

NEWSLETTER

#1 October 2024



In elk begin zit magie!!!

Als voorzitter van de pas opgerichte European DBT Association (EDBTA) voel ik me een beetje trots en ook blij dat ik kan schrijven: U houdt de eerste nieuwsbrief van de EDBTA in uw handen. De nieuwsbrief zal maandelijks verschijnen. Hij is oorspronkelijk in het Engels geschreven en moet in bijna

alle Europese talen worden vertaald. Nieuwe technologieën en oude dromen maken dit mogelijk. Deze nieuwsbrief is een symbool, of beter, een eerste concrete realisatie van de ideeën van de EDBTA: het creëren van een platform waarop DBT zich kan ontwikkelen en bloeien, en waarop geïnteresseerden elkaar kunnen verrijken.

Jullie weten allemaal dat Dialectische Gedragstherapie (DBT) de afgelopen decennia is uitgegroeid tot een effectieve behandelmethode voor verschillende psychische stoornissen, in het bijzonder voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. Het is wetenschappelijk goed bewezen en in de meeste Europese landen zijn er organisaties die de verspreiding van DBT bevorderen. Deze processen lopen echter nogal uiteen. Er zijn landen met meer dan duizend getrainde en gecertificeerde DBT-therapeuten, inclusief gevestigde trainingssystemen, en er zijn landen waar een paar toegewijde individuen werken om de eerste ideeën van DBT te verspreiden. De eerste groep zou baat kunnen hebben bij het uitbreiden van hun contacten en kennis over Europa, de verschillende gezondheidszorgsystemen en de verschillende culturele aspecten. De laatste zouden moeten profiteren van de ervaring en het materiaal van de hoogontwikkelde DBT-landen. Voor dit doel kan een platform voor de uitwisseling van kennis, onderzoek en beste praktijken een drijvende kracht zijn. Om deze reden is de European DBT Association (EDBTA) opgericht.

De EDBTA heeft verschillende hoofddoelstellingen:

Netwerken: Door het creëren van een Europees netwerk wil de EDBTA interdisciplinaire uitwisseling tussen professionals, onderzoekers en praktijkmensen binnen Europa bevorderen. Dit moet helpen om behandelmethoden verder te ontwikkelen en ervaringen te delen.

Bevorderen van trainingsrichtlijnen: De EDBTA zet zich in voor het creëren van richtlijnen voor hoogwaardige trainingsprogramma's voor therapeuten en professionals om ervoor te zorgen dat DBT wordt toegepast volgens de laatste wetenschappelijke standaarden.

Onderzoek en ontwikkeling: De EDBTA is van plan onderzoeksprojecten te ondersteunen die zich richten op de effectiviteit en aanpasbaarheid van DBT in verschillende culturele en sociale contexten.

Public relations: Een ander doel van de EDBTA is om het publiek bewuster te maken van psychische aandoeningen en het belang van evidence-based therapie zoals DBT. Dit zou moeten helpen om stigma's te verminderen en acceptatie van geestelijke gezondheid te bevorderen.

De officiële oprichting van de EDBTA vond online plaats op 16 oktober 2023. Tijdens dit evenement kwamen professionals uit verschillende Europese landen bijeen om de visie en missie van de nieuwe organisatie te bespreken. Daarnaast werd een handvest opgesteld dat de basis legt voor lidmaatschap en organisatiestructuren. We besloten dat geen individuen, maar alleen nationale DBT-verenigingen lid kunnen worden en dat de vertegenwoordigers van deze verenigingen het beslissende orgaan vormen: de algemene ledenvergadering.

NEWSLETTER

#1 October 2024



De Algemene Ledenvergadering kiest een bestuur van 5 tot 7 leden, inclusief de voorzitter, de secretaris en de penningmeester. Het bestuur treedt na drie jaar af. Dit zijn de normale vereisten voor statuten. De EDBTA is in Duitsland geregistreerd als een Europese non-profit organisatie. Maar dit zijn slechts formaliteiten. Zoals elke organisatie is de EDBTA afhankelijk van de inzet van haar leden, de nationale verenigingen. Zij zijn degenen die het werk doen waar we allemaal van profiteren. De EDBTA is een overkoepelende organisatie die zoveel mogelijk ondersteuning en zo min mogelijk controle wil bieden. Dit moet ook tot uiting komen in de nieuwsbrieven. De nationale organisaties domineren hier. Elke keer zullen twee landen zich voorstellen en verslag doen van hun zeer specifieke ontwikkelingen in DBT.

Waarom beginnen we met Polen? Niet alleen omdat Magdalena Szuka uit Polen komt en de meest geweldige DBT secretaresse ter wereld is, maar ook omdat de Poolse DBT Association heeft toegezegd het eerste Europese DBT Congres in Gdansk te organiseren. Dit kan vrij achteloos door de organisatie uit handen te geven aan een congresbureau. Daar betaal je een hoge prijs voor en de deelnemers nemen het op zich. Maar als we het DBT Congres aantrekkelijk willen maken voor deelnemers uit lage inkomenslanden, moeten we de prijzen laag houden en zoveel mogelijk zelf organiseren. En dat is wat de Polen hebben besloten te doen, en daarvoor verdienen ze een ereplaats in de nieuwsbrief. Het tweede land dat zich voorstelt is Oekraïne. Je kunt je voorstellen waarom. We weten allemaal dat het land al meer dan twee jaar een verschrikkelijke verdedigingsoorlog voert en dat het alle steun nodig heeft die we het kunnen geven. En het feit dat DBT onder al deze omstandigheden wordt gebouwd en ontwikkeld is meer dan opmerkelijk.

DBT is gebaseerd op duidelijke principes en regels, maar is nooit statisch. Integendeel, het is onderhevig aan een zacht maar toenemend proces van verandering. Om dit te kunnen doen, is het zeker nuttig om voortdurend op de hoogte te blijven van de belangrijkste onderzoeksresultaten op het gebied van DBT, borderlinestoornis en aanverwante stoornissen. Daarom hebben we de rubriek 'Research Digest' in het leven geroepen. Hier vind je uitgebreide samenvattingen van de meest interessante publicaties die betrekking hebben op ons werk. Maar uiteindelijk gaat het er altijd om dat onze cliënten de best mogelijke klinische praktijk wordt geboden. In de rubriek 'Practitioners Corner' wordt de klinische praktijk niet in de hoek gedrukt, maar staat deze in het middelpunt van de discussie.

Hartelijk dank aan onze twee auteurs, Romija Krezina en Jan Hilbig, voor hun geweldige werk. Ze zullen elke reactie en bijdrage zeker waarderen.

Namens alle leden van het EDBTA-bestuur willen we deze nieuwsbrief graag lanceren en een lang leven toewensen.

Prof. Martin Bohus, MD
President EDBTA



OCTOBER NEWS



www.edbta.eu

More information coming soon...

1st European DBT Congress

8-9-10 May 2025
Gdansk, Poland

www.edbta.eu

SAVE THE DATE!

De European DBT Association (EDBTA) is verheugd aan te kondigen dat het eerste Europese DBT Congres zal plaatsvinden van 8 tot 10 mei 2025 in de prachtige stad Gdansk, Polen. De Poolse Vereniging voor DBT (PTDBT) zal onze gewaardeerde mede-gastheer zijn. We nodigen alle leden van de DBT-gemeenschap uit Europa en daarbuiten, zowel ervaren collega's als nieuwkomers, van harte uit om zich bij ons aan te sluiten voor een echt internationaal wetenschappelijk programma, vol seminars, workshops en uitwisseling van ideeën, gekoppeld aan Poolse gastvrijheid en geweldig netwerken. Het congres zal worden gehouden in een hybride formaat, waarbij alle plenaire lezingen en een selectie van parallele sessies online beschikbaar worden gesteld. Aan het congres nemen vooraanstaande experts deel, waaronder Julieta Azavedo (Portugal), Martin Bohus (Duitsland), Ausias Cebolla (Spanje), Alan Fruzzetti (VS), Lars Mehlum (Noorwegen), Magdalena Skuza (Polen) en Michaela Swales (UK). Het programma begint met een pre-congres workshop en openingsceremonie op 8 mei, gevolgd door plenaire lezingen en netwerken in "The Grand Bazar", en wordt afgesloten met een welkomstreceptie. Op 9 mei biedt de conferentie plenaire sessies, parallele seminars en een netwerkfeest met livemuziek. De laatste dag, 10 mei, omvat nog meer parallele sessies en slotopmerkingen, met als hoogtepunt een post-congres workshop. Belangrijke workshops zijn onder andere DBT voor kinderen en gezinnen, middelengebruik, autismespectrumstoornissen, perinatale zorg, traumagerichte DBT, forensische zorg en DBT Tango! De conferentie biedt een uitgebreid platform voor het bespreken van de nieuwste ontwikkelingen in DBT en hun diverse toepassingen.

[More information on the congress can be found here.](#)

www.edbta.eu

COUNTRY INTRODUCTIONS



Polen

Tijdens het ESSPD Borderline Congres in Wenen in september 2016 kwamen veel vertegenwoordigers van DBT-gemeenschappen uit Europese landen bijeen om te praten over de vorming van een vereniging voor DBT in Europa. Twee enthousiaste therapeuten uit Polen waren uitgenodigd voor de bijeenkomst en ze waren sprakeloos toen ze zoveel wereldberoemde DBT-experts in één ruimte zagen. Terwijl ze luisterden naar Prof. Martin Bohus die de plannen van de toekomstige Europese DBT-verenigingen presenteerde en het model voor de ontwikkeling van het DBT-netwerk in heel Europa, met het trainings-, supervisie- en implementatieschema, werden ze gegrepen door het idee. Er waren slechts twee van hen uit Polen op het congres, maar ze waren sterk gemotiveerd om zo snel mogelijk een nationale vereniging op te richten, zodat ze zich konden aansluiten bij de Europese DBT-vereniging, waarvan ze geloofden dat die op dat moment in oprichting was. Na thuiskomst vormden ze de eerste groep leden en binnen 3 maanden werd de Poolse Vereniging voor DBT officieel geregistreerd bij de rechtbank, in december 2016 in Gdańsk. In de daaropvolgende jaren groeide de Poolse Vereniging voor DBT uit tot meer dan 200 volwaardige leden en vele aangesloten leden, organiseerde verschillende conferenties, seminars en trainingen en hielp DBT te promoten in verschillende instellingen. En 7 jaar later, in 2023, werd een van de allereerste leden, die verbaasd was over de visie van Martin Bohus en anderen op een Europees DBT-netwerk in 2016, een van de oprichtende leden van de daadwerkelijke European DBT Association en in 2025 zal Polen gastheer zijn voor het 1e Europese DBT-congres in de prachtige stad Gdansk.

400 leden

De Poolse Vereniging voor Dialectische Gedragstherapie is opgericht in december 2016. Onze vereniging heeft meer dan 400 gewone leden en aanvullende ondersteunende leden. De meeste van onze gewone leden zijn psychologen en psychotherapeuten, terwijl de ondersteunende leden voornamelijk patiënten en hun familieleden, niet-professionele Family Connections leiders en supporters van DBT-therapie zijn. Op dit moment bestaat het bestuur van de vereniging uit vijf leden: Magdalena Skuza (Voorzitter van het Bestuur), Anna Englert-Bator, Ph.D. (Vice-Voorzitter), Joanna Wiatr-Abramowska (Penningmeester), Katarzyna Sikora, Ph.D. (Secretaris), Magdalena Muracka-Tylko (Lid van het Bestuur).

Magdalena Skuza
resident of the Board



Hoe is de training georganiseerd?

Vanaf 2020 organiseren we jaarlijks een DBT Comprehensive Training met Prof. Alan Fuzzetti en het lokale trainingsteam. Deze jaarlijkse training bestaat uit 12 trainingsdagen in 4 delen. De training wordt gegeven in teamvorm, als deelnemers alleen naar de training komen, organiseren we ze in teams. Tussen de trainingssessies door werken de deelnemers in de teams met hun wekelijkse overlegvergadering en de lokale mentor houdt maandelijks toezicht op hun werk. Ter afsluiting van de training moeten de deelnemers hun individuele huiswerk (inclusief de casusformulering).

Wie heeft de leiding?



Anna Englert-Bator
Vice-President



COUNTRY INTRODUCTIONS



Polen

Advies voor anderen

Zoals Marsha Linehan zei: geef je doelen nooit op. Het belangrijkste bij het ontwikkelen van DBT in je eigen land is samenwerken als een team en meer mensen aanmoedigen om mee te doen. Het is de moeite waard om te netwerken met collega's uit het buitenland die ons kunnen ondersteunen, vooral in het beginstadium. En dit zal gemakkelijker gaan als je onthoudt dat je er altijd op kunt rekenen dat DBT-therapeuten dezelfde principes en vaardigheden volgen die ze hun patiënten leren: valideren, verstandig zijn en doen wat werkt. En er plezier in hebben!

Huidige uitdagingen

- Ons openbare geestelijke gezondheidssysteem bevordert geen evidence-based therapieën (en therapeuten) boven andere behandelingen, dus er zijn geen prikkels voor instanties om moeite te doen om programma's zoals DBT op regionaal of nationaal niveau te implementeren.
- Onze trainingen hebben een aanzienlijk aantal DBT-therapeuten opgeleverd, maar we hebben nog steeds zeer weinig consistente DBT-behandelingsprogramma's in het hele land.

Actieve plaatselijke therapieprogramma's

- De meeste DBT-programma's moeten in de privépraktijk worden opgezet (in privéklinieken voor geestelijke gezondheidszorg of vanuit de groep privépraktijken). Dit komt door de beperkingen van onze openbare geestelijke gezondheidszorg. We hebben uitgebreide ambulante DBT-programma's voor zowel volwassenen als jongeren, maar die zijn lokaal beschikbaar, niet nationaal.
- Binnen de publieke sector zijn er 3 bekende instellingen die uitgebreide DBT-programma's aanbieden: een openbaar ziekenhuis in Warschau dat een uitgebreid DBT-programma voor volwassenen aanbiedt, een openbare kliniek in Krakau die het DBT-programma voor dagelijkse behandeling voor adolescenten aanbiedt, en een programma voor een centrum voor de behandeling van middelengebruik en verslaving in Nowy Dworek. Er zijn andere openbare instellingen die langzaam elementen van DBT beginnen aan te bieden - meestal vaardigheidsgroepen buiten een uitgebreid programma. Deze ontwikkeling is echter eerder te danken aan de motivatie en het doorzettingsvermogen van individuele therapeuten dan aan systemische veranderingen.
- We willen graag wat licht werpen op het Family Connections programma, een gratis psycho-educatieve gezinsinterventie van 12 weken, ontwikkeld op basis van DBT. Family Connections is in Polen gegroeid als een interventie die onafhankelijk is van het DBT-programma (hoewel het dezelfde principes en vaardigheden deelt). Onze vereniging ontwikkelt het FC-programma in nauwe samenwerking met de National Alliance for BPD, VS, en de groei ervan in Polen is mogelijk dankzij de inzet en het harde werk van vrijwilligers die het programma onderwijzen en coördineren. Family Connections wordt in het hele land aangeboden in zowel particuliere als openbare instellingen.



Toekomstplannen

Onze directe plannen zijn het implementeren van een systeem van training, certificering en supervisie van DBT-teams volgens EDBTA-standaarden. We willen ook individuele therapeuten ondersteunen bij het vormen van DBT-teams en het uitvoeren van duurzame DBT-programma's. We zullen ook het Family Connections programma blijven ontwikkelen, zonder welk we ons DBT in Polen niet kunnen voorstellen. We zijn ook van plan om gespecialiseerde DBT-programma's te ontwikkelen - voor kinderen, adolescenten en gezinnen, evenals traumagerichte DBT-therapie. Daartoe nodigen we experts uit om in ons land te trainen en we zullen dan de programma's monitoren die hopelijk zullen ontstaan. We willen ook graag onderzoek starten naar DBT in ons land en staan open voor samenwerking met anderen op dit gebied.



COUNTRY INTRODUCTIONS



Oekraïne

Een belangrijke gebeurtenis die het begin markeerde van de ontwikkeling van DBT in Oekraïne was de conferentie in 2016 met Martin Bohus die DBT introduceerde bij Oekraïners. Het eerste programma (klassieke training voor specialisten) werd gehouden in Odessa, de leidende trainer was de in Oekraïne geboren Tetyana Reinhardt, die in Duitsland woont en in het team van prof. Martin werkt. Sindsdien organiseren het Duitse instituut AWP Freiburg en ons DBT Centrum Oekraïne in gezamenlijke samenwerking elk jaar een eenjarige training voor nieuwe therapeuten in Oekraïne. In 2019 zijn de eerste twee Oekraïense therapeuten geaccrediteerd. Zij studeren nu verder om DBT-trainers te worden en nemen als co-trainers deel aan de opleiding. We hopen dat er geaccrediteerde Oekraïenssprekende trainers en supervisors in Oekraïne komen, want lesgeven via vertaling brengt zijn eigen moeilijkheden en extra financiële lasten met zich mee. Ondanks alle moeilijkheden van de oorlog floreert DBT in Oekraïne. We zijn Martin Bohus en Tetyana Reinhardt dankbaar voor hun langdurige samenwerking en onschatbare bijdrage aan de ontwikkeling van DBT in Oekraïne.

67 leden

De Oekraïense Vereniging voor Dialectische Gedragstherapie (UADBT) werd opgericht in 2019 en heeft nu 67 leden. De leden van de vereniging zijn onder andere: psychologen, psychiaters, psychotherapeuten die zijn opgeleid in de DBT-methode. Voorzitter – Yuliia Padun, Vicevoorzitter – Yuliia Dzhezhelii. We zijn van plan om dit voorjaar onze eerste conferentie van de Oekraïense Vereniging online te houden en vertegenwoordigers van de Europese Vereniging uit te nodigen. We zullen de vereniging blijven ontwikkelen en nieuwe therapeuten opleiden.



Wat zijn je plannen voor de toekomst?

De Oekraïense vereniging is van plan een conferentie te houden en sprekers uit te nodigen die lid zijn van de Europese vereniging. We zouden heel graag zien dat DBT zich verder ontwikkelt in Oekraïne: dat er Oekraïens sprekende trainers en supervisors komen, zodat DBT zich sneller kan ontwikkelen in Oekraïne, zeker gezien de dringende behoefte aan specialisten tijdens en na de oorlog.

Wie heeft de leiding?

Yuliya Padun
President of UADBT



Yuliia Dzhezhelii
Vice-president of UADBT



COUNTRY INTRODUCTIONS



Oekraïne

Huidige uitdagingen

- Momenteel zijn er geen Oekraïens sprekende trainers en supervisors die training en supervisie in het Oekraïens kunnen geven, wat de ontwikkeling van DBT in Oekraïne belemmert.
- Er is geen verzekering, mensen betalen hun therapie volledig zelf.
- Er is een oorlog gaande, dus we vragen geen lidmaatschapsgeld.

Hoe is de training georganiseerd?

Basisopleidingen voor specialisten vinden elk jaar plaats. De trainingen worden gegeven door Tetyana Reinhardt van het AWP Freiburg Instituut (als hoofdtrainer) in het Russisch of Duits met simultane vertaling naar het Oekraïens, Yuliia Padun en Yuliia Dzhezhelii (als co-trainers) in het Oekraïens. De training wordt georganiseerd door het DBT Centrum Oekraïne, opgericht door Yuliia Dzhezhelii en Yuliia Padun.



Actieve lokale therapieprogramma's

- DBT-vaardigheidstraining. Online. 5 groepen elke zes maanden. Mensen bekostigen de training zelf.
- Individuele therapie. Persoonlijk, online. Mensen bekostigen de therapie zelf.
- Vergaderingen van therapeuten.
- DBT- en DBT-PTSS-trainingen voor psychologen. Online. Gegeven door Tetyana Reinhardt (als hoofdtrainer), Yuliia Padun en Yuliia Dzhezhelii (als co-trainers). Psychologen bekostigen de training zelf.
- Educatieve trainingen voor psychologen in de DBT-C-methode (DBT voor kinderen), DBT-basisprincipes, DBT-training voor ouders. Online. Gegeven door Francheska Perepletchikova (als hoofdtrainer), Yuliia Padun en Yuliia Dzhezhelii (als co-trainers). Psychologen betalen niet voor de training. Francheska Perepletchikova biedt Oekraïense deelnemers de mogelijkheid om gratis deel te nemen.



RESEARCH DIGEST



De geleefde ervaring van Franse ouders met betrekking tot de diagnose van hun kinderen met een borderline persoonlijkheidsstoornis

Léa Villet, Abtine Madjlessi, Anne Revah-Levy, Mario Speranza, Nadia Younes, and Jordan Sibéoni. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2024 Jul 11(1): 13. Doi: 10.1186/s40479-024-00258-z

Deze studie

Deze kwalitatieve studie, uitgevoerd in Frankrijk door de vereniging Family Connections in Versailles, onderzocht de ervaringen van 21 ouders van wie de kinderen de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD) kregen op de leeftijd van 14 tot 25 jaar.

- 25 jaar oud. De deelnemers werden gerekruteerd uit degenen die het Family Connections programma hadden voltooid, een psycho-educatieve interventie voor gezinnen van personen met BPD. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen volgens de IPSE-methode

(inductief proces om de structuur van geleefde ervaringen te analyseren) om de geleefde ervaringen van deze ouders te onderzoeken. Volgens de auteurs had geen enkele eerdere kwalitatieve studie zich specifiek gericht op deze populatie in de context van de diagnose BPD. Het onderzoek was gericht op het begrijpen van de uitdagingen waarmee ouders worden geconfronteerd bij het ontvangen van de diagnose, hun reacties daarop en de steun die ze nodig hebben.

Belangrijkste bevindingen

- Ouders meldden aanzienlijke vertragingen en uitdagingen bij het verkrijgen van een BPD-diagnose voor hun kinderen, waarbij verschillende andere diagnoses werden verkregen, zoals depressie, bipolaire stoornis, eetstoornissen en middelenmisbruikstoornis. Vaak was de ontvangen informatie tegenstrijdig of onvoldoende. Ouders verklaren dat psychiaters: “vaag spraken over een borderlinestoonis, waarna ze teruggingen naar bipolariteit” en ‘ik kan me in vier jaar geen enkele keer herinneren dat een diagnose zelfs maar als hypothese werd overwogen’.
- Ouders beschreven verschillende ervaringen bij het krijgen van de diagnose, vaak informeel en weinig gedetailleerd. Velen voelden opluchting toen ze eindelijk een naam hadden voor de aandoening van hun kind: “Ik was deze professional dankbaar dat hij het me vertelde... deze persoon heeft ons in zekere zin gered door woorden te geven aan een stoornis, want eindelijk vertelde iemand me wat mijn dochter had”, hoewel ze ook bezorgd waren over de implicaties: “Er zijn niet veel therapeuten en er is geen medicatie... Borderline is niet de gemakkelijkste weg”.
- Na de diagnose kregen ouders vaak te maken met ontoereikende ondersteuning en voortdurende communicatieproblemen met de gezondheidszorg. Ze meldden ook dat ze zich zorgen maakten over stigmatisering, zowel sociaal als binnen het gezondheidszorgsysteem, dat zorg voor de diagnose vaak weigerde.

Het onderzoek onderstreept de noodzaak van duidelijke, vroegtijdige en gedetailleerde communicatie bij het diagnosticeren van BPD bij kinderen. De bevindingen suggereren dat zorgverleners ouders vroeg in het diagnostische proces moeten betrekken en hen moeten informeren over hypothesen en verschillende diagnostische routes. Het is noodzakelijk om uitgebreide ondersteuning te bieden tijdens de behandeling van hun kind, door de tijd te nemen om de stoornis en de zorgen uit te leggen en door de tijd te nemen om ouders hierin te begeleiden. Zorgverleners moeten prioriteit geven aan transparante communicatie en vroegtijdige betrokkenheid van ouders bij het diagnostische proces van BPD.



RESEARCH DIGEST



De effectiviteit van Dialectische Gedragstherapie vergeleken met Schematherapie voor Borderline Persoonlijkheidsstoornis: Een gerandomiseerd klinisch onderzoek

Nele Assmann, Anja Schaich, Arnoud Arntz, Till Wagner, Philipp Herzog, Daniel Alvarez-Fischer, Valerija Sipos, Kamila Jauch-Chara, Jan Philipp Klein, Michael Hüppe, Ulrich Schweiger, Eva Fassbinder, *Psychother Psychosom.* 2024 Aug; 93(4): 249-263. doi: 10.1159/000538404

Deze studie

Deze gerandomiseerde klinische studie, uitgevoerd in een gespecialiseerd behandelcentrum verbonden aan de Universiteit van Lübeck in Duitsland, vergeleek de behandelresultaten van 164 personen met borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD) in twee behandelgroepen.

De ene groep kreeg DBT en de andere schematherapie (ST). Beide groepen kregen 60 minuten individuele en 120 minuten groepstherapie per week gedurende een periode van 18 maanden. Volgens de auteurs was er geen enkel gerandomiseerd onderzoek dat

van deze behandelmethoden in een steekproef van deze of grotere omvang. Deelnemers aan het onderzoek waren ernstig ziek met een gemiddelde van 32,80 voor BPDSI score, een gemiddeld aantal van 7,26 BPD criteria (SCID-II), 3,99 comorbide SCID-I diagnoses en een gemiddelde van 1,35 comorbide SCID-II diagnoses. Tot de meest voorkomende comorbiditeiten behoorden angststoornissen, depressie, vermijdende, obsessief-compulsieve, histrionische en narcistische persoonlijkheidsstoornissen.

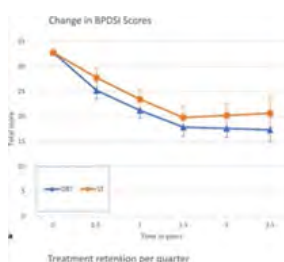
De auteurs stelden in hun onderzoek de hypothese voorop dat ST superieur zou kunnen blijken aan DBT wat betreft het verbeteren van de kwaliteit van leven en het verminderen van de algemene symptoomernst en depressieve symptomatologie, terwijl DBT grotere positieve effecten zou kunnen hebben op suïcidaliteit, zelfbeschadiging en dissociatie.

Belangrijkste bevindingen

- Er was een significante afname van BPD-ernst bij 1 jaar follow-up uitgedrukt in de BPDSI-IV totaalscore met grote effectgroottes in zowel de DBT- als de ST-subgroepen.
- De effectgroottes binnen de groep voor de follow-up waren groot voor de BPD Checklist, Quick Inventory of Depressive Symptoms, Work and Social Adjustment Scale en WHODAS en klein tot groot voor de schaal voor dissociatieve symptomen en de WHO subschalen voor kwaliteit van leven.
- Uitvalpercentages waren vergelijkbaar laag in beide behandelarmen.
- Er werden geen significante verschillen gevonden in behandelresultaten tussen DBT en ST, maar er zou een extra non-inferiority trial nodig zijn om aan te tonen dat ST net zo effectief is als DBT.

Implicaties voor DBT-beoefenaars

- DBT en ST zijn beide geschikt en effectief voor zelfs zwaar getroffen individuen in termen van BPD.



Opmerking: Hoewel de studie een differentieel effectgrootte van 0,68 in het voordeel van DBT aantoont, kunnen bepaalde aspecten van de keuze van de auteur in de statistische methodologie de significantie van de bevindingen hebben beïnvloed. Effectgroottes: DBT: $d = 2,45$ ST: $d = 1,78$
Differentiële effectgrootte: 0,68



RESEARCH DIGEST



Gender- en Seksueel Geminderde Adolescenten in DBT: Een Reflexieve Thematische Analyse van Minderheidsspecifieke Behandelingsdoelen en Ervaring.

Jake Camp, Andre Morris, Helen Wilde, Patrick Smith, K A Rimes.
The Cognitive Behaviour Therapist. 2023;16:e36. doi:10.1017/S1754470X23000326

Deze studie

Deze kwalitatieve studie onderzoekt de ervaringen van gender- en seksueel geminderde (GSM) adolescenten in een standaard Dialectische Gedragstherapie (DBT) programma. De studie omvatte 14 deelnemers en was gericht op het identificeren van specifieke GSM-gerelateerde behandelbehoeften en uitdagingen waarmee deze jongeren tijdens DBT worden geconfronteerd. Door middel van Reflexieve Thematische Analyse brachten de onderzoekers drie belangrijke thema's aan het licht: Identiteit, Impact van anderen,

en het belang van het creëren van ruimte voor gender en seksuele identiteit binnen de therapie. De bevindingen zijn gerangschikt aan de hand van de hoofdthema's en bevatten aanbevelingen voor DBT-vaardigheden en -strategieën die problemen op deze gebieden aanpakken, zoals voorgesteld door het onderzoek.

deze gebieden, zoals voorgesteld door de deelnemers aan het onderzoek. Alles bij elkaar genomen benadrukt dit de behoefte aan GSM-specifieke ondersteuning in DBT, met deelnemers die manieren suggereren om therapeutische praktijken aan te passen om beter tegemoet te komen aan de behoeften van GSM adolescenten.

Belangrijkste bevindingen:

- **Identiteit.** Veel deelnemers rapporteerden veel verdriet en verwarring rond hun seksuele en genderidentiteit, vooral wat betreft genderidentiteit. Deze verwarring droeg bij aan psychische problemen zoals zelfbeschadiging en eetstoornissen. Geïnternaliseerde stigma's, waaronder homofobie en gendergerelateerde invalidatie, maakten het voor hen nog moeilijker om hun identiteit te accepteren. Deelnemers suggereerden dat DBT deze kwesties beter zou moeten aanpakken om zelfbewustzijn, zelfacceptatie en zelfexpressie te verbeteren, wat cruciaal is voor het verbeteren van hun geestelijke gezondheid. DBT-behandelstrategieën voor identiteit en zelfacceptatie zijn hier te vinden.
- **Invloed van anderen.** Deelnemers ervoeren een scala aan cis-heteroseksisme, van microagressies tot openlijke discriminatie, wat vaak van invloed was op hun geestelijke gezondheid. Misgendering, veronderstellingen over seksualiteit en stigmatisering (bijv. stereotypen over bisexualiteit) waren veel voorkomende ervaringen. Dit droeg bij aan gevoelens van ongeduldigheid en sociaal isolement. Wanneer deelnemers daarentegen acceptatie en begrip ervoeren, vooral binnen hun DBT-groepen, had dit een positieve invloed op hun welzijn. Velen benadrukten de noodzaak voor therapeuten om proactiever te zijn in het aanspreken en valideren van GSM-gerelateerde worstelingen in het licht van maatschappelijke vooroordelen. Verschillende deelnemers benadrukten het belang van contact met andere GSM-personen voor steun en bevestiging. Deel uitmaken van een gemeenschap hielp om hun ervaringen te normaliseren en bood verlichting tegen maatschappelijke afwijzing. Collegiale ondersteuning binnen de DBT-vaardigheidsgroep werd als nuttig ervaren, en sommige deelnemers uitten de wens om meer GSM-vertegenwoordiging te zien onder DBT-therapeuten. DBT-behandelstrategieën zijn hier toegankelijk.



RESEARCH DIGEST



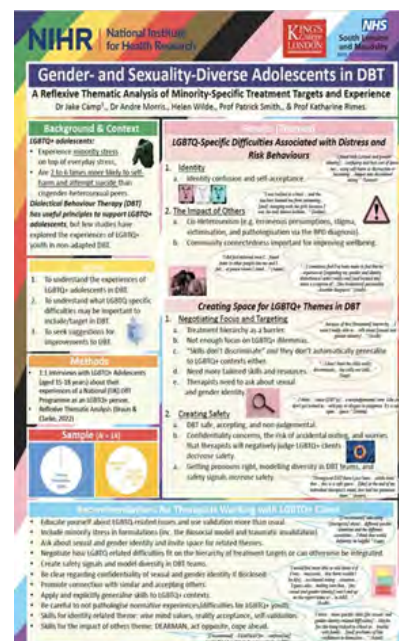
Het belang van het creëren van ruimte voor gender en seksuele identiteit binnen therapie. Veel deelnemers vonden dat de hiërarchie in de DBT-behandeling, die prioriteit geeft aan levensbedreigend gedrag, weinig ruimte liet om hun seksuele en genderidentiteiten te bespreken, ook al droegen deze in belangrijke mate bij aan hun leed.

en genderidentiteiten te bespreken, ook al droegen deze in belangrijke mate bij aan hun leed. Hoewel DBT-vaardigheden over het algemeen nuttig waren, vonden ze dat er onvoldoende aandacht was voor identiteitsgerelateerde worstelingen. Deelnemers raadden aan om GSM-gerelateerde inhoud expliciet op te nemen in de therapie en ervoor te zorgen dat therapeuten getraind zijn om deze kwesties effectief aan te pakken. Over het algemeen vonden de deelnemers dat DBT een veilige ruimte bood om hun identiteit te verkennen in vergelijking met andere therapeutische settings. Ze benadrukten echter ook dat het belangrijk is om ervoor te zorgen dat deze veiligheid wordt gehandhaafd door middel van respectvolle praktijken, zoals het consequent gebruiken van de juiste voornaamwoorden en het aanpakken van zorgen over vertrouwelijkheid. Sommige deelnemers maakten zich zorgen over het feit dat ze zouden worden ge-out of verkeerd beoordeeld, en stelden voor dat therapeuten de grenzen van vertrouwelijkheid zouden verduidelijken en routinematig zouden controleren hoe de identiteit van GSM-jongeren zich ontwikkelt.

De studie presenteert ook een reeks uitgebreide aanbevelingen voor de klinische praktijk bij het werken met adolescente patiënten die gediagnosticeerd zijn met GSM. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de input van de deelnemers aan het onderzoek en eerdere studies over dit onderwerp (Camp, 2023; Cohen et al., 2021; Skerven et al., 2019; Sloan et al., 2017; Tilley et al., 2022). Het artikel doet de volgende aanbevelingen, die hier in directe citaten worden gepresenteerd:

Algemene overwegingen:

- Overweeg de mogelijkheid van het pathologiseren van normatief gedrag, vooral bij de diagnose BPS (Borderline Persoonlijkheidsstoornis);
- Vergroot het gebruik van validatiestrategieën en de acceptatiekant van de dialectiek;
- Accepteer dat seksuele en genderidentiteit in de loop van de tijd kan veranderen;
- Werk aan je eigen identiteit, vooroordelen en blinde vlekken;
- Onderwijs jezelf over kwesties die te maken hebben met GSM;
- Vertrouw er niet te veel op dat GSM-mensen jou onderwijzen;
- Neem minderheidsstress en GSM-identiteiten op in het biosociale model en in de formulering van moeilijkheden;
- Overweeg de rol en impact van traumatische invalidatie;
- Houd rekening met de veiligheid van de cliënt bij het aanbrengen van veranderingen in cis-heteroseksistische omgevingen.



RESEARCH DIGEST



Veiligheid creëren in DBT:

- Wees duidelijk acceptierend, ondersteunend, open en niet-oordelend ten aanzien van GSM-identiteiten;
- Geef het goede voorbeeld en deel je eigen diversiteit waar passend;
- Maak de parameters van vertrouwelijkheid met betrekking tot seksuele/genderidentiteit duidelijk;
- Zorg ervoor dat cliënten therapie volgen vanuit een veilige locatie waar ze niet kunnen worden afgeluisterd;
- Wees duidelijk over waar gerelateerde informatie zal worden vastgelegd/verspreid, en wie er toegang tot heeft;
- Betrek ouders/verzorgers bij interventies om steun/validatie te vergroten (in overleg met de cliënt);
- Creëer veiligheidssignalen in de omgeving (bijvoorbeeld voornaamwoorden in e-mails, pridesymbolen, etc.);
- Bevorder sociale verbinding met gelijkgestemden en accepterende anderen;
- Doe moeite om voornaamwoorden en namen correct te gebruiken, en wees niet defensief als er fouten worden gemaakt (verwijs naar de feilbaarheids- en consistentieovereenkomst; Linehan, 1993).

Doelen en focus onderhandelen in DBT:

- Vraag naar seksuele en genderidentiteit, evenals naam en voornaamwoorden (waarbij duidelijk wordt gemaakt dat dit optioneel is);
- Bied optioneel ruimte voor moeilijkheden/dilemma's met betrekking tot seksuele- en genderidentiteit;
- Onderhandel samen over hoe ruimte te creëren als dit niet past binnen de traditionele doelstellingen;
- Overweeg hoe aanwijzingen, ervaringen en context met betrekking tot seksuele- en genderidentiteit en minderheidsstress passen in de hiërarchie van behandeldoelen, het bijhouden van dagkaarten, formuleringen (inclusief het transactionele biosociale model) en ketenanalyse;
- Pas vaardigheden expliciet toe en generaliseer deze naar relevante dilemma's;
- Neem relevante psycho-educatie en aanvullende vaardigheden op voor doelen die samenhangen met GSM (deze kunnen afkomstig zijn uit bronnen buiten het DBT-model, als ze niet bestaan binnen het DBT-model).” (Camp et al., 2024).

RESEARCH DIGEST



De Wijze Geest Balanceert het Abstracte en het Tastbare

Igor Grossmann, Johanna Peetz, Anna Dorfman, Amanda Rotella, Roger Buehler Open Mind (Camb) 2024; 8: 826-858. 28. doi: 10.1162/opmi_a_00149

Deze studie

In hun reeks onderzoeken, gepresenteerd in dit artikel, proberen Igor Grossmann (Universiteit van Waterloo) en collega's de wetenschappelijke conceptualisering van wijsheid te verdiepen. Het ontwerp van de studies is gebaseerd op het zogenaamde Common Wisdom Model. Verschillende bevindingen uit de sociale en gedragswetenschappen hebben mentale eigenschappen geïdentificeerd die zij schatten essentieel te zijn voor wijze beslissingen en perspectieven: 1) intellectuele bescheidenheid (d.w.z. het erkennen van de grenzen van eigen kennis), 2) openheid voor meerdere manieren waarop een kwestie zich zou kunnen ontfouwen en veranderen, 3) multiperspectiviteit op het voorliggende probleem, en 4) een zoektocht naar compromissen bij het oplossen van tegenstrijdige standpunten. Deze kenmerken zijn ook in verband gebracht met intra- en interindividueel welzijn, evenals met prosociale attitudes.



De auteurs wilden achterhalen hoe de representaties van sociale gebeurtenissen in iemands geest verband houden met deze eigenschappen van wijsheid. De twee belangrijkste vragen die ze in het artikel proberen te beantwoorden gaan over de rol van abstract en concreet denken en hun rol bij het vormen van een wijze geest: 1) Zijn abstracte en concrete mentale representaties tegengestelde posities op één spectrum, of komen ze veeleer voort uit twee verschillende categorieën? 2) Hoe dragen abstracte en concrete mentale representaties bij aan een hogere kwaliteit van wijsheid? De deelnemers aan het onderzoek (uit de VS en het VK) werd gevraagd om na te denken over persoonlijke en gestandaardiseerde sociale interacties.

Belangrijkste bevindingen:

- **Abstractheid** en concreetheid bleken twee verschillende, complementaire kenmerken van mentale representaties te zijn, in plaats van tegenovergestelde polen van één continuüm.
- **Wijze redenering** is een prestatie die wordt gevoed door zowel abstracte als concrete opvattingen.
- **Individen** die geassocieerd worden met een hoge mate van wijsheid, kunnen worden gekarakteriseerd door een groter gebruik van zowel abstracte als concrete thema's in vergelijking met de groep met lage wijsheid.
- **Deelnemers** die een groter evenwicht en vaker wisselen tussen deze typen opvattingen vertoonden, toonden een hogere mate van wijsheid. Een mogelijke verklaring kan zijn dat flexibel schakelen leidt tot multiperspectiviteit in een gegeven situatie.

Mogelijke klinische implicaties

- De bevindingen vullen het concept van de wijze geest aan dat wordt gebruikt in DBT, waarbij de aandacht wordt gevestigd op een ander aspect dat betrokken is bij een verruimd perspectief op een situatie: de wisselwerking tussen zeer unieke, momentane en specifieke emotionele reacties en feiten (concrete opvattingen) en algemene principes en hulpmiddelen (waarden en vaardigheden) waartoe het individu toegang heeft.

RESEARCH DIGEST



- Zich bewust zijn van deze schijnbaar even waardevolle niveaus van perceptie kan zowel de therapeut als de cliënt helpen om ten minste enkele van de aanwezige dialectische dilemma's te begrijpen en op te lossen.

“Stel je voor dat je je eerste reis naar Parijs plant. Terwijl je je ogen sluit, komen generieke beelden die je in talloze films hebt gezien in je op: de Eiffeltoren, croissants, of misschien het Louvre. Zodra je je ogen opent, begin je na te denken over specifieke stappen om je droom te realiseren: prijzen onderzoeken bij het boeken van je vlucht, het weer controleren om kleding voor te bereiden, en de stadskaart bestuderen wanneer je het hotel reserveert. Het eerste betreft het antwoord op de vraag ‘waarom’ je naar Parijs zou willen gaan—namelijk, de algemene wenselijkheid. Het laatste betreft de ‘hoe’ van zo’n reis—oftewel de specifieke stappen die het mogelijk maken om er te komen. Dit zijn verschillende manieren om over hetzelfde te denken: de ene is meer abstract, de andere is meer concreet. Welke manier leidt tot een wijzer oordeel? Wij stelden dat dit wellicht de verkeerde vraag is. In lijn met recente theoretische ontwikkelingen in de cognitieve en sociale wetenschappen, hebben wij voorgesteld dat wijze reflecties profiteren van een combinatie van zowel abstracte als concrete mentale representaties.” (Grossmann et al., 2024)

PRACTITIONERS CORNER



Sheri van Dijk over de vaardigheid van zelfvalidatie

Om het concept van zelfvalidatie iets makkelijker te maken voor cliënten, splits ik het op in drie niveaus:

- 1. Erkennen:** Het meest basale niveau van zelfvalidatie is simpelweg het erkennen van de aanwezigheid van de emotie in plaats van deze te beoordelen; bijvoorbeeld, jezelf vertellen: “Ik voel me ongelukkig.” Gewoon het erkennen of benoemen van de emotie en een punt aan het einde van de zin zetten, in plaats van de emotie te beoordelen, valideert de emotie.
- 2. Toestaan:** Het tweede niveau van zelfvalidatie is toestaan, wat in wezen betekent dat je jezelf toestemming geeft om de emotie te voelen; bijvoorbeeld, jezelf vertellen: “Het is oké dat ik me ongelukkig voel.” Dit gaat een stap verder dan het niet beoordelen van de emotie en bevestigt dat het oké is om je zo te voelen. Dit betekent niet dat je de emotie leuk vindt of dat je wilt dat deze blijft hangen; het betekent gewoon dat je erkent dat je het recht hebt om de emotie te voelen.
- 3. Begrijpen:** Het hoogste (en moeilijkste) niveau van zelfvalidatie is begrijpen. Dit niveau, dat verder gaat dan het niet beoordelen van de emotie en zeggen dat het oké is om het te voelen, houdt in dat je het begrijpt; bijvoorbeeld, “Het is begrijpelijk dat ik me ongelukkig voel, gezien de moeilijkheden die ik heb met het beheersen van mijn emoties en de chaos die dit veroorzaakt in mijn relaties en mijn leven.

De meeste cliënten met emotionele dysregulatie hebben een levenslang patroon van zelf-invalidatie, dus het is logisch dat dit meestal een zeer uitdagende vaardigheid voor hen is. Het is waarschijnlijk dat ze in het begin de meeste emoties op het eerste niveau zullen zelf-valideren—het erkennen van de emotie—en dat zelfs dit voor velen van hen moeilijk zal zijn. Maar na verloop van tijd zullen ze in staat zijn om door te gaan naar het volgende niveau, en daarna het volgende. Het is ook natuurlijk dat mensen in een ander tempo vooruitgaan met verschillende niveaus en emoties. Sommige emoties zijn gemakkelijker te valideren dan andere.

Het is vaak nuttig voor cliënten om een lijst van validerende uitspraken op te stellen die ze kunnen lezen wanneer ze merken dat ze zichzelf aan het invalideren zijn. Onlangs werkte ik met een cliënt die BPS heeft en regelmatig denkt dat ik haar ga verlaten. Wanneer deze angsten voor verlatenheid opkomen, invalideert ze zichzelf vaak met gedachten zoals: ‘Het is belachelijk; ik zou dit nu beter moeten kunnen beheersen’ of ‘Ik ben een volwassen vrouw. Ik zou me zo niet meer moeten voelen. Waarom kan ik hier niet overheen komen?’

Ik hielp haar om een lijst met zelf-validerende uitspraken te maken die ze kan gebruiken wanneer deze gevoelens zich voordoen. Hier zijn enkele voorbeelden van wat we hebben bedacht:

- Ik voel me angstig over het feit dat Sheri me verlaat. (niveau 1)
- Het is oké dat ik me zo voel. (niveau 2)
- Ik maak me zorgen dat Sheri me zal verlaten. Het is ongemakkelijk, maar het is wat het is. (niveau 2)
- Het is begrijpelijk dat ik angstig word over Sheri die me verlaat, vanwege de relaties die ik gedurende mijn leven ben verloren. (niveau 3)
- Het is begrijpelijk dat ik angstig word dat mensen me verlaten, vanwege het misbruik en de verwaarlozing die ik als kind heb ervaren. (niveau 3)



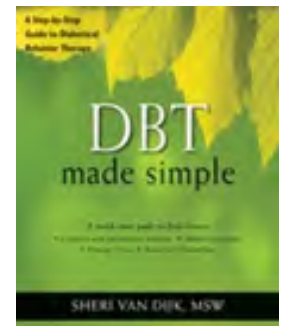
PRACTITIONERS CORNER



Begin met het opstellen van een lijst van zelf-validerende uitspraken met cliënten tijdens de sessie en laat ze dit vervolgens als huiswerk verder uitwerken. Bespreek in de volgende sessie de lijst om te zien wat ze eventueel hebben kunnen toevoegen. Veel cliënten vinden het moeilijk om dit zelfstandig te doen, maar hopelijk kunnen ze één of twee extra uitspraken bedenken. Laat cliënten deze lijst bij zich dragen, zodat ze de uitspraken kunnen lezen wanneer ze merken dat ze hun emoties aan het invalideren zijn. Op deze manier zullen ze na verloop van tijd in staat zijn om de manier waarop ze tegen zichzelf spreken over hun gevoelens te veranderen, in plaats van terug te vallen in oude, vertrouwde patronen van negatieve zelfpraat en oordelen.

Meer over dit thema:

DBT Made Simple: A Step-by-Step Guide to Dialectical Behavior Therapy
Van Dijk, S. (2013). New Harbinger Publications ISBN: 1608821668, 9781608821662.



EDITORIAL



www.edbta.eu

Editor

European Dialectical Behaviour Therapy Association, e.V. (EDBTA) www.edbta.eu
Großtalstraße 53, 79117 Freiburg im Breisgau

Editorial office:

dissemination@edbta.eu

dissemination@edbta.eu



Romija Krezina



Jan Hilbig

Meet the EDBTA board:



President:
Prof. Martin Bohus



Secretary:
Prof. Magdalena Skuza



Treasurer:
Wolfdieter Scheinecker

www.edbta.eu