

Dialectische gedragstherapie bij adolescenten; een literatuuronderzoek

H.S. BACKER, A.L. MILLER, L.M.C. VAN DEN BOSCH

ACHTERGROND Dialectische gedragstherapie (DGT) is in een aantal gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) effectief gebleken bij de behandeling van volwassen patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) en zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag. Inmiddels zijn er enkele onderzoeken verricht bij adolescenten met uiteenlopende stoornissen.

DOEL Onderzoeken van de literatuur op aanwijzingen voor effectiviteit van DGT bij adolescenten van 12-18 jaar.

METHODE Literatuuronderzoek in PubMed en Medline naar dialectische gedragstherapie bij adolescenten, met de trefwoorden: 'dialectisch', 'adolescent', 'zelfmoordpoging' en 'opzettelijke zelfbeschadiging'.

RESULTATEN Er waren geen RCT's naar de effectiviteit van DGT bij adolescenten, maar wel een quasi-experimenteel onderzoek en verschillende onderzoeken met een voor- en nameting zonder controlegroep. Deze waren onderling niet goed vergelijkbaar en soms was twijfelachtig of voldaan werd aan de minimale vereisten om van DGT te kunnen spreken. De resultaten suggereerden dat DGT bij adolescenten even effectief zou kunnen zijn als bij volwassenen voor behandeling van BPS-symptomen, suïcidale ideatie en comorbide depressieve stoornis, terwijl er minder klinische opnames nodig waren. Verder waren er aanwijzingen dat DGT effectief kan zijn bij de behandeling van eetstoornissen, bipolaire stoornis, oppositionele gedragsproblemen, agressie, zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag in uiteenlopende behandelomgevingen.

CONCLUSIE DGT is mogelijk effectief bij adolescenten met zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag, en/of kenmerken van BPS, en mogelijk ook bij andere stoornissen van affect en gedrag. RCT's zijn nodig.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)1, 31-41]

TREFWOORDEN adolescent, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, dialectische gedragstherapie

Dialectische gedragstherapie (DGT) is een vorm van cognitieve gedragstherapie waarvan gebleken is dat deze effectief is bij de behandeling van chronisch impulsief en/of opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij volwassenen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) (Van den Bosch 2005; Verheul e.a. 2003). De impulscontrole neemt toe en het zelfbeschadigend gedrag (krassen, snijden,

zelfmoordgedachten en -pogingen) neemt statistisch significant af. Deze methode, ontwikkeld door Marsha Linehan, wordt vanaf 1990 in de VS toegepast bij volwassenen, sinds 1995 in Nederland, en sinds 1997 ook bij adolescenten.

DGT bij volwassenen DGT is bij volwassenen met BPS onderzocht in ambulante situaties (Line-

han e.a. 1991; 1993; 2006; Van den Bosch e.a. 2005; Verheul e.a. 2003), klinische situaties (Barley e.a. 1993; Bohus e.a. 2000; 2004; Koons e.a. 2001; Linehan e.a. 1999; Simpson e.a. 1998) en forensische situaties (Berzins & Trestman 2004; Bradley & Follingstad 2003; Evershed e.a. 2003). Daarnaast is onderzocht of DGT effectief is bij BPS met en zonder bijkomende verslavingsproblematiek (Linehan e.a. 1999; 2002; Van den Bosch 2005), bij depressie en bij boulimia nervosa (eetbuistoornis) (Safer e.a. 2001; Telch e.a. 2001). Er zijn vier gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) gepubliceerd over DGT bij volwassenen (Koons e.a. 2001; Linehan e.a. 1991; 1993; 2006; Verheul e.a. 2003). Publicaties over de effectiviteit van DGT bij volwassenen zijn geïnventariseerd in de literatuur (Houwaerts & Pieters 2001; Van den Bosch 2005) en op de website www.behavioraltech.com.

DGT werd aangepast voor de behandeling van agressief gedrag, middelenmisbruik, de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis en eetstoornissen (Palmer e.a. 2003; Van den Bosch e.a. 2007).

DGT bij adolescenten Ook voor de behandeling van adolescenten hebben de auteurs het oorspronkelijke handboek herschreven en het behandelprotocol aangepast (Miller e.a. 1997; 1999; 2007; Miller 1999).

Het is zorgelijk dat het aantal adolescenten dat na een zelfmoordpoging in behandeling komt slechts 50% bedraagt (Spirito e.a. 1989; 2002). Bovendien staakt 77% van hen de behandeling voortijdig en is ook korter in behandeling dan andere adolescenten die zich voor behandeling aanmelden bij een polikliniek (Trautman e.a. 1993). In de drie maanden na een suïcidepoging stopt 52% na 0-4 contacten met behandeling (Spirito e.a. 1992). Uit eerder onderzoek is bekend dat bij deze groep adolescenten verhoogde therapietrouw van levensbelang is.

In dit artikel beschrijven wij de resultaten van een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van DGT bij adolescenten. Daarbij was onze onderzoeksvraag: in hoeverre is DGT ook bij adolescenten effectief en leidt de methode tot een grotere

therapietrouw? Eerst gaan wij in op de aanpassingen van DGT bij adolescenten.

AANPASSINGEN DGT VOOR ADOLESCENTEN

Miller heeft in verschillende publicaties beschreven hoe het oorspronkelijke handboek en het behandelprotocol voor behandeling van adolescenten is aangepast (Backer & Miller 2007; Miller 1999; Miller e.a. 1997; 1999; 2007). In de eerste plaats is de therapie ingekort van 12 maanden naar 16 weken. De frequentie van de individuele sessies en groepstraining bleef eens per week. De theorie die de adolescenten in het aangepaste handboek aangeboden kregen, werd vereenvoudigd. Aan de vier modules van DGT voor volwassenen, te weten 'Kernoplettendheid' (Mindfulness), 'Interpersoonlijke vaardigheden', 'Emotieregulatie' en 'Crisisbeheersing' werd een module toegevoegd: 'de Middenweg vinden'.

Ouders spelen een veel grotere rol in het leven van de adolescent dan bij volwassenen en zij worden daarom nadrukkelijk bij de behandeling betrokken. Van adolescenten wordt geëist dat zij 'een middenweg vinden' tussen de eisen van hun omgeving, hun ouders en zichzelf. Telefonische consultatie en een consultatieteam maken, zoals bij standaard-DGT, deel uit van het programma.

METHODE

Wij verrichtten een literatuuronderzoek naar DGT bij adolescenten in PubMed en Medline, met als zoektermen 'dialectic' en 'adolescent', 'suicide attempt' en 'deliberate selfharm', zonder restrictie in publicatiejaar. Met de referenties in de gevonden artikelen werd de literatuur uitgebreid met relevante onderzoeken.

RESULTATEN

De zoekactie in Pubmed leverde 56 treffers op in de periode 1997-2007; hiervan betroffen 7 publicaties een effectonderzoek met DGT bij adolescenten.

TABEL 1 Overzicht van de gevonden onderzoeken naar dialectische gedragstherapie bij adolescenten

Eerste auteur, jaartal	n	v/m	Gem. leeftijd in jaar	Opzet	Setting	Doelgroep	Drop-out	Individueel/groep (uren of aantal keer)	Modaliteit	Funcities	Familie j/n
Rathus, 2002	29	27/2	16,1	quasi-experimenteel	ambulant	para-suïcidaal en BPS	38%	12 x/12 x	I/G/C/T	1,2,3,4,5	j
Trupin, 2002	45	45/0	15,2	controle-groep	justitiële inrichting	gedragsproblemen	?	0/20-40 x	G/C/T*	1,2,3,4,5	n
Katz, 2004	62	52/10	15,4	voor-na-vergelijking met controle-groep	klinisch	(para)-suïcidaal gedrag	0%	4 x/10 x	I/G/C/T?*	1,2,3,4,5	n
Nelson-Gray, 2006	32	5/27	12,6	voor-na-vergelijking	ambulant	ODD	41%	0/32 u	G	1,2,3	n
Fleischhaker, 2006	12	12/0	13-19?	voor-na-vergelijking	ambulant	para-suïcidaal en BPS	25%	16/32 u	I/G/C/T	1,2,3,4,5	j
Goldstein, 2007	10	10/0	15,8	voor-na-vergelijking	klinisch	bipolaire st.	10%	18/18 u	I/G/T	1,2,3,4	j
Salbach, 2007	31	31/0	16,0	voor-na-vergelijking	klinisch	anorexia en boulimia nervosa	3,2%	20 u/8,3 u (8,3 u fam)**	I/G/C/T?	1,2,3,4,5?	j
totaal	221	182/39	16,1								

I = individuele therapie; G = groepsvaardigheidstraining; C = consultatieteam; T = telefonische consultatie.
 1 = vergroten van gedragsmatige vaardigheden; 2 = verbeteren van de motivatie tot verandering; 3 = generaliseren van de vaardigheden naar de natuurlijke omgeving; 4 = structureren van de omgeving; 5 = verhogen van de bekwaamheid en motivatie van de therapeut.
 * In de klinische setting kan dit vervangen worden door consultatie van de verpleging die ook DGT-training heeft gehad.
 ** De familie kreeg ook aparte familiegesprekken, waarin de disfunctionele interacties besproken werden.

ten (tabel 1). Eén onderzoek (Trupin e.a. 2002) had een follow-uponderzoek naar de criminele recidive na 12 maanden (Barnoski 2002) en na 36 maanden (Drake & Barnoski 2006).

Quasi-experimenteel onderzoek In 2002 onderzochten Rathus en Miller in een quasi-experimentele opzet het verschil in effect tussen DGT (n = 29) en een controlebehandeling (n = 82: 60 meisjes; gemiddelde leeftijd 15,0 jaar) bij adolescenten die (a) een zelfmoordpoging hadden gedaan in de 16 weken voorafgaand aan het onderzoek en (b) aan ten minste drie BPS-criteria voldeden, vastgesteld op het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*. Deelnemers werden in de controlegroep geplaatst als zij aan (a) of (b) voldeden. Het betrof poliklinische pa-

tiënten. Het uitvalpercentage van familieleden in de experimentele conditie was 38, en in de controlegroep 60.

DGT bestond uit 12 weken individuele therapie en een groepsvaardigheidstraining waarbij ook de familie werd betrokken. Er werd gebruikgemaakt van een aan adolescenten aangepaste versie van standaard-DGT, maar nog niet van het later door Miller e.a. aangepaste handboek voor adolescenten. De controlegroep kreeg de gebruikelijke behandeling (TAU), die nogal uiteenliep.

Na 12 weken waren er bij de DGT-groep significant minder ziekenhuisopnames en een significant hogere therapietrouw. Overigens waren beide behandelingen even effectief bij het verlagen van het aantal zelfmoordpogingen, maar de groep die DGT kreeg, vertoonde vooraf meer depressieve

symptomen en verslavingsproblemen, en over het geheel genomen meer DSM-as I-stoornissen dan de TAU-groep. Van de groep die DGT kreeg, had 92% voor de behandeling tevens een depressieve stoornis. Binnen de DGT-groep werd een significante vermindering van de suïcidale ideatie, psychiatrische symptomen in het algemeen en van BPS-symptomen gevonden.

Open onderzoek met controlegroep Trupin e.a. (2002) deden onderzoek bij 90 strafrechtelijk geplaatste meisjes in een gesloten justitiële instelling. In een open onderzoek met voor- en nameting en een controlegroep onderzochten zij het effect van DGT door groepsleiders op gedragsproblemen van de meisjes op de afdeling. Ook werd gekeken naar de reactie van de groepsleiders op de emotionele en gedragsproblemen van de meisjes, zoals zelfmoordpogingen, automutilatie, agressie en weerspanningheid.

Groepsleiders werden getraind in een aangepaste vorm van de DGT voor volwassenen. De interventies spitsten zich toe op probleemgedrag dat op de afdeling plaatsvond en delictgerelateerde gedragingen. De gedragsproblemen op de groep en in de klas werden dagelijks bijgehouden. Hiervan waren ook scores beschikbaar van het jaar vóór het onderzoek.

Er werden drie afdelingen vergeleken. In de eerste groep (Mental Health Cottage: MHC) werden meisjes ($n = 22$) geplaatst die meer psychische problemen vertoonden. De groepsleiding kreeg 80 uur training in DGT. Gemeten met het *Diagnostic Interview Schedule for Children* werden vaker stemmingsstoornissen en een gedragsstoornis, oppositioneel opstandige gedragsstoornis of aandachts-tekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) vastgesteld, maar iets minder vaak middelenmisbruik dan op de andere twee groepen. Er is niet gekeken naar symptomen van de BPS. De tweede en derde groep ($n = 23$ resp. $n = 45$) waren groepen zonder psychiatrische problemen. DGT werd toegepast op de eerste (MHC) en de tweede groep (waar de groepsleiding 16 uur training kreeg), de derde groep fungeerde als controlegroep (TAU).

De meisjes op de afdeling met veel psychische problemen (MHC) vertoonden een statistisch significante daling in ernstige gedragsproblemen en een (vergeleken met het jaar voor de interventie) niet-significante daling van suïcidale gedragingen. Dit kan het gevolg geweest zijn van het feit dat de meisjes op de groep werden geplaatst als zij suïcidaal waren en doorgeplaatst werden als het beter ging. De reacties van de medewerkers waren op de MHC-groep significant milder dan het jaar voor de interventie. Ook bleken veel meer meisjes in staat andere vormen van begeleiding (resocialisatieprogramma's en dergelijke) te volgen dan het jaar voor het onderzoek.

In de tweede groep, die veel minder gedragsproblemen kende dan de MHC-groep, werd geen afname gezien gedurende het onderzoek. Het gebruik van restrictieve maatregelen door de groepsleiding nam zelfs toe, vooral door groepsleiders die de DGT-training niet hadden gevolgd. De TAU-groep vertoonde zo weinig gedragsproblemen en psychische stoornissen dat er geen afname zichtbaar was en zij niet goed met de andere groepen vergeleken kon worden.

Voor-nametingen zonder controlegroep Katz e.a. (2004) onderzochten bij 62 klinische patiënten het effect van DGT (voor- en nameting zonder controlegroep met follow-up). De experimentele groep ($n = 26$) kreeg gedurende twee weken een aan de kliniek aangepaste versie van het programma voor adolescenten van Miller e.a. (1997), met dagelijkse groepstraining (in totaal tien) en tweemaal per week individuele therapie. Ook de groepsleiding was getraind in DGT. De controlegroep ($n = 27$) kreeg dagelijks psychodynamische groepspsychotherapie en ten minste een keer per week individuele psychodynamische psychotherapie. De patiënten werden op de afdeling geplaatst waar toevallig plaats was. De gemiddelde opnametijd bedroeg 18 dagen. De incidenten (agressie, zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag) op de afdelingen werden bijgehouden. Verder werden de hopeloosheid, de depressieve klachten en de suïcidale ideatie aan de hand van

zelfrapportagevragenlijsten gescreend. Na ontslag volgde een verwijzing naar een plaatselijke poliklinische voorziening en een jaar na ontslag vond een follow-uponderzoek plaats.

DGT verminderde het aantal gedragsproblemen in de kliniek meer dan bij de TAU-groep. Bij beide groepen trad een significante vermindering van zelfmoordgedachten, automutilatie en depressieve symptomen op. De effectsterktes voor zowel de hopeloosheid, de depressieve klachten als de suïcidale ideatie waren voor de DGT-groep aanmerkelijk groter (dit gold voor de laatste twee ook bij de follow-up), maar dit verschil was niet statistisch significant. Dit was mogelijk een gevolg van de te kleine steekproef. Tijdens de klinische behandeling was er geen uitval bij de DGT-groep. Er was bij follow-up ($n = 53$) na 12 maanden een trend naar grotere therapietrouw aan behandelvormen waarnaar verwezen was ($p = 0,9$) en een grotere therapietrouw aan medicatie (indien voorgeschreven) dan bij de controlegroep.

Het tweede open onderzoek met een voor- en nameting zonder controlegroep werd uitgevoerd bij 32 adolescenten met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) (Nelson-Gray e.a. 2006). Van de oorspronkelijke 54 proefpersonen voltooiden 32 de hele behandeling en 5 zelfs tweemaal. De groep die uitviel, vertoonde bij aanvang meer psychiatrische stoornissen, zoals ADHD en (antisociale) gedragsstoornis. Ruim 40% was van Afro-Amerikaanse origine en 40% blank.

In tegenstelling tot de andere onderzoeken werd aan de proefpersonen alleen de groepsvaardigheidstraining geboden zonder individuele therapie. De onderzoekers kozen hiervoor omdat deze geprotocolleerd is en dus goed repliceerbaar, en omdat in hun ervaring ouders van deze doelgroep vaak niet goed te motiveren zijn. Zij maakten gebruik van het handboek van standaard-DGT, vereenvoudigd en teruggebracht tot 16 wekelijkse sessies van 2 uur. De motivatie om registraties (huiswerk) bij te houden werd met financiële prikkels versterkt.

De jeugdigen moesten bijhouden hoe vaak zij gebruikmaakten van de CALM-vaardigheden (contact maken, aandacht richten, luisteren en

goede manieren hanteren). Deze behoren niet tot de standaard- of de adolescentenversie van DGT. De ouders werden niet betrokken in de behandeling, behalve bij een korte bijeenkomst waarin uitleg werd gegeven over de training.

Er werd een significante afname gevonden in ODD en externaliserende gedragsproblemen, gemeten met respectievelijk het Diagnostic Interview Schedule – Parent version (DISC-P) en de Child Behavior Checklist (CBCL). De DISC-P is een vragenlijst aan de hand van DSM-IV-criteria, ingevuld door de ouders/verzorgers (Shaffer e.a. 2000). De CBCL is een vragenlijst voor de ouders en meet onder andere gedragsstoornissen van het kind (Achenbach 1991). Ook depressieve symptomen (gemeten met de Child Depression Inventory) en internaliserende klachten, gemeten met de Youth Self Report (YSR), namen af. De YSR komt sterk overeen met de CBCL, maar wordt door de jeugdige zelf ingevuld (Achenbach 1991). Er was niet alleen een afname te zien van gedragsproblemen, maar ook een toename van positief gedrag. Dit werd gemeten met de Behavioral and Emotional Rating Scale (BERS), een maat voor de interpersoonlijke kracht, beoordeeld door de verzorgers.

Het derde open onderzoek met voor- en nameting zonder controlegroep werd verricht bij 12 adolescenten in een ambulante setting, met een nameting 4 weken na de laatste therapie (Fleischhaker e.a. 2006). De gemiddelde leeftijd is niet vermeld. Er waren 3 uitvallers. Inclusiecriteria waren een leeftijd 13-19 jaar, parasuïcidaal gedrag in de afgelopen 16 weken of actuele suïcidale gedachten, of ten minste drie kenmerken van BPS. Van de 12 proefpersonen hadden er 8 ten minste één zelfmoordpoging gedaan en allen hadden zelfbeschadigend gedrag (meestal polsen snijden) vertoond; 6 waren al eens klinisch opgenomen geweest.

De behandeling duurde 16-24 weken en bestond uit wekelijkse individuele therapie (1 uur) en de groepsvaardigheidstraining (2 uur), die ook door de familie werd gevolgd. Er werd gebruikgemaakt van (een vertaling van) het door Miller e.a. aangepaste handboek voor adolescenten. Daarnaast werd telefonische consultatie geboden.

De effecten werden gemeten aan de hand van parasuïcidaal gedrag, zelfbeoordelvingsvragenlijsten (SCL-90R, YSR) en door de ouders (CBCL). Het zelfbeschadigend gedrag en het aantal klinische opnames namen significant af. Op meerdere factoren van de gebruikte vragenlijsten werden significante reducties in klachten gezien (zoals depressieve klachten) en een toename van de kwaliteit van leven, met effectgroottes tussen 1,1 en 2,9.

Het vierde open onderzoek werd verricht bij 10 proefpersonen (8 meisjes en 2 jongens) met een bipolaire stoornis in dagbehandeling (Goldstein e.a. 2007). Er was 1 uitvaller (door verhuizing). De gemiddelde leeftijd was 15,8 jaar (standaarddeviatie 1,5; uitersten: 14-18). Acht van de proefpersonen hadden een zelfmoordpoging ondernomen in het verleden.

De behandeling duurde in totaal 1 jaar en bestond uit twee delen. De eerste 6 maanden werden wekelijkse sessies geboden (24), die afwisselend bestonden uit individuele therapie en groepsvaardigheidstraining. De sessies duurden 60 minuten. In de laatste 6 maanden was de frequentie half zo hoog, met 6 individuele sessies en 6 groepsvaardigheidstrainingen. Over het hele jaar werd er 36 uur therapie gegeven.

In de groepsvaardigheidstraining werd gebruikgemaakt van de door Miller voor adolescenten aangepaste versie van het handboek. Hieraan werd een psycho-educatiemodule van twee sessies over bipolaire stoornis toegevoegd. Daarna volgden 2 sessies kernoplettendheidsvaardigheden, 3 sessies crisisvaardigheden, 3 sessies emotieregulatie en tot slot 2 sessies interpersoonlijke vaardigheden. De door Miller speciaal voor adolescenten geïntroduceerde module over de middenweg (*Walking the middle path*) werd geïntegreerd in de genoemde sessies.

Net als bij standaard-DGT bestond de mogelijkheid van telefonische consultatie van de individuele therapeut. Er was niet bijgehouden hoe vaak hiervan gebruik werd gemaakt. Er was geen consultatieteam.

Er werden significante verbeteringen gevonden op suïcidaliteit, emotionele dysregulatie en

depressieve symptomen. Zelfbeschadigend gedrag nam sterk af, maar niet significant. De auteurs vermeldten dat er geen zelfbeschadigend gedrag meer had plaatsgevonden in de tweede behandel-fase. Interpersoonlijk functioneren verbeterde niet significant ten opzichte van voor de behandeling. In het gebruik van psychofarmaca traden geen veranderingen op.

Ten slotte werd een vooronderzoek gedaan met een voor- en nameting zonder controlegroep naar de effectiviteit van DGT bij adolescenten met anorexia en boulimia nervosa op een klinische afdeling (Salbach e.a. 2007). Er waren 31 proefpersonen, van wie er 1 uitviel. Het betrof meisjes met een gemiddelde leeftijd van 16,0 jaar (standaarddeviatie: 1,6). Van hen hadden 23 als DSM-IV-hoofddiagnose anorexia nervosa (van wie 17 van het restrictieve type en 6 met eetbuien en braken), en 8 hadden als hoofddiagnose boulimia nervosa. Zij waren in het verleden gemiddeld 1,2 keer klinisch behandeld hiervoor, of voor een bijkomende stoornis zoals een depressieve stoornis, dysthymie of een angst- of dwangstoornis. Bij 3 proefpersonen werd tevens een persoonlijkheidsstoornis (volgens de ICD-10-classificatie) vastgesteld. Van de proefpersonen gebruikten 9 selectieve serotonineheropnameremmers en 3 antipsychotica.

Zowel therapeuten als verplegend personeel waren getraind in DGT. De DGT-behandeling was korter en intensiever dan de ambulante vorm en was aangepast aan de eetstoornissen (Wisniewski & Kelly 2003). De therapie bestond uit wekelijks 2 maal 50 minuten individuele therapie, 1 maal 30 minuten doelenbespreking (met verwijzer), 1-2 maal 50 minuten lichaamstherapie en 2 maal wekelijks een groepsgesprek (zonder therapeuten). Verder werd een eetprogramma met afspraken over de stapsgewijze gewichtstoename doorlopen. De groepsvaardigheidstraining was aangepast ten opzichte van de standaard-DGT: 1 maal 90 minuten voor de module stresstolerantie, emotieregulatie en interpersoonlijke vaardigheden, 1 maal 50 minuten kernoplettendheidsvaardigheden en 1 maal 90 minuten een eetstoornisspecifieke module (gebaseerd op Jacobi e.a. 2004). Elke week of eens

per twee weken was er een familiegesprek (50 minuten). De opname duurde 12 weken.

De effectiviteit werd gemeten aan de hand van vragenlijsten (o.a. de *Symptom Checklist* ofwel *SCL-90R*) en de *body-mass index* (*BMI*), afgenomen voor en na behandeling. Er werden significante verbeteringen gevonden op alle schalen, behalve de schaal 'perfectionisme'. De depressieve klachten, gemeten met de *SCL-90R*, namen significant af. De met de eetstoornis samenhangende gedragingen (calorieën vermijden, vasten, excessief sporten en laxantia- en diureticagebruik) namen ook significant af, terwijl de *BMI* bij de patiënten met anorexia significant en sterk toenam.

DISCUSSIE

Beperkingen Bij de conclusies op grond van de 7 besproken onderzoeken naar de effectiviteit van DGT bij adolescenten moet men rekening houden met beperkingen door methodologische tekortkomingen. Veel van de besproken onderzoeken hadden geen controlegroep. Als ze die wel hadden (Rathus & Miller 2002; Trupin e.a. 2002) ging het hooguit om een quasi-experimentele opzet. Er waren veelal lage aantallen proefpersonen, voornamelijk meisjes (82%) en er waren grote verschillen in de behandelde doelgroep. De diagnoses varieerden van parasuïcidaal gedrag, (minimaal drie kenmerken van) *BPS*, anorexia en *boulimia nervosa*, bipolaire stoornis, oppositioeneel opstandige gedragsstoornis tot delinquent gedrag. De setting was ambulante, klinisch of residentieel.

Ook waren er verschillen in het gebruikte protocol, hetgeen de vergelijkbaarheid beperkt. In sommige onderzoeken was er geen consultatieteam, hetgeen een vast onderdeel is van standaard-DGT.

In de meeste gevallen werd uitgegaan van standaard-DGT. Sommige onderzoekers pasten zelf vereenvoudigingen toe en enkelen gebruikten het handboek voor adolescenten zoals aangepast door Miller e.a. Eén studie paste zelfs alleen groepsvaardigheidstraining toe. Opvallend was dat juist

bij deze groep de uitval het grootst was. Dit ondersteunt het belang dat men bij DGT hecht aan de individuele therapie, die onder andere de motivatie voor behandeling versterkt. Uit onderzoek bij volwassenen waarbij enkel de vaardigheidstraining werd geboden (niet-gepubliceerde gegevens van Linehan e.a. geciteerd in Linehan e.a. 1993, p. 25; Springer e.a. 1996) komt naar voren dat groepsvaardigheidstraining alleen niet effectiever was dan een controlebehandeling.

De frequentie van zowel individuele therapie als groepsvaardigheidstraining liep sterk uiteen. Meestal had dat te maken met de setting, waarbij de frequentie in klinische settings vaak hoger was. In sommige gevallen waren groepsleiders (co)therapeut. DGT volgens de aanpassingen van Miller (2007) bedraagt 48 uur in 16 weken. De familie werd niet steeds bij de behandeling betrokken.

Alle onderzoeken gaven overeenkomstige positieve effecten te zien van DGT en een laag uitvalpercentage. Of er sprake is van een publicatiebias, waarbij negatieve onderzoeksuitkomsten niet gepubliceerd zijn, is niet te zeggen.

Waarde van DGT bij adolescenten De door ons gevonden onderzoeken suggereren dat DGT bij adolescenten effectief is bij een grote verscheidenheid aan stoornissen. Wij wezen reeds op de methodologische beperkingen van de beschreven onderzoeken. Daarnaast is het de vraag of we de effecten onderling kunnen vergelijken en of deze te vergelijken zijn met de resultaten bij volwassenen omdat de behandelprotocollen sterk verschillen. DGT heeft vier modaliteiten (individuele therapie, groepsvaardigheidstraining, consultatieteam en telefonische consultatie), waarmee ze zich onderscheidt van andere cognitieve gedragstherapieën.

Deze modaliteiten dienen vijf functies: vergroten van gedragsmatige vaardigheden; verbeteren van de motivatie tot verandering; generaliseren van de vaardigheden naar de natuurlijke omgeving; structureren van de omgeving en verhogen van de bekwaamheid en motivatie van de therapeut. Bij sommige onderzoeken werd geen

individuele therapie, telefonische consultatie of het consultatieteam toegepast, zodat het de vraag is of er wel DGT geboden werd. Bij één onderzoek werd de motivatie niet door individuele therapie of het betrekken van de ouders in de therapie vergroot, maar door een financiële prikkel (Nelson-Gray e.a. 2006). Opvallend genoeg was het percentage uitvallers hier het grootst, hetgeen pleit voor het vasthouden aan de vier modaliteiten.

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de therapietrouw bij DGT groter is dan bij TAU, zowel klinisch als poliklinisch, bij volwassenen en bij adolescenten (Linehan e.a. 1991; 1999; Rathus & Miller 2002). Alleen in het onderzoek van Katz e.a. (2004) was er bij de controlegroep een even grote therapietrouw na klinische behandeling.

Therapietrouw is een belangrijke factor omdat (para)suïcidale adolescenten en patiënten met een BPS de behandeling vaak afbreken, en daardoor een grotere kans lopen op de complicaties van de stoornis, met name suïcide. Ook blijkt dat DGT effect heeft op het aantal zelfmoordpogingen, maar niet zozeer op de zelfmoordgedachten. Kennelijk zijn de patiënten beter in staat weerstand te bieden aan deze impuls, mogelijk doordat de vaardigheidstraining hun gedragsalternatieven aanreikt en de individuele therapie voor coaching zorgt op de momenten dat de drang het grootst is.

Daarnaast lijkt DGT in de klinische situatie bij adolescenten (Goldstein e.a. 2007; Katz e.a. 2004), net als bij volwassenen (Koons e.a. 2001; Linehan e.a. 1991; Van den Bosch e.a. 2005), tot een significante vermindering van incidenten op de afdeling te leiden. Gedragsproblemen, vooral agressie, op de afdeling bij een forensische populatie vormen een bekende risicofactor voor criminele recidive. Ook zijn er aanwijzingen voor een directe vermindering van de criminele recidive door DGT.

DGT werkt ook bij adolescenten als zij tevens een depressieve stoornis hebben en geeft een aanzienlijke vermindering van depressieve symptomen. Er zijn nog geen gegevens bekend over de invloed van comorbide verslavingsproblematiek bij adolescenten op de effectiviteit van DGT: bij

volwassenen is er een duidelijke vermindering van verslavingsgedrag (alcohol en drugs) te zien (Van den Bosch e.a. 2005).

CONCLUSIE

Hoewel het onderzoek naar DGT bij adolescenten tot op heden bij kleine groepen met uiteenlopende symptomen en diagnoses is verricht, lijkt deze behalve bij volwassenen ook bij adolescenten een veelbelovende interventie om impulsief en/of opzettelijk zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag te verminderen, evenals andere ernstige symptomen van BPS. Mogelijk is er zelfs een gunstig effect op de criminele recidive. RCT's waarin men DGT vergelijkt met andere geprotocolleerde behandelprogramma's zijn nodig om de effectiviteit bij adolescenten vast te stellen. Vragen over effectiviteit bij jongens en bij verschillende diagnostische categorieën moet men hierbij betrekken.

Het handboek 'Dialectische gedragstherapie – Vaardigheidstraining voor de hele familie' is te verkrijgen bij de Stichting Dialexis: www.stichtingdialexis.com.

LITERATUUR

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 14-18 and profile*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Backer, H.S., & Miller, A.L. (2007). Dialectische Gedragstherapie bij Adolescenten. In L.M.C. van den Bosch, S. Meijer, & H.S. Backer (Red.), *Handboek Dialectische Gedragstherapie, de Klinische Praktijk*. Amsterdam, Harcourt Publishers.
- Barley, W.D., Buie, S., Peterson, E., e.a. (1993). The development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7, 232-240.
- Barnoski, R. (2002). *Preliminary findings for the Juvenile Rehabilitation Administration's dialectical behavior therapy program* (document no. 02-07-1203). Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.

- Berzins, L.G., & Trestman, R.L. (2004). The development and implementation of dialectical behaviour therapy in forensic settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 93-103.
- Black, D.W., Baumgard, C.H., & Bell, S.E. (1995). A 16-45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 130-140.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., e.a. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayer, C., e.a. (2000). Evaluation of inpatient dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Bosch, L.M.C. van den (2003). *Borderline personality disorder, substance abuse and dialectical behaviour therapy*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bosch, L.M.C. van den (2005). Dialectische gedragstherapie bij Nederlandse vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, met en zonder verslavingsprobleem. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 127-137.
- Bosch, L.M.C. van den, Koeter, M., Stijnen, T., e.a. (2005). Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- Bosch, L.M.C. van den, Meijer, S., & Backer, H.S. (Red.) (2007). *Handboek dialectische gedragstherapie, de klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt Publishers.
- Bradley, R.G., & Follingstad, D.R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 337-340.
- Drake, E., & Barnoski, R. (2006). *Recidivism findings for the Juvenile Rehabilitation Administration's dialectical behavior therapy program: final report* (document no. 06-05-1202). Olympia: WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., e.a. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behavior and Mental Health*, 13, 198-213.
- Fleischhaker, C., Munz, M., Böhme, R., e.a. (2006). Dialectical behaviour therapy for adolescents (DBT-A) – a pilot study on the therapy of suicidal, parasuicidal, and self-injurious behaviour in female patients with a borderline disorder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 15-25.
- Goldstein, T.R., Axelson, D.A., Birmaher, B., e.a. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 820-30.
- Hauwaert, A., & Pieters, G. (2001). Cognitieve gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 31-40.
- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Katz, L.Y., Cox, B.J., Gunasekara, S., e.a. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276-282.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L. e.a. (2001). Efficacy of dialectical behaviour therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behaviour Therapy*, 32, 371-390.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, Guilford.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., e.a. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., e.a. (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.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., e.a. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., e.a. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Miller, A.L. (1999). DBT-A: a new treatment for parasuicidal adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 413-417.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., & Landsman, L. (1999). *Dialectical behavior therapy, multi-family skills training group*. Unpublished treatment manual. New York: Montefiore Medical Center/ Albert Einstein College of Medicine.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., Linehan, M.M., e.a. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 3, 78-86.

- Miller, A.L., Rathus, J.H., & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford.
- Nelson-Gray, R.O., Keane, S.P., Hurst, R.M., e.a. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1811-20.
- Palmer, R.L., Birchall, H., Damani, S., e.a. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder – description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 281-286.
- Rathus, J.H., & Miller, A.L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behaviors*, 32, 146-157.
- Salbach, H., Klinkowski, N., Pfeiffer, E., e.a. (2007). Dialectical behaviour therapy for adolescents with anorexia and bulimia nervosa (DBT-AN/BN) – a pilot study. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 56, 91-108.
- Safer, D.L., Telch, C.F., & Agras, W.S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., e.a. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Simpson, E.B., Pistorello, J., & Begin, A. (1998). Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 49, 669-673.
- Spirito, A., Boergers, J., Donaldson, D., e.a. (2002). An intervention trial to improve adherence to community treatment of adolescents following a suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 435-442.
- Spirito, A., Brown, L., Overholser, J., e.a. (1989). Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 335-363.
- Spirito, A., Plummer, B., Gispert, M., e.a. (1992). Adolescent suicide attempts: outcomes at follow-up. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 464-468.
- Springer, T., Lohr, N.E., Buchtel, H.A., e.a. (1996). A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 57-71.
- Telch, C.F., Agras, W.S., & Linehan, M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065.
- Trautman, P., Stewart, N., & Morishima, A. (1993). Are adolescent suicide attempters non-compliant with outpatient care? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 89-94.
- Trupin, E.W., Stewart, D.G., Beach, B., e.a. (2002). Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 121-127.
- Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., e.a. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Wisniewski, L., & Kelly, E. (2003). The application of dialectical behaviour therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 131-138.

AUTEURS

H.S. BACKER is kinder- en jeugdpsychiater en verbonden aan de Rijks Inrichting voor Jeugdigen de Doggershoek te Den Helder.

A.L. MILLER is psycholoog en verbonden aan het Montefiore Medical Center/Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York.

L.M.C. VAN DEN BOSCH is psycholoog en verbonden aan de TBS kliniek Oldenkotte te Rekken.

Correspondentieadres: H.S. Backer, Rijks Inrichting voor Jeugdigen de Doggershoek, Postbus 20.000, 1784 NV Den Helder.

E-mail: h.backer@dji.minjus.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-2-2008.

SUMMARY

Dialectical behaviour therapy for adolescents – H.S. Backer, A.L. Miller, L.M.C. van den Bosch –

BACKGROUND According to several randomised controlled trials (RCT's) dialectical behaviour therapy (DBT) is effective in treating adults diagnosed with borderline personality disorder (BPD) who present with self-injurious and suicidal behaviour. In recent years there have been several studies about DBT in adolescents with varying problems and disorders.

AIM To review the literature for evidence of the effectiveness of DBT in adolescents aged 12 to 18.

METHOD With the help of PubMed and Medline and using the search-terms 'dialectical', 'adolescent', 'suicide attempt' and 'deliberate self harm', we searched the literature for references to DBT in adolescents.

RESULTS There were no RCT's involving DBT in adolescents, but we did find one quasi-experimental design and several other studies with a pre-post treatment design. However, the studies were difficult to compare. In some cases it was doubtful whether the treatment could still be called DBT. The results suggested that DBT may be just as effective with adolescents as it is with adults in reducing BPD symptoms, suicidal ideation, and comorbid depressive disorder symptoms, and in reducing the need for hospitalisation. The results also indicated that DBT might be effective in treating eating disorders, bipolar disorder, oppositionality, aggression and nonsuicidal self-injurious behaviour (NSIB) in a variety of treatment settings.

CONCLUSION DBT is possibly effective for treating adolescents with NSIB and/or BPD symptoms. It may also be an effective treatment for various other affective and behavioural disorders. RCT's are needed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)1, 31-41]

KEY WORDS adolescent, dialectical behaviour therapy