

# Het belang van groepen en sociale verbondenheid: Radically Open Dialectical Behavior Therapy

Radically Open Dialectical Behavior Therapy is een transdiagnostische therapie voor de behandeling van overcontrole. In dit artikel wordt uitgelegd wat overcontrole tot gevolg kan hebben en wat deze nieuwe therapie inhoudt. De auteurs vatten de tot nu gepubliceerde onderzoeken samen, waarin het gaat om cliënten met een chronische depressie, anorexia nervosa in een klinische setting en een transdiagnostische groep cliënten.

Door Roelie Hempel  
en Salvatore Vitale

**H**oewel zelfcontrole over het algemeen een gewaardeerde eigenschap is in de meeste culturen en vaak wordt gerelateerd aan succes en geluk, bestaat er ook zoets als teveel zelfcontrole, ofwel overcontrole (OC). Overcontrole is gerelateerd aan sociale isolatie, verminderd interpersoonlijk functioneren, hyper-perfectionisme, rigiditeit, risicovermijding, verminderde emotionele expressie en de ontwikkeling van moeilijk te behandelen en chronische mentale stoornissen zoals depressie, angst, anorexia nervosa, en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (Lynch, Hempel, & Clark, 2015; Riso, Miyatake, & Thase, 2002; Zucker et al., 2007). Overcontrole uit zich in het maskeren of onderdrukken van gevoelens, het vermijden van nieuwe, onbekende situaties of risico's, overmatige tolerantie van emotionele en fysieke pijn, een afstandelijke en koude interpersoonlijke stijl, en compulsief streven. Het resultaat van deze copingstijl is dat cliënten met OC moeilijk contact maken met anderen en zich vaak sociaal geïsoleerd voelen. Terwijl cliënten met stoornissen die gekarakteriseerd worden door ondercontrole (denk aan borderline persoonlijkheidsstoornis) vooral emotionele dysregulatie ervaren, hebben cliënten met overcontrole vaak last van

emotionele eenzaamheid met verschillende psychische klachten als gevolg.

## RO DBT

Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO DBT) is een transdiagnostische therapie voor de behandeling van overcontrole. Hoewel de naam RO DBT wellicht doet vermoeden dat het een adaptatie is van dialectische gedragstherapie ontwikkeld door Marsha Linehan ('DBT' in het Engels), is dit een nieuwe therapie met een geheel eigen handleiding (Lynch, 2018a, 2018b). Uiteraard bouwt RO DBT, zoals elke therapie, verder op bestaande filosofieën en technieken, onder andere dialectische filosofie, gedragstherapie, mindfulness en malamati sufisme. Het grote verschil met andere behandelingen is dat RO DBT zich niet richt op het verminderen van specifieke symptomen zoals eetrestrictie of depressieve stemming, maar op overcontrole als het kernprobleem. Dit is gebaseerd op onderzoek dat aantoont dat

*Hoewel de naam wellicht  
anders doet vermoeden,  
is dit een nieuwe therapie  
met een geheel  
eigen handleiding*

een overgecontroleerde copingstijl al aanwezig was vóór de ontwikkeling van de psychopathologie (Lynch, 2018b). Het belangrijkste doel van de behandeling is het verbeteren van sociale verbondenheid via het verminderen van overcontrole, afstandelijkheid en emotionele eenzaamheid

en het verbeteren van flexibiliteit, openheid en expressie van emotie. Een groot deel van de therapie wordt besteed aan het bewustmaken van hoe de cliënt sociale signalen uitzendt naar zijn of haar omgeving, zowel bewust als onbewust. Iedere vorm van gedrag, zowel verbaal als non-verbaal, is een sociaal signaal als er anderen in de omgeving zijn. Sociale signalen zijn krachtig, en ze kunnen onszelf en de ander op fysiologisch niveau beïnvloeden zonder dat wij of zij daarvan bewust zijn. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat personen die emoties onderdrukken of maskeren eerder als onbetrouwbaar of niet-authentiek gezien worden (Boone & Buck; English & John, 2013; Kernis & Goldman, 2006). Dus terwijl een persoon met overcontrole zichzelf tracht te beschermen tegen kritiek of niet kwetsbaar wil overkomen en daarom zijn of haar emoties onderdrukt, is het resultaat dat anderen zich ongemakkelijk voelen in zijn of haar bijzijn en de kans groter wordt dat zij hun gezelschap zullen vermijden in de toekomst. RO DBT stelt ook dat het voor een persoon met overcontrole moeilijker is een neurologische staat van veiligheid te ervaren als gevolg van hun verhoogde *threat sensitivity* (gevoeligheid voor bedreigingen). Ons neurologische *social safety system* (Porges, 2001, 2003) stelt ons in staat vrij te communiceren met anderen, bijvoorbeeld door het tonen van gezichtsuitdrukkingen en veranderingen in toonhoogte van onze stem, waardoor we ontspannen en betrouwbaar overkomen. Iemand die in continue staat van paraatheid verkeert, is minder goed in staat de spieren van zijn gezicht te bewegen, heeft vaak een monotone stem en kan zelf minder goed informatie opnemen en emoties bij anderen peilen. RO DBT maakt gebruik van

deze kennis door cliënten technieken aan te leren die hun social safety system activeren voordat ze deelnemen aan sociale situaties. Ditzelfde wordt toegepast in de behandeling, omdat pas als een cliënt zich sociaal veiliger voelt er actief gewerkt kan worden aan andere behandeldoelen en omdat hij dan beter in staat is informatie in zich op te nemen en deel te nemen aan het gesprek.

### **Evidentie**

Hoewel RO DBT een relatief nieuwe therapie is, is deze gebaseerd op meer dan twintig jaar translationeel onderzoek en ontwikkeling door Thomas Lynch en collega's. RO DBT wordt inmiddels wereldwijd ingezet bij de behandeling van onder andere depressie, angst, anorexia nervosa, cluster A en C persoonlijkheidsstoornissen, post-traumatische stress, en in forensische instellingen (Hempel et al., 2018). Onderzoeken naar de effectiviteit van RO DBT voor deze cliëntengroepen worden momenteel uitgevoerd, maar zijn nog niet allemaal gepubliceerd. Hieronder volgt een korte samenvatting van tot nu toe gepubliceerde onderzoeken gericht op cliënten met een chronische depressie, anorexia nervosa in een klinische setting en een transdiagnostische groep cliënten.

### **Chronische depressie**

Er zijn tot op heden drie RCT's naar de effectiviteit van RO DBT voor cliënten met chronische depressie met of zonder persoonlijkheidsstoornis gepubliceerd. In de eerste studie (Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003) werden 34 chronisch depressieve cliënten willekeurig toegewezen aan alleen medicatie (antidepressiva, n=17) of

een vroege vorm van RO DBT plus medicatie (n=17). Aan het einde van de behandeling was 71% van de RO DBT-groep in remissie tegenover 46% van de medicatiegroep, en zes maanden later was dit verschil uitgelopen naar 75% van de RO DBT-groep tegen-

## *In 2011 werd het eerste grootschalige RCT naar RO DBT voor chronische depressie gestart*

over 31% van de medicatiegroep. De tweede studie (Lynch et al., 2007) behaalde vergelijkbare resultaten: aan het einde van de behandeling was 71% van de RO DBT-groep (n=21) in remissie tegenover 50% van de groep die medicatie plus algemene psychiatrische begeleiding ontving (n=14); drie maanden later was dit verschil nog steeds aanwezig hoewel het na zes maanden verdween. RO DBT-clieënten rapporteerden significante verbetering in persoonlijkheids-functioneren in vergelijking met de medicatiegroep, en deze verschillen waren zes maanden later nog steeds aanwezig. In 2011 werd het eerste grootschalige RCT naar RO DBT voor chronische depressie gestart met als doel de effectiviteit en onderliggende mechanismen verder te onderzoeken (Lynch et al., 2015; 2018; 2019). Verdeeld over drie locaties in Groot-Brittannië werden 250 chronisch depressieve cliënten willekeurig toegewezen aan standaardtherapie (n=88), variërend van medicatie tot uitge-

breide gedragstherapie afhankelijk van lokale beschikbaarheid, of RO DBT (n=162). Aan het einde van de behandeling, na zeven maanden, was de daling in depressiescores significant groter in de RO DBT-groep vergeleken met de controlegroep, met een 'zeer grote' effectgrootte van 1,03<sup>1</sup>. De scores daalden nog verder na vijf en twaalf maanden, hoewel het verschil in daling tussen de twee groepen niet langer significant was (effectgrootte 0,41 en 0,32, respectievelijk).

### **Anorexia nervosa**

Er zijn tot op heden drie onderzoeken naar de effectiviteit van RO DBT voor cliënten met anorexia nervosa gepubliceerd. Uit twee niet-gerelateerde onderzoeken bleek dat RO DBT effectief was in het significant verhogen van de *body mass index* (BMI) bij volwassenen, met grote tot zeer grote effecten (variërend van 0,87-1,91). Daarnaast werden significante verbeteringen in eetstoornispathologie en psychologische *distress* gevonden bij cliënten die de behandeling afgerond hadden (Chen et al., 2015; Lynch et al., 2013). Deze toenames in BMI en verbeteringen in psychopathologie werden aangetoond zowel wanneer RO DBT werd geïntegreerd in een klinisch programma (Lynch et al., 2013) als wanneer Radical Openness vaardigheidslessen als aanvulling op standaard dialectische gedragstherapie werden aangeboden (Chen et al., 2015).

De veronderstelde onderliggende mechanismen van overcontrole en RO DBT zijn ook getest bij adolescenten met anorexia

nervosa (Simic, Stewart, Bottrill, Zirit, & Hunt, 2017). Een open studie, waaraan 56 adolescenten deelnamen die poliklinische RO DBT-behandeling kregen, vond significante verbeteringen in sociale verbondenheid en het ervaren van genot (effectgrootte 0,60 en 0,53, respectievelijk) en significante vermindering van teruggetrokkenheid, perfectionisme, en bedreigingsgevoeligheid (0,69; 0,44; en 0,34, respectievelijk).

### **Transdiagnostische groep cliënten**

Ten slotte is onderzocht of alleen RO DBT-vaardigheidslessen effectief zijn voor een transdiagnostische groep cliënten met overcontrole. Keogh en collega's vergeleken 58 cliënten, die twee keer per week drie-uur durende vaardigheidslessen bijwoonden gedurende een periode van negen weken, met een groep (n=59) die op de wachtlijst stond voor dit programma (Keogh, Booth, Baird, Gibson, & Davenport, 2016). Vergeleken met de wachtlijstgroep rapporteerde de RO DBT groep significant grotere verbeteringen in globale ernst van psychopathologie, gevoel van sociale veiligheid, rigide behoefte aan structuur, en het effectief gebruikmaken van coping-vaardigheden. Met uitzondering van het gevoel van sociale veiligheid hield dit significante verschil drie maanden later stand.

### **De structuur**

De RO DBT handleiding gaat uit van een poliklinische behandelopzet, waarbij cliënten wekelijks één uur individuele

<sup>1</sup> Richtlijnen voor het interpreteren van effectgroottes:  $-0.19-0.19$  = geen of verwaarloosbaar effect;  $0.20-0.49$  = klein effect;  $0.50-0.79$  = middelgroot effect;  $0.80-1.29$  = groot effect;  $1.3$  en hoger = zeer groot effect.

therapie en twee tot tweeëneenhalf uur vaardigheidsles (*skills class*) krijgen. Individuele therapie volgt een bepaalde structuur, waarbij de eerste vier sessies gewijd zijn aan oriëntatie en committeren en de daaropvolgende sessies gebruikt worden om aan persoonlijke doelen te werken aan de hand van dagboekkaarten en kettinganalyses (Lynch, 2018b). Tijdens de individuele sessies wordt ook gevraagd naar de voortgang van de nieuwe vaardigheden die besproken zijn tijdens de vaardigheidsles en het bijbehorende huiswerk. Over het algemeen wonen cliënten eerst één of twee individuele sessies bij voordat ze met de vaardigheidsklas starten. Tijdens de oriëntatiefase, voordat een cliënt met de vaardigheidslessen start, wordt duidelijk uitgelegd dat het doel van de lessen is om nieuwe vaardigheden te ontwikkelen en te oefenen, en dat ze geacht worden actief deel te nemen. De behandeldoelen tijdens de individuele sessies volgen een hiërarchie: eerst wordt levensbedreigend gedrag zoals suïcide en zelfbeschadiging behandeld, vervolgens problemen in de werkalliantie, en ten slotte wordt ingegaan op de vijf overcontrole-thema's. Deze zijn: (1) onderdrukte of onechte emoties; (2) een hyper-gedetailleerde focus en overmatige voorzichtigheid; (3) rigide en regel-gedreven gedrag; (4) afstandelijke en koude interpersoonlijke stijl; en (5) hoge mate van sociale vergelijkingen en afgunst/bitterheid. De vaardigheidsleshandleiding (*skills manual*) bestaat uit dertig wekelijkse lessen die als een recept gevolgd kunnen worden (Lynch, 2018a). De klassen variëren in grootte, maar als leidraad wordt ongeveer tien deelnemers aangehouden, met twee trainers. Een klas kan al starten met twee of drie deelnemers; in dat geval wordt aangeraden slechts één

trainer de klas te laten leiden omdat personen met overcontrole zich anders teveel in de schijnwerper voelen staan. Er wordt overigens uitdrukkelijk niet naar groepstherapie gerefereerd omdat uit ervaring is gebleken dat veel cliënten al meerdere therapieën zonder veel succes doorlopen hebben tegen de tijd dat ze RO DBT starten, en ze een negatief beeld hebben van groepstherapie. Het voornaamste doel van de vaardigheidslessen is het opdoen van nieuwe kennis en vaardigheden en het aanmoedigen tot zelfontdekking. Dat wil zeggen, de lessen zijn bedoeld om te onderwijzen, niet zo zeer

*De trainer laat zijn  
wenkbrauwen bewegen.  
Dan steekt hij zijn tong uit,  
zwaait hij zijn armen in  
de lucht*

om te genezen. Ook de lessen volgen een hiërarchie: het aanleren van nieuwe vaardigheden met betrekking tot sociale communicatie, openheid, flexibiliteit, en verbondenheid; het aanpakken van maladaptieve sociale signalen tijdens de les, zoals het niet maken van huiswerk of persoonlijke aanvalen op medeleerlingen of de trainer; al het andere maladaptieve gedrag wordt tijdens een privégesprek met de cliënt aangekaart. De handleiding beschrijft duidelijke protocollen voor het aanpakken van problemen zowel tijdens als buiten de lessen, waarbij een beroep gedaan wordt op de sociale verantwoordelijkheid van de cliënt ten opzichte van de andere deelnemers.

Hoewel de lessen een bepaalde structuur volgen, zoals het behandelen van huiswerk en het onderwijzen van nieuwe kennis en vaardigheden, vinden er ook spontane oefeningen plaats. Deze zogenoemde *Participating without planning exercises* zijn heel korte activiteiten van maximaal een minuut, die het afbreken van barrières en het versterken van het saamhorigheidsgevoel van de klas als doel hebben. Een voorbeeld hiervan is *Big gestures*: de trainer vraagt iedereen op te staan en hem of haar na te doen. Vervolgens begint hij met het op en neer bewegen van zijn wenkbrauwen. Dan steekt hij zijn tong uit, gevolgd door het zwaaien van zijn armen in de lucht, enzovoorts. De oefeningen zijn met opzet erg kort; het doel is de klas te activeren en ze samen aan iets deel te laten nemen om het gevoel van sociale veiligheid en verbondenheid te bevorderen zonder dat ze zich zelfbewust of gegeneerd voelen.

Naast de individuele sessies en vaardigheidlessen kan telefonische ondersteuning geboden worden. Uit ervaring is gebleken dat cliënten met overcontrole daar minder gebruik van maken voor crisismeldingen dan bijvoorbeeld cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis, hoewel er wel gebruik wordt gemaakt van sms om bijvoorbeeld successen te delen met therapeuten (Hempel et al., 2018).

Het wordt ook sterk aangeraden om regelmatig teamconsulten met andere RO DBT-therapeuten te houden; tijdens deze besprekingen kunnen therapeuten hun eigen RO-vaardigheden oefenen, moeilijke cases bespreken, en elkaar ondersteunen ter voorkoming van burn-out.

De totale behandelduur is dertig weken als de vaardigheidshandleiding strikt nagevolgd

wordt. In de praktijk is dit echter niet altijd mogelijk of wenselijk, en inmiddels wordt RO DBT in verscheidene varianten aangeboden: zowel als onderdeel van een uitgebreider klinisch programma als op zichzelf staande poliklinische behandeling; het volledige pakket met individuele sessies en vaardigheidlessen of één van beide, waarbij vaardigheidlessen de voorkeur hebben als een keuze moet worden gemaakt; met een hogere of juist lagere frequentie van de sessies en lessen; of slechts een deel van de lessen. Een voorbeeld van de laatste variant vindt plaats op de Rowan-universiteit in New Jersey (Verenigde Staten) waar semesters veertien weken duren en studenten dus niet lang genoeg op de campus zijn om de volledige cyclus van dertig weken te doorlopen; de trainers waren genoodzaakt een selectie te maken van de lessen die zij het meest relevant achtten voor hun cliëntengroep (Hempel et al., 2018). Er is ook een specifieke groepsvariant van RO DBT ontwikkeld die hieronder in meer detail beschreven wordt.

### **Group Radical Openness**

In de afgelopen vijf jaar is door Richard Booth en collega's van St. Patrick Mental Health Services in Dublin een aangepaste versie van RO DBT ontwikkeld, genaamd Group Radical Openness (GRO) (Booth, Egan, & Gibson, 2018). Aanvankelijk boden zij alleen RO-vaardigheidlessen in een groep aan uit praktische overwegingen, en hoewel dit effectief bleek voor cliënten met overcontrole (Keogh et al., 2016), realiseerden zij zich ook dat een aantal kernelementen van RO DBT ontbrak. In overleg met Thomas Lynch werden vier elementen geïdentificeerd die normaal gesproken deel

uit maken van individuele therapie: (1) het vaststellen van persoonlijke doelen; (2) kettinganalyses om problemen of gebeurtenissen te analyseren; (3) de gelegenheid om belangrijke maar ook beschamende ervaringen te delen; en (4) de ervaring van het herstellen van breuken in de werkkalliantie tussen therapeut en cliënt, iets wat door RO DBT gezien wordt als een essentieel leermoment voor cliënten: conflicten kunnen intimiteit verhogen.

Als gevolg van deze discussie is een aantal aanpassingen gedaan waardoor GRO een hybride model is geworden van RO DBT-vaardigheidslessen en interpersoonlijke/groepsdynamische methoden. Zo is nu één individuele sessie toegevoegd van zestig tot negentig minuten waarin de cliënt de gelegenheid krijgt te evalueren of het model bij hem of haar past en om persoonlijke doelen vast te stellen. Daarnaast wordt tijdens de groepsbijeenkomsten gebruik gemaakt van de zogeheten *RO tracker*: een alternatief voor de kettinganalyses, waarbij cliënten om beurten een thema bespreken dat hen bezighoudt, een voorbeeld hiervan geven, en met behulp van lijnen die een 5-puntsschaal representeren aangeven wat hun ervaringen waren. Per thema (onderdrukte emotionele expressies, afstandelijke relaties, of rigide en regel-gedreven gedrag) verschilt de betekenis van de 5-puntsschaal. Daarnaast is gebleken dat de sterke sociale cohesie van de groep de cliënten in staat stelt geheime ervaringen of beschamende gevoelens zoals afgunst of verbittering met elkaar te delen (Booth et al., 2018).

GRO bestaat uit twee fasen: het doel van fase één is om cliënten bekend te maken met het RO DBT-model en om een sterke sociale groep te vormen. Aan het einde van

fase één, na ongeveer acht groepsessies, vindt het individuele interview plaats. Dit is tevens een gelegenheid om de groep te verlaten zonder dat de cliënt zich bezwaard hoeft te voelen tegenover de andere groepsleden. Het doel van fase twee is om cliënten bewuster te maken van mogelijkheden voor het verbeteren van hun openheid en om dagelijks RO-skills toe te passen. In deze fase worden cliënten uitgenodigd hun persoonlijke doelen die gerelateerd zijn aan de drie thema's te delen met behulp van de RO-tracker. Voor een uitgebreidere beschrijving van GRO verwijzen wij u naar het artikel dat hierover verschenen is in een speciale editie van *The Behavior Therapist* dat volledig is gewijd is aan RO DBT (Booth et al., 2018).

## Conclusie en discussie

Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO DBT) is een goede toevoeging aan het evidence-based behandelaanbod in de ggz en sluit aan bij de ontwikkeling van transdiagnostische behandelmodules, waarbij de focus ligt op de gemeenschappelijke factoren van de problematiek of de behandeling die specifieke stoornissen en behandelingen overstijgen. Voorbeelden hiervan zijn het door Barlow ontwikkelde *Unified protocol* voor de behandeling van emotionele stoornissen waaronder angst- en unipolaire stemmingsstoornissen (Barlow et al., 2017), maar ook de netwerkbenadering van psychische klachten (Boschloo et al., 2015). Hoewel de transdiagnostische benadering niet nieuw is en in de psychotherapie reeds lange tijd bestaat, waarbij binnen de psychoanalyse en de cliëntgerichte psychotherapie niet diagnosespecifiek wordt behandeld, is er wel een verschuiving gaande binnen de

stoornisspecifieke evidence-based behandelprotocollen (veelal op basis van de cognitieve gedragstherapie) (Korrelboom, 2017). RO DBT wordt dan ook niet alleen ingezet bij verschillende stoornissen zoals depressie, angst, eetstoornissen (anorexia nervosa) en posttraumatische stressstoornissen, maar ook transdiagnostisch. Tevens is RO DBT veelbelovend voor de behandeling van stoornissen waarbij weinig tot geen onderzoek

### *Met name de ontwikkeling van Group Radical Openness lijkt goed aan te sluiten bij het groepsdynamisch werken*

naar de behandelresultaten is gedaan, zoals autismespectrumstoornissen en cluster A (Blom & Colijn, 2012) en cluster C persoonlijkheidsstoornissen (Hutsebaut et al., 2018). Inmiddels is de evidentie van RO DBT middels verschillende RCT studies aangetoond voor de behandeling van cliënten met chronische depressie (met of zonder persoonlijkheidsstoornis) (Lynch et al. 2003; 2007; 2019) en laten diverse studies zien dat RO DBT effectief is in de behandeling van cliënten met anorexia nervosa en leidt tot een verhoging van de BMI, een verbetering in eetstoornispathologie en psychologische distress (Chen et al, 2015; Lynch et al., 2013). Bij adolescenten met anorexia nervosa verbetert RO DBT de sociale verbondenheid en vermindert teruggetrokkenheid, perfectionisme en bedreigingsgevoeligheid (Simic et al, 2017). Het inzetten van alleen de vaardigheidlessen blijkt voor

een transdiagnostische groep cliënten met overcontrole te leiden tot verbeteringen in globale ernst van psychopathologie, gevoel van sociale veiligheid, rigide behoefte aan structuur en het gebruik maken van copingvaardigheden (Keogh et al., 2016). Hoewel de oorspronkelijke structuur van de RO DBT bestaat uit zowel individuele psychotherapie als vaardigheidstraining, ligt de nadruk op de vaardigheidstrainingen, die dan ook de voorkeur hebben boven individuele therapie als therapeuten beperkte middelen tot hun beschikking hebben. Met name de ontwikkeling van Group Radical Openness (GRO) (Booth et al., 2018) lijkt goed aan te sluiten bij het groepsdynamisch werken en het interpersoonlijke model van Yalom (Yalom & Leszcz, 2005). Group Radical Openness maakt vooral gebruik van de groepsdynamiek en het centraal stellen van de interactie tussen groepsleden als therapeutisch werkzame factor (De Haas, 2008). De Group Radical Openness is een integratie van de RO DBT-vaardigheidlessen en het interpersoonlijke en groepsdynamische werken, waarbij gebruik wordt gemaakt van de sociale cohesie van de groep en waarbij de focus ligt op het maken van verbinding, authentieke emotionele expressie, sociale signalen en flexibiliteit. Op deze wijze wordt aansluiting gevonden met de door Yalom beschreven belangrijke werkzame therapeutische factoren in een groepstherapie (Yalom & Leszcz, 2005). De Group Radical Openness lijkt dan ook een interessante insteek om het RO DBT model nog breder en mogelijk effectiever in te zetten binnen de GGZ. Toekomstig onderzoek is nodig om te onderzoeken of het gebruikmaken van de sociale cohesie en de onderlinge verbinding binnen de Group Radical Openness daad-



werkelijk even effectief of effectief genoeg is in vergelijking met de oorspronkelijke structuur van RO DBT waarin individuele behandeling en vaardigheidlessen gecombineerd worden. Daarnaast sluit meer onderzoek naar RO DBT bij (milde) cluster C persoonlijkheidsproblematiek aan bij de focus op overcontrole en de behoefte aan meer onderzoek naar evidence based behandelingen voor cluster C persoonlijkheidsproblematiek (Hutsebaut et al., 2018). Daarbij kan een vergelijking met bestaande behandelingen, zoals AFT, SFT, en ISTPD, voor deze doelgroep interessant zijn. Geconcludeerd kan worden dat het uitgangspunt van de RO DBT, waarbij het belang van groepen en sociale verbondenheid centraal staat, volledig aansluit bij het model van de interpersoonlijke groepstherapie zoals door

Yalom beschreven (Yalom & Leszcz, 2005). Recente ontwikkelingen in de vorm van Group Radical Openness maken de verbinding met het interpersoonlijke en groepsdynamische model en verdient meer aandacht binnen wetenschappelijk onderzoek en het huidige (transdiagnostische)behandelaanbod voor cliënten met gemeenschappelijke klachten van overcontrole en cluster C persoonlijkheidsproblematiek.

*Roelie Hempel is onderzoekspsycholoog en mede-eigenaar van Radically Open Ltd (radicallyopen.net). Contact: roelie@radicallyopen.net.*

*Salvatore Vitale is klinisch psycholoog-psychotherapeut en werkt bij GGZ Rivierduinen en in zijn eigen praktijk.*

## Literatuur

---

Barlow, D.H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L.R., Boswell, J.F., Ametaj, A., Carl, J.R., Boettcher, H.T. & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74, p. 875-884.

Blom, J. & Colijn, S. (2012). Klinische variant van mentaliserenbevorderende therapie voor patiënten met cluster A-persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(4), p. 377-382.

Boschloo L., Borkulo, C.D. van, Rhemtulla, M., Keyes, K.M., Borsboom, D. & Schoevers, R.A. (2015). The network structure of symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *PLoS ONE* 10(9). doi.org/10.1371/journal.pone.0137621.

Boone, R.T. & Buck, R. (2003). Emotional expressivity and trustworthiness: The role of nonverbal behavior in the evolution of cooperation. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(3), p. 163-182. doi:10.1023/a:1025341931128

Booth, R., Egan, R. & Gibson, J. (2018). Group Radical Openness (GRO). *The Behavior Therapist*, 41(3).

Chen, E.Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T.A., Gallop, R., Linehan, M., Bohus, M. & Lynch, T.R. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa - A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), p. 123-132. doi:10.1002/eat.22360

English, T. & John, O.P. (2013). Understanding the social effects of emotion regulation: The mediating role of authenticity for individual differences in suppression. *Emotion*, 13(2), p. 314-329. doi:10.1037/a0029847

Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom-Nelissen.

Hempel, R.J., Booth, R., Giblin, A., Hamilton, L., Hoch, A., Portner, J., Tomcik, N., Rushbrook, S.C., Simic, M., Hunt, K. & Wolf-Areholt, M. (2018). The implementation of RO DBT in clinical practice. *The Behavior Therapist*, 41(3), p. 161-173.

Hutsebaut, J. Willemsen, E.M.C. & Van, H.L. (2018). Tijd voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen: state of the art. *Tijdschrift voor psychiatrie* 60(5), p. 306-314.

Keogh, K., Booth, R., Baird, K., Gibson, J. & Davenport, J. (2016). The Radical Openness Group: A controlled trial with 3-month follow-up. *Practice Innovations*, 1(2), p. 129-143.

Kernis, M.H. & Goldman, B.M. (2006). A multicomponent conceptualization of authenticity: Theory and research. In M.P. Zanna (Ed.) *Advances in experimental social psychology*, Vol 38. (p. 283-357). San Diego, CA US: Elsevier Academic Press.

Korrelboom, K. (2017). De transdiagnostische benadering. *Directieve therapie*, 27(4), p. 248-272.

Lynch, T.R. (2018a). *Radically Open Dialectical Behavior Therapy skills manual*. Reno, NV: Context Press.

Lynch, T.R. (2018b). *Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. Reno, NV: Context Press.

Lynch, T.R., Cheavens, J.S., Cukrowicz, K.C., Thorp, S.R., Bronner, L. & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(2), p. 131-143. doi:10.1002/gps.1703

Lynch, T.R., Gray, K.L., Hempel, R.J., Titley, M., Chen, E.Y. & O'Mahen, H.A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: Feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13, 293. doi:10.1186/1471-244x-13-293

Lynch, T.R., Hempel, R.J. & Clark, L.A. (2015). Promoting radical openness and flexible control. In J. Livesley, G. Dimaggio, & J. Clarkin (Eds.), *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach* (p. 325-344). New York: Guilford Publications.

Lynch T.R., Hempel R.J., Whalley B., Byford S., Chamba R., Clarke P., Clarke S., Kingdon D., O'Mahen H., Remington B., Rushbrook S.C., Shearer J., Stanton M., Swales M., Watkins A. & Russell I.T. (2018). Radically open dialectical behaviour therapy for refractory depression: The RefraMED RCT. *Efficacy and Mechanism Evaluation*, 5(7), <https://doi.org/10.3310/eme05070>.

Lynch T.R., Hempel R.J., Whalley B., Byford S, Chamba R., Clarke P., Clarke S., Kingdon D., O'Mahen H., Remington B., Rushbrook S.C., Shearer J., Stanton M., Swales M., Watkins A. & Russell I.T. (2019). Refractory depression – mechanisms and efficacy of radically open dialectical behaviour therapy (RefraMED): Findings of a randomised trial on benefits and harms. *British Journal of Psychiatry*, DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.53>

Lynch, T.R., Morse, J.Q., Mendelson, T. & Robins, C.J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11(1), p. 33-45.

Lynch, T.R., Whalley, B., Hempel, R.J., Byford, S., Clarke, P., Clarke, S., Kingdon, D., O'Mahen, H., Russell, I.T., Shearer, J., Stanton, M., Swales, M., Watkins, A. & Remington, B. (2015). Refractory depression: mechanisms and evaluation of radically open dialectical behaviour therapy (RO-DBT) [REFRAMED]: protocol for randomised trial. *BMJ Open*, 5. doi:10.1136/bmjopen-2015-008857

Porges, S.W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), p. 123-146.

Porges, S.W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior*, 79(3), p. 503-513.

Riso, L.P., Miyatake, R.K. & Thase, M.E. (2002). The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *Journal of Affective Disorders*, 70(2), p. 103-115.

Simic, M., Stewart, C., Bottrill, S., Zirit, M. & Hunt, K. (2017). *Radically Open Dialectical Behavior Therapy for adolescents following partial response to family therapy for anorexia nervosa*. Paper presented at the Annual Conference Academy of Eating Disorders, ICED, Prague.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of Group Psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

Zucker, N.L., Losh, M., Bulik, C.M., LaBar, K.S., Piven, J. & Pelphrey, K.A. (2007). Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: Guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychological Bulletin*, 133(6), p. 976-1006.

.....