

Vaardigheidstraining DGT om emotieregulatie bij mensen met een LVB te verbeteren: Een procesevaluatie

Annemarie van Vonderen¹

¹ Psychotherapeut en Senior Onderzoeker, Pluryn – avonderen@pluryn.nl

SAMENVATTING

Onderhavige procesevaluatie onderzoekt de toepassing van de Vaardigheidstraining Dialectische gedragstherapie (DGT) als behandeling voor mensen met een licht verstandelijke beperking en emotieregulatieproblemen die zich uiten in zelfbeschadigend, suïcidaal of agressief gedrag. Doelstelling van deze studie was te onderzoeken of de interventie op de juiste wijze en naar tevredenheid is uitgevoerd, deelname en uitval te onderzoeken en potentiële effectiviteit in kaart te brengen. Deelnemers en trainers werden middels vragenlijsten en interviews gevraagd naar hun ervaringen met de Vaardigheidstraining DGT. Gedurende een tijdperiode van 8 maanden werden deelname en uitval gemonitord. Tot slot werden met het Veranderinterview van Elliott (2002) en een voor- en nameting de potentiële effectiviteit in kaart gebracht. Bevindingen laten zien dat er een uitval was van 25%. De Vaardigheidstraining DGT werd door deelnemers beoordeeld als gebruiksvriendelijk. De trainers beoordeelden de Vaardigheidstraining DGT ook als goed uitvoerbaar. Deelnemers vermeldden psychische en gedragsmatige verbeteringen, dit kon echter niet bevestigd worden middels de vragenlijsten.

INLEIDING

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben problemen met het begrijpen, verwerken en generaliseren van nieuwe kennis (American Psychiatric Association, 2013). Er is tevens een vergrote kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van psychopathologie zoals bijvoorbeeld depressie, PTSS of persoonlijkheidsstoornis (ten opzichte van mensen zonder een LVB) (Emerson, 2003). In 10 tot 20% van de populatie mensen met een verstandelijke beperking worden probleemgedragingen zoals zelfbeschadigend, suïcidaal en agressief gedrag waargenomen (Davies & Oliver, 2013). De impact van de psychopathologie en gedragsproblemen op de persoon zelf zijn groot; het algeheel welbevinden is beperkt, ook het sociaal functioneren wordt hierdoor beperkt en problemen met eigenwaarde worden waargenomen.

Eerder werd verondersteld dat mensen met een LVB noch de cognitieve, noch de taalcapaciteiten hebben om van psychologische behandelingen te profiteren (Sturmey, 2014). Inmiddels is er meer kennis opgedaan over wat er nodig is om een behandeling op maat te bieden voor mensen met een LVB. Aanpassingen die onder andere van belang zijn, zijn het vereenvoudigen van taal, abstracte concepten meer concreet maken en meer richten op

gedrag dan op cognitieve interventies (Patterson et al., 2020).

Dialectische gedragstherapie (DGT) is oorspronkelijk ontwikkeld door Marsha Linehan (2002) om suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag te behandelen bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. DGT is een van de meest onderzochte behandelvormen en heeft zijn effectiviteit bewezen in diverse RCT-onderzoeken (DeCou et al., 2019; Stoffers-Winterling et al., 2012). Linehan (2002) gaat uit van emotiedisregulatie als onderliggend kernprobleem van de probleemgedragingen.

DGT is een behandelprogramma dat gedragstherapie combineert met Zen. Zen is een vorm van boeddhisme wat sterk de nadruk legt op concentratie- meditatie waaronder bijvoorbeeld mindfulness te plaatsen is. Met de gedragstherapie wordt de nadruk gelegd op verandering, terwijl met Zen de nadruk gelegd wordt op acceptatie. DGT bevat vier behandelcomponenten: individuele coaching, telefonische consultatie en vaardigheidstraining zijn de behandelcomponenten voor de client; het consultatieteam is er als een vorm van intervisie voor de behandelaren. Centraal element in DGT is het gegeven dat mensen met emotieregulatieproblemen vaardigheden dienen aan te leren om met emoties om te gaan en deze vervolgens te

generaliseren naar hun eigen leefomgeving. Het vergroten van de capaciteiten van de persoon met emotieregulatieproblemen is dan ook een sleutelcomponent. In DGT is de vaardigheidstraining in de groep de behandelcomponent gericht op het vergroten van vaardigheden om anders met emoties om te gaan (Swales & Dunkley, 2020).

De laatste jaren wordt ook bij mensen met een LVB en emotieregulatieproblemen DGT geboden en begint er meer onderzoek plaats te vinden naar effectiviteit van deze behandeling. Een review van McNair et al. (2016) laat zien dat de resultaten van het onderzoek naar DGT bij mensen met een LVB voorzichtig geïnterpreteerd dienen te worden doordat er beperkingen zijn in de onderzoeksmethodologie.

Brown (2019) heeft, onder de naam ‘Skills System’, een aangepaste DGT-vaardigheidstraining beschreven specifiek voor mensen met een LVB. Hierin wordt onder andere visuele ondersteuning gebruikt, taal vereenvoudigd en complexe concepten worden opgedeeld (Brown, 2019). Deze Vaardigheidstraining DGT is in 2019 in het Nederlands vertaald door Wies van den Bosch, in samenwerking met het DGT-kernteam van Pluryn, en is daarmee toegankelijk geworden voor gebruik in Nederland. De aangepaste Vaardigheidstraining DGT heeft als doel om behandeling te bieden aan mensen met een LVB en emotieregulatieproblemen die zich uiten in zelfbeschadigend, suïcidaal dan wel agressief gedrag.

Een procesevaluatie laat zien of de interventie op de juiste wijze en naar tevredenheid is uitgevoerd en hoe de interventie werkt in de praktijk: Wat gaat goed en wat gaat er (nog) minder goed? Het geeft ook inzicht in de ervaringen van degenen die de interventie uitvoeren en van de deelnemers aan de interventie. De uitkomsten van een procesevaluatie maken het mogelijk de interventie te verbeteren en daadwerkelijke toepassing in de dagelijkse praktijk te vergroten. Jones et al. (2021) hebben een haalbaarheidsstudie uitgevoerd waarbij ze een aangepaste DGT boden aan mensen met een licht tot matig verstandelijke beperking. Een single case blind mixed methods design werd gebruikt waarbij 10 deelnemers de aangepaste DGT ontvingen en 10 deelnemers in een controleconditie zaten. De resultaten laten zien dat de aangepaste DGT toepasbaar was en deelnemers en hun begeleiders tevreden waren met de geleverde behandeling. Deelnemers waren over het algemeen tevreden over de geleerde vaardigheden en het leren in een groep. Enkele deelnemers benoemden de interacties in de groep als uit-

dagend, wat een negatieve invloed had op hun ervaring in het deelnemen aan een groep.

Er is voor zover ons bekend in Nederland niet eerder een aangepaste Vaardigheidstraining DGT uitgevoerd bij cliënten met een LVB, noch een procesevaluatie naar de toepassing daarvan. Het hier beschreven onderzoek wil antwoord geven op de volgende vragen:

- Wat is het deelnamepercentage, wat is het uitvalpercentage?
- Wat zijn de ervaringen van deelnemers met de uitvoering van de Vaardigheidstraining DGT?
- Wat zijn de ervaringen van trainers met de uitvoering van de Vaardigheidstraining DGT?
- Welke potentiële effectiviteit van de Vaardigheidstraining DGT kan worden vastgesteld?

METHODE

Deelnemers en setting

De studie is van september 2021 tot april 2022 uitgevoerd binnen een organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking. In deze periode namen 20 personen deel aan de Vaardigheidstraining DGT. 15 van hen gaven toestemming voor deelname aan deze studie. Zie [Tabel 1](#) voor de demografische gegevens van de deelnemers. Alle deelnemers functioneerden op licht verstandelijk beperkt niveau, uitgedrukt in IQ 50–70 (LVB) of IQ 70–85 (zwakbegeerdheid) met bijkomende problematiek.

Tabel 1: Informatie over deelnemers

Deelnemers	Gemiddelde leeftijd (range)	Aantal deelnemers per IQ-range	Hoofddiagnose
3 Man	35 (24–48)	IQ 50–70 1 IQ 70–85 2	1 Bipolaire stoornis 1 Autisme SS 1 Impulsbeheersing
12 Vrouw	28 (16–54)	IQ 50–70 5 IQ 70–85 7	3 PTSS 2 Borderline PS 3 Autisme SS 1 Hechtingstoornis 1 Impulsbeheersing

Interventie

De ethische commissie van de zorgorganisatie heeft toegestemd in de uitvoering van dit onderzoek.

Een consultatieteam bestaande uit 2 vaktherapeuten, 3 gedragswetenschappers en 1 psychiater boden Vaardigheidstraining DGT. Een reeks van de Vaardigheidstraining

DGT bestaat uit 12 bijeenkomsten. De Vaardighedentraining DGT wordt doorlopend aangeboden. Deelnemers kunnen op het moment van de start van een nieuwe reeks in- en uitstromen. Bij aanvang wordt geadviseerd de training 2x te doorlopen. De eerste keer is alle informatie nieuw en bij een tweede ronde kan de informatie meer eigen worden gemaakt. Meerdere deelnames is mogelijk zolang de deelnemer vaardigheden aan het ontwikkelen en aan het eigen maken is.

Er is binnen de zorgorganisatie één vaardigheden-groep voor ambulante aangemelde deelnemers en twee vaardighedengroepen voor deelnemers in 24-uurs zorg (een groep gericht op 20-plussers en een groep gericht op 20-minners). De Vaardighedentraining DGT wordt geboden aan de hand van het Nederlandse handboek “Emotieregulatievaardigheden voor verstandelijk beperkte cliënten” (Brown, 2019). Hierin staan sessiebijeenkomsten uitgewerkt. Elke bijeenkomst duurt 1 tot 1,25 uur, wordt op een vast tijdstip in de week geboden in een grote ruimte en kent een vaste structuur. De sessie start met een welkom en een mindfulness-oefening. Daarna vindt er een terugblikactiviteit plaats (een oefening om de vaardigheden door te nemen), wordt huiswerk nabesproken in de groep en wordt het nieuwe onderwerp besproken, uitgelegd en geoefend. De bijeenkomst wordt afgesloten met het opgeven van huiswerk voor de volgende bijeenkomst en het afsluiten van de bijeenkomst.

De Vaardighedentraining DGT wordt door twee trainers geboden, veelal een vaktherapeut en gedragswetenschapper. De één leidt de bijeenkomst en de ander is co-trainer en houdt zich bezig met het groepsproces. Op het moment dat emoties te hoog oplopen bij een deelnemer, waarbij ontregeling van de deelnemer en/of van de groep kan ontstaan, begeleidt de co-trainer deze deelnemer (eventueel buiten de groep) door vaardigheden aan te bieden zodat de deelnemer weer kan aanhaken bij de groep.

Als gevolg van de beperkende coronamaatregelen hebben er ook trainingsbijeenkomsten digitaal plaatsgevonden. Iedere deelnemer krijgt bij aanvang een klapper met daarin de leerwijzers, een notitieblok en pen. Gedurende de reeks van 12 bijeenkomsten vinden er 2 netwerk-bijeenkomsten plaats (na bijeenkomst 4 en 8) waarvoor de deelnemer iemand kan uitnodigen uit zijn/haar netwerk om diegene te informeren over de training. Hierdoor kan diegene de deelnemer ondersteunen in het uitvoeren van huiswerk en het oefenen van vaardigheden.

Onderzoeksopzet en dataverzameling

Voor de procesevaluatie is op verschillende manieren informatie verzameld.

Deelname- en uitvalpercentage

Een deelnemer wordt gedefinieerd als uitvaller wanneer deze deelnemer de reeks niet heeft afgemaakt.

Ervaringen deelnemers

De deelnemers aan de Vaardighedentraining DGT hebben een, door de onderzoekers zelf opgestelde, vragenlijst ingevuld over hun ervaringen met de training. Een onafhankelijke onderzoeker vroeg de deelnemers om medewerking aan dit deelonderzoek. De onderzoeker ondersteunde een deelnemer met het invullen van de vragenlijst, indien nodig. In de vragenlijst wordt gevraagd naar de mening van de deelnemer over de aanvang van de training, de trainers, de training, de groep en de materialen, ofwel de gebruiksvriendelijkheid. De vragenlijst bestaat uit 22 vragen, waarvan 3 open vragen, 18 meerkeuzevragen en een rapportcijfervraag. De meerkeuzevragen werden beantwoord op een zespuntschaal (van 0 = “Is helemaal niet aan de orde” tot en met 5 = “Is heel erg aan de orde”). Een voorbeeldvraag: “Hielden de trainers zich aan de gemaakte afspraken?” Per vraag is de gemiddelde score (en bijbehorende standaarddeviatie) berekend. Met het geven van een rapportcijfer beoordeelde de deelnemer de training in zijn totaliteit (waarbij 1 = heel erg slecht en 10 = heel erg goed). Voor de meerkeuzevragen en de rapportcijfervraag zijn de gemiddelde score en de standaarddeviatie berekend.

Ervaringen trainers

Alle trainers werd gevraagd om mee te werken aan een interview over de uitvoerbaarheid van de interventie. Het interview bestond uit 24 vragen, ook door de onderzoekers zelf opgesteld. 18 open vragen gingen over de uitvoering; de start van de training, het uitvoeren van de lessen, de lesinhoud, uitvoering van de netwerkbijeenkomsten, de materialen, en samenwerking met co-trainer. Voorbeelden van vragen zijn: “Is er in de voorbereiding een kennismaking/intake geweest met deelnemers om indicatie voor deelname te toetsen?”, “Kunt u momenten aanwijzen in de training die positief bijdragen aan het succes van de training?” en “Wat waren tegenvallers?”

Zes vragen werden beantwoord op een zespuntschaal, waarbij 0 = helemaal niet goed tot 5 = extreem

goed. Voorbeeld van een vraag: “In hoeverre heeft u het idee dat de training oplevert wat het verwacht op te leveren voor de deelnemers?” De interviewer was onafhankelijk en niet eerder betrokken bij de geboden DGT van de organisatie. Per vraag zijn het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend.

Potentiële effectiviteit

Om de potentiële effectiviteit vast te stellen is ten eerste bij een aantal deelnemers het Veranderinterview afgenomen. Daarnaast is er bij deelnemers een begin- en een eindmeting verricht met de FEEL-E.

Veranderinterview

Bij 5 deelnemers is het Veranderinterview afgenomen (ofwel Change Interview; Elliot, 2002). De selectie van deelnemers vond random plaats. Het Veranderinterview is een semigestructureerd interview over welke veranderingen de deelnemer heeft gemerkt sinds de start van de behandeling, waar volgens de deelnemer deze verandering door wordt veroorzaakt, en wat helpende en niet-helpende onderdelen zijn van de behandeling.

De deelnemers is eerst gevraagd te benoemen welke veranderingen zij hebben opgemerkt bij zichzelf. Vervolgens werd gevraagd te beoordelen in welke mate waarin deze verandering verwacht was; 1) heel erg verwacht, 2) iets verwacht, 3) niet verwacht noch verrast door de verandering, 4) enigszins verrast, 5) heel erg verrast. Daarna werd elke deelnemer gevraagd hoe waarschijnlijk deze verandering zich ook zonder therapie zou hebben voorgedaan 1) = heel erg onwaarschijnlijk zonder therapie, 2) enigszins onwaarschijnlijk zonder therapie, 3) niet onwaarschijnlijk noch waarschijnlijk, 4) enigszins waarschijnlijk zonder therapie, 5) heel erg waarschijnlijk zonder therapie). En tot slot werd gevraagd hoe belangrijk elk van deze veranderingen waren voor de cliënt (1 = helemaal niet belangrijk, 5 = extreem belangrijk). Het interview werd afgenomen na beëindiging van Vaardighedentraining DGT. De interviewer was onafhankelijk en niet eerder betrokken bij de deelnemers. Het interview duurde ongeveer drie kwartier, werd via audio-opname vastgelegd en vervolgens gecodeerd.

FEEL-E

De FEEL-E (Grob & Horowitz, 2015) is een vragenlijst met 72 vragen over hoe de deelnemer omgaat met de emoties boosheid, angst en verdriet. Voor elke emotie worden

24 vragen gesteld over wat iemand doet of denkt als hij boos, bang of verdrietig is. De deelnemer antwoordt op een vijfpuntsschaal (1 = bijna nooit, 5 = bijna altijd). De FEEL-E levert scores op twee categorieën, namelijk adaptieve en maladaptieve emotieregulatievaardigheden. Voor de FEEL-E zijn representatieve normen beschikbaar voor volwassenen (18–65 jaar) in de Nederlandse populatie. De FEEL-E geeft de waarde weer in een T-score. Een T-score tussen de 40 en 60 wordt gezien als gemiddeld gebruik van de vaardigheden. Een T-score boven de 60 wijst erop dat een persoon de vaardigheden relatief vaak inzet en een T-score onder de 40 dat de vaardigheden beneden gemiddeld worden ingezet.

Om meer zicht te krijgen op de resultaten van de FEEL-E is gebruikgemaakt van de Reliable Change Index (RCI), ontwikkeld door Jacobson en anderen (1999). De RCI representeert het aantal schaalscores op een gegeven psychometrische meting en bepaalt of er verandering heeft plaatsgevonden in de score van pre- naar post-behandeling, maar ook of deze verandering het gevolg is van kans, dan wel als daadwerkelijke verandering als gevolg van behandeling. Als de RCI groter is dan 1,96 ($p < 0,05$, tweezijdig) geldt het als psychometrisch/statistisch betrouwbaar. Wise (2004) stelt een indeling voor waarop de RCI kan worden beoordeeld: een score van 1,96 of hoger wordt beoordeeld als ‘recovered’, een score van $> 1,28$ en $< 1,96$ als ‘remitted’, een score van $> 0,84$ en $< 1,28$ als ‘improved’, een score van $< -0,84$ en $> -1,28$ als ‘mildly deteriorated’, een score van $< -1,28$ en $> -1,96$ als ‘moderately deteriorated’, en een score van $< -1,96$ als ‘deteriorated’.

RESULTATEN

Deelname en uitval

Tussen september 2021 en april 2022 namen 20 personen deel aan de Vaardighedentraining DGT. Ten tijde van het procesonderzoek namen 8 deelnemers deel aan een eerste reeks, 10 aan een tweede reeks en 2 deelnemers aan een derde reeks Vaardighedentraining DGT. Vijf deelnemers vielen voortijdig uit (25%), waarvan 3 in de eerste reeks en 2 in de tweede reeks.

Ervaringen deelnemers

Van de 15 deelnemers die toestemming gaven voor deelname aan het onderzoek hebben 11 deelnemers de vragenlijst over de procesevaluatie ingevuld. In [Tabel 2](#) staan

per item de gemiddelde scores (M) en bijbehorende standaarddeviatie (SD) weergegeven. Alle gemiddelde itemscores zijn boven de 3.

Op de items “Kreeg je gemakkelijk contact met de trainers?”, “Werken de trainers goed samen?” en “Heb je samen het doel vastgesteld?” werden gemiddelde scores behaald van 4,0. Dit wordt als hoog beoordeeld. Laagste scores werden behaald op

“Het werkboek was begrijpelijk” ($M = 3,2$), “De activiteiten hielpen voor mijn klachten” ($M = 3,3$) en “Ben je tevreden over het resultaat van de behandeling?” ($M = 3,3$).

Deelnemers gaven de training een totaal gemiddeld cijfer van 7,3.

Tabel 2: Resultaten op de vragenlijst procesevaluatie deelnemers ($N = 11$)

Over de trainers	Gemiddelde score (M)	Standaarddeviatie (SD)
Namen de trainers jou serieus?	3,8	0,75
Werd het je begrijpelijk uitgelegd?	3,7	0,90
Kreeg je gemakkelijk contact met de trainers?	4,0	0,77
Hielden de trainers zich aan de gemaakte afspraken?	3,7	1,00
Had je het gevoel dat je de trainers kon vertrouwen?	3,8	0,75
De trainers werkten goed samen	4,0	0,94
Luisterden de trainers naar je?	3,6	0,81

Vooraf aan de training	Gemiddelde score (M)	Standaarddeviatie (SD)
Kreeg je vooraf aan de training informatie?	3,4	0,84
Zijn de voor- en nadelen uitgelegd over de training?	3,8	0,40
Kon je meebeslissen?	3,8	0,87

Doelen en behandeling	Gemiddelde score (M)	Standaarddeviatie (SD)
Heb je samen met de trainer het doel vastgesteld?	4,0	0,70
Heb je de keuze gehad om naasten te betrekken?	3,8	0,87
Was naar jouw idee deze behandeling de beste aanpak voor jouw problemen?	3,5	1,04
Ben je tevreden over het resultaat van je behandeling?	3,3	1,10

De training	Gemiddelde score (M)	Standaarddeviatie (SD)
De sfeer in de groep was goed	3,6	1,03
Ik voelde me veilig	3,9	1,04
De activiteiten die we deden hielpen voor mijn klachten	3,3	0,65
Het werkboek was begrijpelijk	3,2	1,17

Ervaringen trainers

Alle zes trainers hebben meegewerkt aan het interview. Trainers waren HBO- (PMT dan wel dramatherapeut) of WO-gechoold (drie gedragswetenschappers en een psychiater) en tussen de 32 en 45 jaar. Op het moment van onderzoek waren er 3 trainers geschoold in DGT middels een intensieve 10-daagse scholing, één trainer had een basisscholing van 5 dagen gevolgd. Twee trainers hadden geen scholing DGT gevolgd. De ervaring met de Vaardigheidstraining DGT was ook wisselend. Twee trainers gaven de training voor het eerst, één trainer had 1 jaar ervaring en twee trainers 3 jaar ervaring met het geven van de Vaardigheidstraining DGT. In [Tabel 3](#) staan de resultaten van de trainers op diverse vragen uit het interview.

Uit de tabel kan worden afgeleid dat het lesprogramma is uitgevoerd zoals beschreven in het handboek. De samenwerking met de co-therapeut wordt als heel goed ervaren. Ook de samenwerking met de deelnemers wordt positief beoordeeld ($M = 3,6$). De materialen worden gemiddeld tot goed beoordeeld ($M = 3,5$). In de uitvoering van de training en het idee dat de training oplevert wat het verwacht op te leveren worden iets lagere scores behaald (namelijk 3,4). De samenwerking met het netwerk wordt het laagst beoordeeld, namelijk een gemiddelde score van 2,3. De netwerkbijeenkomsten zijn gepland geweest. Twee trainers meldden dat er maar één netwerkbijeenkomst is uitgevoerd. Twee trainers meldden dat een netwerkbijeenkomst later is ingepland vanwege ziekte en/of afwezigheid deelnemers. Op de open vraag: “Kun je momenten aanwijzen in de training die positief hebben bijgedragen aan het succes van de training?” gaven 5 van de 6 trainers aan dat ze met name het in het hier en nu in de training bespreken en oefenen van oplopende emoties bij deelnemer (en ook trainer) als heel positief hebben gewaardeerd. Op de vraag “Wat waren tegenvallers?” gaven 5 trainers aan de afwezigheid van een deelnemer en uitval van een deelnemer als tegenvaller te hebben ervaren. Daarnaast werd door twee trainers als tegenvaller benoemd het niet goed georganiseerd hebben van een ruimte, wat zijn invloed had op de trainer zelf en de groep.

Tabel 3: Interview met de trainers (N = 6)

Zijn de 12 lessen uitgevoerd zoals beschreven in de handleiding?	Ja	6 x
Is de lesopbouw uitgevoerd zoals omschreven in de handleiding?	Ja	6 x
	Gemiddelde (M)	Standaarddeviatie (SD)
Waren de materialen van voldoende goede kwaliteit?	3,5	0,55
Hoe heeft u de samenwerking ervaren met de co-therapeut?	4,0	0
Hoe heeft u als trainer de uitvoering van de training ervaren?	3,4	0,66
In hoeverre heeft u het idee dat de training oplevert wat het verwacht op te leveren voor de deelnemers?	3,4	0,66
Hoe beoordeelt u de samenwerking met de deelnemers?	3,6	0,52
Hoe beoordeelt u de samenwerking met het netwerk?	2,3	0,49

Potentiële effectiviteit

Veranderinterview

5 deelnemers namen deel aan het Veranderinterview. In [Tabel 4](#) staan de resultaten per deelnemer weergegeven. Deelnemer 1 heeft geen veranderingen opgemerkt als gevolg van de Vaardigheidstraining DGT. Deelnemer 2 zag verschillende veranderingen die ze grotendeels toeschrijft aan de Vaardigheidstraining DGT. De veranderingen worden aangemerkt als zeer belangrijk. Deelnemer 3 heeft twee veranderingen opgemerkt, namelijk beter met emoties omgaan en minder zelfbeschadiging. Deze twee

veranderingen zijn extreem belangrijk en worden deels toegeschreven aan de Vaardigheidstraining DGT. Deelnemer 4 en 5 hebben diverse veranderingen opgemerkt, waar beide deelnemers behoorlijk verrast mee waren en worden toegeschreven aan de Vaardigheidstraining DGT.

FEEL-E metingen

Van 7 van de 15 deelnemers zijn FEEL-E data verzameld. Voor 1 deelnemer is dit gedaan na 1 trainingsreeks, voor 5 deelnemers is dit na 2 trainingsreeksen en voor 1 deelnemer na 3 trainingsreeksen. Zie [Tabel 5](#) voor de resultaten.

Tabel 4: Geïdentificeerde veranderingen in het Veranderinterview van 5 deelnemers

Deelnemer	Verandering	Mate waarin verandering verwacht was *	Hoe waarschijnlijk deze verandering ook zonder therapie zou hebben plaatsgevonden **	Belang van verandering ***
1	Geen	nvt	nvt	nvt
2	Minder zelfbeschadiging	4	1	4
	Minder escalaties	4	1	5
	Beter reguleren van spanning	4	1	5
	Pictoplaatjes inzetten	1	5	3
	Minder suïcidaal	4	1	5
	Positiever in het leven staan	3	2	5
	Dingen accepteren	2	4	5
3	Beter met emoties omgaan	4	3	5
	Minder zelfbeschadiging	4	2	5
4	Beter met emoties omgaan	4	2	5
	Niet weglopen	4	2	5
	Beter om hulp vragen	3	2	4
	Beter contact met anderen	3	1	4
	Beter schakelen na incident	4	1	5
	Op verlof gaan	4	1	4
5	Bewust worden van problemen	4	1	5
	Zaken echt oplossen	4	3	4
	Niet te lang nadenken over zaken	5	2	4
	Niet druk maken om andermans problemen	5	2	4
	Niet teveel activiteiten plannen	5	2	5
	Minder stress	4	2	4
	Meer rust	4	2	4

* Score loopt van 1 = heel erg verwacht tot 5 = heel erg verrast. ** Score loopt van 1 = heel erg onwaarschijnlijk zonder therapie (zou duidelijk niet zijn gebeurd) tot 5 = heel erg waarschijnlijk zonder therapie (zou duidelijk toch zijn gebeurd). *** Score loopt van 1 = helemaal niet belangrijk tot 5 = extreem belangrijk.

Tabel 5: Voor- en nameting middels de FEEL-E

Deelnemer	Aantal ronde VT	FEEL-E adaptief*		FEEL-E maladaptief*	
		Aanvang	Einde	Aanvang	Einde
1	2	T50	T50	T52	T42
2	2	T37	T44	T71	T65
3	2	T35	T47	T69	T57
4	2	T23	T31	T70	T76
5	1	T37	T60	T69	T55
6	3	T53	T54	T66	T65
7	2	T55	T46	T67	T49

* Een T-score tussen 40–60 wordt gezien als gemiddeld gebruik van de vaardigheden. Een T-score > 60 wijst erop dat een persoon de vaardigheden relatief vaak inzet en een T-score < 40 wijst erop dat de vaardigheden beneden gemiddeld worden ingezet.

De scores op de adaptieve emotieregulatievaardigheden lagen bij aanvang van de training voor de deelnemers tussen T23 en T55. 4 deelnemers hadden een lage score (T-score < 40). Na de Vaardighedentraining DGT scoorde nog 1 deelnemer een T-score < 40. De deelnemers hadden na de Vaardighedentraining DGT T-scores tussen T31 en T60 op de adaptieve emotieregulatievaardigheden, waarvan 6 deelnemers een gemiddelde T-score (tussen T40 en T60) hadden.

De scores op de maladaptieve emotieregulatievaardigheden lagen bij aanvang van de training tussen T52 en T71, waarvan 6 deelnemers een hoge score hadden (T-score > 60). Na de Vaardighedentraining DGT lagen de T-scores tussen T42 en T76, waarvan 4 deelnemers een gemiddelde T-score en 3 een hoge T-score hadden.

Voor 4 deelnemers nam de T-score op adaptieve vaardigheden toe na het einde van de interventie. Bij 2 deelnemers bleven de scores nagenoeg gelijk en bij 1 deelnemer nam de score af.

Bij 5 deelnemers nam de T-score op maladaptieve vaardigheden af na afloop van de interventie. Bij 1 deelnemer namen de maladaptieve vaardigheden toe, bij 1 deelnemer bleef de T-score nagenoeg gelijk.

Zie Tabel 6 voor de Reliable Change Index die is berekend voor adaptieve en maladaptieve emotieregulatievaardigheden van de 7 deelnemers.

Deelnemer 5 liet een significante positieve verandering zien en daarmee een toename van de adaptieve vaardigheden. Deelnemer 7 liet een significante negatieve verandering zien van de maladaptieve vaardigheden, wat hier een positief resultaat betekent. De overige veranderingen waren niet significant.

Tabel 6: RCI-scores voor de adaptieve en maladaptieve emotieregulatievaardigheden gemeten met de FEEL-E

Deelnemer	RCI Adaptieve emotieregulatievaardigheden	RCI Maladaptieve emotieregulatievaardigheden
1	0	-0,58
2	0,42	-0,36
3	0,41	-0,35
4	0,48	0,35
5	1,39*	-0,76
6	0,06	-0,06
7	-0,55	-1,05**

* betekent "remitted", ** betekent "mildly deteriorated".

RCI Adaptieve scores: een positieve score betekent meer adaptieve vaardigheden aan het einde van de interventie.

RCI Maladaptieve scores: een negatieve score betekent minder maladaptieve vaardigheden aan het einde van de interventie.

DISCUSSIE

Deze procesevaluatie had als doel om zicht te krijgen op: de deelname en uitval van deelnemers aan de Vaardighedentraining DGT, de ervaringen met de uitvoering van de Vaardighedentraining DGT door deelnemers en trainers, en op de potentiële effectiviteit.

Een groot deel van de deelnemers rondde een trainingsreeks af. Het uitvalpercentage was 25%.

Daarnaast blijkt dat de deelnemers tevreden waren over de inzet van de trainers, de informatie voorafgaand aan de training en over het vaststellen van de doelen van de training. De deelnemers waren gemiddeld tevreden over het werkboek. Ze beoordeelden de training met een gemiddelde van 7,3.

De trainers gaven aan dat het programma was uitgevoerd zoals beschreven. Zij waren positief over de samenwerking met de deelnemers en met de co-therapeut. Ze beoordeelden de materialen als goed. De samenwerking met het netwerk werd het laagst beoordeeld.

De RCI-berekeningen laten vrijwel geen significante veranderingen zien tussen de voor- en nametingen op de FEEL-E. In de Veranderinterviews gaven deelnemers echter wel aan verschillende positieve veranderingen te ervaren, waaronder psychisch (zoals het hanteren van emoties, minder piekeren) en gedragsmatig (minder zelfbeschadiging en fysieke escalaties).

Deze procesevaluatie kent een aantal beperkingen. Ten eerste vond de gegevensverzameling plaats gedurende een relatief korte tijdsperiode met een kleine N. Ernstige emotie-disregulatie betreft dermate ingesleten gedragspatronen, waardoor verandering veelal niet snel gaat. Tijdens de data-verzamelperiode hadden deelnemers 1 of 2 reeksen

van de Vaardigheidstraining DGT gevolgd. Amerikaans onderzoek naar de kortetermijneffecten van DGT bij mensen met een LVB (Lew et al., 2006) zijn verdeeld, maar metingen in een langere tijdsperiode tonen aan dat het mogelijk is om dit gedrag te verminderen (Brown et al., 2013; Lew et al., 2006). In dit onderzoek zijn geen metingen over langere tijd verricht. Ten tweede zijn er missende data. Alle deelnemers aan de training zijn gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Daarvan heeft 75% aangegeven te willen deelnemen, maar bij de daadwerkelijke dataverzameling bleek niet alle gevraagde data retour te komen. Hierdoor zijn er verschillen in de aantallen vragenlijsten en FEEL-E formulieren. Mogelijk hebben de deelnemers die minder effect van de training bij zichzelf merkten niet de gevraagde formulieren geretourneerd. Dit is echter speculatief, we hebben hierover geen informatie verzameld. Daarbij was het invullen van de vragenlijst door de deelnemers over hun ervaringen met de Aangepaste DGT Vaardigheidstraining niet anoniem. Daarmee is een risico op sociaal wenselijk antwoorden niet uit te sluiten. Met de inzet van een onafhankelijke onderzoeker hebben we getracht deze kans te verkleinen.

Gezien de kleine N en de beperkte dataverzameling is het voornamelijk niet mogelijk om meer robuuste conclusies te trekken over de effectiviteit van de Vaardigheidstraining DGT. Daarvoor is meer onderzoek noodzakelijk. Multiple baseline designs zijn goed toepasbaar. Een mix van voor- en nametingen gecombineerd met dagelijkse metingen (middels dagboekrapportage op de specifieke behandeldoelen) kunnen meer inzicht geven of en hoe verandering plaatsvindt. De multiple baseline designs geven de mogelijkheid op single case niveau gedurende langere tijdsperiode het gedrag te monitoren en te komen tot uitspraken over de effectiviteit per deelnemer.

Procesonderzoek genereert data over hoe een behandeling wordt geïmplementeerd. Dit verschaft informatie aan behandelaren en beleidsmakers die een behandeling willen implementeren (Pettigrew et al., 2014). Toepasbaarheid in de klinische praktijk, kennis over factoren die implementatie belemmeren dan wel faciliteren zijn van kritisch belang in de besluitvorming of een behandeling zal worden geïmplementeerd (Zwijzen et al., 2014). Bevindingen uit onderhavig onderzoek suggereren dat de Vaardigheidstraining DGT gebruiksvriendelijk en goed uitvoerbaar is. De veranderinterviews suggereren verbetering, maar de resultaten op de FEEL-E bevestigen dit niet. De interventie kan voorzien in een behoefte voor behandeling van mensen met een LVB en ernstige emotieregulatieproblemen die zich uiten in

zelfbeschadigend, suïcidaal dan wel agressief gedrag. Met deze studie hopen we te inspireren tot vervolgonderzoek om zo tot meer robuuste conclusies te komen.

Noot: De auteur bedankt Sam Kouwenberg voor de ondersteuning in de dataverzameling

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Brown, J. F., Brown, M. Z., & DiBiasio, P. (2013). Treating individuals with intellectual disabilities and challenging behaviors with adapted dialectical behavior therapy. *Journal of Mental Health Research, 6*, 280–303. <https://doi.org/10.1080/19315864.2012.700684>
- Brown, J. F. (2019). *Emotieregulatievaardigheden voor verstandelijk beperkte cliënten: Een op DGT gebaseerde benadering*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Davies, L., & Oliver, C. (2013). The age related prevalence of aggression and self-injury in persons with an intellectual disability: A review. *Research in Developmental Disabilities, 34*(2), 764-775.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 50*, 60–72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research, 12*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/713869614>.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 51-58.
- Grob, A., & Horowitz, D. (2015). *FEEL-E: Vragenlijst over emotieregulatie bij volwassenen*. Amsterdam: Hogrefe.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 300-307.
- Jones, J., Blinkhorn, A., McQueen, M., Hewett, L., Mills-Rogers, M.-J., Hall, L., Althagafi, C. H., Hudson, C., Gierc, M., Wright, K., Goettl, H., Keogh-Lim, D., Rischke-Peddle, A., & Ayub, M. (2021). The adaptation and feasibility of dialectical behaviour therapy for adults with intellectual developmental disabilities and transdiagnoses: A pilot community-based randomized controlled trial. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 34*(3), 805-817.

- Lew, M., Matta, C., Tripp-Tebo, C., & Watts, D. (2006). Dialectical Behavior Therapy (DBT) for individuals with intellectual disabilities: A program description. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities, 9*, 1-12.
- Linehan, M. M. (2002). *Dialectische Gedragstherapie bij Borderline Persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Pearson Benelux BV.
- McNair, L., Woodrow, C., & Hare, D. (2016). Using repertory grid techniques to measure change following dialectical behaviour therapy with adults with learning disabilities: Two case studies. *British Journal of Learning Disabilities, 44*, 247-256. <https://doi.org/10.1111/bld.12142>
- Patterson, C., Williams, J., & Jones, R. S. (2020). DBT and intellectual disabilities: The relationship between treatment fidelity and therapeutic adaptation. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 14*, 61-67.
- Pettigrew, S., Borys, J. M., Du Plessis, H. R., Walter, L., Huang, T. T., Levi, J., & Vinck, J. (2014). Process evaluation outcomes from a global child obesity prevention intervention. *BMC Public Health, 14*(1), 1-10.
- Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Review, 8*, CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005652.pub2>
- Sturmey, P. (2004). Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: A selective review and critique. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 11*(4), 222-232.
- Swales, M., & Dunkley, C. (2020). Principles of skills assessment in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 27*(1), 18-29.
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment, 82*(1), 50-59.
- Zwijzen, S. A., Smalbrugge, M., Eefsting, J. A., Gerritsen, D. L., Hertogh, C. M. P. M., & Pot, A. M. (2014). Grip on challenging behavior: Process evaluation of the implementation of a care program. *Trials, 15*(1), 1-11.