

20 jaar dialectische gedragstherapie in Nederland: ons een zorg?

T. INGENHOVEN



ARTIKEL



De meeste grote ggz-instellingen in Nederland hebben tegenwoordig een zorgpad *dialectische gedragstherapie* (DGT). En terecht, want voor de ambulante behandeling van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) vormt DGT een effectieve therapie, zoals aangetoond in gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) in binnen- en buitenland (van den Bosch 2012). DGT wordt, samen met *transference-focused psychotherapy*, schematherapie en *mentalization-based treatment* (The big four), beschouwd als behandeling van eerste keuze bij patiënten met BPS.

In empirisch onderzoek blijken deze vier vormen van psychotherapie nauwelijks voor elkaar onder te doen. Toch zijn ze heel verschillend, zowel in hun theoretische oriëntatie (psychodynamisch versus leertheoretisch), de keuze van de therapeutische technieken (gedragsmatig versus experientieel), als het format van het programma (ambulant versus dagklinisch) (Ingenhoven e.a. 2012). Maakt het dan niet uit wat je doet? Wel degelijk maakt dat uit. Men neemt aan dat het succes van deze therapievormen te danken is aan de strikte en zorgvuldige wijze waarop het therapiemodel vorm wordt gegeven en vervolgens wordt bewaakt: *adherence* aan de protocollen. Als je het doet, dan moet je het goed doen. En goed blijven doen. Implementeren dus, en consolideren (Hutsebaut e.a. 2012; Nadort e.a. 2009; van den Bosch & Sinnaeve 2015).

Obstakels voor programma's

Maar zo gemakkelijk is dat niet in de praktijk, integendeel. Vooral de aanbieders van psychotherapeutische programma's die zich richten op fundamentele behandeling van complexe persoonlijkheidsproblematiek (vaak ook complexe posttraumatische stressstoornis), die daartoe een dagklinisch en/of groepsgericht format kiezen, een multidisciplinair behandelperspectief omarmen, en een langere tijdsspanne moeten zien te overbruggen, vinden veel beren op hun weg. Deze blijken terug te voeren op de financiering van onze zorg, de kosten van de noodzakelijke disciplinemix, de eisen rond (bij)scholing en supervisie, dure certificering, gepaste huisvesting, misplaatste of absurde 'kwaliteitseisen' van zorgverzekeraars bij de jaarlijkse zorginkoop en defensieve overlevingsstrategieën van onze raden van bestuur. Barre tijden dus. Geen wonder

dat in deze jaren de klappen vallen in met name de (dag-) klinische psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Lang niet alle programma's die met veel energie, ambitie en enthousiasme zijn opgebouwd, overleven dit tijdsgewricht.

Succes voor DGT

Echter, met de implementatie en consolidatie van DGT gaat het in Nederland relatief goed, zo lijkt het. DGT werd 20 jaar geleden overgevoerd vanuit de Verenigde Staten (van den Bosch e.a. 1995). In dit tijdschriftnummer beschrijven Van den Bosch en Sinnaeve (2015) de resultaten van een onderzoek uit 2013, geïnitieerd door Dialexis, naar de overlevingsdrift van 22 DGT-teams voor jeugdigen en volwassenen. En wat blijkt: de patiënten worden beter, de medewerkers blijven enthousiast en in de teams is het personeelsverloop laag. Naar het schijnt heeft DGT dus in Nederland goed wortel geschoten. De voorwaarden om zo te kunnen (blijven) werken, worden breed gedeeld: commitment van zowel patiënt als hulpverlener, en het team, maar ook van het management. Dit moet tot uiting komen in een goede inbedding in de organisatie en in voldoende middelen en ruimte voor certificering, intervisie, supervisie, bij- en nascholing.

Zorgelijke punten

Bij nadere beschouwing van het onderzoek van Van den Bosch en Sinnaeve vallen echter ook een aantal opmerkelijke, en ook zorgelijke, punten op. Want wat blijkt? DGT, als 'gemanualiseerde' vorm van psychotherapie, wordt in Nederland nagenoeg nergens volgens het boekje van Linehan uitgevoerd.

Meestal is alleen de eerste fase van het programma geïmplementeerd, het eerste jaar waarin men vooral parasuïcidaal, destructief en impulsief gedrag onder controle brengt met de combinatie van individuele (cognitieve) gedragstherapie en vaardigheidstraining in de groep. Een goede eerste stap. Echter, de voortgezette DGT-behandeling in de tweede fase (o.a. gericht op traumabehandeling) en de derde fase (gericht op consolidatie, zelfrespect, interpersoonlijk functioneren en persoonlijke doelen) is nagenoeg nergens in zorgpaden uitgewerkt.

De telefonische consultatie met de eigen therapeut, 7 x 24 uur, heeft tot veel interessante discussies geleid, maar niet tot de daadwerkelijke uitvoering van dit essentiële (?) onderdeel van de DGT-behandelingen. Begrijpelijk dat in Nederland slechts één van de onderzochte teams de begeerde officiële DGT-certificatie had weten te verwerven door in 2013 aan alle kwaliteitseisen van het 'keurmerk' te voldoen. In de praktijk bestaat er inmiddels een palet aan behandelprogramma's waarvan de aanbieders zeggen zich te (mogen) beroepen op het DGT-gedachtegoed, soms zelf met de benaming 'DGT-light'. Is de ontmanteling al begonnen nog voordat goede 'ontmantelingsstudies' zijn uitgevoerd?

Minder dan de helft van de 182 hulpverleners in de 22 DGT-teams blijkt ooit de volledige basistraining voor DGT gevolgd te hebben. De meerderheid heeft haar kennis dus moeten verwerven via een introductiecursus, via collega's, via zelfstudie of gezamenlijke supervisies. Van den Bosch en Sinnaeve melden dat binnen DGT 'iedereen behandelaar kan zijn, mits...'. Uitgedrukt in fte's blijkt dat 61% van de teams is samengesteld uit mensen met een hbo-diploma (vermoedelijk vooral verpleegkundigen), dat houdt de programma's betaalbaar en efficiënt. Verder is 32% psycholoog, maar onduidelijk is wat voor psycholoog: GZ-psycholoog? Psychotherapeut? Klinisch psycholoog? De vraag is in welke mate al deze hulpverleners voldoen aan de kwaliteitseisen die in Nederland gesteld worden aan het beroep van psychotherapeut (Wet BIG artikel 3). Ten slotte wordt 7% van de totale DGT-fte's ingevuld door een psychiater, maar kan die psychiater vanuit deze marginale positie wel voldoende ingebed zijn in de behandelingen en in het consultatieteam?

Conclusie

Veel is dus nog onduidelijk rond de kwaliteitseisen die aan onze behandelprogramma's moeten en mogen worden gesteld. En, door wie wordt die kwaliteit getoetst, bewaakt en geborgd? Zal het Zorginstituut Nederland als kwaliteitsinstituut van de minister hier een rol in gaan spelen? Het landelijke Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen? Onze beroepsverenigingen? Dialexis? Wat gaat het Professionele statuut rond de nieuwe regiebehandelaar ons hierover leren? Of worden het de kwaliteitseisen van de zorgverzekeraars die bepalend zullen zijn voor het wel of niet voortbestaan van onze specialistische behandelprogramma's voor persoonlijkheidsstoornissen? De vraag is hoe onze psychotherapeutische keurmerken, zoals DGT, zich hieronder zullen gaan houden. Maar blijkbaar overleeft DGT dit alles in Nederland, doordat men blijft zoeken naar creatieve oplossingen. En dat is hoopvol, voor zo lang als dat duurt.

AUTEUR

THEO INGENHOVEN, psychiater/groepspsychotherapeut, Centrum voor Psychotherapie, Lunteren; hoofd Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen, Pro Persona.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Theo Ingenhoven, Centrum voor Psychotherapie, Klomperweg 175, 6741PH Lunteren.

E-mail: t.ingenhoven@propersona.nl

Geen tegenstrijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-8-2015.

TITLE IN ENGLISH

20 years dialectical behavior therapy in the Netherlands: who cares?

LITERATUUR

- Bosch LMC van den. Dialectische gedragstherapie. In: Ingenhoven T, van Reekum A, van Luyn B, Luyten P, red. Handboek borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Bosch LMC 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, Sinnaeve R. Dialectische gedragstherapie in Nederland: implementatie en consolidatie. Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 719-27.
- Hutsebaut J, Bales DL, Busschbach JJV, Verheul R. The implementation of mentalization-based treatment for adolescents: a case study from an organizational, team and therapist perspective. Int J Ment Health Syst 2012; 6: 10.
- Ingenhoven T, van Reekum A, van Luyn B, Luyten P. Handboek borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, e.a. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by therapist outside office hours: a randomized trial. Behav Res Ther 2009; 27: 961-973.