

Dialectische gedragstherapie

Groepsbehandeling voor automutilerende borderlinepatiënten (en hun behandelaren)

Peter van Drunen is klinisch psycholoog en team-leider behandeling bij het Centrum Specialistische Behandelingen (CSB), afdeling Jelgerhuis in Leeuwarden. Marleen Wildschut is gz-psycholoog op dezelfde afdeling. Samen leiden zij de groepsbehandeling voor borderlinepatiënten.

Borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) is een ernstig invaliderend psychiatrisch ziektebeeld met een chronisch verloop. Tekenend in dit verband is het hoge suïcidecijfer van negen of tien procent (Paris, 1993). Voor patiënten is het leven met borderline vaak hels. Behandelaren die werken met deze mensen krijgen het echter ook zwaar te verduren. Iedere professional zal het heen en weer geslingerd worden tussen nabijheid en afstand, tussen zorg en boosheid, herkennen. Het doorschieten in een van de uitersten is een groot gevaar dat in het werken met deze patiëntengroep op de loer ligt. In multidisciplinaire teams leidt dit geregeld tot flinke problemen.

In de dialectische gedragstherapie is daarom een uitgangspunt dat de behandeling bedoeld is te mislukken als er niet tegelijkertijd aandacht is voor de behandelbaar. Het is een behandeling voor patiënten, maar in zekere zin net zo goed voor behandelaren. Daarnaast is het werken in een

groep met deze patiënten erg moeilijk. Onze ervaring was dat groepsbehandeling voor met name *low level* BPS-patiënten gecontraïndiceerd was. Een belangrijk deel van dialectische gedragstherapie (DGT) bestaat echter uit een groepstraining, die op zo'n manier opgezet is dat deze patiënten er wel goed van kunnen profiteren.

Ontstaansgeschiedenis

Hoewel alle GGZ-zorgaanbieders in Friesland al langere tijd gefuseerd waren tot één instelling (GGZ Friesland), was de praktijk dat de afdelingen op eilanden werkten, in ieder geval wat betreft het behandelaanbod voor BPS-patiënten. Gevolg was dat moeilijke patiënten nogal eens doorgeschoven werden van de ene afdeling naar de andere. Een adequaat behandelaanbod voor fors automutilerende borderline patiënten ontbrak. Er was keuze tussen poliklinische gesprekken met een

sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, een VERS-training in groepsverband (Bartels e.a., 1997), of een (dag)klinische groeps-therapeutische behandeling. De praktijk leerde echter dat de poliklinische begeleiding vaak te mager was en de groepsbehandelingen te heftig voor fors automutilerende BPS-patiënten, bij wie onze ervaring was dat ze bij groepsdynamiek snel van slag raken doordat interactionele symptomen worden verhevigd (met vaak als gevolg dat de frequentie en intensiteit van automutilatie worden verhoogd).

Ook Gunderson en Sabo (1993) komen in hun literatuuroverzicht tot de conclusie dat groepstherapie voor borderlinepatiënten zonder op zijn minst een stevige aanvulling met individuele therapie tot grote problemen leidt: de hectiek neemt alleen maar toe en het gevaar is groot dat de groep als het ware explodeert. Als reden geven zij aan dat borderline-patiënten nog niet de vaardigheid ontwikkeld hebben om uit de voeten te kunnen met triadische relaties. Zij hebben, net als kleine kinderen, nog een één-op-één relatie nodig en is die er niet, dan ontstaat grote onrust. (Nehls, 1991)

Tekenend in dit verband is ook dat de VERS-training, een groepsbehandeling, in onderzoek van Freije e.a. (2002) een hoge drop-out van 34 procent kent. In een bespreking van dit resultaat blijkt dat de kans op drop-out kleiner wordt naarmate patiënten meer individuele aandacht krijgen.

Met dit in het achterhoofd gingen we op zoek naar een passende behandelvorm voor deze mensen, liefst met bewezen effecti-

viteit. Daarbij leek het ons van groot belang om een behandelvorm op te zetten die afdelingsoverstijgend zou zijn. Dit bracht ons in contact met dialectische gedragstherapie. Wies van den Bosch heeft DGT tien jaar geleden in Nederland geïntroduceerd en geïmplementeerd. In de drie noordelijke provincies was DGT echter als behandelvorm nog niet voorhanden.

Wat is DGT?

DGT is ontwikkeld door Linehan (1996, 2002). Uitgangspunt is dat mensen met BPS gebrekkige vaardigheden hebben op het gebied van emotieregulatie en sociaal gedrag. Dit gebrek wordt veroorzaakt door een combinatie van een biologische overgevoeligheid voor emotionele prikkels en een invaliderende omgeving. Emotionele escalaties werden daarnaast bekrachtigd met wat in de leertheorie bekend staat als *intermittent reinforcement*.

Patiënten met BPS hebben in de loop van hun ontwikkeling bijzonder effectieve (maar uiteindelijk disfunctionele) gedragingen geleerd om de heftige emoties te hanteren. Automutilatie bijvoorbeeld werkt bijzonder goed op de korte termijn om sterke emoties te doen verminderen. Hetzelfde geldt voor gebruik van verdovende middelen. Dergelijke gedragingen, die op zichzelf al invaliderend zijn, leiden tot een nog sterkere invalidatie door de omgeving (inclusief de hulpverlening), doordat het gedrag een zo sterke negatieve reactie oproept. De boodschap van de omgeving wordt uiteindelijk: 'Het is je

eigen schuld. Als je beter naar ons zou luisteren, zou je het niet zo ver laten komen.' DGT stelt zich als doel deze vicieuze cirkel van disfunctioneel gedrag en steeds verdergaande invalidatie te doorbreken.

In de behandeling wordt veel aandacht besteed aan het voorkomen van een invaliderende, negatieve houding jegens de borderlinepatiënt, zoals die tot uiting komt in uitspraken dat BPS-patiënten manipuleren, dat ze een team splitsen, dat ze aandacht-vragend gedrag vertonen. Een *eye-opener* voor ons in dit verband was de uitspraak van Linehan dat BPS-patiënten juist niet manipuleren of in ieder geval niet goed genoeg. Manipuleren is: zorgen dat de ander doet of zegt wat jij wilt, op zo'n manier dat deze zich daar ook nog goed bij voelt. Dreigen met suïcide of je aan iemand vastklampen, zijn dan te beschouwen als onhandige manipulatietechnieken die hun doel uiteindelijk voorbijschieten, omdat ze vooral boosheid zullen oproepen. Een doel in de behandeling is om te leren veel beter te manipuleren. Dergelijke gezichtspunten, die lijnrecht ingaan tegen oude en invaliderende ideeën van behandelaars over borderlinepatiënten, spelen een grote rol in de behandelfilosofie, waarin een grote nadruk ligt op valideren.

DGT is gedragstherapie: het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden in emotieregulatie en sociaal gedrag vormt een hoofdmoot. Dit wordt gecombineerd met technieken als gedragsanalyses, om terugval in oud disfunctioneel gedrag te voorkomen. Nieuw in de gedragstherapie is

dat DGT nadrukkelijk aan het boeddhisme ontleende acceptatietechnieken (*mindfulness*) inbouwt, die gezien kunnen worden als op emoties gerichte *exposure*-technieken. DGT is dialectisch, in de zin dat telkens gebalanceerd wordt tussen enerzijds begrip voor de moeilijkheden en de aangeleerde gedragingen en anderzijds gedragsverandering.

Onderzoeken van Linehan e.a. (1993) en Van den Bosch (2003) laten zien dat DGT veel effectiever is dan een standaardbehandeling gericht op afname van automutilatie en suïcidaal gedrag. Andere symptomen zoals bijvoorbeeld stemmingswisselingen en PTSS-gerelateerde klachten nemen door DGT niet af.

DGT is een bundeling van groepstraining, individuele therapie, telefonische consultatiemogelijkheid, en intervisie voor de verschillende behandelaren. De deelnemers volgen een combinatie van zowel groepstraining als individuele therapie. Deze verschillende onderdelen worden verder uitgewerkt, nadat stilgestaan is bij kenmerken van de deelnemers.

Deelnemers

Omdat DGT vooral effectief blijkt in het doen afnemen van automutilatief of suïcidaal gedrag bij borderline patiënten, is dit gedrag het belangrijkste indicatiecriterium. Een BPS-diagnose wordt door ons vastgesteld met behulp van de Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI). (Weaver & Clum., 1993; Arntz e.a., 2003)

Cruciaal voor het slagen van de behandeling is de motivatie om te stoppen met automutilatief/suïcidaal gedrag. Tijdens de intake besteden we veel aandacht aan het onderzoeken van deze motivatie. Zo benadrukken we in het intakegesprek altijd dat automutilatie simpelweg geweldig goed werkt als middel om op zeer korte termijn een emotionele crisis het hoofd te bieden. De te leren vaardigheden zullen hier qua resultaat niet aan kunnen tippen. De deelnemers die dit beamen en dan spontaan beginnen over de negatieve effecten van automutilatie op langere termijn, zijn de deelnemers die het meest 'rijp' zijn voor DGT.

Contra-indicaties voor DGT zijn er eigenlijk niet. Zolang er sprake is van automutilatief en/of suïcidaal gedrag binnen het kader van BPS en de motivatie bestaat om dit gedrag te veranderen, is de patiënt geïndiceerd. Het bestaan van een middelenverslaving is bijvoorbeeld niet relevant als uitsluitingscriterium. Dit vloeit voort uit het karakter van DGT als 'opstap' voor vervolgbehandeling. Borderline-patiënten met bijvoorbeeld ernstige traumagerelateerde problematiek die fors automutileren, komen vaak niet voor traumabehandeling in aanmerking vanwege de automutilatie. Een geslaagde DGT-behandeling kan een dergelijke vervolgbehandeling mogelijk maken.

Groepstraining

Omdat BPS-patiënten anderen vaak wantrouwen, wispelturig en gevoelig voor

schendingen van hun autonomie zijn, zijn er vaak problemen in de interactie met anderen. Dit beseffend startten wij met de nodige angst een groep met allemaal zogenoemde *low-level* BPS-patiënten. We zagen de bui al hangen: heftige emoties die zich als een olievlek over de groep zouden verspreiden, crises, et cetera. Daarbij spraken we in de intakefase nogal wat patiënten die op z'n zachtst gezegd niet geprofitteerd hadden van eerdere behandelingen waarbij groepsinteracties aan de orde waren.

Anneke heeft ruim een jaar geleden in ons centrum een aantal maanden DGT gevolgd, maar moest stoppen wegens ziekte. Daarvoor en daarna waren er diverse crisisopnames en (groeps-)dagbehandelingen. De laatste behandeling is beëindigd nadat ze met meubilair gooide en de politie haar van de afdeling heeft verwijderd. De verwijzer vraagt nu om behandelingsmogelijkheden te onderzoeken.

Anneke vertelt erg op te zien tegen een groepsbehandeling zoals die op onze afdeling geboden wordt, waarbij ze in groepstherapie veel met groepsleden zou moeten praten: 'Door al die verhalen ga ik me altijd zó kwaad maken... dan gaat het zo weer helemaal fout.' Doorpratend vertelt ze dat de DGT-groepstraining de enige behandeling was waarin ze minder bang was geweest om de controle te verliezen. Ook uit de rapportages uit die tijd blijkt dat ze daar goed heeft kunnen werken. We besluiten tot een herstart van DGT. Vervolgens doen zich in de groep geen noemenswaardige incidenten voor.

Om te bewerkstelligen dat escalaties in de groep niet optreden en alle aandacht kan uitgaan naar de te oefenen vaardigheden, is de DGT-groepstraining sterk gestructureerd van opzet. Niet voor niets wordt gesproken van ‘groepstraining’ in plaats van ‘groeps-therapie’. De training vindt wekelijks plaats, duurt twee uur en omvat altijd een huiswerkbespreking, pauze, de behandeling van nieuwe theorie en vaardigheden en bespreking van nieuw huiswerk. Er wordt gewerkt aan de hand van een werkboek (Linehan, 1996), met de daarin opgenomen huiswerkbladen. Ondanks het moeilijke taalgebruik leent het boek zich zeer goed voor gebruik door patiënten, dankzij de gestructureerde opzet in de vorm van leerwijzers.

De training wordt gegeven door twee therapeuten: een hoofdtherapeut en een co-therapeut. De hoofdtherapeut behandelt de inhoud van de training, terwijl de co-therapeut het groepsproces in de gaten houdt en eventueel individueel ondersteunt. De groep bestaat uit maximaal negen patiënten, met een duidelijke meerderheid van vrouwen. In de vignetten wordt, als het om de therapeuten gaat, gesproken over ‘hij’, hiervoor kan ook ‘zij’ gelezen worden.

Voor het begin van de bijeenkomst vertelt Ellen, 21 jaar, aan de co-trainer dat ze het moeilijk heeft, omdat er de afgelopen week allerlei dingen misgegaan zijn. Hij complimenteert haar dat ze toch gekomen is, gaat in haar buurt zitten en houdt haar extra in de gaten. Als hij ziet dat ze tijdens de huiswerkbespreking van een ander dreigt te

dissociëren, moedigt hij haar fluisterend aan om de vaardigheden toe te passen waarmee ze meer in het hier en nu kan blijven.

Sandra, 30 jaar, komt voor het eerst in de groep bij aanvang van het blok emotieregulatievaardigheden. Zij is erg zenuwachtig en wil in de groep vooral heel goed haar best doen. Als ze gespannen is, omschrijft zij dat alsof er allemaal spinnen door haar hoofd krioelen. Zij heeft dan vooral veel behoefte om te praten. In de groep doet ze dat dan ook. Als zij haar huiswerk bespreekt, weidt zij enorm uit, niet in staat hoofd- en bijzaken van elkaar te onderscheiden. Als anderen aan het woord zijn, reageert ze veel met allerlei verwijzingen naar eigen ervaringen. Opmerkingen van de therapeut in de trant van ‘Sandra, laat haar even haar verhaal af maken’, dringen nauwelijks door. Van de theorie-uitleg krijgt ze dan ook weinig mee en groepsleden ergeren zich aan haar.

Na enkele therapiebijeenkomsten wordt afgesproken dat in het vervolg een van de therapeuten naast haar zit en haar een tikje op de schouder zal geven als ze te veel doordraaft. Dit heeft succes: Sandra zwijgt eerder en langer en langzamerhand lukt het haar ook om haar huiswerk compacter te presenteren. Ook blijkt zij steeds meer van de theorie mee te krijgen. Op een gegeven moment laat ze trots weten het nu wel af te kunnen zonder die therapeut naast zich.

In de laatste bijeenkomsten gebruikt zij dit gegeven ook om nieuwkomers een hart onder de riem te steken: ‘Ach jongens, toen

ik hier net kwam, moest ik steeds naast hem zitten, want ik was hartstikke druk en ik snapte er niks van. Maar je leert het echt wel, ik heb het ook geleerd.’

Op deze manier, gestructureerd en met een therapeutenkoppel met duidelijke taakafbakening, blijkt de *holding* voldoende om patiënten te motiveren door te gaan en blijkt *acting-out* gedrag nauwelijks voor te komen in de groep. Mooi is om te zien dat oudgedienden vaak als co-therapeut optreden ten aanzien van nieuwkomers (‘Toen ik net begon, zag ik het ook niet zitten, maar je leert het echt wel!’). Onze ervaring is dat dit een essentieel onderdeel van de gehele behandeling is: het biedt patiënten die er net mee beginnen (en die allemaal al de nodige mislukte of afgebroken behandelingen achter rug hebben) hoop om door te gaan.

Hoe belangrijk in de groep de zakelijke op de inhoud gerichte structuur is, blijkt ook uit het volgende.

Tijdens een groepsbijeenkomst heerst een goede sfeer. Dit en het feit dat de hoofdtherapeut er niet helemaal met zijn hoofd bij is omdat hij aan vakantie toe is, maakt dat na de huiswerkbespreking wat ruimte ontstaat om persoonlijke ervaringen uit te wisselen. Gewoonlijk wordt sneller teruggegrepen op het onderwerp van de dag, namelijk een nieuwe vaardigheid. Wat ontstaat is op het eerste gezicht een constructief groepsge-sprek. Vrij plotseling echter slaat de stemming om in spanning. Jeltje verwoordt het geagiteerd als volgt: ‘Wat is dat toch; ik

weet helemaal niet meer waar dit over gaat. Het is maar een zootje vandaag!’

Inhoudelijk bestaat de training uit vier onderdelen, die in totaal 22 weken beslaan. Het eerste onderdeel (de ‘kernoplettendheidsvaardigheden’) bestaat uit een combinatie van aandachtstraining en acceptatie-oefeningen. Het tweede onderdeel (de ‘intermenselijke effectiviteitsvaardigheden’) behelst een sociale vaardigheidstraining met onderwerpen specifiek gericht op BPS-patiënten. Het credo is ‘Hoe leer ik beter manipuleren?’ Het derde onderdeel bestaat uit emotieregulatievaardigheden, gericht op het verminderen van de kwetsbaarheid voor negatieve emoties en het vermeerderen van positieve emoties. Het vierde onderdeel tenslotte bestaat uit crisisvaardigheden: vaardigheden om op zeer korte termijn automutilatie te voorkomen.

Alle deelnemers doorlopen alle onderdelen tweemaal, vanuit het idee dat vanwege de heftigheid van de problematiek het eenmaal volgen van de training onvoldoende resultaat oplevert. In totaal duurt de groepstraining dus 44 weken. Na elk onderdeel wordt de groep opengesteld voor nieuwe deelnemers, waardoor een mooie mix van oudgedienden en nieuwkomers ontstaat.

Individuele therapie

Alle patiënten volgen naast het groepsge-deelte individuele therapie. De individuele behandelaar draagt de behandelverantwoordelijkheid. Individuele therapie heeft vooral als doel om nieuwe adequate

vaardigheden te integreren in de praktijk, omdat het voor borderlinepatiënten een groot probleem is om de jarenlang ingeslepen disfunctionele copingstijlen in het dagelijks leven te veranderen. In de individuele therapie kan de patiënt iets meer uitweiden over waar hij of zij tegenaan loopt in het leven. Het feit dat dit hier kan, helpt om de groepstherapie gestructureerd te houden. Een door de patiënt in te vullen dagboekkaart vormt de leidraad van het gesprek. Van elk suïcidaal of automutilatief gedrag wordt een gedragsanalyse gemaakt, met de vraag welke geleerde vaardigheden gebruikt hadden kunnen worden.

Telefonische consultatie

Buiten de therapie sessies kan de patiënt de individuele therapeut kort bellen om te overleggen hoe in ingewikkelde situaties vaardigheden toegepast kunnen worden. De ervaring leert dat therapeuten hier in het begin beducht voor zijn ('Schaadt het mijn privacy niet te veel; word ik niet om elk wissewasje gebeld?'). Maar de praktijk laat zien dat er eerder te weinig dan te veel van de mogelijkheid van telefonische consultatie gebruik wordt gemaakt. De meeste patiënten zijn geneigd om niet te bellen uit angst inbreuk te maken op het privéleven van hun individuele therapeut. Het blijkt dan ook vaak nodig om, als het weer eens fout gelopen is, de patiënt te stimuleren om een volgende keer wél even te bellen.

De ervaring leert dat met behulp van spelregels telefoontjes van patiënten door de individuele behandelaars niet als een inbreuk

op hun privacy ervaren worden. De spelregels van de telefonische consultatie zijn zeer strikt en zijn opgenomen in het behandelcontract. De eerste spelregel is dat de patiënt de therapeut alleen mag bellen als er sprake is van een crisis waarbij de drang tot automutilatie zeer sterk aanwezig is en de hulpvraag is hoe dit te voorkomen. Dit houdt tevens in dat er aan de telefoon dus gesproken zal worden over het gebruik van de vaardigheden uit de groepstraining en niet over andere zaken. Ten tweede mag de patiënt de therapeut niet bellen als er al sprake is geweest van automutilatie. Is dat het geval, dan mag de patiënt 24 uur lang geen telefonisch contact opnemen. Dit omdat de patiënt dan door middel van automutilatie de crisis al heeft bezworen en telefonische consultatie dus als mosterd na de maaltijd komt en hoogstens een bekrachtigende werking heeft. De derde spelregel is dat de patiënt niet mag bellen onder invloed: ook dan mag 24 uur niet gebeld worden. Tenslotte is er nog de vierde regel dat alleen de patiënt zelf de therapeut mag bellen, aangezien de therapeut aan de telefoon fungeert als coach en niet als crisisdienst.

Het komt zelden voor dat patiënten de spelregels overtreden. In de individuele therapie evalueren patiënt en therapeut eventueel gepleegde telefoontjes. De therapeut heeft dan ook de gelegenheid om met de patiënt te bespreken of één en ander belastend is geweest.

Intervisie

Onderzoek van Hellman e.a. (1986) laat zien dat behandelaars vooral stress onder-

vinden van suïcide pogingen, suïcidedreigingen en woede bij patiënten. De DGT-patiëntenpopulatie kan dus met recht één van de moeilijkste doelgroepen voor behandelaars genoemd worden. Het gaat om moeilijke mensen die ons dwingen hen onmiddellijk te helpen, en die dreigen met suïcide als we daarin falen. En falen doen we natuurlijk, omdat deze behandelingen nu eenmaal nooit tot snelle successen leiden. Wat dus in deze behandelingen steeds op de loer ligt, is dat we bang of boos worden. Bang voor escalaties of suïcide en boos over de aantijgingen van de patiënt over het maar niet opschieten van de behandeling. De behandeling krijgt dan het karakter van paniekvoetbal, waarbij beslissingen zwart-wit ingegeven zijn door die angst of boosheid. De behandelaar krijgt dan borderline-trekjes. De interventies worden: de patiënt de schuld geven (die zit te splitsen, te chanteren, te manipuleren) of zorgen, zodat de patiënt zich wel even beter gaat voelen, maar met als gevolg dat op langere termijn de afhankelijkheid versterkt wordt. Uiteindelijk liggen *drop-out* of *kick-out* op de loer.

In de intervisie helpen behandelaars elkaar om dit te voorkomen. Het is goed om te merken dat alle behandelaars zonder uitzondering in deze valkuilen trappen; dat maakt het een stuk gemakkelijker om met de nodige openheid worstelingen te bespreken. Gezien ieders drukke agenda vonden we het aanvankelijk wat veel van het goede om wekelijks een intervisiebijeenkomst te beleggen, zoals bij DGT gebruikelijk is. Tegenwoordig zien alle behande-

laars er de noodzaak van in. We zijn er meer en meer van overtuigd geraakt dat deze moeilijke behandelingen gedoemd zijn te mislukken zonder deze toevoeging.

De individuele behandelaar van Antsje vertelt bij intervisie dat hij in conflict is geraakt met de psychiater van zijn afdeling. Antsje heeft een aantal malen te veel pillen ingenomen, waarop de psychiater haar gemeld heeft geen medicatie meer te willen verstrekken omdat het vertrouwen is beschaamd. De individuele behandelaar is voor haar in de bres gesprongen, met als gevolg een dreigend conflict met de psychiater.

In intervisie komen we tot de conclusie dat hij het probleem van Antsje probeert op te lossen. In zekere zin is dit een invaliderende manier van doen, omdat hij hiermee impliceert dat ze dat zelf niet kan. Zowel voor behandelaar als patiënt zou het beter zijn als hij haar helpt vaardigheden te ontwikkelen, waarmee ze zo goed mogelijk voor haar eigen belangen kan opkomen.

Tina, 25 jaar, wordt als één van de eersten aangemeld voor DGT. Bij alle hulpdiensten in Friesland is ze bekend als ernstige borderlinepatiënte. Ze heeft al vele opnames achter de rug en is nu opgenomen op een zogenaamde 'long stay'-afdeling. Tina's verblijf op deze afdeling staat onder druk vanwege ernstig acting-out gedrag van haar. Niemand ziet het zitten om Tina op zichzelf te laten wonen (hoewel zij wel een eigen appartement heeft). Een van de behandelaars van de afdeling is bereid om

te fungeren als individueel therapeut en de mogelijkheid van telefonische consultatie wordt vervangen door de mogelijkheid om 24 uur het verplegend personeel van de afdeling om een gesprek te vragen. Een kopie van de belangrijkste vaardigheden uit het werkboek ligt voor het verplegend personeel binnen handbereik.

Hoewel Tina ook zelf aangeeft liever niet te lang in haar appartement te willen zijn, stelt niemand haar voor de keuze: óf verblijven op de afdeling voor zolang dat nog haalbaar is, óf DGT zoals het bedoeld is (namelijk als ambulante behandelvorm met slechts één individuele behandelaar en twee groepstherapeuten). Tina krijgt een 'passend' alternatief aangeboden. Achteraf bezien krijgt zij hiermee al vanaf dag één de boodschap dat zij 'gewone' DGT niet aankan en dus wordt zij voortdurend geïnvaleerd. Tina's DGT loopt dan ook uit op een mislukking: zij pleegt een delict en komt daardoor in het forensisch circuit terecht, waarmee de DGT (en ook het verblijf op de long stay-afdeling) acuut tot een einde komen.

Discussie

De DGT bij GGZ Friesland bestaat inmiddels tweeënehalf jaar. Gebleken is dat de populatie patiënten die voor deze behandeling in aanmerking komt groot genoeg is om het bestaan van DGT in Friesland te rechtvaardigen. Van de dertien deelnemers die de therapie inmiddels hebben beëindigd, beëindigden vijf de therapie als *drop-out* en beëindigden drie de

therapie na overleg in verband met onverenigbaarheid met huidige levensomstandigheden (twee deelneemsters werden moeder en één kreeg een fulltime baan). Vijf deelnemers rondden het programma volledig af. De deelnemers die het programma afrondden, rapporteren allen een forse afname van automutilatie en/of suïcidaal gedrag (evenals overigens de aanstaande moeders en de patiënte die een fulltime baan wist te krijgen). Geen van hen raakt tijdens de twee maanden therapiestop na afloop van het programma in crisis. De conclusie die dus voorlopig gerechtvaardigd lijkt, is dat wie niet uitvalt, er beter van wordt.

Overigens blijkt het nog steeds moeilijk om bij GGZ Friesland behandelaren te vinden die bereid zijn om in het programma te fungeren als individueel therapeut. Zorgwekkend is dat nogal wat behandelaren (of hun leidinggevenden) afzien van deelname als DGT-behandelaar. We horen daarbij steeds twee argumenten herhaald worden tijdens door ons georganiseerde voorlichtingsbijeenkomsten voor behandelaren over DGT. Het eerste bezwaar tegen deelname aan DGT is de vrees om voortdurend, met name in de privésfeer, telefonisch lastig gevallen te worden door een patiënt. Uit onze eerder beschreven ervaring blijkt echter dat dit een onterechte vrees is. Het tweede bezwaar tegen deelname is de tijdsinvestering: de behandelaar ziet de patiënt wekelijks, doet wekelijks mee aan interventie en is telefonisch bereikbaar voor de patiënt. DGT is inderdaad een tijdsinvestering, maar wel één die de nodige winst

blijkt op te leveren: voor de patiënt die minder klachten krijgt en voor de behandelaar die uiteindelijk veel minder tijd kwijt is aan crisismanagement en blijven dweilen met de kraan open.

peter.van.drunen@ggzfriesland.nl
marleen.wildschut@ggzfriesland.nl

Literatuur

Arntz, A., M. v.d. Hoorn, J. Cornelis, R. Verheul, Y.M.C. v.d. Bosch & A.J.T.H. de Bie (2003). Reliability and validity of the Borderline Personality Severity Index. *Journal of Personality Disorders*, 17; 45-59.

Bartels, N., M. Crotty & N. Blum (1997). *The borderline personality disorder skill training manual*. Iowa: University of Iowa.

Bosch, W. v.d. (2003). *Borderline personality disorder, substance abuse, and dialectical behavior therapy*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Freije, H., B. Dietz & M. Appelo (2002). Behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis met de VERS: de vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis. *Directieve Therapie*, 22 (4) 367-378.

Gunderson, J. & A.N. Sabo (1993). Treatment of borderline personality disorder: a critical review. In J. Paris (ed.). *Borderline personality disorder: etiology and treatment* (pp. 385-406). Washington DC: American Psychiatric Press.

Hellman, I.D., T.L. Morrison & S.I. Abramowitz (1986). The stresses of psychotherapeutic work: a replication and extension. *Psychological Medicine*, 42, 197-205.

Linehan, M.M., H.L. Heard & H.E. Armstrong (1993). Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50; 971-974.

Linehan, M.M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis; handleiding voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Linehan, M.M. (2002). *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Nehls, N. (1991). Borderline personality disorder and group therapy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5 (3), 137-146.

Paris, J. (1993). *Borderline personality disorder: etiology and treatment*. Washington DC: American University Press.

Weaver, T.L. & G.A. Clum (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 61; 1068-1075.