

Dialectische Gedragstherapie (DGT) in tijden van Corona

voor cliënten die lijden aan borderline persoonlijkheidsstoornis

Richtlijnen voor Nederland en België op basis van de best beschikbare evidentie

Versie 8 april 2020

Auteur: Dialexis Advies

Inhoud

Inleiding	2
Richtlijnen	4
Is beeldbellen de beste optie?	4
Vorbereiding	5
Commitment	6
Afspraken mbt gemiste sessies	7
DGT-vaardigheidstraining	8
Individuele therapie.....	9
Consultatieteam	10
Referenties	11



Dialexis

Inleiding

Naar aanleiding van de COVID-19 pandemie, de maatregelen die de overheden nemen om de verspreiding van het virus af te remmen (m.n. sociale afstand en quarantaine) en de manier waarop die maatregelen werden vertaald in de GGZ, voelen behandelaars en patiënten zich gedwongen om face-to-face contact te beperken of zelfs helemaal vermijden. Als gevolg daarvan zagen we de voorbije drie weken een omslag naar telepsychologie. Dat is het aanbieden van psychologische diensten via (mobiele) telefoon, videoconferentie, email, chat, sms en internet (bv. websites, blogs, sociale media) (APA, 2006). Voor DGT-teams is deze omslag niet zo schokkend omdat telefonische consultatie (TC) altijd een essentieel onderdeel is geweest van de behandeling, tenminste als DGT 'adherent' uitgevoerd wordt (Linehan et al., 2002; 2016). Bovendien zien we, samen met de ontwikkeling van nieuwe technologie, een toenemende belangstelling om die technologie te gebruiken als vervanging van of als aanvulling op standaard DGT (Lungu, Wils & Linehan, 2018). Het belang van telefonische consultatie voor het managen van suïcidaal crisisgedrag, het generaliseren van vaardigheden en het bevorderen van een goede samenwerking tussen therapeut en client, is reeds uitgebreid beschreven (Linehan, 2002; Rizvi & Roman, 2018; Chapman, 2008; en Meijer en Van den Bosch, 2011).

Een richtlijn voor hoe we telecommunicatietechnologie best inzetten voor individuele therapie (IT), de vaardigheidstraining (VT) en het consultatieteam (CT) ontbreekt echter. Aan die nood willen we met dit document tegemoetkomen. We zijn er immers van overtuigd dat interventies enkel kunnen werken als ze gebaseerd zijn op de noden en voorkeuren van de cliënt, de specifieke context, de ervaringen van de therapeut, én op het beste onderzoek dat er voorhanden is (APA, 2006). Die reflex, van steeds terug te grijpen naar onderzoek en logica, is nóg belangrijker als de omstandigheden emotioneel aangestuurde keuzes in de hand werken ([Brooks, 2020](#)). De adviezen die we presenteren is een consensustekst die gebaseerd is op vier bronnen van informatie, namelijk:

- 1) Ervaringen en feedback van docenten, trainers en DGT-teams sinds de Corona-uitbraak.
- 2) Systematische review van de literatuur met betrekking tot het gebruik van telecommunicatie in DGT voor mensen die lijden aan borderline persoonlijkheidsstoornis (Sinnaeve, van Leeuwen, Witteveen, & Van den Bosch, in prep).
- 3) Richtlijnen voor GGZ en Corona in Nederland en Vlaanderen ([Versie 2 van richtlijn GGZ en Corona, 3 april 2020](#); [Agentschap Zorg & Gezondheid, 26 maart 2020](#))
- 4) Algemene richtlijnen voor telepsychologie ([EFPA, 2020](#); [APA, 2013](#))



Het feit dat we niet beschikken over data van meer gesofisticeerde empirische methoden, zoals een quasi-experiment of gerandomiseerd onderzoek met controlegroep, maakt dat de veralgemeenbaarheid beperkt is. Dit document is louter bedoeld ter overweging en inspiratie tijdens deze uitzonderlijke Coronamaatregelen. Zodra deze maatregelen worden opgeheven is het van belang om terug te kunnen schakelen naar de interventie waar wél goede data over bestaan, namelijk standaard DGT mét face-to-face contact. Tenslotte willen we opmerken dat deze tekst, net als de meeste richtlijnen in deze uitzonderlijk periode, een zogenaamd "levend document" is. Wanneer de ontwikkelingen of voortschrijdend inzicht daartoe aanleiding geven, wordt de tekst geactualiseerd. We zullen u hiervan op de hoogte houden via onze website en LinkedIn-pagina.



Dialexis

Richtlijnen

Is beeldbellen de beste optie?

De richtlijnen voor GGZ en Corona in Nederland en Vlaanderen stellen duidelijk dat face-to-face contact niet verboden is.

In de Nederlandse GGZ-standaarden ([Richtlijn GGZ en Corona, 3 april 2020](#)) staat:

"In deze tijd met de risico's op besmetting en het streven die zoveel als mogelijk te voorkomen moeten behandelaars een afweging maken in de vorm waarin zij hun behandeling aanbieden. Voorop moet staan dat patiënten de behandeling die zij nodig hebben ook in deze lastige omstandigheden krijgen. Dat betekent dat een behandeling Face to Face plaats vindt waar dat kan. Wanneer alternatieven even goed mogelijk zijn, of wanneer vanwege de fysieke kwetsbaarheid van de patiënt, mede-patiënten of de zorgverlener zelfs noodzakelijk zijn, kan Face to Face behandeling vervangen worden door beeldbellen of een andere vorm van digitale behandeling. Probeer als behandelaar hierin samen met de patiënt en zijn naasten te streven naar maatwerk in de best passende vorm. (...) Indien (begeleiding middels) face to face contact toch echt nodig is, ter beoordeling aan de behandelaar, dan gelden de algemene richtlijnen: aandacht voor handhygiene (wassen, desinfectie), geen handen schudden, afstand houden, geen afspraak wanneer de patiënt hoest, niest of koorts heeft, de patiënt komt alleen op de poli."

In de Vlaamse richtlijnen ([Agentschap Zorg & Gezondheid, 26 maart 2020](#)) lezen we:

"Het is van groot belang om de dienstverlening aan de kwetsbare doelgroepen, in het bijzonder mensen waarvan de mentale gezondheidstoestand snel achteruit kan gaan, die begeleid worden in de ambulante GGZ voorzieningen zoveel mogelijk te garanderen. Dit om ook te vermijden dat ons klassieke zorgsysteem (bijv. ziekenhuizen, spoedgevallen) belast wordt door mensen met een geestelijke gezondheidsproblematiek niet te behandelen. - De begeleiding moet - waar mogelijk - via begeleidingsmethodieken op afstand gecontinueerd worden: telefonisch, chat, video-begeleiding,..."

De keuze face-to-face versus telepsychologie begint met andere woorden bij het samen met je patiënt afwegen van de verschillende opties. Gebruik 'probleemoplossende strategieën' om als team de beste (of in ieder geval de minst schadelijke) oplossing te



Dialexis

vinden. Dr. Bauke Koekkoek maakte een [beslisboom](#) die mogelijk van pas kan komen bij deze afweging. Als jouw organisatie verbiedt om face-to-face contact te hebben met suïcidale cliënten dan is het van belang om hier als team over in dialoog te gaan met het management. In [Swales \(2010\)](#) en [Best & Lyng \(2018\)](#) vind je strategieën die kunnen helpen om polarisatie te voorkomen en je vraag duidelijk over te brengen.

Vorbereiding

- 1) **Zorg dat je de basislogica van de vier programmaonderdelen (d.w.z. IT, VT, CT en TC) paraat hebt én begrijpt. Hieraan vasthouden is het belangrijkste devies van dit hele document.** In de eerste plaats omdat het risico bestaat dat de specifieke *functies* van de afzonderlijke programmaonderdelen kunnen vervagen bij het maken van een shift naar telewerk. In standaard DGT wordt het functionele onderscheid tussen een individuele sessie en telefonische consultatie benadrukt door een verschillende communicatievorm (d.w.z., face-to-face versus telecom) en door de wijze waarop het contact tot stand komt (d.w.z. vaste afspraak versus op vraag van cliënt). Als we dezelfde communicatievorm gebruiken voor beide onderdelen dan ontstaat het risico dat de functie van individuele sessie en telefonische consultatie door elkaar heen gaat lopen.

Volgende literatuur raden we dan ook warm aan:

- i) Linehan (2002): hoofdstukken en pagina's m.b.t. structuur programma en TC
 - ii) Meijer & van den Bosch (2011): hoofdstukken m.b.t. structuur programma en TC
 - iii) Generalization Modalities: Taking the Treatment out of the Consulting Room—Using Telephone, Text, and Email ([Rizvi en Roman, 2018](#)).
- 2) Neem de algemene richtlijnen voor telepsychologie door ([EFPA, 2020](#); [APA, 2013](#))
- 3) Zorg ervoor dat de software die je gebruikt om te (beeld)bellen, alsook de procedures die je gebruikt om vanop afstand privacygevoelige informatie te consulteren, te delen en op te slaan, **veilig** zijn. Zoals we al opmerkten in 'Is beeldbellen de beste optie?': als er geen veilig platform beschikbaar is in jouw organisatie, dan volgt daar *niet* automatisch uit dat DGT tijdelijk stopgezet moet worden of dat steunend contact via berichten of telefoontjes het enige alternatief zouden zijn.



- 4) Zorg voor een aangepast informed consent. Op de Dialexis-website is een [format](#) beschikbaar. Uiteraard moet dit document aangepast worden aan de specifieke situatie van je team en de organisatie waar je werkt.
- 5) Spreek duidelijk af hoe je elkaar, of referentiepersonen binnen je organisatie, kan bereiken in geval van acute medische, juridische, administratieve of emotionele vragen. Maak afspraken over welke opvang er voorzien wordt voor de therapeuten in geval van een suïcide of andere nare ervaringen, en hoe die opvang nu te bereiken is. Zorg ervoor dat het consultatieteam voortgang kan blijven vinden en creëer mogelijkheden voor aanvullende super- of intervisie (Zie ook 'Consultatieteam').
- 6) Verdiep je in de gevolgen van COVID-19 en quarantaine, met name die gevolgen die een directe impact hebben op de problematiek van de cliënten. Zorg er voor dat je de belangrijkste effecten van deze pandemie kent en meeneemt
 - a. Verhoogd risico op suïcide- en agressie
 - b. Verhoogd risico op lichamelijke en psychische problemen
 - c. Verhoogd risico op geweld in de relatie en in het gezin
 - d. Geremde rouw, vervreemding en beperkte mogelijkheden tot afscheidsrituelenCheck ook via welke kanalen en hoe vaak cliënten zich informeren over COVID-19. Gebruik je didactische strategieën om hen te oriënteren op betrouwbare informatie, en help hen de middenweg te bewandelen tussen wel geïnformeerd zijn en toch grip te houden op de informatiestroom.

Commitment

- 1) **Informeert** cliënten over de voors en tegens van overschakelen op tele –DGT aan de hand van het [informed consent](#). Sta ook stil bij de praktische veranderingen die er zullen zijn en wat de rationale daarvoor is. (bv. dat je aparte 'kamers' of een aparte lijn gebruikt als iemand uit de groep 'wegloopt', dat het kijken van de opnames anders verloopt, dat het huiswerk mogelijk op een ander moment besproken wordt, etc.). Het kan helpend zijn om, naast je informed consent, een standaard overzicht te hebben voor al dit soort wijzigingen zodat mensen dit ook nog eens kunnen nalezen. Wees ook van bij het begin duidelijk en specifiek over afspraken die gelden tijdens teleconferenties. (bv. wat geldt als op tijd komen, wie wat doet als de verbinding verbroken wordt,



Dialexis

wanneer je wel of niet je microfoon hebt opstaan, de verwachting dat deelnemers alleen in de ruimte zijn of een headset gebruiken zodat andere mensen niet kunnen meeluisteren, dat het echt niet kan dat andere kunnen meekijken, etc.).

- 2) Als alle veranderingen en afspraken duidelijk zijn, **vraag en geef dan opnieuw commitment** om samen DGT te doen. Gedurende de periode van Coronamaatregelen is de communicatievorm weliswaar anders, maar dat verandert niets aan de noodzaak om van binnenuit bereid te zijn tot 1) verandering en dit te uiten in concrete afspraken, 2) alle problemen tot onderwerp van gesprek te maken, 3) het opvolgen van advies, 4) te werken volgens de doelen en werkwijze die eigen is aan DGT. Dit geldt natuurlijk zowel voor cliënten als voor hun behandelaars, en voor alle onderdelen van het DGT – programma.
- 3) **Anticipeer** op enkele nieuwe problemen die ontstaan omwille van de omschakeling naar telecom, zodat je de emotionele ontregeling die daarvan het gevolg is zoveel mogelijk beperkt (leerwijzer 14 Emotieregulatie). Ga ervan uit dat er praktische (hardware, internet, batterij), sociale (privacy, onduidelijke gedragscodes), emotionele (angst, schaamte) en/of cognitieve (nieuwe software, onvoldoende kennis en vaardigheden) problemen zijn bij dit soort drastische omschakelingen. Geef cliënten en collega's de gepaste steun en hulp om hier vaardig in te worden. Valideer, analyseer en zoek samen naar oplossingen. Net zoals we dat ook doen bij telefonische consultatie, zou het helpend kunnen zijn om eerste enkele rollenspelen en pilotsessies te doen, totdat het duidelijk is hoe een en ander zal verlopen.
- 4) **Opnieuw: aanvaard** dat er cliënten zullen zijn voor wie tele-DGT niet realistisch is en voor wie dus een oplossing op maat moet gezocht worden. Zoek samen naar oplossingen.

Afspraken m.b.t. gemiste sessies

DGT is gebaseerd op principes, maar één afspraak wordt doorgaans als een regel gehanteerd: 4 keer op rij afwezig in individuele therapie of vaardigheidstraining is einde DGT totdat het behandelcontract verstreken is. Echter, net zoals we 'vlinderen' (3 keer afwezig, keertje gekomen) beschouwen als indruisen tegen de geest van deze regel, lijkt het ons wijsheid om ook in dit geval dialectisch te blijven. Concreet: als cliënten hun



afpraak annuleren omdat zij twijfelen over hun gezondheid of omdat ze overmand worden door de veranderingen, houd dan rekening met de context. De uitwerking van dit advies is natuurlijk organisatie-specifiek. Wees in ieder geval duidelijk naar cliënten als afspraken veranderen, en laat cliënten de video van de VT nakijken als zij er niet geweest zijn.

DGT-vaardigheidstraining

- 1) Op basis van de [GGZ standaarden](#) is het duidelijk dat de DGT-VT face-to-face blijven organiseren veel haken en ogen heeft. Tegelijk is VT hét programmaonderdeel waar nieuwe vaardigheden aangeleerd en geoefend worden. Het is een essentieel, op verandering en hoop gericht, onderdeel van het behandelprogramma ([Barnicot, 2016](#); [Neacsiu, 2010](#); [Linehan, 2015](#)). Dit onderdeel tot nader order uitstellen, zoals de GGZ-standaarden voorstellen, is niet vanzelfsprekend. Gelukkig merken we dat die overtuiging breed gedeeld wordt in de DGT –teams.
- 2) De DGT-VT is een vaste afspraak die voor veel cliënten bijdraagt aan een weekstructuur en ervaren wordt als een eilandje van validatie. In die zin heeft het onze voorkeur om de groepsbijeenkomsten via teleconferentie verder te laten lopen. De keerzijde van de medaille is dat verdergaan als groep, terwijl je onderwijl deelnemers uitsluit, schadelijk is voor iedereen in de groep. Het woord 'uitsluiten' is hier niet pejoratief maar feitelijk bedoeld. Door de switch van face-a-face naar teleconferentie voeg je obstakels toe. Besteed voldoende tijd aan de vraag welke praktische, sociale, financiële, emotionele en cognitieve problemen je creëert met deze oplossing en of ze dus voor iedereen haalbaar is. Het woord 'haalbaar' is een relatief begrip, zoals ook blijkt uit volgend voorbeeld van één van onze trainers:

"Een cliënt uit een van de DGT-teams had geen geschikt toestel voor een DGT-VT via teleconferentie. Het zou ernaar uit zien dat hij niet mee zou kunnen doen en de DGT zou stoppen. We dachten aan functionele validatie en hebben hem een telefoon te leen aangeboden met als gevolg dat de behandeling uitgevoerd kon worden."

- 3) Naast het aanbieden van de volledige training via teleconferentie zijn er tal van andere mogelijkheden. Bijvoorbeeld (1) enkel de theorie via teleconferentie in groep aanbieden en de huiswerkopdrachten apart bespreken, (2) de theorie opnemen en delen via een daartoe geschikt platform, met huiswerkbeknoptingen die in groep of individueel via



telecom plaatsvinden, (3) e-health applicaties, zoals de online DGT module die bij Karify beschikbaar is (4) zelfstudie met individuele huiswerkbegeleiding. Welke vorm je ook verkiest: houd vast aan de functie van de VT, de rangorde van doelstellingen en de strategieën en procedures die we gebruiken om DGT-vaardigheden aan te leren en te oefenen. Mocht je als individuele therapeut in een dubbele rol terecht komen, zorg er dan voor dat het voor de cliënt duidelijk is wanneer je welke rol hebt en wat hier het gevolg van is. Hoe je dit kan doen staat in de basishandleiding (Linehan, 2002, 2016).

- 4) Het is helpend om een sessie te wijden aan het vaardigheden die NU nodig zijn om samenwerking via telecom mogelijk te maken en om effectief om te gaan met de gevolgen van de pandemie en de quarantaine. Bij dat laatste denken we aan enkele specifieke DGT-vaardigheden, maar ook aan betrouwbare informatie over de psychologische impact van deze pandemie en van de beleidsmaatregelen op individuen, koppels en gezinnen.

Individuele therapie

- 1) Of je nu beslist om verder te gaan face-to-face, dan wel telecomoplossingen gebruikt: Houd vooral vast aan de functie van de individuele therapie, de rangorde van doelstellingen, de structuur van de sessie en de strategieën en procedures die we gebruiken om cliënten gemotiveerd te houden en te helpen met het toepassen van de DGT vaardigheden waar zij mee geconfronteerd worden.
- 2) Wees duidelijk over het effect van de Corona-uitbraak op je eigen mogelijkheden en beperkingen als therapeut. Naast onze verantwoordelijkheden als DGT-therapeut hebben we nu de taak om zelf onze kinderen op te vangen, en voor kwetsbare mensen in onze directe omgeving te zorgen. De uitzonderlijkheid van die inspanning erkennen helpt om ze vol te houden, en er steeds vaardiger in te worden. Tegelijkertijd geldt: rek tijdelijk je persoonlijke grenzen op. Ieder van ons heeft ooit het besluit genomen om ons ten dienste te stellen van deze cliënten. Het feit dat we ook nu alles op alles moeten zetten om dat goed te blijven doen is een gevolg van die commitment die wij zijn aangegaan. En dat hoeft je niet leuk te vinden. De zin ervan inzien helpt doorgaans wel. Valideer jezelf en elkaar, en zorg voor voldoende ondersteuning door andere therapeuten in te schakelen als back-up.



- 3) Ga dialectisch om met de uitzonderlijke context waarin de DGT plaatsvindt. COVID-19 en de gevolgen voor de samenleving beheersen het nieuws en onze gedachten én het is niet noodzakelijk prioriteit om het hierover te hebben. De prioriteit van de individuele sessie hangt af van de actuele toestand van de patiënt en diens dagboekkaart.
- 4) Blijf je bewust van het gegeven dat een face to face afspraak aanbieden in geval van crisis een bekrachtigende werking kan hebben.

Consultatieteam

- 1) Tijdens onze wekelijkse bijeenkomsten worden we vaardiger in DGT, houden we onze motivatie op peil en ervaren we échte verbondenheid met collega's (Linehan, 2002; Meijer & van den Bosch, 2011. In de weken die ons te wachten staan gaan we dit nóg meer nodig hebben. Ten eerste omdat DGT blijven aanbieden via andere kanalen en in een context van een mondiale gezondheids- en economische crisis onze vaardigheden en motivatie tot het uiterste op de proef zal stellen. Ten tweede omdat de Corona-uitbraak ook [sociale en psychologische consequenties](#) heeft.
- 2) Als het consultatieteam opgeschort wordt, zonder een alternatief aan te bieden, dan zullen teamleden andere manieren zoeken om contact te houden. Als dit niet bedachtzaam gebeurt dan bestaat het risico op onduidelijkheid en frustratie. Overweeg daarom om de komende weken juist meer vaste momenten te organiseren waarin teamleden elkaar kunnen spreken. Uiteraard gelden dan dezelfde afspraken die altijd gelden in het consultatieteam. Gezien de context, waarin zowel het beleid als de aanwezigheid van teamleden dagelijks kan verschillen, lijkt het wijsheid om 'dreigende uitval team' een plek op de agenda te geven en dit op groepsniveau te analyseren. Verder is het van belang oplettend te zijn voor extreme emotionele reacties. Doorgaans zijn het normale reacties op uitzonderlijk stresserende omstandigheden.
- 3) De neiging bestaat om teamconsultaties en supervisies uit te stellen. We willen hier vooral benadrukken dat je in deze tijd eerder te weinig dan te veel advies or geruststelling zou kunnen vragen. En als dat niet binnen je team kan, kan het ook binnen onze DGT-gemeenschap. Zorg goed voor elkaar en jezelf, zoek naar wat wel lukt. Dan kun je ook je omgeving en je cliënten blijven helpen.



Referenties

Agentschap Zorg & Gezondheid (26 maart 2020). *Versterkte fase 2 ter.: maatregelen COVID-19 en vermoeden COVID-19 in ambulante GGZ voorzieningen*. Geraadpleegd op 8 april 2020 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/>

American Psychological Association (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.

American Psychological Association (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800.

Best, H., & Lyng, J. (2018). The Dialectical Dilemmas of Implementation. In M. A. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy (Oxford handbooks online)*. New York (NY): Oxford University Press.

Barnicot, K., Gonzalez, R., McCabe, R., & Priebe, S. (2016). Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 52, 147-156.

Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.

Chapman, A. L. (2018). *Phone Coaching in Dialectical Behavior Therapy*. New York (NY): Guilford Publications.

EFPA project group on eHealth (2020). *Digital psychological interventions. Recommendations for Policy and Practice*. European Federation of Psychologists' Associations.



Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 971-974.

Linehan, M.M. *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis: theorie en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2002.

Linehan, M.M.. (2016). De DGT-vaardigheden. *Handleiding voor de vaardigheidstraining dialectische gedragstherapie*. Pearson Assessment and Information B.V.

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, 72(5), 475-482.

Lungu, A., Wilks, C. R., & Linehan, M. M. (2018). Using novel technology in dialectical behaviour therapy. In M. A. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy (Oxford handbooks online)*. New York (NY): Oxford University Press.

Meijer, S.& Bosch, van den, L.M.C. (2011). *Vademecum Dialectische Therapie: blijven zoeken naar balans*. Amsterdam: Pearson.

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 48(9), 832-839.

Rizvi, S. L., & Roman, K. M. (2019). Generalization modalities: Taking the treatment out of the consulting room—Using telephone, text, and email. . In M. A. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy (Oxford handbooks online)*. New York (NY): Oxford University Press.

Sinnaeve, R., van Leeuwen, J. P. A., Witteveen, U., van den Bosch, L. M. C. (2020) *Efficacy and clinical utility of telecommunication in Dialectical Behavior Therapy for people with*



Dialexis

borderline personality disorder: A mixed method systematic review of the literature.
Manuscript in preparation.

Swales, M. A. (2010). Implementing dialectical behaviour therapy: organizational pre-treatment. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 3(4), 145-15.

Versie 2 van richtlijn GGZ en Corona online (3 april 2020). Geraadpleegd via
<https://www.ggzstandaarden.nl/artikelen/5/versie-2-van-richtlijn-ggz-en-corona-online-per-3-april>



Dialexis