

Dialectische gedragstherapie in Nederland: implementatie en consolidatie

L.M.C. VAN DEN BOSCH · R. SINNAEVE

- ACHTERGROND** Er is een groeiend aantal evidence-based behandelingen voor ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Naast problemen rond implementeerbaarheid, constateert men dat het moeite kost geïmplementeerde behandelprogramma's te handhaven. Teams die dialectische gedragstherapie (DGT) aanbieden, lijken evenwel te 'overleven'.
- DOEL** Onderzoeken welke factoren eraan bijdragen om DGT-teams in stand te houden.
- METHODE** Wij stuurden 25 Nederlandse DGT-teams een vragenlijst naar factoren die invloed kunnen hebben op handhaving van een DGT-behandelprogramma. De totale vragenlijst bestond uit 9 open vragen, 2 meerkeuzevragen en 26 gesloten vragen.
- RESULTATEN** De resultaten gaven aan dat inzet van zowel team als management, zich ingebed voelen in het geheel van de organisatie, en verbondenheid met elkaar en met de methode in belangrijke mate bijdroegen aan het voortbestaan van het DGT-team.
- CONCLUSIE** Om een DGT-programma te behouden lijkt een goed functionerend consultatieteam van cruciaal belang. Externe supervisie is noodzakelijk om alert te blijven.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)10, 719-727

TREFWOORDEN borderlinepersoonlijkheidsstoornis, dialectische gedragstherapie, evidence-based practice, implementatie, organisatie, teamfunctioneren



Sinds de jaren negentig is er een groeiend aantal behandelingen voor ernstige persoonlijkheidsproblematiek die als evidence-based aangemerkt mogen worden.

Toch krijgt slechts 23% van de cliënten met de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS), psychotherapie in overeenstemming met de aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke stuurgroep 2008).

Eén van de barrières is het onvermogen van organisaties om de richtlijnen systematisch te implementeren en na implementatie te handhaven (Hermens e.a. 2011). Implementatie van evidence-based behandelprogramma's (EBP's) is een snel groeiend onderzoeksgebied, met name in de VS en het VK, waar de overheid veel geïnvesteerd heeft in het implementeren van EBP's. Meerdere auteurs (o.a. Bales e.a.

2014; Bamelis e.a. 2014; Koerner 2013; McHugh & Barlow 2010) bespreken de factoren die voor succesvolle implementatie en mogelijke consolidatie van EBP's van belang zijn. Over het geheel genomen, benadrukt men daarbij factoren die met opleiding en training (combinatie van interactieve trainingsmogelijkheden) te maken hebben. Verder worden factoren genoemd die eerder bij teamvorming horen, zoals continue bewaking van de modeltrouw door monitoring door externe supervisors. Ook evaluatie van behandelresultaten (het aantal patiënten dat behandeld wordt, de mate van uitval en de grootte van klinische effecten) heeft effect op succesvolle implementatie (Karlin e.a. 2014; Kazdin 2008). Tot slot wordt de invloed van organisationele factoren zoals stressniveau binnen de organisatie en de hoge kosten van de behandelprogram-

ma's aangegeven (Beidas & Kendall 2010; Ensink e.a. 2013; McMain e.a. 2009; Sempértegui e.a. 2013; Soeteman e.a. 2013). De conclusie is dat hoe gemakkelijker nieuw aanbod in te passen is in het dagelijkse werk en te leren, hoe minder hoog de barrières (Henderson e.a. 2006).

In Nederland stelde MBT Nederland vast dat van 7 deeltijd-programma's met *mentalisation-based treatment* (MBT) na twee jaar er 2 gestopt waren, 1 tijdelijk gestopt en doorgestart en 4 nog actief. De ervaringen bij ambulante MBT zijn veel positiever (D.L. Bales e.a., schriftelijke mededeling 2015; Verheul 2012).

In een casestudy is onderzocht waardoor de implementatie van een MBT-programma voor adolescenten initieel faalde en welke oplossingen hiervoor mogelijk waren (Hutsebaot e.a. 2012). Overschakelen van implementatie in een klinische naar een ambulante setting verminderde de draaglast voor het team aanzienlijk. Daarnaast werd het behandelprogramma beter ingebed in de organisatie, zorgde men voor externe supervisie en voor een implementatieplan dat op alle niveaus gesteund werd. De motivatie van het management is van cruciaal belang, wat ondersteund wordt door Swales e.a. (2012) naar aanleiding van onderzoek naar het implementatiesucces van de DGT-teams in het VK.

In Nederland lijken de DGT-teams zich te handhaven en de vraag is waardoor. Dialectis, het trainingsinstituut voor DGT in Nederland, heeft een onderzoek geïnitieerd om na te gaan wat de DGT-teams in stand houdt. In dit artikel gaan wij eerst kort in op de uitgangspunten en inhoud van een DGT-behandelprogramma en beschrijven de resultaten van het in 2013 uitgevoerde onderzoek.

Dialectische gedragstherapie

DGT is een vorm van cognitieve gedragstherapie, ontwikkeld door prof. Marsha Linehan voor de behandeling van patiënten met chronische suïcidaliteit bij een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). De effectiviteit van ambulante DGT is in meer dan 18 gerandomiseerde onderzoeken aangetoond en DGT is daardoor nu de meest onderzochte en empirisch gevalideerde behandeling voor (jong)volwassen cliënten met chronisch suïcidaal en/of zelfdestructief gedrag (Van den Bosch e.a. 2014).

Het behandelprogramma en de werkwijze van standaard-DGT zijn uitgebreid beschreven in verschillende handboeken (zie Linehan 2002, 1996; Meijer & Van den Bosch 2012; Van den Bosch & Kaasenbrood 2013).

Bij DGT wordt ervan uitgegaan dat mensen met ernstige BPS hun probleemgedrag, inclusief suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag, nodig hebben om hun chronische affectieve instabiliteit te reguleren. Het is de taak van de therapeut om de cliënt te blijven motiveren voor het opbouwen van een niet-zelfdestructief leven. DGT start dan ook met de verandering van de attitude van de therapeut: in plaats van

AUTEURS

WIES VAN DEN BOSCH, klinisch psycholoog, psychotherapeut en trainer/supervisor, Regionaal geestelijk gezondheidszorgcentrum De Braamberg, Pro Persona, Arnhem, en Expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, Scelta, Nijmegen.

ROLAND SINNAEVE, klinisch psycholoog, Psychiatrisch Centrum, KU Leuven.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Wies van den Bosch, Alexander Hegiusstraat 15, 7412 XN, Deventer.

E-mail: wiesvdbosch@concepts.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-2-2015.

de cliënt om motivatie vragen om in behandeling te gaan, moet de cliënt geholpen worden om deze motivatie te verwerven.

Het sleutelwoord bij DGT is '*commitment*' (werkelijke instemming): een behandeling start pas als therapeut en cliënt het eens worden over de te behalen doelen en de wederzijdse verwachtingen. Zodra commitment tussen therapeut en cliënt bereikt is, wordt alle problematiek onderdeel van de behandeling.

Om cliënten de kans te geven in zoveel mogelijk situaties te oefenen met nieuwe vaardigheden en om zelfhaat tegen te gaan, krijgt de cliënt direct een centrale sturende plaats in de behandeling. De therapeut adviseert de cliënt hoe om te gaan met zijn of haar sociaal en professioneel netwerk, niet de omgeving hoe om te gaan met de cliënt (het consultatie-aan-de-clientprincipe).

Cliënten met BPS vertonen veelvuldig gedrag dat het beloop van de therapie kan belemmeren (Linehan 2008). Deze gedragingen zorgen ervoor, samen met de emotionele en gedragsmatige ontregeling (inclusief suïcidaal en zelfdestructief gedrag), dat deze patiënten als moeilijk te behandelen beschouwd worden en therapeuten niet zo gretig zijn behandeling aan deze cliënten te geven (Gunderson e.a. 2011). Bij DGT wordt dan ook gefocust op het op peil houden van de motivatie van de therapeut. Dit gebeurt in het wekelijkse en verplichte consultatieteam, een vorm van intervisie met een specifieke structuur en inhoud. Hier wordt consistent aandacht besteed aan de impact die de problematiek van de cliënt op de therapeut heeft en wordt 'splitting' actief tegengegaan. Van essentieel belang daarbij is dat de therapeuten naar elkaar en de cliënt toe een dialectische houding aannemen. Kern is dat in negatief gedrag altijd een positief element aanwezig is. Het is de taak van

de therapeut het ontbrekende element op te sporen.

Het DGT-team is multidisciplinair van aard: iedereen die zich de vaardigheden kan eigen maken van een DGT-therapeut en over voldoende kennis beschikt op gebied van (suïcidale) borderlineproblematiek, kan behandelaar zijn.

METHODE

De vragenlijst

De focus van deze studie lag op het identificeren van helpende factoren en barrières bij handhaving van DGT-programma's. De vragenlijst werd ontwikkeld op basis van werk van Koerner (2013) en Hutsebaut e.a. (2012). Koerner (2013) bracht factoren in kaart die een positieve invloed hebben op de effectiviteit van een DGT-behandelprogramma; Hutsebaut e.a. (2012) richtten zich op belemmerende factoren bij het voortbestaan van MBT-teams. De totale vragenlijst bestond uit 9 open vragen, 2 meerkeuzevragen en 26 gesloten vragen (ja/nee).

De vragen werden in zeven categorieën verdeeld. Nagegaan werd:

1. hoe het team ontstaan is;
2. hoe het team samengesteld is, welke opleiding de teamleden op gebied van DGT gevolgd hebben en hoe dat niveau in stand gehouden wordt;
3. kenmerken van de doelgroep en de wijze waarop de instroom van het programma verloopt;
4. opbouw van het programma;
5. inbedding, verloop en cohesie;
6. structuur en inhoud van het consultatieteam;
7. valkuilen bij en tips voor implementatie van DGT.

Dataverzameling

Dialexis leverde de contactgegevens van alle door haar vermelde Nederlandse teams ($n = 25$). Opname in de database en website vindt plaats als een team daarom vraagt en staat niet voor certificering. Alleen als een team certificering aanvraagt, zal het beoordeeld worden. Er is één team in Nederland dat de status van gecertificeerd DGT-team heeft.

De vragen konden via mail of schriftelijk beantwoord worden en dienden in het consultatieteam besproken te worden. Wanneer het team niet reageerde of wanneer de antwoorden onduidelijk waren, nam de onderzoeker contact op. 23 respondenten retourneerden een ingevuld enquêteformulier. De reden waarom 2 teams niet antwoorden, werd niet achterhaald. Een van de respondenten werd uitgesloten omdat het om een individuele behandelaar bleek te gaan. In totaal werden 22 ingevulde enquêteformulieren (88%) ontvangen en geanalyseerd. De data werden door twee onderzoeksmedewerkers onafhankelijk van elkaar ingevoerd.

Data-analyse

De berekening van descriptieve statistieken gebeurde met SPSS 22. Cijfergegevens die teams aanleverden via de open en meerkeuzevragen werden overgenomen. Antwoorden op gesloten vragen werden gecodeerd (1 = ja, 0 = nee). De laatste drie vragen, waarin teams zelf konden aangeven wat valkuilen en aandachtspunten zijn bij implementatie, werden integraal overgenomen en onderzocht op overeenkomsten.

RESULTATEN

Ontstaan

Gemiddeld bestonden de Nederlandse DGT-teams 9,5 jaar (uitersten 3-18). Het initiatief om een DGT-team op te richten was in 41% van de gevallen door de organisatie genomen. In 59% van de teams was er sprake van een gezamenlijk besluit. Om een DGT-team op te richten werd in 68% van de gevallen een nieuw team samengesteld.

Samenstelling en opleidingsniveau

De DGT-teams hadden een uitgesproken multidisciplinair karakter. Teams die zich richtten op volwassenen waren kleiner dan jeugdteams, waarbij het vooral om meer leden met een vooropleiding op hbo-niveau ging (TABEL 1).

In totaal waren 182 hulpverleners actief binnen 22 DGT-teams. 49% van hen had de basisopleiding (tendaagse intensieve training) gevolgd. We vonden daarbij opmerkelijke verschillen tussen teams (FIGUUR 1): van een team van negen leden van wie niemand de training had gevolgd tot zes teams waarvan alle leden getraind waren. Doorgaans (91%) waren in een team minstens twee collega's actief die de opleiding gevolgd hadden. 86% van de teams kreeg externe supervisie, waarvan ruim drie vierde (77%) in teamverband. De frequentie hiervan varieerde van 2 tot 6 keer per jaar ($M = 2,5$; $SD = 1,8$). Precies de helft van de teams kreeg individuele supervisie. 55% van de teams gaf aan het belangrijk te vinden hun team DGT-certificering zou verwerven.

Een minderheid (36%) van de teams beschikte over een eigen opleidingsbudget, wat dus geen effect had op de mate waarin leden training en/of supervisie ontvingen.

Instroom

Alle teams, op één na, hanteerden een individueel pre-treatmenttraject van 4 tot 6 weken, waarin individueel therapeut en cliënt tot een behandelcontract komen. Bij de uitzondering vond pre-treatment in een groep plaats. De pre-treatmentperiode was bij alle instellingen opgenomen in de DBC-structuur.

Zowel bij ggz-jeugd als bij ggz-volwassenen werden er verschillende leeftijdsriteria gebruikt. Jeugdteams han-

TABEL 1 Samenstelling DGT-teams, naar leeftijdsdoelgroep (DGT = dialectische gedragstherapie)

		M	SD	Min	Max
Volwassenen (n = 15)	Psychiater	0,4	0,6	0	2
	Psycholoog	2,5	1,4	0	6
	Hbo	4,9	2,1	2	10
	Totaal	7,8	2,7	4	13
Jeugd (n = 7)	Psychiater	0,9	0,4	0	1
	Psycholoog	3,0	1,6	1	6
	Hbo	5,7	2,8	3	11
	Totaal	9,4	2,6	6	14

teerden een gemiddelde ondergrens van 13 jaar (uitersten 12-15) en gemiddelde bovengrens van 19 jaar (uitersten 18-23). De volwassenenteams hanteerden als gemiddelde ondergrens 19 jaar (uitersten 16-24) en als gemiddelde bovengrens 55 jaar (uitersten 25-65).

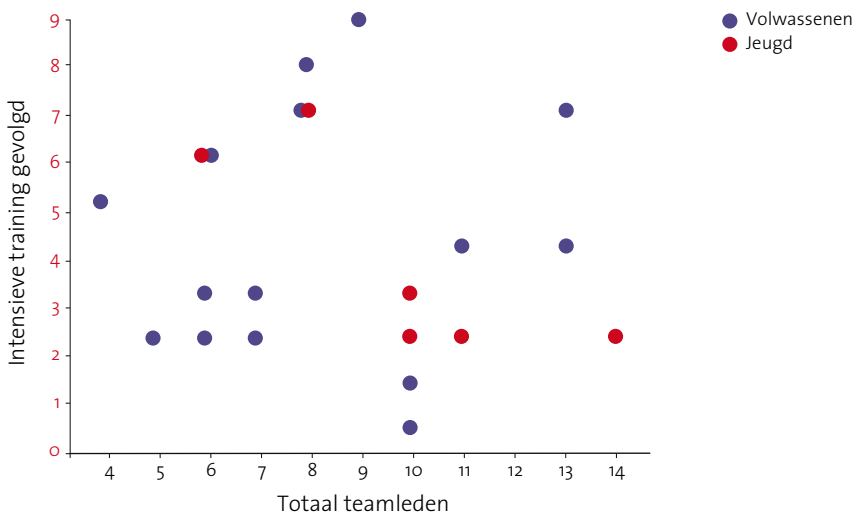
De teams richtten zich meest op cliënten met BPS (95%), waarbij bij jeugdigen ook 'ernstige emotionele ontregeling' als omschrijving gebruikt werd. Ook cliënten met comorbide stoornissen (verslaving, eetstoornis, posttraumatische stressstoornis en antisociaal gedrag) werden toegelaten. Voor drie teams was de aanwezigheid van chronisch parasuïcidaal gedrag een voorwaarde voor het programma. Alle teams hanteerden aanwezigheid van een psychotische stoornis en 10 lager dan 75 als exclusie criterium.

In het aanmeldingsbeleid was het consultatie-aan-de-clientprincipe terug te vinden. In 73% van de gevallen diende de cliënt zichzelf aan te melden, ook wanneer het een verwijzing betrof of wanneer de cliënt al een wachttijd achter de rug had (82%).

Programma

De onderzochte teams boden alleen fase 1 van de DGT-behandeling aan. Patiënten konden zich meestal opnieuw aanmelden. Vervolg van DGT (fase 2) werd bij de meeste instellingen niet als DGT in een zorgpad ondergebracht, maar bijvoorbeeld bij restproblematiek. Systematische nazorg ontbrak en vormde een punt van aandacht.

Alle teams boden individuele therapie, een groepsvaardigheidstraining en een consultatieteam. De vierde pijler van

FIGUUR 1 Aantal teamleden met intensieve training in verhouding tot de grootte van het DGT-team (DGT = dialectische gedragstherapie)

het programma, telefonische consultatie, gaf een ander beeld. Vier teams (18%) hadden niets geregeld op dit gebied. Achttien teams (82%) gaven aan telefonische consultatie aan te bieden, maar bij navraag bleek dat slechts acht teams dit op standaard-DGT-wijze deden: de klok rond en door de individuele therapeut. De anderen boden een consultatiemogelijkheid tijdens kantooruren en/of de mogelijkheid een crisisdienst te bellen. Ook kwam het voor dat er in het team therapeuten waren die wel de 24-uursmogelijkheid boden, terwijl anderen dat niet deden. Zeven van de achttien teams die telefonische consultatie aanboden, kregen hier geen vergoeding voor. Zeven teams kregen wel een financiële compensatie. Drie teams kregen extra verlof.

Inbedding, personeelsverloop en cohesie

De teams (95%) hadden de indruk redelijk tot goed ingebed te zijn in hun organisatie en steun te ervaren van het management in het uitvoeren van DGT. De teamleden leidden dit af uit het feit dat er doorverwijzingen bleven komen, dat hun gevraagd werd om andere afdelingen te adviseren, dat het team reorganisaties 'overleefd' had, dat men onderdeel vormde van een groter (meestal op persoonlijkheidsstoornissen gericht) team of dat men al meer dan tien jaar bestond.

De meeste teams hadden een flexibel en autonoom karakter. Doorgaans waren teamleden bereid zowel individueel therapeut als vaardigheidstrainer te zijn (68%). Als collega's onvoldoende functioneerden, dan werden ze daar door collega's op aangesproken (68%), wat zelden tot uitval leidde (86%).

72% van de teams had een gemiddeld personeelsverloop van ≤ 1 teamlid per jaar. Alle jeugdteams ($n = 7$) werden gekenmerkt door weinig personeelsverloop.

Vergelijking van teams met weinig versus veel verloop (> 1 teamlid per jaar) liet zien dat in de teams met weinig verloop ($n = 16$) de beslissing om een nieuw DGT-team te implementeren door het management of samen met het management genomen werd (88%). Deze teams ervoeren de individuele therapie (94%), de vaardigheidstraining (100%), het consultatieteam (88%) en de telefonische consultatie (63%) als 'ingebed in de organisatie'. In teams waarin het personeelsverloop meer dan één medewerker op jaarbasis bedroeg, werd het management niet betrokken bij de opstart (67%) en begon men met een bestaand team (67%). Slechts de helft van deze teams ervoer de modules van het behandelprogramma als erkend in de organisatie en geen van hen ervoer telefonische consultatie als ingebed.

Consultatieteam

Het consultatieteam had als voornaamste doel de thera-

peuten en trainers maximaal te laten functioneren zodat zij cliënten op hun beurt zo goed mogelijk kunnen behandelen. Uit de enquête bleek dat de consultatieteams wekelijks bij elkaar kwamen en functioneerden binnen een welomschreven kader: werken met een vaste agenda (100%), inclusief toepassing van mindfulness en een gedragsanalyse bij laatkomers (91%). De teams behandelde vragen rond het functioneren van therapeuten volgens de dialectische principes van DGT, door analyse van belemmeringen en vinden van oplossingsmogelijkheden (73%). De meeste teams maakten video-opnames van de vaardigheidstraining en in enkele gevallen (4 teams) van individuele therapie. Deze opnames werden meestal tijdens externe supervisie bekeken. De meeste DGT-teams (82%) onderzochten systematisch of de behandeling succes had aan de hand van ingevulde dagboekkaarten, de *Borderline Personality Disorder Severity Index* (BPDSI), ROM en/of een herhaling van het initiële persoonlijkheidsstoornissenonderzoek.

Valkuilen en tips

De teams adviseerden om pas te starten als men affiniteit heeft met de doelgroep en als er overeenstemming is met het management over de randvoorwaarden en werkwijze: tijd voor samenkomsten van het consultatieteam, een haalbare case-load, een budget voor opleiding en externe supervisie en acceptatie van de aanpak van een DGT-team (met name in situaties waarin er sprake is van een verhoogd suïciderisico). Zij vonden het belangrijk om te beseffen dat de aanpak van een DGT-team soms botst met de regels van de organisatie of de aanpak van andere teams. Daarom adviseerden zij om collega's goed te informeren. In een team werd het als volgt verwoord: *'Soms worden onze eigenaardigheden toegestaan bij gratie van te willen werken met deze cliënten.'*

Ten slotte werd onderstreept dat een goed functionerend consultatieteam cruciaal is: *'Blijf bij elkaar!'*

DISCUSSIE

Implementatie van evidence-based behandelprogramma's is een snel groeiend onderzoeksgebied. De onderzoeksprogramma's zijn evenwel nog jong: de studies geven nog geen helder beeld over wat werkelijk werkt. Door uitvoering van dit enquêteonderzoek gingen wij na welke factoren ertoe bijdragen om DGT-behandelteams in Nederland te laten voortbestaan.

Bij navraag blijkt dat de Nederlandse DGT-teams zich richten op jongeren en (jong)volwassenen met ernstige emotionele ontregeling. Wat er gaat gebeuren in aansluiting tussen de programma's nu de groep jonger dan 18 onder de hoede van de gemeentes valt, is een punt van zorg. Elk team biedt individuele therapie en vaardigheidstrai-

ning. De meeste teams bieden de mogelijkheid tot telefonische consultatie tussen de sessies door, maar slechts een derde doet dit zoals aanbevolen in het standaardbehandelprotocol. Wanneer teams niet de mogelijkheid bieden tot 7 x 24 uur consultatie blijkt dat zij andere mogelijkheden ontwikkelen om te voorkomen dat van buitenaf ingegrepen wordt. Daar horen onder andere bij: regelen van bed-op-recept(BOR)-bedden, telefoon-op-receptregeling met de crisisdienst, cliënten trainen in het inschakelen van hun netwerk in tijden van crisis en gebruik van mail of sms. Dat de teams dit volhouden, ondanks reorganisaties, de druk van een wachtlijst en met beperkt personeelsverloop, duidt erop dat de teamleden in staat zijn zichzelf en elkaar gemotiveerd te houden.

Uit de gegevens blijkt dat het cruciaal is dat er vanaf het begin een goede samenwerking is tussen team, management en organisatie. Het is noodzakelijk dat een budget wordt vrijgemaakt voor opleiding, externe supervisie en wekelijkse bijeenkomsten van het consultatieteam. Bovendien moet het management de basisprincipes van DGT kennen en de rationale erachter aanvaarden. Dit is met name van belang in situaties waarin er sprake is van een verhoogd suïciderisico, omdat dan de neiging bestaat om buiten het DGT-kader en de betrokken teamleden om voorrang te geven aan beheersen van het risico door gedwongen opname. De geënuquëeerde teams ervaren 'redelijke tot duidelijke steun' van het management bij het uitvoeren van DGT. Bij drie van de zes teams die aangeven dat er onder de teamleden gemiddeld tot veel verloop is, werd het management niet betrokken bij de start. Hierbij aansluitend gaf men aan dat DGT-teams het best functioneren als hun werking stevig ingebed is in het geheel van de organisatie. Het bijzondere karakter van DGT-teams (de cliënt dient zichzelf aan te melden, de therapeut kan besluiten niet met de cliënt in zee te gaan aangezien commitment een voorwaarde is voor behandeling, problemen in de teams worden zelf opgelost en de vaardigheidstraining zorgt voor een eigen jargon) zou dit kunnen bemoeilijken. De DGT-teams adviseren dan ook om andere betrokken partijen goed te informeren over het hoe en het waarom van het behandelprogramma.

Naast steun van het management onderstrepen de DGT-teams het belang van verbinding met elkaar en met de methode. De vraag of de teams zijn blijven bestaan omdat zij trouw zijn aan het model kan niet beantwoord worden. Het gegeven dat de teams zeggen DGT te geven betekent niet dat ze het ook uitvoeren. Dat zou alleen vastgesteld kunnen worden aan de hand van adherence ratings, en bij slechts 4 van de betrokken teams is dat bij een of meer therapeuten het geval geweest.

De teams hebben wel de structuur van DGT aangehouden. Het consultatieteam speelt hierin een centrale rol. Het

consultatieteam lijkt vooral van belang waar het handhaven van motivatie en voorkomen van burn-out van therapeuten betreft. Uit de antwoorden blijkt dat de teams aandacht besteden aan gemotiveerd houden van de therapeuten door te bewaken dat de specifieke vorm en inhoud van de wekelijkse interventie gewaarborgd blijven. Mogelijk dat dit leidt tot een meer gezamenlijke 'identiteit', maar het systematisch aandacht besteden aan de problematiek die werken met cliënten met BPS met zich meebrengt, wordt meer naar voren gebracht.

De teams houden zich aan een vaste agenda, inclusief toepassing van mindfulness en een gedragsanalyse bij laatkomers. In tegenstelling tot wat gebruikelijk is in teams waarin men problemen aan anderen vertelt en gezamenlijk naar oplossingen zoekt, is het de therapeut zelf die op basis van de door hem of haar gevraagde consultatie gestimuleerd wordt tot een goede probleemdefinitie te komen en daarna tot de keuze van een oplossing. Om ervoor te zorgen dat iedereen gemotiveerd blijft, zal men in een DGT-team dus in eerste instantie rekenen op zichzelf en op elkaar, niet op interventies van het management. Door toepassing van het consultatieprincipe is uniformiteit in de teams niet nodig: iedereen zal immers de cliënt adviseren en de problemen vanuit het gezichtspunt van de cliënt bekijken. Resultaat is dat 'splittings' weinig kans krijgt. Mocht het toch optreden, dan is het direct onderwerp binnen het consultatieteam.

Externe teamsupervisie zorgt ervoor dat teamleden alert blijven. Ook het effect van de interventies opvolgen kan bijdragen tot die alertheid. Opmerkelijk is dat de teams aangeven dat 51% van de teamleden geen DGT-opleiding gevolgd heeft. Uit de literatuur over implementatie en consolidatie is af te leiden dat een dergelijk groot gebrek aan training tot verval in de teams zou moeten leiden. Mogelijk dat de in het voorgaande genoemde factoren, die te maken hebben met het versterken van de interne consistentie van het consultatieteam, en het systematisch bewaken van behandelresultaten opwegen tegen het initiële gebrek aan training.

Bijna alle teams stellen, ten slotte, dat budget voor opleiding en supervisie een voorwaarde is om te kunnen starten. Toch lijkt het voor het voortbestaan niet noodzakelijk dat alle teamleden een basisopleiding DGT (tiendaagse intensieve training) volgen. Iets minder dan de helft van de 182 professionals die actief zijn binnen een DGT-team heeft de basisopleiding niet gevolgd en er zijn grote verschillen in percentages teamleden die getraind zijn. Wel hebben in bijna alle teams minstens twee teamleden de training gevolgd. Het is aannemelijk dat zij op hun beurt hun collega's wegwijs maken in DGT. Daarbij lijkt het gegeven dat vrijwel alle teams externe supervisie in teamverband krijgen, een aanvulling.

Vatten we dit alles samen, dan sluiten onze bevindingen aan bij wat Hutsebaut e.a. (2012) en Swales e.a. (2012) suggereren: een team kan blijven voortbestaan als ook het management geëngageerd is, als het team ingebed is in het geheel van de organisatie en als de kwaliteit gewaarborgd wordt via verplichte intervisie, supervisie en herhaalde metingen. Daar kunnen we aan toevoegen dat de intervisie binnen DGT meer is dan enkel een manier om kwaliteit te waarborgen. Het is een bron van steun, zelfvalidatie en vertrouwen in eigen competenties.

Beperkingen

Bij de conclusies van dit onderzoek moeten we een aantal beperkingen benoemen.

Ten eerste hebben de conclusies betrekking op het voortbestaan van teams, niet op de effectiviteit van de interventies. Het is aannemelijk dat andere factoren een rol gaan spelen als we onderzoeken welke teams de beste behandelresultaten hebben.

Ten tweede kan het gegeven dat het onderzoek in opdracht van Dialectix uitgevoerd is een belemmerende factor zijn. De dataverzameling heeft evenwel volledig onafhankelijk van de opdrachtgever plaatsgevonden.

Ten derde kan vervorming van de data opgetreden zijn doordat alleen de DGT-teams benaderd zijn die zich op het moment van de start van de dataverzameling (juni 2013) bij Dialectix aangemeld hadden. Dit kan maskeren dat er wel programma's gestart en gestopt zijn. Door de instellingen te contacteren die in de periode 2000-2014 vertegenwoordigd waren in de intensieve trainingen van Dialectix, hebben wij geprobeerd om te achterhalen of onze selectie een vervormd beeld zou kunnen geven. In het tijdsbestek

van 14 jaar (2000-2014) is 1 behandelprogramma gestart en opgeheven; bij twee instellingen lijkt DGT niet gestart. Alle andere teams zijn blijven bestaan, soms onder een andere naam ten gevolge van fusies. Negen instituten geven wel DGT, maar zijn niet aangemeld bij Dialectix. Vijf van hen ontvangen wel externe supervisie.

Het gegeven dat slechts een deel van de DGT-teams in Nederland ondervraagd is, beperkt de generaliseerbaarheid van de uitkomsten van de enquête.

Tot slot kan het gegeven dat het hier om ambulante aanbod gaat, behalve bij twee teams (een intramuraal programma en een deeltijdprogramma), een rol spelen. De klinische indruk lijkt breed verspreid dat hoe intensiever de behandeling is (5-daagse deeltijd, klinisch), des te gevoeliger een dergelijk programma is voor negatieve teamprocessen (van den Bosch 2012). Beide teams met niet-ambulante programma's in dit onderzoek geven geen afwijkende antwoorden. Toch blijft het een mogelijke vervormende factor waar alleen nieuw onderzoek een antwoord op kan geven.

CONCLUSIE

Aan de hand van een enquête bij de Nederlandse DGT-teams hebben wij geprobeerd na te gaan welke factoren ertoe leiden dat de behandelteams blijven bestaan. Commitment van zowel team als management, zich ingebed voelen in het geheel van de organisatie, en verbondenheid met elkaar en met de methode kwamen het duidelijkst naar voren. Om die verbondenheid te behouden is een goed functionerend consultatieteam van cruciaal belang. Externe supervisie is noodzakelijk om alert te blijven.

LITERATUUR

- Bales DL, Timman R, Andrea H, Busschbach JJ, Verheul R, Kamphuis JH. Effectiveness of day hospital mentalization-based treatment for patients with severe borderline personality disorder: a matched control study. *Clin Psychol Psychother* 2014; doi: 10.1002/cpp.1914.
- Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 305-22.
- Beidas RS, Kendall PC. Training therapists in evidence-based practice: a critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clin Psychol* 2010; 17: 1-30.
- Bosch LMC van den, Sinnaeve R, Nijs MG. Kortdurende klinische dialectische gedragstherapie voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis: ontwerp van programma en resultaten pilotstudie. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 165-75.
- Bosch LMC van den, Kaasenbrood A, Mozes en de berg. De bijzondere samenwerking tussen FACT en dialectische gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2013; 39: 242-54.
- Bosch LMC van den, Sinnaeve R, Hakkaart-van Roijen L, Furth E van. Efficacy of an experimental short-term inpatient dialectical behavior therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2014; 15: 152.
- Ensink K, Maheux J, Normandin L, Sabourin S, Diguier L, Berthelot N, e.a. The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: a randomized controlled trial. *Psychother Res* 2013; 23: 526-38.
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, e.a. Ten-year course of borderline personality disorders study. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 827-37.
- Hermens MLM, Splunteren PT van, Bosch A van den, Verheul R. Barriers to implementing the Clinical Guideline on Borderline Personality Disorder in the Netherlands. *Psych Serv* 2011; 62: 1381-3.

- Henderson JL, MacKay S, Peterson-Badali M. Closing the research-practice gap: factors affecting adoption and implementation of a children's mental health program. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2006; 35: 2-12.
- 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. *Intern J Ment Health Systems* 2012; 6: 10.
- Kazdin AE. Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol* 2008; 63: 146-59.
- Karlin BE, Cross G. 2014 From the Laboratory to the Therapy Room National Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychotherapies in the U.S. Department of Veterans Affairs Health Care System. *Am Psychol* 2014; 69: 19-33.
- Koerner K. What must you know and do to get good outcomes with DBT? *Behav Ther* 2013; 44: 568-79.
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de ggz. Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Linehan MM. Borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Handboek voor training en therapie. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1996.
- Linehan MM. Dialectische gedragstherapie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis: theorie en behandeling. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2002.
- Linehan MM. Treating therapy interfering behaviors. Unpublished handout: University of Washington. 2008.
- McHugh RK, Barlow DH. The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: A review of current efforts. *Am Psychol* 2010; 65: 73-84.
- McMair SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, e.a. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1365-74.
- Meijer S, Bosch W van den. Vademecum Dialectische Therapie: Hernieuwd Zoeken naar balans. Lisse: Pearson; 2011.
- Sempértegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MHJ. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 426-47.
- Soeteman DI, Kim JJ. Cost-effectiveness of psychotherapy for personality disorders: treatment recommendations and implementation. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2013; 13: 73-81.
- Swales MA, Taylor B, Hibbs RAB. Implementing dialectical behaviour therapy: programme survival in routine healthcare settings. *J Ment Health* 2012; 21: 548-55.

SUMMARY

Dialectical behaviour theory in the Netherlands: implementation and consolidation

L.M.C. VAN DEN BOSCH, R. SINNAEVE

BACKGROUND More and more evidence-based treatments for severe personality disorders are becoming available. Nevertheless, there are problems with the implementation of these treatments and it is proving difficult to keep the treatment programmes running. However, teams which offer dialectical behavior therapy (DBT) seem to survive.

AIM To find out which factors enable DBT teams to survive.

METHOD Twenty-five Dutch DBT teams received a questionnaire about factors that could be influencing the continuation of the DBT treatment programmes. The questionnaire consisted of 9 open questions, 2 multiple-choice questions and 26 closed questions.

RESULTS The results show that the continued existence of the treatment programmes is due largely to the commitment of both the team and its managers. They all feel embedded in the organisation as a whole, feel connected with one another and are supportive of the method.

CONCLUSION A well-functioning consultation team seems to be of crucial importance for the continued existence of the DBT programme. We believe that independent external supervision is essential to keep the DBT teams alert and aware of current trends and developments.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)10, 719-727

KEY WORDS dialectical behaviour therapy, borderline personality disorder, evidence-based practice, implementation, organisation, team functioning