

Dialectische gedragstherapie in een klinische setting?

T. INGENHOVEN

Dat psychotherapie effectief kan zijn bij veel patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis (BPS) is inmiddels duidelijk aangetoond, maar in welke ‘dosering’ dient het idealiter te worden toegepast? Zoals beschreven in de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (CBO 2008) vormt psychotherapie, waar mogelijk, de eerste keus behandeling voor patiënten met BPS. Deze *evidence-based* conclusies werden getrokken op basis van het in 2007 voorhanden zijnde onderzoek naar de effectiviteit van verschillende vormen van psychotherapie. Dialectische gedragstherapie (DGT) was destijds, en blijkt nog steeds, in meer studies onderzocht dan bijvoorbeeld *transference-focused therapy* (TFP), schematherapie (SFT) of *mentalization-based treatment* (MBT).

Ontwikkeling Nadat Marsha Linehan haar DGT begin jaren negentig in de VS had ontwikkeld en het effect ervan in een eerste gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) had aangetoond, ontstond ook vanuit Nederland belangstelling voor dit behandelprogramma (van den Bosch e.a. 1995). Het is met name de verdienste van Wies van den Bosch geweest dat DGT momenteel hier een vooraanstaande plaats inneemt in menig zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen. In die begintijd was DGT bij uitstek een ambulante behandelprogramma. Het bestond uit een gemodificeerde vorm van individuele cognitieve gedragstherapie, in combinatie met een vaardigheidstraining, met daarbij 7 x 24-uursbereikbaarheid voor de patiënt en een wekelijks consultatieteam voor de therapeuten (van den Bosch 2012).

Zonder elk van deze vier ingrediënten was het keurmerk DGT niet van toepassing. De vaardigheidstraining vond waar mogelijk plaats in een groep, maar in de vaardigheidstraininggroep werd nadrukkelijk geen therapeutische waarde toegekend aan groepsdynamiek, integendeel.

Ambulant of klinisch? Inmiddels zijn ook de andere ambulante psychotherapievormen bij BPS nader op hun effectiviteit onderzocht. Deze verschillende vormen van psychotherapie lijken qua effectiviteit weinig voor elkaar onder te doen, mits consequent en systematisch uitgevoerd binnen het gekozen model (Ingenhoven e.a. 2012). Hun onderlinge ‘horse race’ lijkt daarmee ten einde, ‘*common factors*’ lijkt weer in. Desondanks blijft onduidelijk voor welke patiënt welke vorm van psychotherapie het meest geschikt is en met welke intensiteit een behandeling het beste kan worden toegepast. Wanneer is een intensiever (dag)klinisch psychotherapeutisch behandelmilieu voor persoonlijkheidsstoornissen geïndiceerd (Ingenhoven e.a. 2000)? Bij de Nederlandse multicentre ‘Study on Cost-Effectiveness of Personality Disorder Treatment’ (het SCEPTRE-project) volgde men jarenlang prospectief honderden ambulante en (dag)klinische patiënten met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen. Voor patiënten met een BPS kwam juist een klinische behandeling (korter of langer durend, gemiddeld 9 maanden) als effectiefst uit de bus (Bartak 2010). Er zijn echter aanwijzingen dat poliklinische of dagklinische behandeling toch meer kosteneffectief is bij BPS (Soeteman e.a. 2010).

Nederland heeft een lange traditie van klinische, en later ook dagklinische, psychotherapie voor persoonlijkheidsproblematiek. Veel van onze voormalige psychotherapeutische gemeenschappen zijn inmiddels omgedoopt tot afdelingen met een specifiek referentiekader, zoals SFT of MBT. Voor DGT was dat in Nederland tot voor kort nog niet het geval.

Pilotstudie Van den Bosch e.a. (2013) beschrijven elders in dit tijdschriftnummer de resultaten van een pilotstudie naar de implementatie en werkzaamheid van een klinisch DGT-programma van drie maanden binnen een derdelijns specialistisch centrum voor psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Hierin worden ook andere behandelmodaliteiten aan de standaard-DGT toegevoegd. Of dit een goed format is, moet uit klinische ervaring en onderzoek naar (kosten) effectiviteit en patiënttevredenheid blijken.

Patiënten met BPS gezamenlijk groepsgericht behandelen binnen een (dag)klinisch milieu is echter niet zonder risico's. Indien parasuïcidale gedragingen en therapie-interfererend gedrag niet voldoende worden begrensd, en indien destructieve groepsprocessen onvoldoende worden beheerst, kunnen, ondanks de goede bedoelingen van de behandelstaf, patiënten en stafleden schade oplopen of gedemoraliseerd raken. Klinisch behandelen kan dan zelfs averechts werken. Mits het behandelmilieu en de groepsdynamiek zorgvuldig worden ingezet, heeft (dag)klinische psychotherapie, naar mijn mening, echter een duidelijke meerwaarde boven onze poliklinische zorgpaden voor BPS. Maar hoe gaat DGT dergelijke basisprincipes vanuit de milieutherapie integreren in haar klinische behandelprogramma?

Een andere vraag is of klinische DGT wel als een op zichzelf staande behandeling kan worden gezien. Het lijkt meer voor de hand te liggen om het als een klinische fase te beschouwen binnen een veel langer behandeltraject, ofwel om een DGT-behandeling op te starten (*matched care*), ofwel om een dergelijk behandeling gaandeweg tijdelijk te intensiveren (*stepped care*). In het behan-

delprogramma van Van den Bosch is het laatste het geval.

Besluit Ook in andere landen om ons heen wordt geëxperimenteerd met uiteenlopende varianten van klinische DGT. In een recent overzichtartikel beschrijven Bloom e.a. (2012) elf (pilot)studies van verschillende klinische DGT-behandelingen, in lengte variërend van 2 weken tot 3 maanden. De meeste van de effectstudies waren echter nog van beperkte kwaliteit en gebruikten geen goed omschreven controlegroep. Ook bleek geen van de studies gerandomiseerd. Over de werkzaamheid, het juiste format en de optimale lengte van klinische DGT valt derhalve voornamelijk nog veel te experimenteren. Het is dan ook hoopvol dat Van den Bosch inmiddels is gestart met een gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van klinische DGT. Het is te hopen dat onze zorgverzekeraars, raden van bestuur en subsidiegevers in tijden van bezuinigingen en beddenreductie dergelijke innovatieve projecten ook in Nederland zullen blijven steunen. Om evidence-based te kunnen blijven werken zal er immers ook ruimte moeten blijven om deze evidence mede verder te kunnen ontwikkelen.

LITERATUUR

- Bartak A. On the effectiveness of psychotherapy in personality disorders. Academisch proefschrift. Universiteit van Amsterdam; 2010.
- Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW. Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2012; 63: 881-8.
- Bosch W van den, Egberts T, Ingenhoven T, Kuipers H. Tussen Amsterdam en Seattle: de methode Linehan. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1995; 50: 1096-103.
- Bosch LMC van den. Dialectische gedragstherapie. In: Ingenhoven T, van Reekum A, van Luyn B, Luijten P, red. *Handboek borderlinepersoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 63-79.
- Bosch LMC van den, Sinnaeva R, Nijs M. Kortdurende klinische dialectische gedragstherapie voor de borderline persoonlijk-

heidsstoornis. Ontwerp van het programma en resultaten pilotstudie. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 165-75.

CBO. Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.

Ingenhoven T, Abraham RE, Hartman J. Persoonlijkheidsstoornissen. In: Janzing C, van den Berg A, Kruisdijk F, red. Handboek milieutherapie. Assen: van Gorcum; 2000.

Ingenhoven T, van Reekum A, van Luyn B, Luijten P. Handboek borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.

Soeteman DI, Verheul R, Dilemon J, Meerman MMA, van den Eijnden E, van Rossum B, e.a. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster B personality disorders. Br J Psychiatry 2010; 196: 396-403.

AUTEUR

THEO INGENHOVEN, psychiater/psychotherapeut, Pro Persona, Lunteren.

Correspondentieadres: Theo Ingenhoven, Pro Persona, Centrum voor Psychotherapie, Klomperweg 175, 6741 PH Lunteren.

E-mail: t.ingenhoven@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-2-2013.

TITLE IN ENGLISH Dialectical behaviour therapy in inpatient treatment?