp & Jacobson, 2008). Dit leidt vervolgens tot extreme interactiepatronen in het gezin en de omgeving (Miller, Rathus, Linehan, 2007). Linehan merkte bij het ontwikkelen van haar therapie dat voor een succesvolle behandeling van chronische borderline patiënten niet alleen gedragstherapie in combinatie met Mindfulness nodig was, maar ook aspecten en stijlstrategieën gericht op het nuanceren van deze extremen zoals het werken aan flexibiliteit van denken, de middenweg vinden in reacties en interactiepatronen, nuanceren van (zwart-witte) ideeën en het uit de polarisatie leiden om zodoende nieuwe gedragspatronen te ontwikkelen en coping te verbeteren. Alhoewel niet eerder gebruikt of onderzocht in therapeutisch kader, vond zij in de dialectische filosofie een aansluitende verwoording van deze benadering.

Dialectische filosofie heeft een lange geschiedenis in de traditie van het westerse denken. Dialectische filosofie is op verschillende gebieden toegepast, onder andere op socio-economische terrein door Marx en Engels (19 e eeuw) en op sociaalpsychologisch terrein (seksuele relaties) door Firestone (1970). Binnen de dialectische filosofie wordt de werkelijkheid gezien als holistisch: een dynamisch geheel van op elkaar inwerkende (tegengestelde) krachten die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Volgens het polariteitsprincipe is voor elke kracht binnen een persoon of systeem een tegenkracht aanwezig of roept die op: elke these roept een antithese op. De spanning tussen deze beide zorgt voor een nieuwe synthese (Schaaf, 2005).

Het gebruiken van dialectische principes binnen therapeutisch kader is nog nauwelijks onderzocht. Jacobson (1991) beschrijft het gebruik van dialectiek binnen relatietherapie. In deze therapie combineert hij veranderingsgerichte strategieën met acceptatiegerichte strategieën. Dit is ook het belangrijkste aspect van dialectiek binnen DGT. Veranderingsgerichte houding en strategieën (uit de gedragstherapie) worden binnen één sessie gecombineerd met acceptatiegerichte strategieën (uit de Mindfulness). Het doel hiervan is om zwart-wit denken en polarisatie (in de relatie of binnen de persoon zelf) te doorbreken. Een voorbeeld hiervan is de binnen de DGT gebruikte aanname: 'je bent goed zoals je bent en je moet veranderen'. Als de cliënt sterk inzet op verandering, biedt de therapeut meer balans door ook ruimte te maken voor acceptatie. En evenzo andersom. Een ander voorbeeld is een adolescent die voortdurend in crisis is en haar omgeving vraagt om zorg en ingrijpen. De therapeut legt dan zowel nadruk op het om zorg vragen, goed voor zichzelf (laten) zorgen, als op zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Door in één sessie beide tegenovergestelden te benadrukken, komt er meer ruimte voor gebalanceerd gedrag, voor de middenweg.

Shearin en Linehan (1992) onderzochten het directe verband tussen dialectisch georiënteerde interventies in een therapiesessie en de mate van suïcidaliteit in de week daarna van volwassen parasuïcidale BPS patiënten. Ze vergeleken hiervoor gedurende 7 maanden van DGT-therapie wekelijks data uit de therapiesessie (met betrekking tot de aard van de interventies van de therapeut) met de mate van (para) suïcidaal gedrag van de cliënt in de week volgend op deze therapiesessie. Er bleek sprake van een significant overall-verband tussen het hanteren van dialectische strategieën in een sessie en daling in suïcidaliteit in de daaropvolgende week. Wanneer de therapeut schijnbaar conflicterende strategieën in één sessie combineerde (hier: accepterende, op autonomie gerichte strategieën afgewisseld met veranderingsgerichte, instructieve strategieën) daalde in de daarop volgende week de suïcidaliteit van de patiënt. Wanneer er binnen één sessie slechts strategieën uit één zijde van de dialectische as werden gebruikt, daalde in de daarop volgende week de suïcidaliteit niet (Zie ook Scheel, 2000).

Hieruit voortkomende behandelstrategieën binnen DGT-J zijn:

- met adolescenten en ouders zoeken naar de middenweg. De therapeut zet verschillende perspectieven naast elkaar, gaat niet uit van een absolute waarheid, onderzoekt samen met adolescent en gezin hoe tegengestelde belangen, behoeften of gezichtspunten met elkaar verbonden zijn en hoe tot een synthese gekomen kan worden (Miller, 2007). Een adolescent kan bijvoorbeeld gewend zijn om zijn boosheid volledig ongeremd te uiten of deze totaal in te slikken. In het therapieproces kan zij leren om zich meer in te houden door bijvoorbeeld een rondje te lopen EN er vervolgens op terug te komen als zij gekalmeerd is. Of: in gezinsverband kan een adolescent meer behoefte aan zelfstandigheid en vrijheid hebben dan de ouders durven te geven. In het therapieproces kan bijvoorbeeld gekeken worden hoe de jongere de bezorgdheid bij de ouders weg kan nemen.
- Afwisselen van een congruente stijl met een irreferente, incongruente reactie. Binnen de context van een veilige, steunende en beschikbare therapierelatie hebben irreferente reacties tot doel te voorkomen dat de

therapie verzandt in de starre patronen die zo kenmerkend zijn voor jongeren met een persoonlijkheidsstoornis. Een irreferente of onverwachte reactie van de therapeut brengt een oriëntatierespons bij de adolescent op gang, waardoor het zenuwstelsel zich klaarmaakt om nieuwe informatie te ontvangen en te verwerken en de adolescent zich opent voor de omgeving. Voorwaarde voor een goede functionele oriëntatierespons is dat de stimulus (= de reactie van de therapeut) verbazend is, niet bedreigend (zie Lynch e.a. 2006, p 473).

- Gebruik van verhalen of metaforen. Wanneer een adolescent (of ouders) lijkt vast te zitten in een zwart-witte manier van denken (bijvoorbeeld in een koppig 'ik heb gelijk', terwijl zij hiermee haar eigen glazen ingooit en juist het tegenovergestelde bereikt van wat ze wil) kan een verhaal of metafoor soms beter helpen dan uitleg om duidelijk te maken waarom deze manier van denken niet werkt en wat een alternatieve, genuanceerdere manier van denken is. Zie bijvoorbeeld de verhalen in Surfen op emoties (het werkboek DGT-J) op pagina 33 en 151.

Samenvatting werkzame elementen en conclusie

Een aantal onderzoeken bespreken de werkzame factoren van standaard DGT en DGT voor adolescenten: Harned, Banawan & Lynch, 2006 noemen, ondersteund door onderzoek:

- A. Exposure, responspreventie en extinctie (d.m.v. mindfulness, tegengesteld handelen en gedragsanalyse)
- B. bevestiging van zelfconstructen (gedachten en gevoelens), reduceren aver-sieve arousal en bevorderen van leren (d.m.v. validatie)
- C. verbeterde aandachtscontrole en vaardigheden om de aandacht weg te rich-ten van emotie uitlokkende stimuli (d.m.v. mindfulness)
- D. indirecte cognitieve modificatie door verandering van de respons op emoti-onele stimuli (mindfulness, tegengesteld handelen)
- E. nieuw vaardig gedrag leren op klassiek geconditioneerde stimuli (vaardig-heidstraining, gedrags- en oplossingsanalyse, telefonische consultatie)

Shearin en Linehan (1992) vinden aanwijzingen voor de volgende werkzame factoren (zie ook Scheel, 2000):

- F. Dialectische interventies: synthese van tegenovergestelde interventies en visies binnen therapie sessies
- G. (het consequent hanteren van een) niet-veroordelende interpretatie van ge-drag van de patiënt door de therapeut
- H. Contingentie management
- I. Modeling van adequate zelfzorg.

Ook in de studie van Lynch et al. uit 2006 worden alle werkzame factoren van de behandeling (bij volwassenen) uitgelegd, die hier grotendeels mee overlappen.

Backer, Miller en Bosch (2009) noemen als werkzame factor het aanbieden van verschillende modaliteiten. Uit onderzoek naar standaard DGT en DGT voor adolescenten blijkt dat daardoor de therapietrouw toeneemt. Wanneer alleen de vaardigheidstraining aangeboden wordt, lijkt voor deze doelgroep de winst in therapietrouw te vervallen: de therapietrouw was in dit onderzoek bij het aanbieden van slechts een modaliteit het laagst. De auteurs concluderen dan ook dat voor de groep jongeren met BPS die last heeft van motivatieproblemen de indi-viduele therapie essentieel is om de jongeren gemotiveerd en op het spoor van de therapie te houden. Verder vermoedt men, op basis van verschillende effectief gebleken behandelingen voor mensen met BPS dat werkzame factoren zijn (Bohus e.a., 2004):

- 1) Een hoge mate van structuur in de behandeling voor cliënt en therapeut
- (2) een duidelijk theoretisch model van BPS met heldere kaders dat vervolgens ook helder gecommuniceerd wordt naar cliënt en staf
- (3) een nadruk in de behandeling op het hier en nu, op het vergroten van de zelfstandigheid/zelfredzaamheid en op een combinatie van veranderingsgerichte en accepterende strategieën,
- (4) meerdere modaliteiten/onderdelen in de behandeling en meerdere therapeuten per cliënt
- (5) veel support, intervisie en supervisie voor de therapeuten

Conclusie: standaard DGT wordt momenteel gerekend tot best onderzochte werkzame behandeling voor patiënten met een BPS; DGT krijgt in de Neder-landse Richtlijn voor Persoonlijkheidsstoornissen een beoordeling van niveau 1 evidentie (Landelijke Stuurgroep MR, 2008).

Ook bij adolescenten lijkt DGT een effectieve behandeling voor BPS en/of parasuïcidaal gedrag. De meest

onderzochte variant is de DGT-A van Miller en Rathus die in een viertal internationale studies op effectiviteit is getoetst (zie hiervoor paragraaf 11). Daarnaast zijn ook andere varianten van DGT bij ado-lescenten onderzocht (vrijwel alleen in open studies). Backer, Miller en van den Bosch (2009) presenteren hiervan een overzicht en concluderen dat DGT een veelbelovende interventie lijkt om impulsief en/of opzettelijk zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag te verminderen bij adolescenten, evenals andere ernstige symptomen van BPS. Er werden geen negatieve effecten van DGT bij adolescenten gevonden (zie verder paragraaf. 11).

Ontwikkeling van DGT-J, relatie met standaard DGT en DGT-A

DGT-J, de hier gepresenteerde Nederlandse DGT variant voor jongeren van 13-21 jaar, is een bewerking van het standaard DGT programma voor volwassenen van Linehan. Ten tijde van het ontwikkelen en uittesten ervan waren de ontwik-kelaars zich nog niet bewust van de Amerikaanse DGT-A variant van Miller (zie onder paragraaf 11). DGT-J ligt qua aanpassing in tussen standaard DGT en Millers DGT-A. DGT-J heeft (evenals DGT-A) dezelfde theoretische kaders, structuur, principes, behandelmodules en set aan interventies als standaard DGT. DGT-J heeft evenals DGT-A gepoogd standaard DGT aan te passen aan de leefwereld van adolescenten met BPS (kenmerken) door de inhoud van de vaardigheidstraining qua taal en vaardigheden te vereenvoudigen en door de leefwereld van de adolescent erbij te betrekken (ouderbegeleiding en systeemtherapie toe te voegen). DGT-J heeft de vereenvoudigingen echter minder ver doorgevoerd dan DGT-A en het protocol verder, in meer detail uitgewerkt. De belangrijkste verschillen zijn:

- In de vaardigheidstraining van DGT-J doen alleen de adolescenten mee, terwijl bij DGT-A de adolescenten samen met hun ouder(s) de vaardigheidstraining volgen. Bij DGT-J is er voor de ouders en eventueel leden uit het netwerk een aparte (kortere) vaardigheidstraining, analoog aan de netwerkbijeenkomsten die recentelijk voor standaard DGT voor volwassenen zijn ontwikkeld.

- DGT-J houdt zich meer aan het vaardigheidstrainingsprogramma van Linehan: het beslaat 24 weken en bestaat uit de 4 oorspronkelijke modules met de oorspronkelijke 4-6 sessies per module. De vaardigheden zijn meestal alleen qua taalgebruik en wijze van aanleren vereenvoudigd en veranderd, de essentie van de vaardigheden is gelijk gebleven. Hier en daar zijn leeftijdsspecifieke vaardigheden toegevoegd die ingaan op de adolescentie ontwikkelingsstaken. Miller verkortte en vereenvoudigde voor DGT-A de vaardigheidstraining drastisch van 6 naar 2 a 3 sessies per module en voegde 1 module toe: de middenweg vinden (over adolescenten- en opvoedingsdilemma's). Hierdoor wordt er een aanzienlijk beperkter vaardigheidsrepertoire dan bij standaard DGT en DGT-J aangeleerd. De hele DGT-A behandeling is hiermee verkort tot oorspronkelijk 12, later 16 weken (ter vergelijking: in de standaard DGT behandeling beslaat het vaardigheidstrainingsprogramma een half jaar en wordt tweemaal achter elkaar doorlopen).

- DGT-J heeft een uitgewerkte handleiding voor vaardigheidstrainers en een werkboek voor jongeren, en is daarin meer geprotocoliseerd en makkelijker overdraagbaar en onderzoekbaar dan DGT-A (DGT-A heeft alleen een werk-boek voor jongeren, in 't Engels verkrijgbaar en na training op te vragen bij Miller, nog niet gepubliceerd)

8. Samenvatting van de onderbouwing

DGT-J tracht via cognitieve gedragstherapie en Mindfulness, aangevuld met ideeën uit de dialectische filosofie, de emotieregulatie bij jongeren met borderline problematiek te verbeteren en suïcidaal, parasuïcidaal en ander impulsief stemmingsafhankelijk onaangepast gedrag te verminderen. Ook wil de therapie op verschillende manieren (vaardigheidstraining, individuele therapie, consultatiemogelijkheid en systeeminterventies) het vaardigheidsniveau van deze jongeren vergroten en gezonde manieren van coping aanleren waardoor klachten afnemen en de levenskwaliteit toeneemt.

9. Randvoorwaarden voor uitvoering en kwaliteitsbewaking

Eisen ten aanzien van opleiding

Om de interventie te kunnen uitvoeren is er een uitgebreid trainingstraject.

De vooropleidingseisen en het volledige trainingstraject zijn als volgt:

1. De DGT-J individueel therapeut heeft minimaal een registratie als GZ-psycholoog in het BIG register (of vergelijkbare registratie) en minimaal 2 jaar ervaring in de jeugd-GGZ met een aantoonbare er-varing in het werken met jongeren met borderline persoonlijkheidsproblematiek en met cognitieve gedragstherapie. * De DGT-J Vaardigheidstrainer heeft minimaal een Hbo-opleiding in de zorg (bijv. SPV, MW, SPH) en minimaal 2 jaar ervaring in de jeugd GGZ en in het werken met jongeren met BPS.

* GZ-psychologen i.o. of zonder ervaring met BPS kunnen alleen onder 2-wekelijkse supervisie van een ervaren DGT-J therapeut starten. Vaardigheidstrainers zonder ervaring met BPS kunnen eveneens onder wekelijkse live supervisie, als co-trainer starten.

2. Een vierdaagse oriëntatiecursus DGT-J, aangeboden door de ontwerpers van de methode binnen hun instellingen. Deze cursus biedt een introductie in DGT bij adolescenten aan.

3. Een 10-daagse intensieve training DGT bij Dialexis, het Nederlandse kennisinstituut voor DGT. Deze training is een officiële vereiste wil men DGT therapeut zijn en leidt tot (internationaal) erkend DGT therapeut. De cursus is gericht op DGT bij volwassenen.

(2 en 3 mogen ook in omgekeerde volgorde gevolgd worden).

4. Wekelijkse intervisie in het DGT-J consultatieteam van de eigen instelling.

5. Periodieke intervisie van het consultatieteam, periodieke supervisie van de individueel DGT-J therapeut door een ervaren en geaccrediteerde DGT(-J) therapeut/trainer en het regelmatig volgen van een advanced training.

6. Accreditatie als DGT therapeut. Dit kan door een videoband van een therapie sessie in te sturen naar Dialexis, welke dan op 'treatment integrity' gescoord zal worden. Wordt deze voldoende bevonden, dan is de accreditatie behaald. Deze moet elke 2 jaar her-nieuwd worden. Deze mogelijkheid tot accreditatie is vrij nieuw en is nog niet een eis om het supervisorschap in DGT uit te mogen oefenen. Dit zal in de toekomst waarschijnlijk wel gebeuren.

De internationale eisen (geformuleerd door B-Tech, de organisatie van M. Linehan; Dialexis is aangesloten bij dit internationaal DGT netwerk van B-Tech) om erkend DGT therapeut voor volwassenen te worden zijn: minimaal 2 mensen uit het DGT team hebben 3,4 en 5 gevolgd. De overige teamleden kunnen dan 1 en 2 (in de vorm van een oriënterende cursus DGT voor volwassenen) of 3, in combinatie met 4 volgen.

Voor DGT-J houden wij deze eisen aan, en voegen daaraan toe als eis: 2, om de toepassing van DGT bij adolescenten te leren.

Protocol / handleiding

De interventie is overdraagbaar door een vierdaagse oriëntatiecursus DGT-J te volgen (zie hierboven) plus het protocol en bijbehorende boek te bestuderen. Aan het eind van deze vier dagen zijn hulpverleners zodanig getraind dat ze in staat zijn de DGT-J vaardigheidstraining zelfstandig uit te voeren en onder supervisie of in intervisieverband de individuele therapie en telefonische consultatie uit te voeren. De cursus bestaat uit: theoretische inleidingen, praktijkvoorbeelden & oefenen a.d.h.v. DVD materiaal en rollenspelen, literatuurstudie, huiswerkopdrachten en casuïstiekbesprekingen. Voor het zelfstandig uitvoeren van DGT individuele therapie is een 10 daagse intensieve training bij Dialexis vereist.

Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van deze interventie wordt bewaakt door het therapeutenconsultatieteam. De therapeuten motiveren elkaar om op adequate wijze DGT-J uit te blijven voeren, ook in stressvolle situaties. Tevens kunnen ze met consultatievragen en zorgen bij elkaar terecht. Op deze manier kan het hele team meedenken over oplossingen en ontstaat er een kwalitatief betere behandeling.

Verder kan de therapeut of het hele DGT behandelteam supervisie ontvangen en bestaat de mogelijkheid om als individueel therapeut de DGT behandelintegriteit te laten toetsen door Dialexis.

Kosten

Trainingskosten

1. Een vierdaagse oriëntatie cursus DGT-J: Prijs: 850,- euro

2. Een 10-daagse intensieve training DGT bij Dialexis: Prijs: 2125,- euro

3. Wekelijkse intervisie in het DGT consultatieteam van de eigen instelling: ongeveer 100 euro per intervisie-uur

4. Accreditatie als DGT therapeut: eenmalig ongeveer 100 euro.

Materiaalkosten:

1. de Bruin, Koudstaal & Muller, Surfen op Emoties. Een jongerenwerkboek voor de DGT-J

Vaardigheidstraining (verwacht 28 februari 2013; Bohn Stafleu van Loghum. Prijs: 44, 99 euro

2. de Bruin, Koudstaal & Muller, Dialectische gedragstherapie voor jongeren met een borderlinestoornis (verwacht 28 februari 2013, Bohn Stafleu van Loghum, Houten). Prijs: 22,99 euro

10. Onderzoek naar de uitvoering van de interventies

Onderzoek naar DGT-J

Niessen et. al (2011) onderzochten de praktijkervaringen met DGT-J tussen oktober 2007 en augustus 2011. Zij maakten gebruik van een doelgroep analyse en onderzochten het behandelingseffect bij voorziening Altrecht. In deze periode hebben 53 jongeren het DGT-J traject doorlopen. De mees-ten van hen zijn meisjes. 49% heeft de behandeling succesvol doorlopen, 21% is gestabiliseerd en doorverwezen. 17% is gelijk gebleven in hun klachten en bezat nog steeds weinig gezonde coping strategieën. Ten slotte heeft 13% de behandeling vroegtijdig afgebroken. Ook de behandelaren ervoeren de behandeling als effectief en zinvol.

Omdat de studie geen RCT is, moet volgens de auteurs voorzichtig worden omgegaan met de resultaten. DGT-J lijkt desalniettemin een veelbelovende interventie, in die zin dat ze een goed antwoord is op dreiging van suïcidaliteit en automutilatie, naast extreme afhankelijkheid en dichotoom denken. De jongeren die deelnamen aan het programma hebben op school, binnen het gezin, met vrienden of op een arbeidsplek, positieve resultaten behaald, in die zin dat crises afnamen of uitbleven. Daarnaast was er ook minder sprake van druggebruik en zelfdestructief gedrag.

11. Nederlandse effectstudies

Studies naar de effectiviteit van de interventie in Nederland

Nederlands empirisch onderzoek naar DGT-J

Een pilotstudie (N=27) met een voor- en nameting, zonder controlegroep en zonder follow-up, van De Haan, De Bruin, Noorloos en Stegge (2012) laat zien dat na een half jaar tot een jaar DGT-J de ernst van de borderline klachten - gemeten middels een ernstmaat voor borderline klachten, de BPDSI-IV-ado- significant afneemt (effectgrootte .57), met name parasuïcidaal gedrag (significant verschil met $p < .05$ na BF correctie). Op subschaal niveau is er na Bonferroni correctie een significante daling te zien op de schaal parasuïciditeit. Daarnaast nemen de depressieve klachten af (gemeten met de CDI, effectgrootte .57, significant verschil met $p < .005$), stijgt het algemene gevoel van eigenwaarde (gemeten op de CBSA, effectgrootte .66, significant verschil met $p < .01$ na BF correctie) en daalt het gebruik van passieve coping strategieën significant (gemeten met de UCL, $p < .05$ na BF correctie). Ouders rapporteren een afname van algemene psychopathologie (gemeten met de CBCL). Het drop out percentage is 26%, wat vergeleken bij het gangbare percentage voor deze doelgroep (50-70%), als goed kan worden gezien (zie Backer e.a. 2009; Rathus & Miller, 2002).

Nederlands empirisch onderzoek naar standaard DGT (voor volwassenen)

DGT-J is een voor adolescenten geschikte aanpassing van standaard DGT. De behandeling is in een aantal effectstudies als werkzaam aangetoond (zie voor buitenlandse effectstudies naar standaard DGT onder 11). De goede resultaten van DGT in het buitenland werden vervolgens in een Nederlandse onafhankelijke RCT aangetoond door Verheul e.a. (2003). In deze studie werden 58 vrouwen met BPS een jaar lang behandeld met ofwel DGT ofwel TAU. Deelnemers werden geworven via klinische verwijzingen uit zowel de verslavingszorg als GGZ. De DGT groep kende een aanmerkelijk hogere therapietrouw (63% t.o.v. 23%, $p = .002$) en een grotere reductie in zelfbe-schadigend gedrag (gemeten met LPC rapporteert 57% van de DGT groep vs. 35% van de TAU groep bij de eindmeting te hebben geautomutuleerd in de afgelopen 3 maanden; significant verschil met $p = .045$) en overig impulsief gedrag zoals alcohol en druggebruik (gemeten met de BPDSI - subschaal impulsief gedrag- $p = .001$). Het aantal suïcidepogingen was te klein om significantie te bereiken (7% in de DGT groep t.o.v. 26% in de TAU groep). Ook na een follow-up van zes maanden bleven de significante verschillen voor automutilatie en impulsief gedrag grotendeels gehandhaafd (Van den Bosch e.a., 2005). DGT bleek in dit onderzoek ook toepasbaar buiten het onderzoeksinstituut waar het ontwikkeld was, namelijk in de gangbare Nederlandse GGZ.

Samenvatting Nederlandse effectstudies

Studie 1

Auteurs: Haan, E.de, Bruin, R.de; Noorloos, J.R. & Stegge, H.

Jaar: 2012

Onderzoekstype: veranderingsonderzoek

Belangrijkste resultaten: verbetering in borderlineklachten (m.n. parasuïcidaal gedrag), vermindering van depressieve symptomen en verbetering van algemeen zelfbeeld.

Bewijskracht van het onderzoek: zwak

Resultaten effectiviteit:

- Drop-out: 26 %
- Borderline symptomen nemen significant af: verbetering met effectsize .57
- Depressie neemt significant af: verbetering met effectsize .57
- Algemeen gevoel van eigenwaarde stijgt significant: verbetering met effectsize .66

Studie 2 A (basisstudie) en 2B (follow-up na 6 mnd)

2A. Auteurs: Verheul, R., Bosch, L.M.C., van den, Koeter, M.W.J., Ridder, M.A.J. de, Stijnen, T. & Brink, W. van den

Jaar: 2003

Onderzoekstype: Onderzoek met experimenteel design in de praktijk en met follow-up.

2B. Auteurs: Bosch, L.M.C. van den, Koeter, M.W.J., Stijnen, T., Verheul, R. & Brink, W. van den

Jaar: 2005

Onderzoekstype: Onderzoek met experimenteel design in de praktijk en met follow-up.

Belangrijkste resultaten: significant grotere therapietrouw en significant grotere verbetering in automutilatie en ander impulsief gedrag zoals alcohol- en druggebruik; na 6 maanden follow-up zijn therapieresultaten grotendeels bewaard gebleven.

Bewijskracht van het onderzoek: zeer sterk

Resultaten effectiviteit:

Na 12 maanden DGT vs. 12 maanden TAU:

- Therapie trouw: 63% vs. 23% ; $p=.002$, $\eta^2= 9.70$ (geen effectsize vermeld)
- Automutilatie: $p=.003$ (geen effectsize vermeld)
- Overig impulsief gedrag: $p = .010$ (geen effectsize vermeld)

Follow up 6 maanden na beëindiging van DGT vs. TAU:

Verschillen tussen DGT en TAU op bovenstaande punten zijn kleiner geworden, maar nog wel significant.

12. Buitenlandse effectstudies

Empirisch onderzoek naar DGT aangepast voor adolescenten

Alec Miller maakte als eerste een DGT variant voor adolescenten met borderline problematiek (DGT-A). Zie paragraaf 6 voor meer informatie over de verschillen en overeenkomsten tussen DGT-A en DGT-J. Zoals in paragraaf 6 uitgelegd, ligt DGT-J inhoudelijk dicht bij standaard DGT en zou qua methode dus kunnen meeliften op het onderzoek naar standaard DGT. Het betreft hier echter wel een jongere doelgroep dan in het standaard DGT onderzoek: namelijk adolescenten met BPS (kenmerken). Wanneer DGT-A, als veel kortere variant van DGT, vergelijkbare resultaten bij adolescenten oplevert als DGT bij volwassenen, zou men kunnen verwachten dat DGT-J, dat veel dicht bij standaard DGT ligt, bij deze zelfde adolescenten populatie minstens dezelfde resultaten als DGT-A zou geven.

De DGT- A behandeling is tot nu toe onderzocht in vier internationale studies. Rathus en Miller (2002) onderzochten hun DGT-A behandeling van toen nog 12 weken, in een quasi-experimenteel onderzoek. De DGT-A groep in dit onderzoek is vergelijkbaar met de Nederlandse DGT-J doelgroep uit de pilotstudie van de Haan e.a. (studie 1). Adolescenten die voldeden aan A) minimaal 3 kenmerken van BPS én B) een suïcidepoging hadden gedaan of suïcidale gedachten hadden in de afgelopen 16 weken werden (niet gerandomiseerd) toegewezen aan de DGT-A behandeling (N=29), terwijl adolescenten die aan criterium A) of B) voldeden werden toegewezen aan een op psychoanalytische grond gebaseerde behandeling van twee maal per week individuele- en gezinssessies (N=82). De groepen bleken bij start niet geheel vergelijkbaar: de DGT-A groep kende meer depressieve symptomen, meer verslavingsproblemen, had meer As I stoornissen, beduidend meer adolescenten met de diagnose BPS en een historie van 2 maal zo veel psychiatrische opnames. Na 12 weken behandeling werden beide groepen vergeleken op: hoeveelheid psychiatrische opnames tijdens de behandeling, hoeveelheid suïcidepogingen tijdens de behandeling en therapie uitval. De DGT-A groep bleek minder crisisopnames nodig te hebben gehad en er was sprake van een lagere therapie uitval (38% t.o.v. 60%). Het aantal suïcidepogingen verschilde niet significant tussen beide groepen. Verdere

metingen vonden plaats in een 'within-group design': voor- en nameting zonder controlegroep. Na 12 weken DGT-A behandeling was er een significante verbetering te zien in: suïcidale gedragingen, automutilatie en suïcidale ideatie (gemeten met de Scale for Suicidal Ideation, effectgrootte .85), borderline symptomatologie (gemeten met de Life Problem Inventory, effectgrootte .73), algemene psychopathologie (gemeten met de SCL90, effectgrootte .62), angst (subschaal SCL90, effectgrootte .50) en depressie (subschaal SCL 90, effectgrootte .89). Effectgroottes zijn in het onderzoek niet genoemd maar zijn hier berekend via $d = \frac{M(1) - M(2)}{\sqrt{Sd(1)^2 + Sd(2)^2}}$.

Fleishhaker e.a. (2011) (Duitsland) onderzochten in een voor- en nameting en 1-jaars follow-up zonder controlegroep de effectiviteit van DGT-A bij 12 adolescenten (13-19 jaar) met minimaal 3 kenmerken van BPS en met auto-mutilatie of suïcidaal gedrag in de afgelopen 16 weken. De DGT-A duurde 16-24 weken. De proefgroep was vergelijkbaar met die van DGT-J (studie 1), de therapie werd uitgevoerd in een psychiatrische polikliniek. Fleishhaker e.a. vonden dat het zelfbeschadigend gedrag significant afnam (gemeten met de Lifetime Parasuicide Count, met als effectgrootte aan het eind van de therapie: $d = 0,89$ en bij 1 jaar follow-up: $d = 0,92$). Daarnaast nam het aantal klinische opnames significant af. De adolescenten verbeterden op het gebied van psychosociale aanpassing (gemeten met de Global Assessment Scale of Functioning, effectgrootte bij follow-up van $d = -1,91$) en kwaliteit van leven (gemeten met de Inventory of Life Quality in Children and Adolescents, effectgrootte bij follow-up van $d = 2,84$). Verder verbeterden ze qua algemene psychopathologie (SCL-90, effectgrootte bij follow-up $d = 1,30$) en depressieve klachten (DIKJ, effectgrootte bij follow-up $d = 1,51$). Therapie-trouw bedroeg 75%. Bij follow-up na een jaar bleken de therapieresultaten grotendeels behouden. Waar voor de start van de behandeling 83% van de cliënten voldeed aan de criteria voor BPS, voldeed bij follow-up nog slechts 17% van de adolescenten hieraan.

Woodberry en Popenoe (2008) onderzochten DGT-A in een voor-en nameting zonder controlegroep bij 46 adolescenten tussen 13-18 jaar met automutilatie, suïcidaal gedrag en/of intens instabiel affect in de afgelopen 3-6 maanden. DGT-A duurde hier 15 weken. Na behandeling waren suïcidale ideatie en aandrang tot automutilatie gedaald (gemeten met 2 vragen uit de Trauma Symptom Checklist for Children, effectgrootte van $d = 0,73$; $d = 0,62$). Verder nam af: depressie (gemeten met de Reynolds Adolescent Depression Scale, $d = 0,84$), boosheid en dissociatie (gemeten met de Trauma Symptom Checklist for Children, effectgrootte respectievelijk $d = 0,94$ en $d = 0,69$). Ook bij ouders nam depressie af (gemeten met de Beck Depression Inventory, effectgrootte $d = 0,72$). Therapietrouw bedroeg 63%. De DGT-A werd hier uitgevoerd in een reguliere GGZ polikliniek door een grote staf met gevarieerde opleidingsachtergrond.

Er worden momenteel twee gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) naar DGT-A uitgevoerd onder auspiciën van Miller. De eerste studie wordt gedaan in Nieuw Zeeland door Cooney e.a. (2010). De eerste resultaten geven aan dat de therapietrouw in de DGT groep bijzonder hoog was (93% voltooid de therapie ten opzichte van 46% in de TAU groep). Verdere resultaten moeten nog gepubliceerd worden. De tweede RCT loopt in Oslo bij Melhum en collega's.

Zie voor een overzicht van het effectonderzoek naar DGT bij adolescenten Backer, Miller & van den Bosch (2009).

Empirisch onderzoek naar standaard DGT

Standaard DGT is voor het eerst onderzocht in een RCT door Linehan en collega's en in 3 publicaties beschreven. In de eerste studie (Linehan e.a., 1991) ontvingen 44 chronisch suïcidale volwassen BPS patiënten (leeftijd 18-45 jaar) ofwel 12 maanden DGT behandeling ofwel 12 maanden TAU. In de DGT-conditie was sprake van een reductie van de hoeveelheid incidenten van (ernstig) parasuïcidaal gedrag (effectgroottes: DGT $d = .37$, TAU: $d = .18$, verschil significant met $p < .05$), een betere therapietrouw (83,3% van de DGT patiënten maakte het jaar therapie af, t.o.v. 42% bij TAU), en een significant lager aantal opnamedagen dan in de TAU groep (8,46 vs. 38,86 opnamedagen per patiënt per jaar, $p < .05$). Effectgroottes worden in dit onderzoek niet genoemd maar zijn hier berekend via $d = \frac{M(1) - M(2)}{\sqrt{Sd(1)^2 + Sd(2)^2}}$.

In de vervolgstudie (N=26; RCT, DGT vs TAU) (Linehan e.a., 1994) liet de met DGT behandelde groep een grotere reductie zien van woede (gemeten met de State-Trait Anger Scale; effectgrootte DGT $d = 0,56$ en TAU $d = -0,19$; verschil significant met $p < .01$), een grotere verbetering van algemeen functioneren (gemeten middels GAF score; effectgrootte DGT $d = 1,36$ en TAU $d = 0,66$; verschil significant met $p < .01$) en een grotere

verbetering van sociale aanpassing (gemeten met de Social Adjustment Scale (effectgrootte DGT $d=1,14$, TAU $d=0,55$, verschil significant met $p<.05$). De verschillen in verbetering tussen de DGT groepen en TAU van beide onderzoeken waren bij een half jaar en een jaar follow-up nog zichtbaar (Linehan e.a., 1993)

In 2006 publiceerde Linehan e.a. de resultaten van een grote RCT waarin 101 suïcidale en automutilerende BPS-patiënten werden behandeld met DGT of door niet-gedragstherapeutisch geschoolde experts op het gebied van BPS behandeling. Deze studie poogde antwoord te geven op de kritieken naar aanleiding van bovengenoemde eerdere studies van Linehan, namelijk dat het verschil in resultaten ook te wijten zou kunnen zijn aan verschil in hoeveelheid therapie tussen de beide proefgroepen, verschil in scholing en supervisie van de therapeuten en dat de proefgroepen te klein waren. Expertise, leeftijd, sekse, beschikbaarheid, training, intervisiemogelijkheden en institutioneel prestige waren in beide therapeutgroepen gelijk. De behandeling duurde 1 jaar en kende daarna 1 jaar van nazorg. De groep die DGT had ontvangen deed gedurende de 2 jaar therapie minder suïcidepogingen dan de controlegroep (23,1% t.o.v. 46%; significant verschil met $p<.01$), vertoonden minder gevaarlijk (para-)suïcidaal gedrag (significant verschil met $p<.04$). Beide groepen verbeterden gelijk in hoeveelheid incidenten van niet-suïcidale automutilatie en in suïcidale ideatie. De DGT groep maakte minder gebruik van crisisdiensten (significant verschil met $p<.04$) en psychiatrische opnames (significant verschil met $p<.007$). Therapietrouw was in de DGT groep veel groter (80,8% t.o.v. 57,1% maakte de therapie af). Beide groepen knapten in gelijke mate op wat betreft depressie.

Een eerste RCT buiten het instituut van ontwikkeling werd uitgevoerd door Koons e.a. (2001) bij vrouwelijke veteranen met BPS ($N=28$, leeftijd 21-46 jaar). Zij werden willekeurig toegewezen aan de DGT conditie waarin zij standaard DGT ontvingen of de controleconditie waarin zij wekelijkse therapie plus een supportgroep aangeboden kregen. Na 6 maanden behandeling vertoonde de DGT groep een gelijke daling in parasuïcidaal gedrag in vergelijking met de controlegroep (medium effectgrootte van $d=.35$), een grotere reductie in hopeloosheid en suïcidale ideatie (effectgrootte $d=.98$ vs. $d=.54$, significant verschil met $p<.05$), een grotere reductie in depressie (gemeten met de Beck Depression Inventory, effectgrootte van $d=0,96$ vs. $d=0,77$, significant verschil met $p<.05$) en een grotere reductie in boosheid (gemeten met de Anger Out, effectgrootte van $d=1,16$ vs. $d=-0,12$, significant verschil met $p<.01$). De conclusie was dat wanneer DGT wordt toegepast bij mildere BPS patiënten, de werkzaamheid niet alleen blijkt uit reductie in parasuïcidaal gedrag, maar zich uit in een grotere verbetering op suïcidale gedachten, somberheid, hopeloosheid, angst en woede ten opzichte van TAU. Deze therapieresultaten bevestigen de fasering in behandeling binnen DGT waarin in de eerste fase gewerkt wordt aan gedragsregulatie en in de tweede fase aan verbetering van levensomstandigheden en innerlijk ervaren.

13. Uitvoering van de interventies

De interventie wordt uitgevoerd bij de volgende organisaties:

Bascul- Amsterdam
Curium - Oegstgeest/Leiden
Rivierduinen - Leiden/Voorburg/Sassenheim
De Jutters - Den Haag
GGZ Breburg - Breda
Accare Drenthe-Overijssel - Assen
Yulius - Barendrecht
Jellinek jeugdkliniek - Amstelveen
Karakter - Zetten
Altrecht - Utrecht
Lucertis - Spijkenisse

14. Overeenkomsten met andere interventies

Niet bekend

15. Lijst met aangehaalde literatuur

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
Backer, H.S., Miller, A.L. & Bosch, L.M.C. van der (2009). Dialectische gedragstherapie bij adolescenten; een literatuuronderzoek. Tijdschrift voor psychiatrie, 51, 31-41.

- Battle, C.L., Shea, M.T., Johnson, D.M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M.C. et al. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorder study. *Journal of Personality Disorders*, 18, 193-211.
- Bernstein, D.P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S. & Brook, J.S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 907-913.
- Bishop, S.R. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology Science and Practice*, 11, 230-242.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C. Unckel, C., Lieb, K., & Linehan, M.M. (2004). Effectiveness of Inpatient Dialectical Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Borkovec, T.D. (2002a). A component analysis of cognitive behavioral therapy for general anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Bosch, L.M.C. van den, Verheul, R., Schippers, G.M., & Brink, W. van den (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance abuse problems: implementation and long term effects. *Addictive Behaviors*, 27: 6, 911-923.
- Bosch, L.M.C. van den, Koeter, M.W.J., Stijnen, T., Verheul, R., & Brink, W. van den (2005). Sustained efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- Bradley, R. Zittel Conklin, C. & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1006-1019.
- Bruin, R.M. de, Muller, N. & Koudstaal, J.A. (2011). Dialectische gedragstherapie voor jongeren met Borderline persoonlijkheidsstoornis en andere emotieregulatiestoornissen. Nederland: Amsterdam.
- Chanen, A.M., Jovev, M. & Jackson, H. (2007) Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 297-306.
- Chanen, A.W., & McCutcheon, L.K. (2008). Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, 2, 35-41.
- Cooney, E., Davis, K., Thompson, P., Wharewera-Mika, J., & Stewart, J. (2010). Feasibility of evaluating DBT for self-harming adolescents: a small randomized controlled trial. Auckland, New Zealand: Te Pou, The National Centre of Mental Health Research
- Fleishhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Bruck, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavior therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5:3.
- Goleman, D. (1988). *The meditative mind: the varieties of meditative experience*. New York: Tarcher/Putnam Books.
- Grilo, C.M., Becker, D.F., Fehon, D.C., Walker, M.L., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1996). Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1089-1091.
- Haan, E.de, Bruin, R.de, Noorloos, J.R, & Steggen, H. (2012). Pilot effectonderzoek Dialectische Gedragstherapie voor jongeren. *Congres Borderline persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten: Volg je hart gebruik je verstand*. 29 november 2012.
- Hayes, S.C. (2004). *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: the Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2005). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Clinical psychology and psychotherapy*, 11, 137-144.
- Hayes, S.C. Masuda, A. & De Mey, H. (2003). Acceptance and commitment therapy: een derde generatie gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 36, 69-96
- Harned, M.S., Banawan, S.F. & Lynch, T.R. (2006). Dialectical Behavior Therapy: an emotion-focused treatment for borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 67-75.

- Helgeland, M.I. & Torgerson, S. (2004). Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 138-147.
- James, A.C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behaviour therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate selfharm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 148-152.
- Johnson, J.G., Chen, H., Cohen, P. (2004). Personality disorder traits during adolescence and relationships with family members during the transition to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 923-932.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in Behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Katz, L.Y., Cox, B.J., Gunasekara, M.D., & Miller, A.L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 :3, 276-282.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I., & Bastian, L.A. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in women veterans with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Levy, K.N., Becker, D.F., Grilo C.M. en anderen (1999). Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1522-1528.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Heard, H., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151:12, 1771-1776.
- Linehan, M.M., Schmidt, H.I., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., & Contois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addictions*, 8, 279-292.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Contois, K.A. Welch, S.S. Heagerty, P., & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-steps for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M.M., Contois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., & Lindeboim, M. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R., & Linehan, M.M. (2006). Mechanisms of Change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and Empirical Observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.
- Ma, S.H. & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72, 31-40.
- Miller, L.A., Muehlenkamp, J.J. & Jacobsen, C.M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorders in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 969-981.
- Niessen, J. (2011). DGT behandeling bij jongeren met een borderline persoonlijkheidsontwikkeling op een ambulante behandelafdeling. *Kinder en Jeugdpsychotherapie*, 38 (3), 4-19.
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 482-487.

Rathus, J.H., & Miller, A.L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behaviors*, 32, 146-157.

Scheel, K.R. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: summary, critique and implications. *Clinical Psychology: science and Practice* 7, 68-86.

Schuppert, H.M., Giesen-Bloo, J., Gemert, T.G. van, Wiersma, H.M., Minderaa, R.B., Emmelkamp, P.M.G., & Nauta, M.H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation Group training for adolescents a randomized controlled pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 467-478.

Schurink, G. (2006). Mindfulness: integratie in de cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 39, 282-291.

Shearin, E.N., & Linehan, M.M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorders. *Behavior Therapy* 23, 730-741.

Teasdale, J., Segal, Z.V. & Williams, J.B.W. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness)training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33,25-39.

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.

Verheul, R., Bosch, L.M.C., van den, Koeter, M.W.J., Ridder, M.A.J. de, Stijnen, T. & Brink, W. van den (2003). Dialectical Behavior Therapy for women with Borderline Personality Disorder. 12-month randomized clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Woodberry, K.A., & Popenoe, E.J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 277-286.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, B. & Silk, K.R. (2006a). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827-832.

Zweig-Frank, H. & Paris, J. (2002). Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 103-107.

Deze informatie is op 13 september 2016 gedownload van www.nji.nl.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

