

De Life-story Checklist

voor persoonlijkheidsstoornissen

De auteurs ontwikkelden een checklist voor het kiezen van de best passende behandeling voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen aan de hand van door hen geschreven levensverhalen. Deze Life-story Checklist is ontstaan naar aanleiding van onderzoek onder klinici in een gespecialiseerde kliniek en kan de klinische toewijzing van patiënten aan verschillende behandelingen verbeteren. Dit artikel is een aangepaste versie van een Engelstalig artikel dat eerder is verschenen in het *Bulletin of the Menninger Clinic*.

Door Silvia Pol, Niek Zuidhof, Dennis Sennef,
Anneke Sools & Gerben Westerhof

Persoonlijkheidsstoornissen brengen langdurige en diepgewortelde problemen met zich mee op diverse levensdomeinen, hetgeen resulteert in een hoge lijdensdruk met een aanzienlijk risico op suicide (Brettschneider et al., 2014). Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen doen dan ook een groot beroep op de gezondheidszorg (Soeteman et al., 2005). Het toewijzen van patiënten aan een passende behandeling is daarom van cruciaal belang. *Evidence-based medicine* vereist een zorgvuldige besluitvorming, bestaande uit een integratie van het best beschikbare bewijs uit systematisch onderzoek, klinische expertise van therapeuten en voorkeuren van individuele patiënten (Watzke et al., 2010). Toch is er slechts beperkt empirisch bewijs beschikbaar ter ondersteuning van behandeltoewijzing (Abbass et al., 2014; Lemche, 2000). Clinici hechten waarde aan levensverhalen bij indicatiestelling, omdat deze ruimte bieden voor de unieke expressie van innerlijke ervaringen en gedachten van de patiënt (Arntz et al., 2012). Een systematische methode voor het interpreteren van persoonlijke levensverhalen ontbreekt echter. Deze studie heeft als doel om de klinische besluitvorming te ondersteunen door het ontwikkelen van een checklist, gebaseerd op de beoordeling door klinici van levensverhalen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Het proces van behandeltoewijzing vereist (1) een zorgvuldige afweging tussen verschillende behandelmodaliteiten en (2) een grondige beoordeling van zowel de behoeften als de sterke kanten van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen (Bateman & Fonagy, 2003; Skodol et al., 2005). Uit diverse uitkomststudies blijkt dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen baat kunnen hebben bij uiteenlopende psychotherapeutische benaderingen, waaronder dialectische gedragstherapie (DBT), *mentalization-based therapy* (MBT), schemagerichte therapie (SFT) en *transference-focused psychotherapy* (TFP) (Binks et al., 2006; Blagys & Hillsenroth, 2000; Haskayne et al., 2014; Kvarstein et al., 2019; Perry et al., 1999; Stoffers et al., 2013). Voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen zijn dagklinische en klinische behandelprogramma's bovendien bijzonder effectief gebleken (Bateman & Fonagy, 2001; Chiesa et al., 2004; Stoffers et al., 2013).

Verschillende therapieën hebben verschillende doelen en methoden (Giesen-Bloo et al., 2006; Verheugt-Pleiter & Deben-Mager, 2006). Therapieën zoals DBT en MBT richten zich op het verminderen van zelfdestructieve gedragspatronen bij borderline PD, maar niet op algehele persoonlijkheidsverandering. Ze bieden ondersteuning en structuur en zijn gericht op het aanleren van vaardigheden. Therapieën zoals SFT en TFP richten zich op persoonlijkheidsintegratie, het verminderen van zelfdestructief gedrag, identiteitsdiffusie en persoonlijkheidspathologie. Deze aanpak is gericht op het verbeteren van inzicht en zelfbegrip. Omdat er geen bewijs lijkt te zijn dat de ene benadering superieur is aan de andere (Leichsenring

et al., 2011) blijft het moeilijk om bewijs voor de effectiviteit van therapie te gebruiken in het toewijzingsproces.

Bij de beoordeling van behoeften en sterke kanten van patiënten bieden diagnostische labels doorgaans onvoldoende houvast voor het toewijzen van specifieke behandelbenaderingen. Dit komt doordat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen vrijwel altijd meerdere DSM-classificaties hebben (Ingenhoven, 2009; Gadiano & Miller, 2013). Om een beter beeld te krijgen van de psychologische kenmerken van patiënten, maken klinici gebruik van uiteenlopende informatiebronnen, waaronder gestructureerde interviews, gesprekken met de patiënt, gegevens van een partner of familielid, correspondentie over eerdere behandelingen en psychologisch onderzoek (Gabbard, 2005; Skodol, 2014). Bij de toewijzing van patiënten aan interventies die vooral ondersteuning bieden of juist inzicht bevorderen, spelen interpersoonlijke stijlen en voorkeuren een cruciale rol (Blatt et al., 2007; Leichsenring, 2005).

Klinische experts zijn het erover eens dat patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen en beperkte sterke kanten waarschijnlijk meer baat hebben bij behandelprogramma's die de nadruk leggen op ondersteunende elementen en/of gestructureerde vaardigheidstraining. Daarentegen lijkt een inzichtgevende, psychodynamische behandeling geschikter voor patiënten met een reflectief vermogen en meer sterke kanten (Van Manen et al., 2008). Wanneer er sprake is van sterke maladaptieve en weinig adaptieve psychodynamische persoonlijkheidskenmerken, is in de behandeling doorgaans meer ondersteuning en structuur

vereist (Ingenhoven & Abraham, 2010; Ingenhoven et al., 2011). Lager functionerende borderline patiënten met prominente parasuïcidale kenmerken hebben mogelijk meer baat bij ondersteunende interventies zoals dialectische gedragstherapie (DBT) en mentalization-based therapy (MBT), terwijl hoger

Ondanks het belang van de juiste toewijzing aan een behandeling verloopt die grotendeels impliciet

functionerende borderline patiënten waarschijnlijk meer profiteren van schemagerichte therapie (SFT) en transference-focused psychotherapy (TFP) (Giesen-Bloo et al., 2006; Kvarstein et al., 2019; Verheught-Pleiter & Deben-Mager, 2006).

De toewijzing van patiënten aan een behandeling verloopt echter grotendeels impliciet (Van Manen et al., 2008). De huidige stand van onderzoek laat ruimte voor de ontwikkeling van nieuwe en aanvullende strategieën. Verschillende auteurs hebben gesuggereerd dat de levensverhalen van patiënten een waardevolle rol kunnen spelen bij het bepalen van een geschikte behandelmodaliteit (Van Os, 2014; Skodol, 2014). Hoewel classificerende diagnostiek belangrijk is voor communicatie en kennisontwikkeling, bieden narratieven een verdiept begrip van individuele patiënten (Sarbin, 1986). In plaats van gestructureerde klinische interviews verschaffen zij inzicht in hoe patiënten hun eigen leven ervaren en betekenis geven aan hun ervaringen.

Levensverhaal

McAdams (2015) introduceerde een integratieve theorie van persoonlijkheidsontwikkeling waarin het ontstaan van een levensverhaal wordt gezien als een voorwaarde voor het ontwikkelen van een betekenisvolle identiteit. Vanwege de moeilijkheden met de mentale representatie van zichzelf in relatie tot anderen wordt identiteit – in het bijzonder narratieve identiteit – binnen zowel categorische als dimensionale modellen beschouwd als een kernaspect van persoonlijkheidsstoornissen (Sharp & Wall, 2021). Onderzoek naar de narratieve identiteit laat zien dat het construeren van een samenhangend levensverhaal van belang is voor het ervaren van psychologisch welbevinden (bijv. Adler et al., 2012; 2016; Lieblich & Josselson, 2013; McAdams, 2006; Westerhof & Bohlmeijer, 2012). Studies tonen aan dat kenmerken als coherentie, *agency*, verbondenheid en een beperkte probleemverzadiging samenhangen met een gezondere mentale toestand (Gonçalves, Matos & Santos, 2009; Habermas & Bluck, 2000; Adler et al., 2012). Bij persoonlijkheidsstoornissen – vooral borderline persoonlijkheidsstoornis – worden daarentegen vaker narratieven gevonden met negatieve thematiek, lage regie, minder samenhang en meer negatieve causale verbanden (Lind e.a., 2020).

Onderzoek

De studie richt zich op verschillen in levensverhalen binnen een groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Het doel is een betrouwbare en valide checklist te ontwikkelen die kan worden ingezet bij het toewijzen van patiënten aan een passende klinische

behandeling. Het onderzoek wordt uitgevoerd in een gespecialiseerde kliniek die twee psychotherapeutische programma's aanbiedt: P1: Dialectische gedrags-therapie (DBT), gericht op het aanleren van vaardigheden en het bevorderen van praktische en emotionele stabiliteit; P2: Schemagerichte therapie (SFT), gericht op het herkennen en aanpassen van denk- en gedragspatronen, en het stimuleren van reflectie en inzicht.

In eerste instantie onderzoeken we welke dimensies van levensverhalen volgens klinische experts relevant zijn voor behandeltoewijzing. Omdat deze experts een doorslaggevende rol spelen, hun redenering grotendeels impliciet blijft en er nog geen empirisch bewijs bestaat voor verschillen in levensverhalen binnen een groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, hebben we gekozen voor een open enquête naar hun opvattingen. De dimensies waarover consensus bestond, werden geoperationaliseerd en opgenomen in een checklist. In een tweede stap werd de checklist verder verfijnd door de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te analyseren onder zowel clinici als psychologiestudenten. Daarnaast werd de gelijktijdige validiteit, specificiteit en sensitiviteit van de checklist beoordeeld om vast te stellen in hoeverre deze onderscheid kunnen maken tussen de feitelijke behandeltoewijzingen aan de twee programma's.

Methode

Setting

De studie is uitgevoerd in een expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen. Twee programma's boden elk een andere benadering, DBT (P1) en SFT (P2), en boden

multidisciplinaire behandeling (10-12 maanden) in een klinische behandelsetting bestaande uit drie groepen van negen patiënten. Behandeltoewijzing volgde op een aanmeldingsproces waarvoor de patiënt het eigen levensverhaal schreef, een klinisch interview met een van de intakekers en een akkoord voor intensieve behandeling door de intakecommissie van het expertisecentrum.

In de tweede deelstudie werd de checklist in drie testrondes geoptimaliseerd

Patiënten voldeden aan de DSM 5-criteria (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, APA, 2013) voor ten minste één persoonlijkheidsstoornis, waarbij de classificatie volgde uit de combinatie van het klinisch interview en de diagnostische informatie van de verwijzer. Patiënten hadden eerder ambulante behandeling gekregen waarin onvoldoende resultaat was bereikt.

Design

De explorerende studie bestond uit twee deelstudies. In de eerste deelstudie vond identificatie plaats van relevante dimensies in levensverhalen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, wat resulteerde in een checklist. In de tweede deelstudie werd de checklist in drie testrondes geoptimaliseerd totdat een adequate tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was vastgesteld. De resultaten van de checklist werden vergeleken met daadwerkelijke behandeltoewijzing om validiteit, sensitiviteit en specificiteit van

de checklist te beoordelen. Het studieprotocol verkreeg goedkeuring van de wetenschapscommissie van de GGZ-instelling waar het expertisecentrum deel van uit maakt.

Deelstudie 1

Deelnemers

Deelnemers waren leden van de intakecommissie; 12 ervaren psychiaters en klinisch psychologen (gemiddelde leeftijd = 42,96; SD = 8,3; gemiddeld aantal jaren ervaring in de geestelijke gezondheidszorg = 20,24 jaar; SD = 10,2; 11 vrouwen en 1 man). Acht clinici namen deel aan de e-mailenquête, zeven aan de focusgroep en acht aan de ledencheck. Non-respons was respectievelijk te wijten aan het missen van de deadline voor de enquête, afwezigheid op de betreffende dag of verandering van werkplek binnen de organisatie.

Procedure

Het eerste onderzoek maakte gebruik van een kwalitatieve benadering en bestond uit drie stappen: I) een e-mailenquête, II) een focusgroep en III) een groepsbijeenkomst die diende als *member check*, resulterend in een initiële checklist voor dimensies in levensverhalen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Als de eerste stap werd aan clinici in een e-mailenquête gevraagd om dimensies te beschrijven die zij relevant vonden bij het toewijzen van behandeling aan een van de twee klinische behandelprogramma's. De onderzoeker (NZ) codeerde alle mogelijke dimensies voor de twee programma's, en besprak de resultaten en de voorbereiding van de focusgroep met twee collega's (SP en GW). In de tweede stap namen clinici deel aan

een focusgroep om gezamenlijk consensus te bereiken over deze dimensies (Krueger & Casey, 2015). Een gestructureerde werkwijze omvatte een uitnodiging aan de leden om hun mening te delen en verduidelijkende vragen te stellen tot consensus leek bereikt, en een samenvattende verklaring over de besproken dimensie met de vraag of er behoefte was aan een toevoeging. De focusgroep werd opgenomen, getranscribeerd en door de onderzoeker geanalyseerd. In de derde stap werden de dimensies na discussie gedefinieerd (NZ, SP en GW) en werden narratieve voorbeelden toegevoegd. Een member check werd uitgevoerd met de clinici om de geloofwaardigheid, overdraagbaarheid en uitvoerbaarheid van de data-interpretatie te helpen verbeteren (Morse et al., 2002). De deelnemers werd gevraagd of de dimensies, definities en narratieve voorbeelden hun opvattingen en ervaringen weerspiegelden. Opmerkingen konden leiden tot het aanbrengen van wijzigingen totdat instemming werd verkregen over de tekst voor de initiële versie van de checklist. Na analyse van de member check werd de initiële checklist ontwikkeld.

Materialen

Clinici reageerden op de volgende vraag in de e-mailenquête: 'Wat kenmerkt naar uw professionele mening een levensverhaal om een patiënt toe te wijzen aan het DBT-programma? En wat kenmerkt naar uw professionele mening een levensverhaal om een patiënt toe te wijzen aan het SFT-programma?' Clinici werden expliciet gevraagd om te antwoorden zonder collega's te raadplegen. De gegeven antwoorden werden gecodeerd en voorgelegd in de focusgroep (NZ). Het uitgangspunt voor de focusgroep was

'de uitnodiging om elk van de dimensies die in de e-mailenquête naar voren kwamen, te bespreken om te bepalen wat zij als professionals samen ervaren als dimensies die relevant zijn voor de behandeltoewijzing'. De onderzoeker (NZ) leidde de discussie totdat er consensus was bereikt. De focusgroep duurde ongeveer een uur en de inhoud werd getranscribeerd.

De vraag die werd voorgelegd in de member check was: 'Dit zijn de dimensies uit de focusgroep en de toegevoegde definities en narratieve voorbeelden voor de checklist. Komt de inhoud naar jullie mening overeen met het besprokene in de focus groep?' Discussie vond plaats tot consensus was bereikt over de componenten die samen de checklist vormden. De member check duurde ongeveer een uur en de inhoud werd opgenomen en besproken.

Kwalitatieve analyses

In de eerste stap werden de antwoorden op de e-mailenquête inductief gecodeerd, met behulp van de woorden van de klinici zelf, en werd het voorkomen van de dimensies geteld. De resultaten werden gepresenteerd in de focusgroep. De transcriptie van de focusgroep diende om te coderen welke dimensies moesten worden opgenomen dan wel uitgesloten op basis van consensus. De member check bood de mogelijkheid om op basis van consensus de definities van de dimensies en de daarbij horende narratieve voorbeelden aan te scherpen.

Resultaten

E-mailenquête

De experts verwachtten dat tekorten in de opvoeding (een gebrek aan betrouwbare,

stabiele, beschermende, liefhebbende en actief betrokken ouders), traumatisering en een gebrek aan zelfredzaamheid aanwezig zouden zijn in de levensverhalen van patiënten die werden opgenomen in beide behandelprogramma's. In de levensverhalen van patiënten die aan het DBT werden toegewezen (het ondersteunende en structuur biedende programma), verwachtten experts een vroeg begin van problemen (basis-school), een lagere formele opleiding, herkenbaar aan terugkerende grammaticale fouten, externaliserende problemen door impulsief gedrag, gebrek aan praktische zelfredzaamheid, een sterke kwetsbaarheid door vroege trauma's, weinig introspectie en een sterke schreeuw om hulp, herkenbaar aan meerdere zelfmoordpogingen.

In de levensgeschiedenissen van patiënten die werden toegewezen aan SFT (het inzichtgevende programma) verwachtten de experts een later begin van problemen (middelbare school en beroepsonderwijs), gebrek aan emotionele zelfredzaamheid, internaliserende problemen, identiteitsproblemen, ontbrekende partnerschappen en ten minste enige introspectie. Verder deelden de experts de mening dat een sterkere multipliciteit van problemen de patiënten onderscheidt die zijn toegewezen aan het DBT-programma en dat een betere introspectie de patiënten onderscheidt die zijn toegewezen aan het SFT-programma.

Focusgroep

In de focusgroep werden de dimensies uit de e-mailenquête besproken en werd consensus bereikt over het al dan niet opnemen van elk van de dimensies. Er werd verwacht dat tien dimensies onderscheid zouden maken tussen levensverhalen van patiënten van

twee behandelingsprogramma's. De levensverhalen die getypt waren, meer structuur hadden, een goede taalvaardigheid vertoonden, minder pedagogische tekortkomingen,

*Vier dimensies
differentieerden naar
verwachting onvoldoende,
een nieuwe dimensie
werd toegevoegd*

een hogere opleiding, stabiele intieme relaties, meer zelfredzaamheid en zelfcontrole en meer vermogen tot interne attributie en introspectie, werden door de klinici gezien als indicatief voor het inzichtgevende programma.

Vier dimensies differentieerden naar verwachting onvoldoende tussen de twee groepen en werden uitgesloten: ernst van trauma's, suïcidepogingen, identiteitsproblemen en moment van start van problemen. Daarnaast werd tijdens de discussie een nieuwe dimensie naar voren gebracht die verwees naar instabiliteit in relaties versus het ontbreken van relaties. Ter illustratie wordt het besluitvormingsproces dat plaatsvond in de focusgroep beschreven voor één dimensie uit elke categorie (insluiting, uitsluiting en nieuwe dimensie).

Opvoeding werd als dimensie op basis van consensus geïncludeerd. De klinici waren van mening dat patiënten in het DBT-programma (P1; ondersteunend en structuur biedend), over het algemeen bekend zijn met pedagogische tekorten; een aanzienlijk gebrek in vervulling van basisbehoeften, zoals veiligheid, fysieke behoeften en duidelijke

normen. De klinici veronderstelden dat patiënten in het SFT-programma (P2; inzichtgevend) vooral emotionele tekorten kennen, zoals een gebrek aan validatie en ondersteuning. Er werd geconcludeerd dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen 1) pedagogische verwaarlozing gecombineerd met emotionele tekorten, dat wil zeggen een essentieel tekort in zowel de vervulling van basisbehoeften als emotionele behoeften tijdens de opvoeding, en 2) emotionele tekorten, dat wil zeggen een tekort in de opvoeding op emotioneel niveau. Trauma werd als dimensie op basis van consensus geëxcludeerd omdat deze dimensie geen onderscheid kan maken tussen levensgeschiedenissen voor patiënten van beide behandelprogramma's. Clinici bespraken 1) of patiënten van het DBT-programma wel of niet meer trauma's in hun leven hebben meegemaakt en 2) of deze mogelijke dimensie wel of niet een indicatie voor een van beide programma's zou kunnen betekenen. Er werd gesuggereerd dat patiënten met een indicatie voor DBT vaak getraumatiseerd zijn door meerdere trauma's (seksueel en fysiek misbruik), die meer gebieden van hun leven hebben beïnvloed, terwijl patiënten met een indicatie voor SFT vaker getraumatiseerd zijn door pesten in het verleden en emotionele verwaarlozing, mogelijk samengaand met seksueel misbruik. Desondanks werd consensus bereikt voor exclusie omdat patiënten niet altijd ervaren trauma's opschrijven in hun levensverhaal. Hoewel niet genoemd in de e-mailenquête, ontstond er een nieuwe dimensie in de focusgroep toen klinici bespraken dat patiënten van het DBT-programma (P1) meer intieme relaties in hun leven hebben, terwijl er vaak een gebrek is aan intieme relaties

bij patiënten van het SFT-programma (P2). Er werd consensus bereikt over het opnemen van deze nieuwe dimensie.

Member check

Op basis van de opgenomen member check-bijeenkomst bleven de dimensies ongewijzigd, maar hun definities werden soms verduidelijkt. Bijvoorbeeld: Zelfbeheersing werd in eerste instantie gedefinieerd als een verschil tussen *acting-in* en *acting-out*. Discussie leidde tot een beschrijving van Zelfbeheersing als overwegend voorzichtig of overwegend impulsief. Voor de dimensie Intieme relaties richtte de discussie zich op het belang van intimiteit in verschillende interpersoonlijke contacten, zowel intieme seksuele relaties als hechte vriendschappen. Dit resulteerde erin dat de dimensie Intieme relatie(s) werd beschreven met zowel partnerrelaties als vriendschappen. Op verzoek van de deelnemers werden voor sommige dimensies narratieve voorbeelden verduidelijkt of toegevoegd. Zo werd een voorbeeldzin toegevoegd voor een hoge score op de dimensie Zelfredzaamheid: 'Mensen merken het vaak niet als het niet zo goed met me gaat. Ik zorg goed voor mezelf en blijf mijn afspraken nakomen.' Er werd consensus bereikt over aanpassingen in definities en narratieve voorbeelden.

Initiële checklist

De experts waren het erover eens dat tien dimensies relevant waren voor het evalueren van geschreven levensverhalen bij het toewijzen van patiënten aan DBT- en SFT-behandelprogramma's. Deze dimensies werden opgenomen in een initiële checklist, samen met hun definities en narratieve voorbeelden.

Deelstudie 2

In een tweede studie werd in drie testrondes met drie klinici en drie psychologiestudenten een checklist ontwikkeld op basis van de bovengenoemde tien dimensies (voor meer details over deze deelstudie: zie het oorspronkelijke Engelstalige artikel). In elke ronde werden vijf levensverhalen onderzocht zonder dat bekend was aan welk programma de betreffende patiënten waren toegewezen. Hoewel met dezelfde instructie geschreven, verschilden de levensverhalen aanzienlijk in omvang en detail. Sommige patiënten schreven punt voor punt over hun leven. Eén patiënt voegde eraan toe dat dit nodig was om te voorkomen door emoties overweldigd worden. Het merendeel van de verhalen bevatte voldoende informatie om de dimensies te kunnen scoren, hoewel in sommige verhalen enige relevante informatie ontbrak omdat het levensverhaal te beknopt was. Zo werd de aanwezigheid van relaties in iemands leven, zoals vriendschappen, niet altijd vermeld. De uiteindelijke resultaten laten echter weinig ontbrekende waarden

De checklist bleek een goede sensitiviteit en specificiteit te vertonen

zien (< 3%) en we kunnen concluderen dat de dimensies doorgaans wel voorkwamen in de levensverhalen. Tussen de testrondes werden de resultaten besproken en werd de checklist verbeterd aan de hand van de feedback van de beoordelaars en de inter-

beoordelaarsbetrouwbaarheid: definities werden verfijnd, narratieve voorbeelden verduidelijkt en categorieën vereenvoudigd. Deze verbeteringen resulteerden in de definitieve checklist. De resultaten van de checklist werden vervolgens vergeleken met de feitelijk toegewezen behandeling voor twintig patiënten. De checklist bleek een goede sensitiviteit en specificiteit te vertonen.

Discussie

De behandeltoewijzing voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen blijft een grotendeels impliciet proces met weinig empirisch bewijs als leidraad voor klinici (Abbass et al., 2014; Gadiano & Miller, 2013). Levensverhalen verdienen meer aandacht bij het diagnosticeren van persoonlijkheidspathologie (Lind et al., 2020) en kunnen nuttig zijn bij het toewijzen van patiënten aan de juiste behandelingsmodaliteit (Hamkins, 2014; van Os, 2014). Deze studie beschrijft de ontwikkeling van een op consensus gebaseerde, betrouwbare en valide checklist voor het toewijzen van een behandeling aan een ondersteunende en structuur biedende behandeling (DGT) of een inzichtgevende behandeling (SFT) die gebaseerd is op expertkennis. Clinici bereikten consensus over tien dimensies van levensverhalen die belangrijk zijn bij het toewijzen van patiënten; levensverhalen die getypt waren, meer structuur hadden, een goede taalvaardigheid vertoonden, minder pedagogische gebreken, een hogere opleiding, stabiele intieme relaties, meer zelfredzaamheid en zelfbeheersing, en meer vermogen tot interne attributie en introspectie werden gezien als indicatief voor een inzichtgevend programma, in plaats van

een ondersteunend en structuurgevend programma. Klinische experts en psychologie-studenten kunnen de afmetingen van de checklist betrouwbaar gebruiken. Drie kern-dimensies waren significant gerelateerd aan de feitelijke behandelopdracht, namelijk Taalvaardigheid, Zelfredzaamheid en Zelfbeheersing. Twee dimensies waren het meest significant, namelijk Structuur van het levensverhaal en Attributie. De checklist vertoonde een goede sensitiviteit en specificiteit.

Het eerste deelonderzoek richtte zich op het explicieter maken van de perspectieven van klinici op levensverhalen als hulpmiddel voor toewijzing. Met behulp van focusgroep-analyse werden gegevens verzameld op een systematische, verifieerbare, sequentiële en consequente manier in een tolerante, niet-bedreigende omgeving (Krueger & Casey, 2015). De kwaliteit van de gegevens die in een focusgroep worden verzameld, hangt af van de kwaliteit van de gestelde vragen (open, neutraal en opeenvolgend) en het adequate beheer van een verwachtingsbias (duidelijke openingsverklaring en uitleg van het doel van de discussie), voorkeur voor bevestiging (preventie van vooropgezette overtuigingen of hypothesen) en groepsdynamiek (preventie van voorkeur voor conformiteit en vooringemenheid door dominantie en verlegenheid). Om voldoende kwaliteit te garanderen werd de focusgroep goed voorbereid (NZ, SP en GW), opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd en zijn de resultaten besproken in een member check.

Alle levensverhalen waren verzadigd met problemen (Gonçalves et al., 2009; Lind, et al. 2020). Gebleken is dat het meer de manier is waarop patiënten hun problemen

beschrijven die klinici kan ondersteunen bij het toewijzen van de behandeling. De tien consensuele dimensies lijken aspecten van levensverhalen te weerspiegelen die ook werden geïdentificeerd in eerder onderzoek naar levensverhalen en geestelijke gezondheid. Het concept van narratieve samenhang dat relevant is voor het tot stand brengen van zelfcontinuïteit en zelfinzicht (Adler et al., 2008; Habermas & Bluck, 2000; Lind, et al., 2020), wordt weerspiegeld in de dimensies Structuur van het levensverhaal en Introspectie. Klinische experts verwachtten dat patiënten wier levensverhaal meer gestructureerd was en meer introspectie vertoonde, meer zouden kunnen profiteren van SFT, een inzichtgevende behandeling. Deze levensverhalen onthullen het vermogen om

Het concept ‘agency’ lijkt weerspiegeld te worden in de dimensies Educatie, Zelfredzaamheid, Zelfcontrole en Attributie

levensgebeurtenissen in een verhaal te ordenen, evenals pogingen om inzichtelijke verbanden te leggen tussen eigen gevoelens, ervaringen en eerdere gedachten. Dit betekent dat verwacht wordt dat capaciteiten voor narratieve coherentie essentieel zijn voor patiënten om zich te kunnen verbeteren in een psychotherapeutische benadering zoals SFT, gericht op persoonlijkheidsintegratie.

Het concept ‘agency’, geassocieerd met het

streven naar autonomie en het sturen van het eigen leven (Adler et al., 2008; Lind et al., 2020) lijkt weerspiegeld te worden in de dimensies Educatie, Zelfredzaamheid, Zelfcontrole en Attributie. Onderwijs gaat over kunnen en willen leren, Zelfredzaamheid gaat over het vermogen om alledaagse activiteiten uit te voeren en op een meer autonome manier om te gaan met emotionele problemen, Zelfcontrole staat voor het vermogen om adequate controle uit te oefenen over de eigen impulsen, en Attributie gaat over de manier waarop patiënten interne of externe oorzaken voor hun problemen toeschrijven. De dimensies Handgeschreven en Taalbeheersing zouden verband kunnen houden met opleidingsniveau en zelfbeheersing, en zouden dus indirect verband houden met het concept van keuzevrijheid. Clinici dachten dat patiënten met meer impulsief gedrag minder moeite zouden doen om hun levensverhaal te typen of grammaticale fouten te corrigeren. Clinici verwachtten dat patiënten wier levensverhaal lager scoorde op deze dimensies meer zouden kunnen profiteren van DGT, een structuur biedende behandeling. Het ervaren van problemen met autonomie komt overeen met een psychotherapeutische benadering zoals DGT, gericht op het verminderen van zelfdestructieve gedragspatronen en het leren van radicale acceptatie en probleemoplossende strategieën.

Het concept ‘verbondenheid’ dat verwijst naar de ervaring van verbinding met anderen (Adler et al., 2008, Lind et al., 2020), sluit aan op de dimensies Opvoeding en Relaties. Bij Opvoeding gaat het om de aanwezigheid van emotionele en/of pedagogische tekorten die wijzen op een essentieel gebrek aan verbondenheid met de ouders,

terwijl Relaties betrekking hebben op het vermogen om hechte vriendschappen en intieme relaties aan te gaan en te onderhouden. Clinici verwachtten dat patiënten wier levensverhaal pedagogische tekortkomingen en instabiele relaties vertoonde, meer zouden kunnen profiteren van DGT, een ondersteunende en structuur brengende behandeling.

Aan de ene kant kunnen de narratieve concepten van coherentie, autonomie en verbondenheid klinici op een abstracter niveau informeren over relevante aspecten van levensverhalen, afgezien van diagnostische labels. Als zodanig lijken de narratieve concepten te verwijzen naar meer trans-diagnostische factoren. Aan de andere kant hebben de klinici dimensies onderscheiden voor het evalueren van geschreven levensverhalen op een concreter niveau, die algemene concepten als een gebrek aan coherentie, autonomie en verbondenheid tastbaarder maken dan in eerdere onderzoeken (bijv. Adler et al., 2012). De dimensies kunnen relevante informatie bieden over verschillen, die zichtbaar zijn in concreet gedrag, binnen groepen patiënten die doorgaans weinig samenhang, keuzevrijheid en gemeenschap hebben.

Uit het tweede deelonderzoek bleek dat de dimensies van de checklist veel voorkwamen in de levensverhalen van de patiënten en beoordeeld konden worden met voldoende tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Drie dimensies waren significant gerelateerd aan de daadwerkelijke toewijzing aan de twee behandelingsmodaliteiten DGT en SFT: Taalvaardigheid, Zelfredzaamheid en Zelfbeheersing. Twee dimensies waren het meest significant: Structuur van het levensverhaal en Attributie. De kenmerken van levensverhalen die indicatief zijn voor de

inzichtgevende behandeling suggereren hogere niveaus van persoonlijk functioneren dan kenmerken die indicatief zijn voor het structurerende en ondersteunende programma (Giesen-Bloo et al., 2006; Verheught-Pleiter & Deben-Mager, 2006). Verder onderzoek zou moeten verduidelijken hoe deze zich verhouden tot andere kenmerken die als belangrijk werden genoemd in het toewijzingsproces, zoals interpersoonlijke stijlen en voorkeuren (Blatt et al., 2007; Leichsenring, 2005), persoonlijke sterke punten en psychologisch ingesteldheid (van Manen et al., 2008), en meer adaptieve psychodynamische ontwikkelingsprofielen (Ingenhoven & Abraham, 2010; Ingenhoven et al., 2011). De checklist heeft een goede gevoeligheid en specificiteit voor de significante of kern-dimensies en zelfs meer voor alle dimensies. De toewijzing aan het SFT-programma was 100% correct voor de totale checklist en 90% voor de drie significante dimensies, samen met een stabiele positieve toewijzing aan het DGT-programma van 80%. Deze cijfers zijn opmerkelijk, aangezien de daadwerkelijke behandelopdracht op veel meer informatie was gebaseerd dan alleen de levensverhalen. Als zodanig lijkt de checklist artsen adequate ondersteuning te kunnen bieden bij het toewijzingsproces.

Beperkingen

Deze studie kent haar beperkingen. Ten eerste is het onderzoek uitgevoerd in een gespecialiseerde psychotherapeutische kliniek voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, met levensverhalen van twee klinische patiëntengroepen. Dit roept vragen op over de generaliseerbaarheid naar patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in

andere settings en behandelprogramma's. Het matchen van patiënten met andere behandelmethoden in andere settings kan andere dimensies vragen waarmee levensverhalen kunnen worden geëvalueerd. Niettemin is het onderscheid tussen een steunend, structurerend programma (DGT)

*De statistische analyses
zouden geprofiteerd
hebben van een
grotere steekproef*

versus een inzichtgevend programma (SFT) vrij gebruikelijk in de klinische praktijk, zowel bij klinische als poliklinische groepen. Ten tweede introduceerden Onwuegbuzie en collega's (2009) voor het verzamelen en analyseren van focusgroegegevens een kwalitatief raamwerk voor sociaalwetenschappelijk onderzoek. In deze benadering biedt conversatieanalyse mogelijkheden voor het analyseren van focusgroegegevens, door niet alleen aandacht te besteden aan verbale communicatie van de deelnemers, maar ook aan non-verbale communicatie. Het gebruik van een dergelijke methode had de nauwkeurigheid van de focus-groepanalyses wellicht kunnen vergroten. Ten derde zouden statistische analyses van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, gelijktijdige validiteit en specificiteit en gevoeligheid geprofiteerd hebben van een grotere steekproef. Het uitvoeren van hetzelfde onderzoek op grotere schaal en met een groter tijdsinterval kan resulteren in een beter inzicht in de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en het ontstaan van significantere rela-

ties en mogelijk discriminerende dimensies. Vooral de dimensies Structuur van het levensverhaal en Attributie vertoonden bijna significantie, en Opvoeding, Opleiding en Introspectie vertoonden substantiële verschillen, hoewel ze niet significant waren.

Ten vierde bestaat er geen gouden standaard voor het toekennen van dimensies aan levensverhalen. In dit onderzoek werd consensus onderzocht tussen deelnemers onderling en tussen deelnemers onderling en een consensusscore van de onderzoekers. Toekomstig onderzoek kan baat hebben bij een consensusscore verkregen van meerdere deelnemers.

Een kracht van het onderzoek is de echte klinische steekproef van patiënten bij wie in de klinische praktijk de diagnose persoonlijkheidsstoornissen wordt gesteld en die daarvoor worden behandeld, wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen versterkt. Daarnaast spraken verschillende klinische experts hun waardering uit voor de systematische evaluatie van levensverhalen, waarbij ze zich gesteund voelden door de checklist in hun reflectie- en besluitvormingsproces over de behandelingstoewijzing.

Conclusie

Concluderend ondersteunt de Life-story Checklist een betrouwbare en valide evaluatie van levensverhalen als het gaat om klinische toewijzing voor een gespecialiseerde behandeling. De checklist maakt een systematische en expliciete lezing van levensverhalen mogelijk die artsen kunnen ondersteunen bij het nemen van transparante en overdraagbare beslissingen over

de toewijzing van behandelingen. Wanneer ze systematisch worden geëvalueerd, krijgen levensverhalen academische waarde als bron van informatie die het toewijzingsproces voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen verhelderen. Levensverhalen van patiënten verdienen, omdat ze betekenisvolle en rijke verhalen zijn, erkenning in de klinische praktijk en nogmaals in empirische studies. Verder onderzoek in andere en grotere steekproeven kan helpen om passende keuzes te maken over de dimen-

sies die in de checklist opgenomen blijven. Een toekomstige onderzoeksvraag zou kunnen zijn hoe verschillende bronnen gecombineerd kunnen worden om tot nog betere opdrachten te komen. Patiënten zouden na de behandeling gevolgd kunnen worden om daadwerkelijk inzicht te krijgen in de vraag of de uitval zou afnemen en de effectiviteit zou toenemen als systematische, expliciete toewijzingsbeslissingen zouden worden genomen. ■

Dit artikel is een aangepaste en ingekorte versie van:

Pol, S.M., Zuidhof, N., Sennef, D., Sools, A.M. & Westerhof, G.J. (2024). The allocation of patients with personality disorders to a suitable treatment approach: The development of a checklist based on patients' life-stories. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 88(3), p. 239-269.

Silvia Pol (s.pol@ggnet.nl) is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij Scelta GGNet te Warnsveld, p-opleider bij GGNet en supervisor bij de NVGP en de NVP, **Niek Zuidhof** is associate lector Technologie, Gezondheid & Zorg aan de Saxion Hogeschool te Enschede, **Dennis Sennef** is GZ-psycholoog bij PsyQ te Arnhem, **Anneke Sools** is universitair hoofddocent bij de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente en **Gerben Westerhof** is professor Narratieve Psychologie en Technologie aan de Universiteit Twente.

Refereren aan:

.....
Pol, S., Zuidhof, N., Sennef, D., Sools, A. & Westerhof, G. (2026). De Life-story Checklist voor persoonlijkheidsstoornissen. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)2, p. 35-56.
.....

Life-story Checklist for Personality Disorders

Toewijzing van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen naar passende behandeling: een checklist gebaseerd op onder klinici overeengekomen dimensies voor het systematisch evalueren van geschreven levensverhalen.

Silvia M. Pol, Niek Zuidhof, Dennis Sennef, Anneke M. Sools en Gerben J. Westerhof

Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, onderdeel van GGNet, Apeldoorn & Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie, Universiteit Twente, Enschede & Onderzoeksgroep Technologie, Gezondheid & Zorg, Saxion Hogeschool, Enschede.

Correspondentie: Silvia Pol, Scelta GGNet, Vordenseweg 12, 7231 PA, email: s.pol@ggnet.nl

2025

Life-story Checklist for Personality Disorders

Achtergrond

Levensverhalen ontstaan gedurende de adolescentie, wanneer cognitieve ontwikkeling het mogelijk maakt een betekenisvol en coherent verhaal te vormen over het eigen leven (Habermas & Bluck, 2000). Bij de introductie van een integratieve theorie over persoonlijkheidsontwikkeling ruimt McAdams (2015) een belangrijke plaats in voor het levensverhaal. Hij stelt dat mensen in een actief geconstrueerd verhaal betekenis proberen te geven aan eerdere ervaringen, met als doel te kunnen begrijpen hoe het eigen leven zich heeft ontwikkeld. Het levensverhaal biedt de klinische praktijk een betekenisvol en veelal rijk narratief waarin de stem klinkt van de patiënt zelf. Het levensverhaal wordt naast het klinisch interview en eventuele vragenlijsten gezien als een belangrijke bron van informatie voor het proces van indicatiestelling (Gabbard, 2005; Skodol, 2014), en verdient om deze reden niet alleen een plaats in de klinische praktijk maar ook in wetenschappelijke studies.

Indicatiestellingsonderzoek voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen betreft een complex, impliciet en vaak weinig begrepen proces van diagnostiek en besluitvorming (van Manen et al., 2008). Wanneer levensverhalen systematisch worden geëvalueerd, winnen deze aan wetenschappelijke waarde als een bron van informatie die het toewijzingsproces voor behandeling van persoonlijkheidsstoornissen kan verhelderen. De Life-story Checklist maakt gebruik van onder clinici overeengekomen dimensies die relevant zijn voor indicatiestellingsonderzoek. Een systematisch en expliciet doornemen van levensverhalen op deze dimensies ondersteunt de clinicus in het maken van transparante en overdraagbare beslissingen over de meest passende behandeling. Op deze wijze beoogt de Life-story Checklist for Personality Disorders (LCPD) het toewijzingsproces voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen inzichtelijker te maken.

Werkwijze

Bij aanmelding voor behandeling wordt patiënten gevraagd hun levensverhaal te schrijven ten behoeve van het indicatiestellingsonderzoek, gericht op toewijzing aan een passend behandelaanbod. Dit aanbod kan ofwel steunend en structurerend van aard zijn, waarbij vooral wordt ingezet op het aanleren van vaardigheden en het werken aan praktische en emotionele stabiliteit, ofwel meer inzichtgevend van aard, vooral gericht op het herkennen en bijsturen van eigen denk- en gedragspatronen, waarbij een groter beroep wordt gedaan op zelfreflectie en inzicht.

Instructie

- 1) Bestudeer vooraf de definitielijst.
- 2) Lees het levensverhaal aandachtig door.
- 3) Scoor het levensverhaal met behulp van de definitielijst op het scoreformulier.
- 4) Maak een beargumenteerde keuze voor het behandelaanbod waaraan u wilt toewijzen.

Literatuur

- Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 4th Revised edition*. Washington: American Psychiatric Press.
- Habermas, T. & Bluck, S. (2000). Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5), p. 748-769.
- Manen, J. van, Kamphuis, J.H., Visbach, G., Ziegler, U., Gerritsen, A., Rossum, B. van, Rijnierse, P., Timman, R. & Verheul, R. (2008). How do intake clinicians use patient characteristics to select treatment for patients with personality disorders? *Psychotherapy Research*, 18(6), p. 711-718.
- McAdams, D.P. (2015). *The art and science of personality development*. New York: The Guilford Press.
- Skodol, A.E. (2014). Manifestations, assessment, and differential diagnosis. In: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender. *The APA textbook of personality disorders, DSM-5 Edition*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Scoreformulier Life-story Checklist for Personality Disorders

Naam patiënt: Naam onderzoeker: Toelichting: Datum:

Dimensies	Categoriën	Score (omcirkel)	Toelichting	Sleutel Optie 1 (omcirkel)	Sleutel Optie 2 (omcirkel)
1. Handgeschreven	A Handgeschreven	1 Ja 2 Nee		1	2
	2. Taalbeheersing*	B Taalbeheersing	1 Weinig/geen fouten 2 Herhaalde fouten	2	1
		C Structuur levensverhaal	1 Ongestructureerd 2 Gestructureerd	1	2
	4. Opvoeding	D Pedagogische verwaarlozing	1 Ja 2 Nee		1
E Emotionele tekorten		1 Ja 2 Nee		-	-
5. Onderwijs	F Onderwijs	1 Lager/middelbaar 2 Hoger		1	2
	6. Intieme relaties	G Intieme vriendschappen	1 Ja 2 Nee, sla H over		-
H Stabiele vriendschappen		1 Ja 2 Nee		-	1
I Intieme relaties	I Intieme relaties	1 Ja 2 Nee, sla J over		-	-
	J Stabiele relaties	1 Ja 2 Nee		2	-
7. Zelfredzaamheid*	K Praktische zelfredzaamheid	1 Ja 2 Nee, te weinig		2	1
	L Emotionele zelfredzaamheid	1 Ja 2 Nee, te weinig		-	-
8. Zelfsturing*	M Zelfsturing	1 Overwegend impulsief 2 Overwegend voorzichtig		1	2
	N Externaliserend	1 Ja 2 Nee		1	2
10. Inzicht	O Introspectie aanwezig	1 Ja 2 Nee		2	1
	Totaal aantal dimensies: (0-10)		
Aantal kerndimensies*: (0-3)		
Behandelaanbod	Toewijzing volgens checklist (omcirkel)			Steunend structurend	Inzichtgevend

Correct positieve toewijzing van 100% bij een cut-off van 8 of meer van 10 dimensies; 90% bij een cut-off van 2 of meer van drie kerndimensies: Taalbeheersing, Zelfredzaamheid en Zelfsturing.
Correct negatieve toewijzing in beide gevallen van 80%.

Life-story Checklist for Personality Disorders- Lijst van Definities

Dimensies	Categorieën	Definitie	Voorbeeld
A. Handgeschreven	1. Handgeschreven	Het levensverhaal is wel of niet handgeschreven.	-
	2. Niet handgeschreven		
B. Taalbeheersing	1. Weinig tot geen fouten in zinsbouw, interpunctie en woordgebruik	Kan zich goed uitdrukken in het Nederlands. Er komen weinig tot geen fouten voor in: <ol style="list-style-type: none"> de zinsbouw woordgebruik spelling het gebruik van punten, komma's en andere leestekens in de tekst. 	-
	2. Terugnkerende fouten in zinsbouw, interpunctie en woordgebruik	Kan zich minder goed uitdrukken in het Nederlands. Er komen terugkerende fouten voor in: <ol style="list-style-type: none"> de zinsbouw, woordgebruik spelling het gebruik van punten, komma's en andere leestekens in de tekst. 	Toen ben ik geadopteert naar Nederland. Intussen tijd was ik ongelukkig en gebroken.
C. Structuur levensverhaal	1. Ongestructureerd	Het levensverhaal is een samenhangend geheel. Er bestaat een duidelijke opbouw van het en het springt van de hak op de tak.	-
	2. Gestructureerd	Het levensverhaal is een samenhangend geheel. Er bestaat een duidelijke opbouw van het gehele levensverhaal, bv. een chronologische of anderszins logische opbouw.	
D. Opvoeding: pedagogisch tekort	1. Pedagogische verwaarlozing	Er is een belangrijk tekort in de vervulling van basale behoeften tijdens de opvoeding, zoals huisvesting, voedsel, basale veiligheid, lichamelijke verzorging en het stellen van normen voor gewenst en ongewenst sociaal gedrag.	Ik herinner me veel fysiek en verbaal geweld, zo werd mijn broertje hard in zijn gezicht geslagen, ook al als baby, waardoor ik leerde niet te huilen, me niet 'kwetsbaar' op te stellen. Vaak moest ik zorgen dat mijn broertjes en zusjes te eten kregen omdat mijn vader veel werkte en mijn moeder niet in staat was voor ons te zorgen.
	2. Geen pedagogische verwaarlozing	Mijn ouders hebben zo goed mogelijk voor ons gezorgd ondanks de financiële problemen die er waren met de zaak.	
E. Opvoeding: emotioneel tekort	1. Emotioneel tekort aanwezig	Op emotioneel vlak is er een tekort tijdens de opvoeding. Er wordt weinig validering, liefde, steun en emotionele ruimte gegeven. Er wordt weinig veiligheid en grenzen geboden. Emoties worden binnengehouden en niet met elkaar gedeeld.	Vanaf dat mijn moeder opgenomen is geweest, en weer thuiskwam heb ik tegen mezelf gezegd dat ik sterk moest zijn, want mijn ouders hadden het al moeilijk genoeg. Er werd nooit over gevoelens gesproken. Ik huilde vaak in bed zonder dat iemand het wist.
	2. Geen emotioneel tekort aanwezig	Lager niveau middelbare school (lbo, mavo, vmbo) en/of middelbaar beroepsonderwijs (mbo, roc). Een succesvolle afronding is niet vereist.	Verder was er veel huiselijke gezelligheid en mijn ouders waren niet prestatiegericht, meer sociaalgericht. In 2002 haalde ik mijn mavo diploma en ging ik een tct opleiding doen in Plaatsnaam 2.
F. Opleiding	1. Lagere en middelbare niveaus van onderwijs	Hogere niveaus middelbaar onderwijs (havo, hbs, vwo, atheneum, gymnasium) en/of hoger beroepsonderwijs (hbo) en/of academisch onderwijs. Een succesvolle afronding is niet vereist.	Na mijn vrijwilligersjaar ben ik begonnen met de opleiding Pedagogiek op het Hogeschoolnaam in Plaatsnaam 3.
	2. Hogere niveaus van onderwijs	Er wordt een vriendschapsrelatie beschreven die stabiel en bestendig is over langere tijd.	Een vriendin en een vriend ken ik al heel lang en zij weten van mijn problemen en vinden het goed dat ik hulp zoek.
G + H. Intieme relaties: vriendschapsrelatie(s)	1. Stabiele vriendschapsrelatie(s)	Er worden wel vriendschapsrelaties beschreven, maar deze veranderen snel over de tijd.	Ik maak makkelijk nieuwe vrienden en ga dan een periode intensief met hen om en daarna gaat het vaak mis en ontstaan er nare conflicten.
	2. Geen stabiele vriendschapsrelatie(s)	Er wordt een intieme relatie beschreven met een min of meer vaste partner, die gezien kan worden als veilig, stabiel en bestendig.	Toen ontmoette ik mijn huidige partner. Bij hem kon ik mij voor het eerst veilig voelen.
I + J. Intieme relatie partnerrelatie(s)	1. Stabiele partnerrelatie(s)		
	2. Geen stabiele partnerrelatie(s)		

Dimensies	Categoriën	Definitie	Voorbeeld
	2. Instabiele partnerrelatie(s)	Problemen in het aangaan van een intieme relatie met een min of meer vaste partner, waardoor onveiligheid, instabiliteit en onbestendigheid in die relaties op de voorgrond staan.	Het samenwonen met mijn vriend was niet altijd fijn, want hij wilde graag de baas zijn, en dat resulteerde in fysieke strijd, waarbij hij mij tegen de grond werkte.
K. Praktische zelfredzaamheid	1. Zelfredzaam op praktisch vlak	De patiënt geeft aan redelijk zelfstandig zorg te dragen voor algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals zichzelf verzorgen, eten, omgaan met geld, een dagstructuur aanbrengen. Het gaat erom of iemand toch zelfredzaam kon blijven functioneren met of ondanks aanwezige klachten.	Dit was geen goede relatie omdat hij over alles loog, mij vaak uitschold, mij alles liet betalen en spullen en geld van mij stal, en achter mijn rug om drugs gebruikte. Mensen zien het vaak niet als het niet goed met mij gaat. Ik verzorg mijzelf goed en blijf wel mijn verplichtingen nakomen. Ondanks de spanningen bleef ik wel naar school gaan en deed ik mijn huiswerk.
L. Emotionele zelfredzaamheid	1. Zelfredzaam op emotioneel vlak 2. Te weinig zelfredzaam op emotioneel vlak	Er worden structurele problemen beschreven bij het zelfstandig uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals zichzelf verzorgen, eten, omgaan met geld, een dagstructuur aanbrengen. De patiënt geeft aan met emotionele problemen om te kunnen gaan.	Ik had toen geen werk meer en heb ook geen uitkering aangevraagd. Toen heb ik een tijdlang niets gedaan en alleen maar op bed gelegen. Ik heb een grote schuld opgebouwd en heb toen besloten weer bij mijn ouders te gaan wonen.
M. Zelfsturing	1. Overwegend impulsief 2. Overwegend geremd	De patiënt beschrijft problemen in het adequaat omgaan met emoties. Gedrag wordt uitgevoerd zonder er van tevoren over na te denken. Het gedrag wordt veroorzaakt door een inwendige prikkel of door een drang, als reactie op een uitwendige prikkel. De tijd tussen beleving en uitvoering van gedrag is minimaal. De persoon durft minder te zeggen of te doen dan hij/zij zou willen. De persoon voelt zich belemmerd, schuchter, angstig, ingehouden, en niet vrij en de persoon weet zich moeilijk te uiten. De overgang naar gedrag is relatief lang.	Als ik me niet goed voel (dat is meestal zo) dan onderneem ik haast niets. Ik weet niet hoe ik om moet gaan met problemen en spanningen. Ik vind het erg moeilijk om zelf te bepalen wat ik nodig heb. Ik kan heel boos worden. Tegen de deuren schoppen, met spullen gooien. Maar ik ben niet een gevaar voor anderen, ik gooi geen spullen naar personen. Ik ben iemand die zichzelf vooral pijnigt. Ik ben bang om iets fout te doen, waardoor ik snel blokkeer of langer over opdrachten doe. Door mijn angst vermijd ik vaak spannende situaties.
N. Attributie	1. Externaliserend	NB: Overwegend geremd betekent niet dat impulsiviteit afwezig is, maar de geremdheid staat wel meer op de voorgrond. Oorzaken van problemen worden buiten de eigen persoon gezocht en niet binnen de eigen persoon.	Ik ben zolang ik me kan heugen angstig geweest, vooral 's nachts. Ik zei daar niets van, durfde het niet te zeggen tegen mijn ouders. Verder kon ik ze alleen bereiken tijdens kantooruren. Dit alles was niet voldoende en dat wilde niemand geloven. Daardoor moest ik weer meerdere malen opgenomen worden.
O. Inzicht	2. Niet externaliserend 1. Introspectie is aanwezig 2. Introspectie vrijwel niet aanwezig	NB: Een feitelijke opsomming van gebeurtenissen (iemand anders heeft iets gedaan) valt niet onder externalisatie. Het gaat er bij externalisatie om dat de patiënt de verantwoordelijkheid of schuld bij anderen legt. Oorzaken van problemen worden niet alleen maar buiten de eigen persoon gezocht. Zelfwaarneming die blijkt uit een nadenken over, onderzoeken van en een poging verbanden te leggen tussen eigen gevoelens, ervaringen en eerdere gedachten en het onder woorden brengen daarvan. Geringe zelfwaarneming, moeite met nadenken over eigen gevoelens en gedrag, moeite om dit onder woorden brengen en verbanden tussen de waarnemingen te leggen.	Ik denk dat ik ook geen makkelijke puber was voor mijn ouders. Ik ben een rustig en verlegen type. Vanaf kleins af aan was ik al erg verlegen. Verder ben ik erg faalangstig. Deze angst beïnvloedt mijn sociale leven, ik ben vaak bang dat een ander me niet aardig vindt of dat ik saai ben. Dit gevoel ervaar ik ook bij vrienden. Ik ga dan toch weer drinken en blowen en ga allerlei seksuele contacten aan. Later heb ik daar spijt van maar toch beland ik steeds weer opnieuw in dit patroon.
Behandelaanbod	Steunend-structurend Inzichtgevend	Een behandelaanbod waarbij vooral ingezet wordt op het aanleren van vaardigheden en het werken aan praktische en emotionele stabiliteit. Een behandelaanbod dat zich vooral richt op het herkennen en bijsturen van eigen denk- en gedragspatronen dat een groter beroep doet op reflectie en het ontwikkelen van inzicht.	

Literatuur

Abbass, A.A., Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., de Maat, S.C.M., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S. & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(7), p. 1-108.

Adler, J.M., Chin, E.D., Kolisetty, A. & Oltmans, T.F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of Borderline PD. An empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), p. 498-512.

Adler, J.M., Lodi-Smith, J., Philippe, F.L. & Houle, I. (2016). The incremental validity of narrative identity in predicting well-being: A review of the field and recommendations for the future. *Personality and Social Psychology Review*, 20(2), p. 142-175.

Adler, J.M., Skalina, L.M. & McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research*, 18(6), p. 719-734.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.

Arntz, A., Hawke, L.D., Bamelis, L., Spinhoven, P. & Molendijk, M.L. (2012). Changes in natural language use as an indicator of psychotherapeutic change in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(3), p. 191-202.

Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2002). *Research methods in clinical psychology. An introduction for students and practitioners*. Second edition. Chichester: John Wiley & Sons.

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2001) Treatment of borderline PD with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), p. 36-42.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). Health Service utilization costs for borderline personality disorder: patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), p. 169-171.

Binks, C.A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C.E. & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline PD. *Cochrane Database Systematic Review*, 25(1):CD005652.

Blagys, M.D. & Hilsenroth, M.J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), p. 167-88.

Blatt, S.J., Besser, A. & Fored, R.Q. (2007). Two primary configurations of psychopathology and change in thought disorder in long-term intensive inpatient treatment of seriously disturbed young adults. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), p. 1561-1567.

Brettschneider, C., Riedel-Heller, S. & König, H-H. (2014). A systematic review of economic evaluations of treatments for borderline PD. *PLoS One*, 29(9).

Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J. & Drahorad, C. (2004) Residential versus community treatment of PD: A comparative study of three treatment programs, *American Journal of Psychiatry*, 161(8), p. 1463-1470.

Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 4th Revised edition*. Washington: American Psychiatric Press.

Gadiano, B.A. & Miller, I.W. (2013). The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that lie ahead. *Clinical Psychology Review*, 33(7), p. 813-824.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline PD: randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), p. 649-658.

Gonçalves, M., Matos, M. & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of innovative Moments in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(1), p. 1-23.

Habermas, T. & Bluck, S. (2000). Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5), p. 748-769.

Haskayne, D., Hirschfeld, R. & Larkin, M. (2014) The outcome of psychodynamic psychotherapies with individuals diagnosed with PDs: A systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(2), p. 115-138.

Ingenhoven, T. (2009). *The role of psychodynamic assessment in diagnosis and treatment of PDs. Reliability and validity of the development profile*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Ingenhoven, T.J.M. & Abraham, R.E. (2010). Making diagnosis more meaningful. The Developmental Profile: a psychodynamic assessment of psychopathology. *American Journal of Psychotherapy*, 64(3), p. 215-238.

Ingenhoven, T.J.M., Brink, W. van den, Passchier, J. & Duivenvoorden, H.J. (2011). Treatment-disrupting behaviors during psychotherapy of patients with PDs: the predictive power of psychodynamic personality diagnosis. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(1), p. 21-34.

- Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2015). *Focus Groups: A practical guide for applied research, 5th Edition*. London: Sage.
- Kvarstein, E.H., Pedersen, G., Folmo, E., Urnes, O., Johansen M.S., Hummelen, B., Wilberg, T. & Karterud, S. (2019). Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline PD - the impact of clinical severity. *Psychological Psychotherapies*, 92(1), p. 91-111.
- Landis J.R. & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), p. 159-174.
- Lemche, E. (2000). Gibt es eine spezifische Indikation zur psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie? *Psychotherapeut*, 45, p. 165-169.
- Lieblich, A. & Josselson, R. (2013). Identity and narrative as root metaphors of personhood. In: J. Martin & M.H. Bickhard, (eds). *The psychology of personhood. Philosophical, historical, social-developmental, and narrative perspectives* (p. 203-222). Cambridge: Cambridge University Press.
- Leichsenring (2005). Are psychoanalytic and psychodynamic psychotherapies effective? A review of empirical data. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(3), p. 841-868.
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A. & Leweke, F. (2011). Borderline PD. *Lancet*, 377, p. 74-84.
- Lind, M., Adler, J.M. & Clark, A.L. (2020). Narrative identity and personality disorder: An empirical and conceptual review. *Current Psychiatry Reports*, 22(12), p. 1-11.
- Manen, J. van, Kamphuis, J.H., Visbach, G., Ziegler, U., Gerritsen, A., Van Rossum, B., Rijnierse, P., Timman, R. & Verheul, R. (2008). How do intake clinicians use patient characteristics to select treatment for patients with PDs? *Psychotherapy Research*, 18(6), p. 711-718.
- McAdams, D.P. (2006). The role of narrative in personality psychology today. *Narrative Inquiry*, 16(1), p. 11-18.
- McAdams, D.P. (2013). The psychological self as actor, agent, and author. *Perspectives on Psychological Science*, 8(3), p. 272-295.
- McAdams, D.P. (2015). *The art and science of personality development*. New York: The Guilford Press.
- McLean, K.C. (2008). The emergence of narrative identity. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(4), p. 1685-1702.
- Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., and Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1, p. 1-19.

Onwuegbuzie, A.J., Dickinson, W.B., Leech, N.L. & Zoran, A.G. (2009). A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(3), p. 1-21.

Os, J. van (2014). *De DSM-5 voorbij. Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusen: Diagnosis Uitgevers.

Perry, J.C., Banon, E. & Ianna, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for PDs. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), p. 1312-1321.

Sarbin, T.R. (1986). *Narrative psychology. The storied nature of human conduct*. Londen: Praeger.

Sharp, C. & Wall, K. (2021) DSM-5 level of personality functioning: Refocusing personality disorder on what it means to be human. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, p. 313-37.

Skodol, A.E. (2014). Manifestations, assessment, and differential diagnosis. In: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender. *The APA textbook of PDs, DSM-5 Edition*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Skodol, A.E., Oldham, J.E., Bender, D.S., Dyck, I.R., Stout, R.L., Morey, L.C., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., McGlashan, T.H. & Gunderson, J.G. (2005). Dimensional representations of DSM-IV PDs: relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 162, p. 1919-1925.

Soeteman, D.I., Timman, R., Trijsburg, R.W., et al. (2005). Assessment of the burden of disease among inpatients in specialized units that provide psychotherapy. *Psychiatric Services*, 56(9), p. 1153-1155.

Stoffers, J.M., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2013). Psychological therapies for people with borderline PD. *Cochrane Database Systematic Review*, 15(8), CD005652.

Verheugt-Pleiter, A. & Deben-Mager, M. (2006). Transference-focused psychotherapy and mentalization-based treatment: Brother and sister? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20(4), p. 297-315.

Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2012). Life stories and mental health: the role of identification processes in theory and interventions. *Narrative Works: Issues, Investigations, & Interventions*, 2(1), p. 106-128.

Watzke, B., Rüdell, H., Jürgensen, R., Koch, U., Kriston, L., Grothgar, B. & Schulz, H. (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, 197(2), p. 96-105.

.....