

Een psychotherapeutisch veranderingsproces

Een casestudie naar verandering in autonomie en verbondenheid

Dit artikel, dat eerder verscheen in *Personality and Mental Health* (Pol, S. et al., 2025), bespreekt een single-casestudie van een intensief psychotherapeutisch behandeltraject van een cliënt met een persoonlijkheidsstoornis. Meerdere bronnen werden gebruikt om de werkzaamheid van de behandeling in beeld te brengen, met name op het gebied van de basale dimensies autonomie en verbondenheid, om zodoende een beter zicht ontwikkelen op de veranderingsprocessen die gedurende de behandeling plaatsvinden.

Door Silvia Pol, Elke Brok en
Gerben Westerhof

Persoonlijkheidsstoornissen (PS) veroorzaken een hoge lijdensdruk en een chronisch vastlopen op meerdere levensterreinen en worden geassocieerd met een hoog suïcidierisico en hoge economische kosten (APA, 2022; Soeteman et al., 2008). In zowel categorische als dimensionale diagnostische modellen van PS staat de ontwikkeling van identiteit centraal (Sharp & Wall, 2021). Het Alternatieve Model voor Persoonlijkheidsstoornissen (AMPD) diagnosticeert PS op basis van persoonlijkheidsdisfunctie en pathologische trekken (APA, 2022) waarbij persoonlijkheidsdisfunctie (*Level of Personality Functioning: LPF*) wordt gedefinieerd door zowel verstoringen in het zelf (identiteit en zelfsturing) als in het interpersoonlijk functioneren (empathie en intimiteit). Vanwege de worsteling met de mentale representatie van zichzelf in relatie tot anderen, is het voor mensen met PS een grote uitdaging om betekenis toe te kennen aan eigen ervaringen, om van daaruit het eigen leven vorm te geven en relaties aan te gaan in een complexe en voortdurende veranderende wereld. Psychotherapie is de aanbevolen behandeling voor PS (Federatie Medisch Specialisten,

2022), maar ondanks de bewijsvoering voor de werkzaamheid van psychotherapie (Binks e.a., 2006; Budge e.a., 2013; Cristea e.a., 2017; Stoffers e.a., 2013) blijft een *evidence-based* begrip van veranderprocessen die verantwoordelijk zijn voor het therapeutisch effect vooralsnog uit (Arntz e.a. 2012; Kazdin, 2007). Een beter begrip van psychotherapeutische verandering wordt daarom als essentieel gezien voor verdere ontwikkeling van behandeling voor PS (Gunderson, 2018; Kealy & Ogrodniczuk, 2018). Livesley en collega's (2016) beschrijven twee mechanismen van verandering die specifiek van belang zijn voor het werken met PS; een persoonsgerichte benadering met aandacht voor herstel van contactbreuken en het bevorderen van het mentaliserend vermogen, d.w.z. het begrijpen van de mentale toestand van zichzelf en anderen. Dimaggio en collega's (2016) voegen daar een derde mechanisme toe, het verrijken van zelf-narratieven; het kunnen ophalen van rijke en genuanceerde autobiografische herinneringen die overeenkomen met subjectieve ervaringen. De kwaliteit van zelf-narratieven is van belang bij het ontwikkelen van een samenhangende en stabiele narratieve identiteit, hetgeen geassocieerd is met mentale gezondheid en psychologisch welbevinden (Adler, 2012). Narratieve identiteit wordt gezien als centraal in de ontwikkeling van identiteit (Sharp & Wall, 2021) en verwijst naar het geïnternaliseerde en voortdurend evoluerende verhaal van het zelf dat een individu construeert door zelfreflectie en betekenisverlening over het eigen leven (McAdams, 2001). In een systematische review richtten Lind et al. (2020) zich op hoe mensen met PS en persoonlijkheidspathologie hun narratieve identiteit construeren. Enkele van de meest kenmer-

kende aspecten van hun narratieve identiteit waren lage autonomie (*agency*) en lage vervulling van verbondenheid (*communion*), verwijzend naar de mate waarin aan verbondenheidsbehoeften wordt voldaan (Adler, 2012). Voor een beter begrip van psychotherapeutische behandeling vormen de dimensies zelf- en interpersoonlijk functioneren een goede basis voor onderzoek, omdat deze overeenkomen met de twee centrale thema's binnen de narratieve identiteit: autonomie en verbondenheid (Adler et al., 2012; Lind et al., 2020; McAdams et al., 1996). Autonomie verwijst naar de mate waarin individuen in staat zijn verandering in hun eigen leven te bewerkstelligen of invloed uit te oefenen op hun omgeving, vaak via zelfredzaamheid, *empowerment*, prestatie of status (e.g. Abele & Wojciszke, 2007; Ybarra e.a., 2008). Verbondenheid verwijst naar de mate waarin individuen interpersoonlijke verbondenheid ervaren of tonen via liefde, vriendschap of dialoog (McAdams & McLean, 2013). De positieve kwaliteiten van beide dimensies zijn sterk geassocieerd met welbevinden (Guisinger & Blatt, 1994; Ryff & Singer, 1998; McAdams, 2001) en worden als essentieel beschouwd binnen alle belangrijke persoonlijkheidstheorieën (Guisinger & Blatt, 1994). De tweede golf binnen de positieve psychologie heeft echter de aandacht gevestigd op het verschijnsel van onder- en overgebruik van positieve kwaliteiten (Lomas & Ivtzan, 2016) en de negatieve gevolgen hiervan voor zowel de persoon zelf als anderen (Niemiec, 2019). Daarom wordt het bevorderen van autonomie en verbondenheid gezien als het primaire doel van behandeling (Williams & Levitt, 2007), maar is er tegelijkertijd begeleiding nodig om tot optimaal gebruik van deze kwaliteiten te komen (Niemiec, 2019).

Veel studies onderzochten autonomie en verbondenheid als narratieve thema's bij PS. Zo vonden Adler et al. (2012) dat aanwezigheid van autonomie en vervulling van verbondenheid (maar niet verbondenheid op zichzelf) in levensverhaalinterviews negatief correleerden met criteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Lind et al. (2019) beschreef een toename in autonomie, terwijl andere aspecten van levensverhalen van BPSpatiënten en hun ouders – zoals verbondenheid en vervulling van verbondenheid – niet veranderden na therapie. In een andere studie vonden Lind et al. (2023) een toegenomen focus op autonomie (in plaats van verbondenheid) in vertelde gebeurtenissen bij adolescenten met BPS gedurende MBTgroepstherapie. In levensverhalen van patiënten met PS na therapie vonden Pol et al. (2023) een toename in autonomie, maar geen toename van verbondenheid als geheel vanwege een afname van het aantal relaties. Wel was er een significante toename in de ervaren kwaliteit van relaties. Timberlake en Fesel (2024) lieten zien dat autonomie en coherentie verbeterden gedurende therapie bij een patiënt met vermijdende PS, terwijl vervulling van verbondenheid afnam. Na zes maanden waren zowel autonomie als vervulling van verbondenheid gestegen, terwijl coherentie gelijk bleef. De resultaten van deze studies suggereren dat verbetering in de ervaren mogelijkheid om doelen na te streven, vaardigheden te ontwikkelen en prestaties te leveren (autonomie), én om sociale verbindingen aan te gaan en te onderhouden (verbondenheid) (bijv. Abele & Wojciszke, 2007; Ybarra et al., 2008), belangrijke factoren zijn die bijdragen aan herstel van PS en persoonlijkheidspathologie. Dit perspectief komt overeen met

een persoonsgerichte benadering die de focus verlegt van symptomen en beperkingen naar persoonlijk herstel, waarbij het heropbouwen en definiëren van een positieve identiteitsbeleving een van de kernprocessen is (Leamy et al., 2011). Hiervoor worden cliënten aangemoedigd om hun persoonlijke

Single-case methodologie kan een bijdrage leveren aan het beter begrijpen van veranderprocessen

verhalen te verkennen en articuleren als middel om zelfinzicht en persoonlijke groei te bevorderen (Haselberger & Hutterer, 2013). In lijn met een persoonsgerichte benadering past een behandelingsevaluatie die waarde hecht aan de verhalen en ervaringen van cliënten, en die de behandelaar in staat stelt om de behandelrelatie en het behandelproces te evalueren (Hafkenscheid, 2021). Single-case methodologie biedt de mogelijkheid dieper in te gaan op het behandelverloop bij een casus en kan daardoor een bijdrage leveren aan het beter begrijpen van veranderprocessen.

In deze bijdrage presenteren we een single-casestudie van een intensief psychotherapeutisch behandeltraject, gebaseerd op zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevensbronnen. Naast uitkomsten op Routine Outcome Monitoring (ROM), bestuderen we het perspectief van een patiënt en het behandelteam op basis van bestaande narratieve data. We gebruiken meerdere bronnen om de werkzaamheid van de behande-

ling in beeld te brengen, om zodoende een beter zicht ontwikkelen op de veranderingsprocessen die gedurende de behandeling plaatsvinden. Het gaat om veranderingen in 1) algemeen klachtenniveau en persoonlijkheid functioneren aan het begin van de behandeling tot aan de follow-up na een jaar, en 2) veranderingen in de narratieve thema's autonomie en verbondenheid in a) het levensverhaal aan begin en na afloop van de behandeling, b) het perspectief van de cliënt en c) het perspectief van het behandelteam.

Methode

Setting

De studie vond plaats in de driedaagse geïntegreerde psychotherapeutische dagklinische behandeling van Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen, onderdeel van GGNet. De behandeling richt zich op gedragsverandering ter verbetering van persoonlijk en sociaal functioneren. Cliënten namen deel aan een samenhangend programma van negen maanden, drie dagen per week, bestaande uit groepspsychotherapie, beeldende therapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, maatschappelijke re-integratie en systeemtherapie. Het programma richt zich op cliënten met zelfpathologie die problemen ervaren ten aanzien van identiteit en emotieregulatie, waaronder terugkerende suicidaliteit en zelfbeschadiging, en problemen in het sociaal en maatschappelijk functioneren waarbij eerdere ambulante behandeling onvoldoende was gebleken. Contra-indicaties vormen het op de voorgrond staan van symptoomstoornissen psychose en middelenafhankelijkheid of een verstandelijke beperking, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal of

een antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose.

Cliënt

Bij intake werd een jonge vrouw gezien van eind twintig bij wie een persoonlijkheidsstoornis met borderline en ontwijkende trekken aanwezig was tegen de achtergrond van een belaste geschiedenis als KOPP-kind. Op de voorgrond stonden een extreme mate van zelfkritiek, negatief denken en obsessief-compulsieve gedragingen op het gebied van eten en bewegen. Cliënt was uitgevallen in haar werk op WO-niveau en vermeed sociaal contact. Ze wist zich geen raad met haar emoties, voelde zich uitermate onzeker, en meende dat anderen negatief over haar dachten. Haar angstige beleving hield ze verborgen achter een zelfverzekerde presentatie. Eerdere behandelingen vonden plaats gedurende tien jaar, zowel ambulant als in enkele opnames, gericht op angstklachten, eetproblematiek en burn-out klachten. Bij cliënt werd een SCID I en een SCID II afgenomen, waarbij ze descriptief voldeed aan een depressieve stoornis recidiverend, en een paniekstoornis zonder agorafobie. Daarnaast voldeed ze aan een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Bij klinisch onderzoek werden tevens borderline en ontwijkende trekken vastgesteld op basis van ernstige zelfpathologie en emotiedisregulatie. Cliënt gebruikte geen psychofarmaca voorafgaand aan of tijdens de behandeling.

Procedure

Selectieproces

Deze casus werd geselecteerd op basis van de beschikbaarheid van een levensverhaal

vóór en na behandeling, drie behandel-evaluaties en volledige ROM-gegevens. Daarnaast werd bereidheid tot het invullen van een follow-upmeting vereist. Uit een eerder onderzoek (Pol et al., 2023) waren 34 levensverhalen beschikbaar, waarvan 16 afkomstig uit

De casus, een jonge vrouw, vertegenwoordigt ernstige, therapieresistente problematiek

deze dagkliniek. Zes casussen hadden zowel narratieve als volledige ROM-data. Deze casus werd willekeurig gekozen, waarbij tegelijk gewaarborgd werd dat er voldoende reflectie in de evaluaties aanwezig was voor betekenisvolle analyse. De casus vertegenwoordigt ernstige, therapieresistente problematiek, maar is minder representatief wat betreft het consistent invullen van ROM-vragenlijsten.

Informed consent

De gegevens die voorafgaand en gedurende de behandeling werd verzameld, maakten deel uit van de reguliere werkwijze in de intakeprocedure en het behandelprogramma. Voor deze studie werd toestemming gevraagd aan cliënt om deze reeds bestaande gegevens te mogen gebruiken, en werd haar medewerking gevraagd om deze gegevens te completeren met een levensverhaal na afloop van de behandeling en een nameting na een jaar.

Procesmetingen

In totaal werden zes ROM-metingen verricht:

de basismeting vond plaats een week na de start van de behandeling (T0), de tweede meting bij 6 weken (T1), de derde meting bij 18 weken (T2), de vierde meting bij 30 weken (T3), de vijfde meting op het einde van de behandeling (T4), en de zesde meting 12 maanden na afloop van de behandeling (T5). Er werd geen tussentijdse terugkoppeling geboden aan cliënt of het behandelteam.

Meetinstrumenten

De Outcome Questionnaire-45 (OQ-45; De Jong & Nugter, 2004) meet het algemeen psychologisch functioneren, waarbij hogere scores wijzen op slechter functioneren. De Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF; Lamers et al., 2011) is ontwikkeld om positieve geestelijke gezondheid te meten. De Severity Indices of Personality Problems–Short Form (SIPP-SF; Verheul et al., 2008) meet de ernst en veranderingen in functioneel en disfunctioneel persoonlijkheidsfunctioneren tijdens de behandeling, waarbij hogere scores duiden op een hoger niveau van functioneren.

Narratieve data of gegevens

Levensverhalen

Cliënt schreef haar levensverhaal in reactie op de volgende open vraag: 'Voor aanmelding willen we u vragen uw levensverhaal te schrijven, een beschrijving van uw klachten, uw ervaring met eerdere behandeling en uw verwachting van toekomstige behandeling.' Na afloop van de behandeling werd de vraag gesteld: 'We willen je vragen opnieuw je levensverhaal te schrijven vanuit je huidige gezichtspunt, na je behandeling.' Deze vragen werden bewust zo geformuleerd dat cliënten de ruimte werd geboden om in hun

eigen woorden te schrijven over hun leven (Pol et al., 2023).

Psychotherapieproces - cliëntenperspectief

Het cliëntenperspectief werd gedocumenteerd op basis van doelenevaluaties en geanalyseerd op basis van de narratieve thema's autonomie en verbondenheid (Abele & Wojciszke, 2007). De cliënt schreef doelen-evaluaties na respectievelijk 6, 18 en 33 weken behandeling in reactie op de volgende vraag: 'Wij willen je vragen je voortgang in de behandeling te beschrijven in maximaal 1 A4, aan de hand van je doelen uit de behandelovereenkomst.'

Psychotherapieproces - perspectief van het behandelteam

Het perspectief van het behandelteam werd gedocumenteerd op basis van het intakeverslag, twee behandelteamconclusies en de ontslagbrief na behandeling; deze werden geanalyseerd op autonomie en verbondenheid (Abele & Wojciszke, 2007). De regiebehandelaar schreef de conclusies na 6 en 18 weken op basis van multidisciplinaire overleggen. Na 33 weken vond een evaluatiegesprek plaats in plaats van een schriftelijke conclusie.

Kwantitatieve analyses

Meetinstrumenten

Om veranderingen van pre- naar postbehandeling in zelfrapportages te onderzoeken, werd de reliable change berekend met de formule van Jacobson en Truax (1991):

$$RC = (X_2 - X_1) / \sqrt{2 \times SE^2}$$

$$SE = SD \times \sqrt{1 - r}$$

waarbij $(X_1 - X_2)$ het verschil representeert tussen begin- en follow-upscores, en (SE) de standaardmeetfout. Cronbach's alfa

werd gebruikt als maat voor betrouwbaarheid. SD- en α -waarden waren afkomstig uit vergelijkbare studies (OQ-45 en MHC-SF: Franken et al., 2018; SIPP-SF: Rossi et al., 2016). De MHC-SF werd niet vóór behandeling afgenomen, omdat deze later aan de ROM werd toegevoegd.

Narratieve data

Atlas.ti 8 werd gebruikt om een kwantitatieve inhoudsanalyse uit te voeren (Hsieh et al., 2005). Twee onderzoekers (SP en EB) markeerden betekenisunits, bestaande uit samenhangende woorden, zinnen of alinea's (Graneheim et al., 2004). De betekenis-eenheden werden hiërarchisch gecodeerd op basis van het codeerschema van Pol et al. (2023) naar de thema's, autonomie en verbondenheid, en onderverdeeld in zeven subthema's; 1) aanwezigheid van autonomie, 2) gebrek aan autonomie, 3) overmaat aan autonomie en 4) aanwezigheid van maladaptieve coping, en 5) aanwezigheid van verbondenheid, 6) gebrek aan verbondenheid en 7) overmaat aan verbondenheid.

Een holistische inhoudsanalyse werd gebruikt om de narratieve data systematisch te beschrijven en te interpreteren

Kwalitatieve analyse van narratieve data

Een holistische inhoudsanalyse (Lieblich e.a., 1998) werd gebruikt om de narratieve data systematisch te beschrijven en te interpreteren. De stappen waren: 1) het zorgvul-

dig en empathisch lezen van de data, 2) het beschrijven van algemene indrukken, inclusief uitzonderingen en tegenstrijdigheden, 3) het volgen van vooraf vastgestelde thema's van autonomie en verbondenheid (Diehl et al., 2004; Abele & Wojciszke, 2007 et al., 2008), 4) het markeren en volgen van deze thema's in de tekst, 5) het formuleren van conclusies, en hoewel niet vereist door de methode werd 6) na discussie consensus bereikt over de wijze waarop de thema's in de teksten naar voren kwamen.

Resultaten

Kwantitatieve analyses meetinstrumenten

Aan het einde van de behandeling en bij de follow-up na één jaar was er sprake van een significante positieve verandering in algemeen functioneren, positieve geestelijke gezondheid en persoonlijkheidsfunctioneren (zie tabel 1). Op basis van deze gegevens kan worden geconcludeerd dat de cliënt succesvol behandeld is en dat de psychotherapeutische behandeling effectief is gebleken.

Score							D	
Vragenlijst	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T0-T4	T0-T5
OQ-45 (range 0-180)								
Alg. psychologisch functioneren	83	82	56*	43	58	52	-25*	-31*
	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T1-T4	T1-T5
MHC-SF (range 0-5)								
Positieve geestelijke gezondheid	-	2.71	3.36	3.71	3.71	3.93	1.00*	1.22*
Emotioneel welbevinden	-	2.67	3.67	3.67	3.33	4.00	0.66*	1.33*
Sociaal welbevinden	-	2.60	4.20*	4.00	4.00	4.20	1.40*	1.60*
Psychologisch welbevinden	-	2.83	2.50	3.50	3.67	3.67	0.84	0.84
	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T0-4	T0-5
SIPP-SF (range 12-48)								
Zelfcontrole	39	40*	37*-	43*	45*	39*	6*	5*
Identiteitsintegratie	32	32	33*	37*	33*-	37*	1*	5*
Verantwoordelijkheid	40	44*	46*	40*-	43*	43	3*	3*
Relationele functies	23	30*	29*-	35*	33*	38*	10*	15*
Sociale concordantie	45	47*	42*-	46*	46	43*-	1*	-2*-

OQ-45 Outcome Questionnaire 45; MHC-SF Mental Health Continuum – Short Form; SIPP-SF The Severity Indices of Personality Problems – Short Form.

SD = standaarddeviatie, α = Cronbach's alpha.

* = significant positieve of, *- = significant negatieve Reliable Change (RC > 1.56) ten opzichte van de laatste meting tenzij anders vermeld zoals in de laatste twee kolommen

D = Verschil in score, T4 = einde van de behandeling, T5 = 12 maanden na afloop van de behandeling.

Tabel 1. ROM-scores en reliable change (RC) gedurende behandeling en na een jaar follow-up

Kwantitatieve analyses narratieve data

Kwantitatieve inhoudsanalyse laat zien hoe vaak thema's voorkomen in levensverhalen, behandel-evaluaties en documenten van het behandelteam (zie tabel 2). De levensverhalen vóór (1027 woorden) en na behandeling (1150 woorden) waren vrijwel gelijk in lengte. In het levensverhaal na behandeling kijkt de cliënt terug op het verleden; minder aanwezigheid van autonomie en meer aanwezigheid van maladaptieve coping in het tweede levensverhaal waarin cliënt terugblijkt op het

verleden, kan wijzen op toegenomen erkenning van moeilijkheden en inzicht in haar functioneren.

De behandel-evaluaties laten een geleidelijke toename in autonomie en een afname in maladaptieve coping zien, wat duidt op positieve behandeluitkomsten.

Verbondenheid neemt tijdens de behandeling sterk toe. In intakebrief, behandelteamconclusies en ontslagbrief beschrijft het team aanvankelijk wisselend maar uiteindelijk toenemend de aanwezigheid van

Thema	Autonomie				Verbondenheid		
Subthema	AA	AG	AO	MC	CA	CG	CO
Datatype	%	%	%	%	%	%	%
Levensverhaal 1	31.7	30.7	1.0	6.9	15.8	11.9	2.0
Levensverhaal 2	23.7	29.0	0.9	16.1	18.6	12.7	0.0
Doelenevaluatie 1	50.0	22.7	0.0	15.9	11.4	0.0	0.0
Doelenevaluatie 2	66.0	20.8	0.0	7.5	5.7	0.0	0.0
Doelenevaluatie 3	38.2	6.6	0.0	10.5	43.4	1.3	0.0
Intakeverslag	26.5	38.2	2.2	8.8	13.2	11	0.0
Behandelteamconclusie 1	19.6	26.8	3.1	14.4	21.7	14.4	0.0
Behandelteamconclusie 2	38.9	12.5	0.0	4.2	23.6	18.1	2.8
Ontslagbrief	36.7	24.4	2.2	7.8	18.9	10	0.0

AA Autonomie Aanwezig; AG Autonomie Gebrek aan; AO Autonomie Overmatig aanwezig; MC Maladaptieve Coping; CA Verbondenheid Aanwezig; CG Verbondenheid Gebrek aan; CO Verbondenheid Overmaat aan

Tabel 2. Thema's en percentages van aanwezigheid subthema's in levensverhalen voor en na behandeling, doelenevaluaties van cliënt tijdens de behandeling, en intakeverslag, behandelteamconclusies en ontslagbrief geschreven door het team

autonomie en verbondenheid, en afnemend een gebrek aan autonomie.

Autonomie

Levensverhaal voor behandeling

In haar vroege leven overkomen cliënt veel gebeurtenissen waar zij geen controle over heeft. Dit maakt haar als kind angstig en onzeker. 'Wanneer ik situaties eng vond, liep ik weg. Ik ben erg vaak weggelopen in mijn kindertijd.' Vanaf de middelbare-schoolleef-tijd komt het beeld naar voren van een krachtig meisje en daarna een sterke vrouw, die voor zichzelf en anderen weet op te komen. Maatschappelijke mijlpalen lijken bepalend voor de verhaallijn. Ze behaalt een masterdiploma en verkrijgt een aanstelling als docent. Ze voelt zich echter niet stabiel: 'Ik moest in mijn eigen onderhoud voorzien en durfde tegen niemand te praten over mijn problemen. Het was overleven.' Nadat ze is gaan samenwonen kan ze niet meer volhouden dat alles goed gaat. Ze bemerkt verlies van grip. 'Ik meldde mezelf vaak ziek op werk, ik functioneerde steeds minder goed.'

Levensverhaal na behandeling

Cliënt realiseert zich dat ze al veel eerder in haar leven, namelijk rond haar zestiende jaar, grip verloor. 'Plotselinge uitbarstingen van verdriet, boosheid en angst lieten mij en mijn omgeving vaak totaal onttrederd achter. Ik was het contact compleet verloren, met mezelf en met anderen.' Ze ziet achteraf dat ze overmatige controle moest inzetten om zich staande te houden. 'Ik had steeds meer repressie nodig om mijn gevoelens onder de duim te houden.' Ze realiseert zich dat ze in de toekomst steeds opnieuw een keuze zal moeten maken om niet terug te vallen in oud gedrag. Ze is echter vast-

beraden om te werken aan positieve verandering. 'Ik weet wat ik wil in mijn leven, en ik wil hard werken om dat te bereiken.'

Perspectief van cliënt gedurende de behandeling

Cliënt is zich in haar eerste evaluatie (week 6) bewust van de vele manieren waarop zij overmatig controle houdt en vermijdt. Deze strategie is zo krachtig dat ze haar eigen emoties niet ervaart, en dat ze zelf niet meer weet wie er schuilt achter de sterke en onkwetsbare vrouw zoals ze zich naar anderen toont. Ze is zich meer bewust van haar neiging om te vluchten en haar emoties en verleden te vermijden. Ze experimenteert voorzichtig met het toelaten van emoties. 'In de afgelopen weken heb ik voor het eerst (negatieve) emoties bij mezelf opgemerkt. Daarnaast heb ik mezelf afgelopen weken vaker uitgesproken over mijn emoties en wat mij bezighoudt in mijn hoofd. Hierdoor merk ik steeds vaker dat mijn rol niet klopt met hoe ik mij voel of zelfs niet klopt met de feiten die er liggen. Dit brengt enorme onzekerheid en paniekachtige gevoelens met zich mee.' Hoe hoog de angst is, blijkt uit het feit dat cliënt de eerste weken overwoog de therapie te beëindigen.

In haar tweede evaluatie (week 18) beschrijft cliënt een compleet gebrek aan houvast en overzicht: 'Een beschrijving van de periode tussen mijn eerste en tweede evaluatie zou een kluwen garen kunnen zijn; alles zit door elkaar...' Cliënt beschrijft dat hoewel haar oude strategieën zoals vermijding het nog regelmatig winnen, ze nu steeds vaker een keuze weet te maken om haar gevoelens te ervaren en te delen met mensen om zich heen. Bij de derde evaluatie (week 33) ziet cliënt dat haar autonomie juist is gegroeid. Ze

begint met de zin: '[Naam instelling] betekent keuze. En keuzes maken is precies wat ik tijdens mijn therapieproces bij [naam instelling] heb gedaan.' Vervolgens beschrijft ze talloze situaties waarin ze keuzes heeft weten te maken. Ze moet nog dagelijks opnieuw kiezen tussen veiligheid zoeken in vermindering of overmatige controle houden, en daadwerkelijk te gaan delen en de ander toe te laten.

Perspectief van behandelteam gedurende de behandeling

Bij intake wordt sterke zelfkritiek, overmatige controle en een vastlopen in werk en sociale relaties beschreven. Zowel uit de anamnese als uit het psychiatrische onderzoek blijkt de gewoonte om zichzelf sterker voor te doen. 'Er is sprake van contactgroei, wel kan cliënt zich wat schijnbaar competent voordoen.' De hulpvragen van cliënt hebben allemaal betrekking op het vergroten van haar autonomie/zelfsturend vermogen. Zij zou graag inzicht verwerven, haar emoties kunnen toelaten en reguleren, en zichzelf willen kunnen zijn.

In de eerste behandelteamconclusie (week 6) biedt het team validering voor de overlevingsstrategieën die cliënt heeft moeten inzetten. 'Lange tijd heeft cliënt het voor zich uitgeschoven om stil te staan bij de invloed op haar van de gebeurtenissen die plaatsvonden in haar gezin van herkomst. Ze had daar ook een goede reden voor, want ze wilde haar eigen leven opbouwen, een opleiding doen en een carrière opbouwen.' Vervolgens nodigt het team haar uit te oefenen met nieuwe manieren van omgaan met gevoelens en met haar omgeving. 'Je bent van harte welkom om te experimenteren en te ervaren dat er tegenwoordig wel meer

veiligheid en zekerheid in je leven bestaat, meer dan je geneigd bent te denken en dan je gewend bent te ervaren.'

In de tweede behandelteamconclusie (week 18) wordt voorzichtig meer zelfsturend vermogen opgemerkt. Cliënt oefent met het loslaten van haar obsessieve gedrag, en met het toelaten en tonen van haar emoties. Haar worsteling wordt gezien, maar ze wordt aangemoedigd om door te zetten en keuzes te maken die bij haar passen. Zo kiest cliënt ervoor, ondanks dat het veel van haar vergt, haar werk te hervatten naast de therapie. 'Cliënt geeft echter aan dat ze ook op haar werk naar een ander evenwicht toe wil werken en dat ze daarbij de steun van het deeltijdprogramma erg belangrijk vindt.'

*Het team ziet dat de cliënt
inzicht in haar valkuilen
heeft opgedaan en weet
wat haar uitdagingen zijn*

In de ontslagbrief wordt geconcludeerd dat haar overmatige controle langzaamaan plaats heeft gemaakt voor een gezonder zelfsturend vermogen. 'Ze oefende met zichzelf meer laten zien, niet alleen in haar kracht maar ook in kwetsbaarheid, en met stilstaan bij haar gevoelens, deze niet langer wegdukkend of controlerend met behulp van eten en vermijden.' Het team ziet dat cliënt inzicht in haar valkuilen heeft opgedaan en weet wat haar uitdagingen zijn. Haar wordt geadviseerd haar ontwikkeling met ambulante groepstherapie voort te zetten.

Verbondenheid

Levensverhaal voor behandeling

In het eerste levensverhaal vertelt cliënt dat haar beide ouders kampen met ernstige psychische problemen in haar zeer vroege jeugd (0-4 jaar). 'Beiden zijn in die periode opgenomen geweest of tijdelijk van huis weggegaan.' Zij en haar broer werden op wisselende plaatsen ondergebracht. Als ze opgroeit toont ze zich sterk in het contact met leeftijdsgenoten, om zodoende haar kwetsbaarheid en eenzaamheid buiten beeld te houden. 'Van medeleerlingen heb ik achteraf gehoord dat ik er altijd vol zelfvertrouwen en ongenaakbaar uitzag.' Ze beschrijft haar behoefte om gezien te worden, en haar pogingen om aandacht te vangen met destructief gedrag. 'Ik deed allerlei impulsacties, dronk te veel, blowde, en automuti-leerde. Met al deze dingen stopte ik meteen wanneer ik aandacht kreeg, van ouders van vrienden of van vrienden zelf.' Later helpen systeemgesprekken het contact met haar ouders te verbeteren, zonder dat duidelijk wordt wat er concreet verandert. Een keerpunt vormt het samenwonen met haar vriend waardoor haar kwetsbaarheid in beeld komt. 'Hij heeft mij doen beseffen hoe ernstig mijn leven bepaald wordt door mijn angsten en gedragingen.' Ze benoemt steun te ervaren en neemt zich voor om openheid te bieden aan haar omgeving.

Levensverhaal na behandeling

Cliënt realiseert zich meer de betekenis van het missen van haar ouders die in beslag werden genomen door eigen problematiek. 'Hierdoor kreeg ik het idee dat ik 'kapot' of 'defect' was en dat ik dit zo goed mogelijk moest zien te verbergen, omdat mijn ouders

mij anders weer zouden verlaten.' Ze voelde zich onzeker en angstig en ziet dat ze zocht naar manieren om weg te vluchten van deze gevoelens. 'Mijn oplossing hiervoor was om iedereen om me heen van me af te stoten. Zonder verbinding met anderen zou ik me ook niet meer eenzaam en verlaten voelen.' Als keerpunt benoemt ze nu dat haar vriend haar voor een keuze had gesteld, in therapie werken aan verandering of beëindigen van de relatie. Ze beschrijft wat behandeling haar heeft opgeleverd: 'Maar ik heb wel geleerd om met meer mildheid naar het gedeelte van mij te kijken dat zich zo eenzaam, verlaten, verdrietig en boos voelt. Ik kan nu erkennen dat het mag bestaan.' En over het contact met anderen: 'Daarnaast heb ik opnieuw geleerd om verbinding te maken met andere mensen, en de wederzijdse genegenheid te voelen die dat met zich meebrengt.' Ze heeft nu ruimte voor een eigen toekomst waarin ze verder wil werken aan haar proces, en verlangt naar verbinding met haar omgeving en naar eigen kinderen. 'Ik wil een gezinssituatie creëren die ik en mijn ouders niet hebben gehad.'

Perspectief van cliënt gedurende de behandeling

In de eerste doelevaluatie (week 6) vertelt cliënt geen verbondenheid te ervaren met zichzelf. 'Ik ben al lang geleden zo opgegaan in mijn rol dat ik ben vergeten wie ik zelf ben.' In de therapie ontstaat er voorzichtig aan verbinding als ze voor het eerst (negatieve) emoties bij zichzelf opgemerkt. 'Ik schrik van mijn eigen onzekerheid, die ik eigenlijk nooit voelde. Niet dat ik bang ben van deze gevoelens, maar ze zijn nieuw, verwarrend en overweldigend.' De drempel is hoog om te delen door gevoelens van

schaamte maar ze doet het wel. 'Als ik in therapie mijn gevoelens uitspreek, merk ik dat ik er veel aan heb en dat ik veel dingen leer.' Samen met een therapeut werkt ze aan het plannen van leuke dingen, die ze ondanks schuldgevoelens daarover uitvoert met haar vriend. Er worden geen andere mensen in haar doelenevaluatie genoemd, ook niet haar ouders.

In haar tweede doelenevaluatie (week 18) richt cliënt zich tot haar groepsgenoten en de behandelstaf met 'beste allemaal'. Ze vertelt meer verbinding te ervaren met zichzelf en deelt hetgeen ze tegenkomt met anderen. 'Ik durf vaker te vertellen wat er in mij omgaat, of dit nou verdriet, irritatie, of boosheid is.' En ze waagt het achterom te kijken. 'Ik ben door middel van het delen van ervaringen uit het verleden, begonnen met het ervaren van gevoelens hieromtrent.' Ze wil zich meer laten kennen door haar naasten. 'Allereerst wil ik graag oefenen met mezelf meer te laten zien zoals ik ben als geheel, en niet alleen de sterke kanten.' Er was eerder in haar leven amper ruimte voor ontspanning, maar nu wil ze gaan onderzoeken wat zij leuk vindt.

In de derde doelenevaluatie (week 33) beschrijft cliënt belangrijke keuzes die ze heeft gemaakt in haar proces. Haar behandelaar vroeg haar ofwel de volledige behandeling te volgen, ofwel te stoppen. 'Toen maakte ik de eerste keuze. Ik koos voor behandeling, en zette daarmee de eerste stap op mijn pad.' Daarna bezielt ze met begrip haar wens om toch te gaan werken. 'Hiermee maakte ik een tweede keuze, een die (in retrospectief) niet in mijn voordeel heeft gewerkt. Maar ik kon niet zonder.' Vervolgens moet ze zich steeds opnieuw verhouden tot de ander, en het wel of niet

aangaan van verbinding. 'De volgende keuze die ik maakte bestaat uit een oneindig aantal kleine keuzes, keuzes die ik nog steeds elke dag maak. Het is de keuze tussen mensen op afstand houden of mensen dichtbij laten komen.' Ze besluit dat ze vanuit compassie mag kijken naar zichzelf en haar vroege leerervaringen. Ze geeft uiting aan haar dankbaarheid aan haar behandelaar en haar groepsgenoten voor hun aandeel in haar ontwikkelingsproces. 'Voor jullie had ik niemand met wie ik écht verbinding had, met wie ik mijn slechtste en vrolijkste momenten deelde.'

Perspectief van behandelteam gedurende de behandeling

In het intakeverslag worden ernstige psychische klachten beschreven van beide ouders, en spanningen die uiteindelijk resulteerden in een scheiding. In het gezin leerde cliënt niet met haar gevoelens om te gaan of deze te delen. 'Haar ouders hadden vaak ruzies, praatten niet over gevoelens, waren boos op elkaar en maakten elkaar veel verwijten. Na de ruzies werd er gedaan alsof er niets gebeurd was.' Beschreven wordt haar gevoeligheid en neiging anderen op afstand te houden door zich sterk te tonen. 'Cliënt geeft aan bij anderen hypersensitief te zijn en dicht te slaan indien zij iets gedaan heeft waarvan ze denkt dat de ander het niet leuk zou vinden. Daarnaast is zij heel kritisch naar anderen.'

In de eerste behandelteamconclusie (week 6) wordt erkenning geboden voor de instabiliteit en het gebrek aan veiligheid en zekerheid in de zeer vroege jeugd van cliënt. 'Cliënt geeft wel aan dat haar ouders later hebben geprobeerd de schade voor hun kinderen te herstellen. Dat is heel belangrijk en helpend.' Geconstateerd wordt dat cliënt reeds lang-

durig balanceerde op de rand van burn-out. Beschreven wordt dat cliënt nog erg geneigd is vooral de ander te willen helpen, maar dat ze ook nieuwe ervaringen opdoet door zichzelf meer te laten zien en meer te delen, hetgeen nog erg onwennig en beangstigend is voor haar.

In de tweede behandelteamconclusie (week 18) wordt opgemerkt dat cliënt meer in contact is gekomen met haar emoties. Ze heeft haar gevoel van emotionele verlating gedeeld, en uitgelegd in haar groep wat verbinding aangaan zo spannend maakt voor haar, zowel binnen als buiten de behandeling. 'Goed is dat cliënt dit patroon van ontwijken, een strategie om teleurstelling en pijn te voorkomen in een instabiele omgeving, zo duidelijk ziet. Immers, dan ontstaat ook ruimte voor het maken van een andere keuze.' Keuzes worden bij haar gelaten, ze mag haar aandacht richten op wat ze wil en zelf besluiten of ze haar ouders en broer wil uitnodigen.

*Het is haar gelukt enig
vertrouwen op te bouwen
in haar groepsgenoten,
het behandelteam en
haar partner*

In de ontslagbrief wordt beschreven dat het cliënt langzamerhand is gelukt enig vertrouwen op te bouwen in haar groepsgenoten, het behandelteam en vooral ook in haar partner. Gezien wordt dat ze heeft geoefend met zichzelf meer laten zien in haar kracht en kwetsbaarheid, en met stilstaan bij en het

verdragen van haar emoties, in het bijzonder gevoelens van angst en onzekerheid. As uitdagingen worden benoemd meer nabijheid durven toelaten, in het bijzonder in de relatie met haar partner, goede zelfzorg (eten, werken en bewegen), en in contact blijven met eigen emoties. 'Cliënt heeft daarmee belangrijke corrigerende ervaringen opgedaan. Ze kan zich verder ontwikkelen op de ingeslagen weg van zich toevertrouwen in een door haar als betrouwbaar en stabiel ervaren contact.'

Conclusie

In het levensverhaal na behandeling wordt door cliënt een andere betekenis gegeven aan vroegere gebeurtenissen, hetgeen ruimte maakt voor een nieuw perspectief op haar wijze van omgaan met zichzelf en anderen. Er is de realisatie van ernstig gemis van haar ouders en overweldigende eenzaamheid als kind. In deze omstandigheden heeft ze geleerd zich staande te houden door overmatige controle in te zetten om zo haar emoties te onderdrukken. Ze heeft een ander begrip gekregen van autonomie; het niet langer volledig de regie hoeven houden maar zich mogen en durven verbinden met anderen. Cliënt is zich gaan realiseren altijd een rol te hebben gespeeld in haar eigen leven en gaandeweg te zijn vergeten wie ze zelf is. Het voordeel daarvan was ze dat ze niet gekwetst hoefde te voelen, en geen twijfel of onzekerheid kende.

In de behandeling ontstaat voorzichtig contact met haar gevoelens en merkt ze een discrepantie op met haar rol. Ze heeft aanvankelijk de neiging om weg te vluchten, weg van angst en onzekerheid, maar merkt dat het uitspreken van gevoelens in therapie

haar wat oplevert, dat ze ervan leert. Ze beschrijft haar worsteling; haar ervaring het houvast geheel kwijt te zijn, het oefenen met nieuw gedrag dat niet meevalt, en het vaker terugvallen in oude strategieën. Uiteindelijk kijkt ze terug op de behandeling en beschrijft ze belangrijke keuzes die haar hebben geholpen een nieuwe weg in te slaan. Ze kan meer mildheid ervaren tegenover zichzelf, en mag van zichzelf hulp toelaten en zich daadwerkelijk verbinden met (stabiele) anderen. Het behandelteam ziet gedurende de behandeling een steeds grotere groei in gezond zelfsturend vermogen; een ontwikkeling van overmatige controle naar het leren ervaren, verdragen, delen en verwerken van emoties, hetgeen cliënt in toenemende mate verbinding biedt met zichzelf en anderen.

Discussie

Deze studie beschrijft een psychotherapeutisch proces vanuit meerdere databronnen, waarbij naast ROM-data ook het perspectief van de cliënt en het behandelteam is onderzocht door middel van narratieve data van vóór, tijdens en na de behandeling. Het doel was om meer inzicht te krijgen in psychotherapeutische veranderingsprocessen en de vraag te kunnen beantwoorden of de cliënt daadwerkelijk 'verbeterd' is (Hafkenscheid & van Os, 2016), waarbij een verandering van belang op de twee basale dimensies van het persoonlijkheid functioneren, autonomie en verbondenheid.

Door een afname van de ernst van persoonlijkheidsproblemen en een toename in algemeen functioneren en welbevinden na behandeling en één jaar na afloop van behandeling kan worden geconcludeerd dat deze single-casestudie een succesvol behandel-

resultaat laat zien. Belangrijke voorwaarden voor effectieve psychotherapie (bijv. Livesley et al., 2016; Dimaggio et al., 2016) lijken aanwezig te zijn geweest in de aangeboden behandeling: een herkenbare setting met een duidelijk kader en methodiek, veiligheid en commitment, mogelijkheden voor verbinding met de groep en het behandelteam, bevordering van mentaliserend vermogen, stimulering van een nieuw perspectief op het zelf, aandacht voor zingeving, zelfcompassie en eigen keuzes, ruimte om te worstelen, aandacht voor het herstellen van contactbreuken, gelegenheid tot gedragsverandering oefenen en het ervaren van verbinding, individuatie en separatie. De inzet en betrokkenheid van de cliënt hebben substantieel bijgedragen aan het succes van de therapie (Feinstein et al., 2015).

De narratief-psychologische benadering lijkt goede mogelijkheden te bieden voor het beter begrijpen van veranderingsprocessen (Adler et al., 2012; Dimaggio et al., 2016; Gunderson, 2018; Kealy & Ogrodniczuk, 2018), waarbij de dimensies zelf- (identiteit en zelfsturing) en interpersoonlijk functioneren (empathie en intimiteit) uit het LPF-model gekoppeld worden aan de narratieve thema's autonomie en verbondenheid (Adler et al., 2012; Lind et al., 2020; McAdams et al., 1996). Zoals beoogd (Williams & Levitt, 2007), resulteerde de behandeling in een significante toename in zowel autonomie als verbondenheid. Deze bevindingen liggen in lijn met eerdere studies waarin autonomie toenam bij patiënten met persoonlijkheidspathologie na psychotherapeutische behandeling (Adler, 2012; Lind et al., 2019, 2024; Pol et al., 2023; Timberlake & Fesell, 2024). Voor verbondenheid zijn de resultaten minder eenduidig, variërend van geen toe-

name (Lind et al., 2019; 2024), tot een toename in vervulling van verbondenheid (Adler, 2012; Timberlake & Fesel, 2024) en een toename in ervaren kwaliteit van relaties (Pol et al., 2023). Daarnaast lieten de narratieve gegevens van zowel de cliënt als het behandelteam zien dat er sprake was van een groeiend bewustzijn van de noodzaak om de positieve kwaliteiten van autonomie en verbondenheid in balans te brengen (Niemiec, 2019).

Het huidige onderzoek liet zien dat: a) in het levensverhaal nieuwe betekenis werd toegevoegd aan ervaringen (autonomie betekent niet alles controleren; bewustzijn van overmaat aan autonomie en gebrek aan verbinding); b) in de behandelbeoordelingen zelfinzicht zichtbaar werd (bewust loslaten van overmatige controle, en een groeiende behoefte aan verbinding); c) in de behandelteamverslagen ontwikkeling en gedragsverandering werden gerapporteerd (groei in zelfsturing, meer uitspreken, en uiteindelijk werkelijk contact maken met anderen). Ondanks blijvende uitdagingen lijkt er sprake van een significante ontwikkeling in de narratieve identiteit van de cliënt, wat wordt gezien als essentieel voor persoonlijk herstel bij persoonlijkheidsstoornissen (Leamy et al., 2011; Sharp & Wall, 2021). Opvallend in de kwalitatieve resultaten was de positieve verandering in zelfinzicht, die vooraf leek te gaan aan groei in zelfsturing. Eveneens leek het ervaringsgericht ontwikkelen van verbinding en compassie met zichzelf een belangrijke basis te vormen voor het aangaan van verbinding met anderen. Deze bevindingen ondersteunen de theorie van Dimaggio et al. (2008), die stelt dat zelfontwikkeling en zelfreflectie voorafgaan aan het vormen van relaties met anderen.

Een beperking van single-case methodologie betreft per definitie de generaliseerbaarheid van de bevindingen. De problematiek van cliënt viel bovendien in het beperkte indicatiegebied van een intensieve psychotherapeutische dagklinische behandeling. In de kwantitatieve data miste de basismeting van de MHC-SF voorafgaand aan behandeling, omdat deze op dat moment nog geen onderdeel uitmaakte van het standaardpakket van de ROM. In de kwalitatieve inhoudsanalyse vond een aanpassing plaats op de methode van Lieblich (1998), door in plaats van een inductief destilleren van thema's uit de tekst, de vooraf bepaalde thema's autonomie en verbondenheid te gebruiken. Omdat de methode van Lieblich desondanks qua systematiek steunend was voor de kwantitatieve inhoudsanalyse, hebben we voor deze aanpassing gekozen. Door een keuze voor het bestuderen van twee narratieve thema's zijn andere onderwerpen onderbelicht gebleven, zo is er geen meting verricht van het ervaren van verbondenheid met zichzelf, terwijl dat mogelijk voorafgaat aan het ervaren van verbondenheid met anderen. Ook ontbrak een meting van de kwaliteit van de therapeutische relatie en ervaren cohesie in de therapiegroep, ondanks dat dit belangrijke voorwaarden zijn voor effectieve behandeling (Feinstein et al., 2015). Toch laten de gegevens een duidelijke ontwikkeling in relaties zien, zowel binnen de groep als met het behandelteam en in de partnerrelatie, hetgeen terug te zien is in een toename in verbondenheid.

Voor toekomstig onderzoek zou de Agency-Connectedness Scale (ACS-30), een verkorte versie van de Agency Scale (Bekker, 1993) die gebaseerd is op een combinatie van objectrelatietheorie en hechtingstheorie

(Bekker & van Assen, 2006), toegevoegd kunnen worden aan de ROM-set. Een onderzoeksofzet die zowel ROM-data als narratieve data combineert, kan geschikt zijn om veranderingsprocessen te onderzoeken in een grotere populatie, waarbij ook verschillende cliënt- en therapiekenmerken meegenomen kunnen worden om veranderprocessen in psychotherapie te onderzoeken. In reactie op de vraag naar een beter begrip van de effectiviteit van psychotherapeutische behandelingen bood deze single-casestudie de gelegenheid om met gebruikmaking van

*Door het gebruik van
narratieve data, toegankelijk
gemaakt aan de hand van
citaten, werden ROM-
gegevens voorzien van
inhoud en betekenis*

meerdere databronnen cliënt te volgen in haar psychotherapeutisch proces. Door het gebruik van narratieve data, authentiek materiaal vanuit de behandelcontext, toegankelijk gemaakt aan de hand van citaten, werden ROM-gegevens voorzien van inhoud en betekenis. Op deze wijze kon het psychotherapeutische behandelproces op een diepgaand niveau in beeld worden gebracht en leren we, aan de hand van quotes van patiënt en team, beter begrijpen hoe het veranderproces heeft plaatsgevonden. Dit ondersteunt de idee dat het waardevol is om de ontwikkeling van narratieve identiteit niet alleen vóór en na behandeling te onder-

zoeken, maar ook tijdens de behandeling (Timberlake & Fesel, 2024).

Op basis van deze studie kunnen we enkele klinische aanbevelingen doen: a) het is waardevol om niet alleen ROM-data te gebruiken voor behandelbeoordelingen, maar ook narratieve data te betrekken vanuit het perspectief van zowel cliënt als behandelaar; b) omdat narratieve identiteit centraal staat in persoonlijkheidsproblematiek, is het zinvol om cliënten actief te ondersteunen in het reconstrueren van hun narratieve identiteit (voor een voorbeeld van een herstelgerichte narratieve interventie, zie Pol et al., 2024); c) zelfontwikkeling en zelfreflectie lijken vooraf te gaan aan het aangaan van relaties met anderen en kunnen helpen bij het vinden van een goede balans in de positieve kwaliteiten van autonomie en verbondenheid; d) het besef dat het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren goed correspondeert met autonomie en verbondenheid kan helpen bij het evalueren en ontwikkelen van behandelprogramma's. ■

Graag willen we de patiënt bedanken voor haar genereuze toestemming om het materiaal van haar behandeling te mogen gebruiken voor deze studie.

Silvia Pol is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij Scelta GGnet, p-opleider bij GGNet en PhD-student aan de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente. **Elke Brok** is psychiater en werkt bij Karakter. **Gerben Westerhof** is hoogleraar psychologie en technologie bij de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente en directeur van Story Lab.

Refereren aan

Pol, S., Brok, E. & Westerhof, G. (2026). Een psychotherapeutisch veranderingsproces: Een casestudie naar verandering in autonomie en verbondenheid. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, [21]3, p. 65-85.

Literatuur

Abele, A.E. & Wojciszke, B. (2007). Agency and communion from the perspective of self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, p. 751-763.

Adler, J.M. (2012). Living into the story: agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *Journal Personality and Social Psychology*, 102(2), p. 367-389.

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

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

Bekker, M.H.J. (1993). The development of an agency scale based on recent insights into gender identity. *European Journal of Personality*, 7(3), p. 177-194.

Bekker, M.H.J. & van Assen, M.A.L.M. (2006). A short form of the agency scale: Properties of the agency-connectedness scale (ACS-30). *Journal of Personality Assessment*, 86(1), p. 51-60.

Binks, C.A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C.E. & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 1:CD005652.

Bohlmeijer, E.T. & Westerhof, G.J. (2021). The model for sustainable mental health: Future directions for integrating positive psychology into mental health care. *Frontiers in Psychology*, 12.

Budge, S.L., Moore, J.T., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Baardseth, T.P. & Nienhuis, J.B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 33, p. 1057-1066.

Cristea, I.A., Gentili, C., Cotet, C.D., Palomba, D., Barbui, C. & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74, p. 319-328.

Diehl, M., Owen, S.K. & Youngblade, L.M. (2004). Agency and communion attributes in adults' spontaneous self-representations. *International Journal of Behavioral Development*, 28, p. 1-15.

McAdams, G., Lysaker, P.H., Carcione, A., Nicolò, G. & Semerari, A. (2008). Know yourself and you shall know the other... to a certain extent: multiple paths of influence of self-reflection on mindreading. *Conscious Cognition*, 17, p. 778-89.

Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Salvatore, G. & Stiles, W.B. (2008). Enriching self-narratives: advanced phases of treatment. In: W.J. Livesley, G. Dimaggio, & J.F. Clarkin (Eds.), *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach* (p. 377-396). New York: The Guilford Press.

Federatie Medisch Specialisten. *Richtlijndatabase: Indicatiestelling Persoonlijkheidsstoornissen*. 09-12-2023.

Feinstein, R., Heiman, N. & Yager, J. (2015) Common factors affecting psychotherapy outcomes: some implications for teaching psychotherapy. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(3), p. 180-189.

Franken, K., Lamers, S.M.A., Klooster, P.M. ten, Bohlmeijer, E.T. & Westerhof, G.J. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*, p. 1-16.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, p. 105-112.

Groenestijn, M.A.C. van, Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., Schneider, N. & Nolen, W.A. (1999). *Gestructureerd Klinisch Interview voor de vaststelling van DSM-IV As-I Stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Guisinger, S. & Blatt, S.J. (1994). Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist*, 49(2), p. 104-111.

Gunderson, J.G. (2018). Mechanisms of change in treatments of personality disorders: commentary on the special section. *Journal of Personal Disorders*, 32, p. 129-133.

Hafkenscheid, A. (2021) *De therapeutische relatie* (herziening). Boom: Amsterdam.

Haselberger, D. & Hutterer, R. (2013). The person-centered approach in research. In: Cornelius-White, J., Motschnig-Pitrik, R. & Lux, M. (eds), *Interdisciplinary handbook of the person-centered approach*. New York: Springer.

Hsieh, H. & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, p. 1277-1288.

Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, p. 12-19.

Jong, K. de, Nugter, M.A. (2004). De outcome questionnaire: psychometrische kenmerken van de Nederlandse vertaling. *Nederlands Tijdschrift voor Psychotherapie*, 59, p. 76-79.

Kadzin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review Clinical Psychology*, 3, p. 1-7.

Kealy, D. & Ogrodniczuk, J.S. (2008). Mechanisms of change in treatments of personality disorders: commentary on the special section. *Journal of Personality Disorders*, 32, p. 134-142.

Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M. ten & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), p. 99-110.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199, p. 445-452.

Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R. & Zilber, T. (1998). Narrative research, reading, analysis and interpretation. *Applied social research methods*, Vol. 47. Thousand Oaks: Sage.

Lind, M., Adler, J.M. & Clark, A.L. (2020). Narrative identity and personality disorder: An empirical and conceptual review. *Current Psychiatry Reports*, 22.

Lind, M., Jørgensen, C.R., Heinskou, T., Simonsen, S., Bøye, R. & Thomsen, D.K. (2019). Patients with borderline personality disorder show increased agency in life stories after 12 months of psychotherapy. *Psychotherapy*, 56, p. 274-284.

Lind, M., Kiel, L., Hansen, S.B., Jørgensen, M.S. & Simonsen, E. (2023). Narrative identity within mentalization-based group therapy for adolescents: A feasibility study. *Children*, 10.

Livesley, W.J., Dimaggio, G. & Clarkin, J.F. (Eds.). (2016). Why integrated treatment?: General principles of therapeutic change. In W.J. Livesley, G. Dimaggio & J.F. Clarkin (Eds.), *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach*. New York: The Guilford Press.

Lomas, T. & Ivtzan, I. (2016). Second wave positive psychology: Exploring the positive–negative dialectics of wellbeing. *Journal of Happiness Studie*, 17(4), p. 1753-1768.

McAdams, D.P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: a contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7(4), p. 295-321.

McAdams, D.P., Hoffman, B.J., Mansfield E.D., Day, R. (1996). Themes of agency and communion in significant autobiographical scenes. *Journal of Personality*, 64(2), p. 339-377.

McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, p. 100-122.

McAdams D.P. & McLean, K.C. (2013). Narrative identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), p. 233-238.

Niemiec, R.M. (2019). Finding the golden mean: the overuse, underuse, and optimal use of character strengths, *Counselling Psychology Quarterly*.

Pol, S.M., Brok, E. & Westerhof, G.J. (2025). Psychotherapeutic change in intensive day-treatment for personality disorders: a single case study of quantitative and qualitative change in agency and communion. *Personality and Mental Health*, 19(1).

Pol, S.M., Schug, F., Chakhssi, F. & Westerhof, G.J. (2023). Life stories of clients with personality disorders before and after treatment: Change and stability in agency and communion. *Frontiers of Psychiatry*, 14.

Pol, S.M., Ullrich, C., Chakhssi, F., Loderus, Z. & Westerhof, G.J. (2024). An empowering story: Participatory design and feasibility of a recovery-focused narrative group intervention for persons with personality disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55(1), p. 79-88.

Rossi, G., Debast, I. & van Alphen, S.P.J. (2016). Measuring personality functioning in older adults: construct validity of the Severity Indices for Personality Functioning – Short Form (SIPP-SF). *Aging & Mental Health*, 21, p. 703-711.

Ryff, C.D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health, *Journal Psychological Inquiry*, 9(1), p. 1-28.

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. 313-337.

Soeteman, D.I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, p. 259-265.

Stoffers, J.M., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2013). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*.

Timberlake, A.F.V. & Fesel, D. (2023). The development of narrative identity in the psychodynamic treatment of avoidant personality disorder: A case study. *Frontiers of Psychiatry*, 14.

Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J., Kroft, P.J. van der, Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2008). Severity indices of personality problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20(1), p. 23-34.

Weertman, A., Arntz, A. & Kerkhofs, M.L.M. (2000). *Gestructureerd diagnostisch interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SCID II)*. Lisse: Swets Test.

Westerhof, G.J. (2022). How to make narrative interventions work. *Narrative Works*, 11, p. 87-112.

Williams, D.C. & Levitt, H.M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy, *Journal of Psychotherapy Research*, 17(1), p. 66-82.

Ybarra, O., Chan, E., Park, H., Burnstein, E., Monin, B. & Stanik, C. (2008). Life's recurring challenges and the fundamental dimensions: An integration and its implications for cultural differences and similarities. *European Journal of Social psychology*, 38(7), p. 1083-1092.

.....