

Autonomie en verbondenheid bij persoonlijkheidsstoornissen:

Veranderingen in levensverhalen gedurende (dag)klinische psychotherapie

Een verslag van een onderzoek dat is uitgevoerd als eerste stap in het streven om meer zicht te krijgen op de twee kerncomponenten van persoonlijkheidsontwikkeling bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. De onderzoekers analyseerden de levensverhalen die PS-patiënten op hun verzoek schreven voor en na een intensieve (dag)klinische psychotherapeutische behandeling. Leveren die inzichten verbeterpunten op voor de therapie?

Door Fabian Schug, Silvia Pol
en Gerben Westerhof

‘Ik liep door mijn tuin, de tuin die hoorde bij mijn huis waar ik al twaalf jaar woonde. De tuin was overwoekerd met onkruid. Het gras stond hoog. Voor het eerst in mijn leven nam ik stap voor stap een tuin onderhanden. Doelbewust. Niet met mijn gedachten bij het verleden of de toekomst. In het hier en nu. [...]. Zo trots als een pauw liep ik door mijn nieuwe tuin. De kleuren maakten mij gelukkig. In de hoek van de tuin stond een oude schommelbank. Verroest en de planken doorgerot. [...] Ik schuurde het metaal en verfde het met blauwe hamerslag metaalverf. Ik verving de vijftien planken van de bank met nieuwe planken. Ik beitste de planken in notenhoutkleur. De schommelbank was begonnen aan zijn tweede leven, hij stond nu in een kleurrijke mooie tuin. In het hier en nu. Een waargebeurd verhaal. Na mijn tijd bij Scelta.’

Bovenstaand citaat illustreert twee belangrijke zaken. Enerzijds wordt de lijdensdruk van mensen met persoonlijkheidsstoornissen (PS'en) duidelijk. PS'en worden gekenmerkt door duurzame en disfunctionele belevings- en gedragspatronen (American

Psychiatric Association, 2013). Deze klachten gaan gepaard met problemen op het gebied van werk, sociaal functioneren, co-morbide psychopathologie, verminderd algeheel functioneren en een lage kwaliteit van leven (Samuels, 2011; Soeteman et al., 2008). Anderzijds beschrijft deze patiënt de ingrijpende verbetering die door een gespecialiseerde psychotherapeutische behandeling tot stand kan komen. Onderzoek bevestigt dat verschillende psychotherapeutische behandelvormen (kosten)effectief zijn voor mensen met PS'en (Stoffers et al., 2012; Soeteman & Kim, 2013).

Cross-sectioneel onderzoek laat zien dat autonomie en verbondenheid samenhangen met geestelijke gezondheid

Ondanks deze veelbelovende ontwikkelingen is er op dit moment veel discussie over classificatie en behandeling van PS'en. Zo kent het categoriale DSM-5 classificatiesysteem een aantal problemen, waaronder een beperkte diagnostische betrouwbaarheid, grote comorbiditeit tussen en heterogeniteit binnen PS'en (Morey et al., 2015; Widiger & Trull, 2007). Oorzaak hiervan is onder andere het gebrek aan empirisch bewijs voor onderscheidende affectieve en cognitieve patronen tussen PS'en (Dimaggio et al., 2006). Dit heeft tot gevolg dat enkel de classificatie van PS'en onvoldoende specifiek is voor passende indicatiestelling (Krueger, 2013). Daarnaast is de vraag hoe behandeling leidt tot psychotherapeutische

veranderingen nog grotendeels onontgonnen terrein (Kazdin, 2007). Om behandelingsproblemen te optimaliseren moeten ze beter aansluiten bij de individuele patiënt (Arntz et al., 2012). Hiervoor is er meer begrip nodig van 1) de persoon achter de classificatie (Krueger et al., 2014) en 2) het proces van verandering. Aan een verbeterd begrip kan het identificeren van onderliggende concepten die de afzonderlijke PS overstijgen een belangrijke bijdrage leveren (Bender et al., 2011).

Autonomie en verbondenheid worden beschouwd als kerncomponenten van zowel de normale als de verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling (Blatt, 2008; Hopwood et al., 2013; Kernberg 2012; Livesley, 2003; Luyten & Blatt 2011). Deze 'Big Two' (Paulhus & Trapnell, 2008) van de persoonlijkheid kennen, onder verschillende namen en definities, een lange traditie binnen de psychologie (voor een overzicht zie Abele & Wojciszke, 2014). Bakan introduceerde de begrippen 'autonomie' en 'verbondenheid' in 1966, maar de idee van deze dualiteit van het menselijke bestaan wordt al beschreven door filosofen in de Griekse oudheid (Markey, 2003). In het wetenschappelijke discours bestaat een grote diversiteit aan op elkaar lijkende, maar niet geheel identieke definities van autonomie en verbondenheid. In deze studie hanteren we een combinatie van twee definities van deze twee thema's die eerder werden gebruikt bij onderzoek naar het verband met afweermechanismen, welbevinden en persoonlijkheidskenmerken (Abele et al., 2008; Diehl et al., 2004). Deze auteurs associëren autonomie met een positieve gerichtheid op zelfstandigheid, gewenste doelen en regie over het eigen

leven. Verbondenheid kenmerkt zich door positieve gerichtheid op de ander ten bate van een gevoel van saamhorigheid. Naast gezond aanwezig kunnen autonomie en verbondenheid onvoldoende of juist overmatig aanwezig zijn.

Cross-sectioneel onderzoek laat zien dat autonomie en verbondenheid samenhangen met geestelijke gezondheid. Een hogere mate van autonomie gaat gepaard met meer zelfverzekerdheid, minder vijandigheid (Helgeson, 1993; Helgeson & Fritz, 1999), minder distress (Helgeson & Fritz, 2000), mindere mate van psychopathologie (Lysaker et al., 2003), betere geestelijke gezondheid in het algemeen (bv. Adler et al., 2008; Helgeson, 1994; Woike & Polo, 2001) en succesvolle behandelingen (Adler & McAdams, 2007). Verbondenheid wordt geassocieerd met positieve interpersoonlijke relaties, veilige hechting (Helgeson & Fritz, 1999) en positieve geestelijke gezondheid in het algemeen (Helgeson & Palladino, 2012; Mansfield & McAdams, 1996; Woike & Polo, 2001). Een omgekeerd patroon wordt aangetroffen bij overmatige autonomie en verbondenheid (Helgeson & Fritz, 1999, 2000; Le et al., 2018).

Autonomie en verbondenheid komen terug in uiteenlopende hedendaagse psychotherapeutische modellen, variërend van interpersoonlijke, hechtings-, cognitief gedragstherapeutische en psychodynamische modellen (Blatt, 2008; Hopwood et al., 2013; Luyten & Blatt 2011). De meeste vormen van psychotherapie zijn gericht op het stimuleren van het gevoel van autonomie en verbondenheid (b.v. Elliott & James, 1989; Williams & Levitt, 2007). In het bijzonder geldt voor groepstherapie dat de mogelijkheid bestaat om te werken aan autonomie, de ontwikkeling van

een sterk en onafhankelijk zelf, en aan verbondenheid die zich uit in de vaardigheid om zich op een betekenisvolle manier met anderen te verbinden (Burlingame et al., 2021). Groepspsychotherapie ontleent haar werkzaamheid aan het leren in de interactie van en met elkaar, waarbij het onder meer gaat om experimenteren met nieuw gedrag en leren van interpersoonlijke feedback (cognitief, affectief en gedrag) en het vinden van herkenning, empathie en steun (Yalom & Leszcz, 2021). Een longitudinale studie (Adler, 2012) naar therapieveranderingsprocessen laat een positieve samenhang zien tussen autonomie en verbondenheid met geestelijke gezondheid.

Door het bestuderen van levensverhalen kan men inzicht verwerven in de manier waarop en de mate waarin autonomie en verbondenheid een rol spelen in het leven van mensen (McAdams, 2001). Tevens kan hiermee het psychotherapeutische proces in kaart worden gebracht (Dimaggio et al., 2006). Zo blijken levensverhalen van patiënten met PS'en sensitief voor veranderingen in taalgebruik (Arntz et al., 2012) en autonomie en verbondenheid (Adler et al., 2012) in de loop van een behandeling. Dit betekent dat de analyse van levensverhalen een geschikte (complementaire) kwalitatieve methodiek is om kenmerkende concepten van patiënten vast te stellen en het psychotherapeutisch proces van verandering te begrijpen (Kazdin, 2007; Angus & McLeod, 2004).

Ondanks de centrale rol van autonomie en verbondenheid in de normale en verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling, zijn ons bij PS'en slechts twee studies naar deze thema's bekend. Guruprasad en Bhola (2015) onderzochten levensverhalen van patiënten met een borderline PS (BPS) aan

het begin van behandeling. Autonomie en verbondenheid kwamen (relatief) weinig voor in deze verhalen. In een correlatieve studie bij 20 patiënten met een BPS bleken zowel een hogere mate van autonomie als een hoge mate van verbondenheid samen te gaan met minder symptomatologie passend bij BPS (Adler et al., 2012). Daarnaast hing een hogere mate van autonomie samen met minder depressieve klachten, meer positieve interpersoonlijke relaties en een hogere kwaliteit van leven, ook bij een follow-upmeting zes maanden later (Adler et al., 2012).

Het accent ligt op het verbeteren van het intrapsychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren

Concluderend kan er worden gesteld dat autonomie en verbondenheid kernconcepten zijn van het persoonlijkheidsfunctioneren en dat psychotherapie tot doel heeft deze te bevorderen. Deze 'Big Two' worden geassocieerd met geestelijke gezondheid en blijken gevoelig voor psychotherapeutische veranderingen. Desondanks is er nauwelijks onderzoek verricht naar de manier waarop deze concepten naar voren komen bij mensen met PS'en en hoe ze veranderen in de loop van een intensieve (dag)klinische behandeling. Dit onderstreept de urgentie van ons exploratief en beschrijvend onderzoek dat een eerste stap is om meer zicht op autonomie en verbondenheid bij patiënten met PS'en te verkrijgen.

De onderzoeksvragen zijn:

1. Hoe manifesteren zich de thema's autonomie en verbondenheid in levensverhalen van mensen met PS'en?
2. Welke verandering in deze thema's komen naar voren in de vergelijking tussen levensverhalen voorafgaande en direct na afloop van een intensieve (dag) klinische psychotherapeutische behandeling?

Methode

Onderzoeksdesign

Het onderzoek betreft een naturalistisch, prospectief, *within-subjects*-design. Levensverhalen werden voorafgaand aan en direct na de behandeling verzameld. Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit Twente.

Setting

Om de onderzoeksresultaten te kunnen generaliseren naar intensieve psychotherapeutische behandelingen in een (dag)klinische setting werden de deelnemers voor ons onderzoek geworven bij drie verschillende afdelingen van Scelta, onderdeel van GGNet (een derdelijns instelling voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, TopGGZ erkend). De drie afdelingen kennen een multi-methodische benadering (cognitieve gedragstherapie, groepsdynamische groepspsychotherapie, beeldende, muziek- en psychomotorische therapie en maatschappelijke re-integratie als mede systeemgesprekken) binnen een milieutherapeutisch kader. Het accent ligt op het verbeteren van het intrapsychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren. Het cognitief gedragstherapeutisch kader van de

afdelingen is gebaseerd op dialectische gedragstherapie (DGT; Linehan, 1993), schematherapie (ST; Young e.a., 2003) en een combinatie van DGT en ST (deeltijd). DGT en ST zijn aangepast aan en herschreven voor de klinische setting. De behandeling duurde 10 (DGT en ST) of 9 (deeltijd) maanden met een maximale verlenging van twee maanden.

Deelnemers

Patiënten met één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen die onvoldoende profiteerden van eerdere behandeling (waaronder ambulante individuele en/of groepstherapie, dagbehandeling en/of klinische behandeling) werden op basis van een indicatiestellingsonderzoek (voorinformatie verwijzer, levensverhaal en intakegesprek door een klinisch psycholoog of psychiater) toegewezen aan een van de drie behandelprogramma's. Exclusiecriteria voor de behandeling waren als volgt: chronische psychose of schizofrenie, onvoldoende kennis van de Nederlandse taal, zwakzinnigheid, antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofdclassificatie en op de voorgrond staande middelenafhankelijkheid waarvoor detoxificatie noodzakelijk was.

In de periode vanaf december 2014 tot april 2016 zijn 121 patiënten tussen de 18 en 65 jaar gestart met een behandeling op een van de drie intensieve (dag)klinische psychotherapeutische behandelprogramma's van Scelta. Alle patiënten schreven voorafgaande aan behandeling een levensverhaal. Na drop-out van 41 patiënten (33,9%) rondde er 80 de behandeling binnen 8 tot 12 maanden af. In het onderzoek van Cornelissen en anderen (2010) bij dezelfde patiëntengroep bleek hetzelfde percentage patiënten

(33,3%) uit te vallen. 51 patiënten werd gevraagd om een tweede levensverhaal te schrijven. 35 van hen schreven een tweede levensverhaal waarvan er één geen toestemming gaf voor het gebruik van de gegevens. Daarmee voldeed het aantal aan een a priori poweranalyse met G*Power 3 (Faul et al., 2007) voor de gepaarde t-toets (uitgaande van een $\alpha=0,05$, Cohen's $d=0,5$ en $\text{power}=0,80$ is een steekproefgrootte van 34 nodig).

Instrument

Bij elke aanmelding werd aan patiënten gevraagd om een levensverhaal aan te leveren (instructie: 'Voor aanmelding als cliënt levert u aan: een levensverhaal'). Verder zijn er geen instructies wat betreft het schrijven van het levensverhaal. Na afloop van de behandeling werd wederom aan patiënten gevraagd om een levensverhaal te schrijven ('Schrijf opnieuw uw levensverhaal').

Kwalitatieve analyses

De levensverhalen werden geanalyseerd met een inhoudsanalyse zoals beschreven door Elo en Kyngäs (2008). Hierbij werd de terminologie voor het uitvoeren van een inhoudsanalyse van Graneheim en Lundman (2003) aangehouden. Het gehele levensverhaal van een deelnemer werd bij de analyse betrokken. We beschouwden woorden, zinnen en alinea's die aan elkaar gerelateerd waren door inhoud en context als een betekenisvolle eenheid (*meaning unit*; MU). De inhoud van de eenheid kan zowel manifest als latent zijn (Graneheim & Lundman, 2003). Voor de start van het analyseproces werden alle levensverhalen op naam en plaats geanonimiseerd door een psycholoog van Scelta Apeldoorn die verder niet bij het

onderzoek was betrokken. Iedere patiënt kreeg een onderzoeksnummer. Ieder verhaal werd gecodeerd met het onderzoeksnummer aangevuld met 1 (voormeting) of 2 (nameting). Door de inhoud van de tekst was ieder verhaal te identificeren als voor- of nameting. De onderzoekers waren blind voor de deelnemer, maar niet voor het meetmoment. Bij de kwalitatieve analyses werd gebruikgemaakt van het software ATLAS.ti 8.

De inhoudsanalyse in ons onderzoek was een combinatie van deductieve en inductieve analyses. Deductief (top-down) analyseren hield in dat verhalen vanuit de thema's autonomie en verbondenheid werden geanalyseerd. Als eerste stap ontwikkelden we een a priori codeboek voor de thema's autonomie en verbondenheid. In deze studie hanteren we de definitie van Diehl en anderen (2004, Appendix A) met aanvullingen van Abele en anderen (2008, p. 1204):

Autonomie: '... refers to a person's striving to be separate from others, to master the environment, and to assert, protect, and expand the self. Individuals who score *high on agency* are usually powerful and autonomous 'agents,' they are highly individualistic, they like to dominate and lead, they want to be a force to be reckoned with. In its *positive form*, high agency orientation is found in skillful leaders who enjoy challenging tasks, are ambitious, self-confident and creative, and can lead a project to success – even in the face of obstacles. In its *negative form*, high agency orientation is expressed by 'hunger for power and dominance' and is often expressed by reckless, abrasive, and selfish/self-centred behavior toward others.' Abele en anderen (2008, p. 1204) voegen aan

deze definitie de afwezigheid van autonomie toe: 'A lack of *agency* manifests itself in, for instance, inactivity and apathy.'

Verbondenheid: '... refers to a person's striving to lose his or her own individuality by merging with others. Individuals who score *high on communion* enjoy participating in something that is larger than the self. They enjoy relating to other persons in warm, close, intimate, and loving ways. In its *positive form*, high communion orientation is found in persons who can easily give up or delay their individual needs and wishes for the common good. They are usually great team players and can collaborate with others smoothly and in constructive ways. Also, they are usually good in understanding others' feelings and are able to respond with empathy and thoughtful understanding. In its *negative form*, high communion orientation is found in persons who always want to please others and are extremely dependent on the approval and opinion of others. These individuals are devastated if their needs for 'union and merging with others' are not reciprocated by these others and they feel rejected and worthless. These individuals, in general, have given up any kind of sense of individuality and self-worth.'

Abele en anderen (2008, p. 1204) voegen aan deze definitie de afwezigheid van verbondenheid toe: 'A lack of communion manifests itself in, for instance, callousness and repellent behavior.'

Het codeboek maakt op basis van de theorie voor de thema's autonomie en verbondenheid onderscheid tussen drie subthema's, te weten Aanwezigheid, Gebrek en Overmatig aanwezig (zie tabel 4).

Als tweede stap werden telkens het eerste en tweede levensverhaal van zes random gekozen deelnemers (twee uit elk programma) enkele keren doorgelezen om vertrouwd te raken met de levensverhalen. Daarna wezen Silvia Pol (SP) en Fabian Schug (FS) relevante MU's aan waaraan de drie subthema's konden worden toegekend van autonomie of verbondenheid. Bij stap drie leidde een inductieve inhoudsanalyse (bottom-up) van dezelfde levensverhalen middels discussie tussen SP, FS en GW tot een nieuw subthema Maladaptieve coping voor Autonomie. In de vierde stap werden de subthema's op basis van discussie tussen SP, FS en GW onderverdeeld in codes. Consensus werd bereikt over de formulering van codes en over het moment van verzadiging dat er geen nieuwe codes van de subthema's van autonomie en verbondenheid meer naar voren kwamen. Voor een overzicht van alle (sub)thema's en codes zie tabel 4. Afsluitend werden de verhalen van de resterende deelnemers voor analyse verdeeld onder SP en FS en werd middels discussie consensus bereikt wanneer er discrepanties optraden wat betreft afbakening van MU's en toekenning van codes.

Betrouwbaarheid

In ons onderzoek hielden we rekening met enkele maatregelen die door Graneheim en Lundman (2003) werden beschreven om de betrouwbaarheid van de kwalitatieve analyses te waarborgen. Om te laten zien dat de subthema's en codes een adequate weerspiegeling van de data zijn en hoe onderscheid tussen de subthema's en codes is gemaakt (geloofwaardigheid) hebben we tabellen 2 en 3 met voorbeeldcitaten opgenomen. Tevens werd voor alle toegekende

codes overeenstemming bereikt tussen de twee onderzoekers. Om de zekerheid te bevorderen kregen alle deelnemers dezelfde instructie voor het schrijven van hun eerste en tweede levensverhaal. Daarnaast werden relevante karakteristieken van de deelnemers en de behandelsetting duidelijk beschreven (overdraagbaarheid).

Statistische analyses

De statistische analyses zijn uitgevoerd met SPSS voor Windows versie 23. Voor het beantwoorden van de vraag welke verandering van autonomie en verbondenheid naar voren komt in levensverhalen voorafgaande en direct na afloop van een intensieve (dag) klinische psychotherapeutische behandeling werden de volgende stappen gezet.

Allereerst werd voor elk subthema met een code vastgesteld of dit in een levensverhaal voorkomt of niet. Met een niet-parametrische toets voor *related samples* (McNemar-toets) werd onderzocht of er een verschil was in het percentage verhalen waarin het subthema of de code voorkwam bij voor- en nameting. Daarna werd per levensverhaal geteld hoe vaak de subthema's en codes voorkwamen. Deze frequenties werden gedeeld door het aantal MU's per verhaal. Zo konden de levensverhalen onderling worden vergeleken. Deze proporties bleken niet normaal verdeeld voor de meeste subthema's en codes. Daarom werd in eerste instantie een niet-parametrische toets (Wilcoxon Rank Sum-test) uitgevoerd. Daarna werd middels een gepaarde t-toets dezelfde analyse uitgevoerd. Dit leverde dezelfde significante verschillen op. Derhalve rapporteren we de resultaten van de t-toets. Als laatste stap werd de grootte van het effect bepaald met Cohens d.

Vanwege het within-subjects design is de effectgrootte gelijk aan het gestandaardiseerde verschil tussen gemiddelden op voor- en nameting. Bij een Cohens *d* onder 0.33 is er sprake van een klein effect, tussen 0.33 en 0.55 is het effect gemiddeld en tussen 0.56 tot 1.2 is het effect groot (Lipsey & Wilson, 1993).

Resultaten

Beschrijvende statistiek

De klinische karakteristieken van de deelnemers (N=34) bij het begin van de behandeling zijn vermeld in tabel 1. Van de 27 vrouwen en 7 mannen varieerde de leeftijd tussen de 19 en 52 jaar met een gemiddelde

Totaal (n=34)		
		N (%)
Programma	DGT	7 (20,6)
	ST	8 (23,5)
	DGT en ST	19 (55,9)
DSM-IV-TR-classificatie as I	Stemmingsstoornissen	30 (88,2)
	Angststoornissen (zonder PTSS)	13 (38,2)
	PTSS	9 (26,5)
	Somatoforme stoornissen	3 (8,8)
	Eetstoornissen	9 (26,5)
	Stoornis in het gebruik van middelen	3 (8,8)
	Aandachtstekort- of hyperactiviteitsstoornis	2 (5,9)
DSM-IV-TR-classificatie as II	Borderline PS	8 (23,53)
	Ontwijkende PS	13 (38,24)
	Afhankelijke PS	6 (17,65)
	Obsessief compulsieve PS	2 (5,88)
	PS NAO	16 (47,1)
	Borderline PS, TV	9 (26,5)
	Narcistische PS, TV	1 (2,9)
	Ontwijkende PS, TV	13 (38,2)
	Afhankelijke PS, TV	6 (17,7)
	Obsessief compulsieve PS, TV	4 (11,8)

Opmerkingen: NAO= niet anderszins omschreven.; TV= Trekken van; Percentages komen uit op meer dan 100% omdat de meeste patiënten meer dan één diagnose kregen van een as-II-stoornis.

Tabel 1: Klinische karakteristieken deelnemers.

van 32,6 jaar (SD=10,4). Hiervan woonde de helft samen met een partner. Een derde van de patiënten had werk en een hoog opleidingsniveau (hbo of hoger). 76,5 % van de deelnemers had meer dan 2 PS'en en de helft had 3 of meer PS'en.

Autonomie en verbondenheid in levensverhalen

De eerste onderzoeksvraag was hoe de thema's autonomie en verbondenheid zich manifesteren in levensverhalen. Een overzicht van alle subthema's en codes van autonomie en verbondenheid met voorbeeldcitaten staat in tabel 2 en 3.

Autonomie

Aanwezig

Bij een aanwezige autonomie is er sprake van een positieve gerichtheid op zelfstandigheid, gewenste doelen en regie over het eigen leven. Dit subthema is onderverdeeld in een drietal codes. Bij de code Intern komen deelnemers voor zichzelf op, zij ervaren minder hinder van klachten, hebben introspectie, zicht op omgevingsfactoren en formuleren doelen en wensen. Wanneer mensen een sturend vermogen ervaren met behulp van inschakeling van de omgeving waaronder familie, vrienden, school, hulpverlening en medicatie werd de code Extern toegekend. Bij Maatschappelijk functioneren gaat het om het behalen van maatschappelijke prestaties op de gebieden school en opleidingen (behalen van diploma's), werk en vastgoed.

Gebrek

Dit subthema verwijst naar een gebrek aan positieve gerichtheid op zelfstandigheid (autonomie), gewenste doelen en regie over

het eigen leven. Een ervaren gebrek aan zelfsturende vermogens (Intern) komt tot uitdrukking in beschreven klachten, ontbreken van controle (praktisch en psychisch) en een tekort aan probleemoplossende/ regulerende vaardigheden. De code Extern geeft aan dat deelnemers feitelijk niet in staat waren om zelf invloed uit te oefenen op omstandigheden zoals (ernstige) lichamelijke klachten en het afhankelijk zijn van of overgeleverd zijn aan bureaus, behandelaren, instanties of instellingen. De code Maatschappelijk functioneren werd toegekend bij problemen met het behalen van maatschappelijke prestaties op de gebieden school en opleidingen (behalen van diploma's) en werk.

Traumatische ervaringen variëren van ernstige pestervaringen, overlijden van naasten tot (psychische, fysieke, seksuele) mishandeling en misbruik en verwijzen naar situaties waarin men geen invloed kon uitoefenen.

Overmatig aanwezig

Overmatige gerichtheid op zelfstandigheid (autonomie) en regie over het eigen leven ten koste van samenwerking en anderen. Dit subthema werd niet verder onderverdeeld.

Maladaptieve coping

Dit subthema beschrijft gedrag om met een dreigende situatie om te gaan dat op de lange termijn negatieve gevolgen voor de persoon heeft. Dit subthema is onderverdeeld in vier codes. Deelnemers beschrijven automutilerend gedrag zoals snijden en krassen (Automutilatie), gedachten aan of handelen gericht op het beëindigen van het eigen leven (Suïcidaliteit), gedrag om onprettige gevoelens te vermijden, zoals problematisch eetgedrag, drugsgebruik, promiscue gedrag

Subthema	Code	Voorbeeld
Autonomie Aanwezig	Intern	<i>'Na deze gebeurtenis was voor mij eindelijk de maat vol en heb ik de scheiding aangevraagd.'</i> D4 <i>'Intussen weet ik (meestal) dat ik een stem heb.'</i> D7
	Extern	<i>'Ik heb hulp gezocht bij NAAM INSTELLING.'</i> D25 <i>'Het werd zo erg dat ik mijn beste vriendin heb gebeld dat ze mij moest komen halen.'</i> D17
	Maatschappelijk functioneren	<i>'Al ruim twee jaar heb ik een erg leuke bijbaan bij BEDRIJF.'</i> D1 <i>'Ik heb mijn eigen appartement.'</i> D18
Autonomie, Gebrek	Intern	<i>'Het tekort aan sociale en emotionele vaardigheden.'</i> D10 <i>'Ik weet eigenlijk niet zo goed waarom ik in deze jaren gepest ben.'</i> D11
	Extern	<i>'Ik kon geen nieuwe woning krijgen vanwege wachtlijsten of niet voldoen aan looneisen.'</i> D9 <i>'Mijn gezin van herkomst was niet een stabiele veilige omgeving voor de kinderen.'</i> D14
	Maatschappelijk functioneren	<i>'Nu is toch gebleken dat school te hoog gegrepen is geweest en mij teveel druk en stress heeft opgeleverd.'</i> D5 <i>'Een maand later werd ik ontslagen.'</i> D29
	Traumatische ervaringen	<i>'Op m'n twaalfde ben ik door een oud-klasgenoot van de basisschool verkracht.'</i> D35 <i>'De relatie met mijn moeder werd steeds slechter en slechter. Steeds opnieuw begon ze me te vernederen, ook waar anderen bij waren, zus, oma, waarom ik zo slecht was.'</i> D37
Autonomie, Overmatig aanwezig		<i>'Ik stond boven ze voor mijn gevoel.'</i> D49 <i>'Ik heb een erg fijne jeugd gehad. ik was de koning van de straat en de klas zagezegd.'</i> D68
Autonomie, Maladaptieve Coping	Automutilatie	<i>'Daar ontdekte ik automutilatie om controle te hebben over mijn emoties.'</i> D46 <i>'Daarna gebeurde het vaker en het werden er meer, ik was geobsedeerd door de kleur van mijn bloed en hoe het vloeiende over mijn arm en verslaafd aan het brandende gevoel.'</i> D17
	Suïcidaliteit	<i>'Ik had weer suicide gedachten.'</i> D12 <i>'Daar heb ik een overdosis genomen van opgespaarde medicatie.'</i> D23
	Overig	<i>'Wat ik wel merkte als ik de drugs gebruikte was dat ik het een prettig idee vond dat je hier ook van af kon vallen, al was ik daar niet altijd heel bewust mee bezig.'</i> D39 <i>'Dat was veel feestvieren en met de pet naar school gooien.'</i> D56
	Vluchten	<i>'Ik weigerde de realiteit te zien.'</i> D8 <i>'Dit is de eerste keer geweest dat ik in een heftige dissociatie terecht kwam.'</i> D12

Tabel 2: Subthema's en codes van Autonomie met voorbeelden.

en vermijding (Overig) of Vluchten voor als problematisch ervaren emoties en situaties in plaats van er actief mee om te gaan.

Verbondenheid

Aanwezig

Er is sprake van een positieve gerichtheid op de ander ten bate van verbinding. Aan de ene kant kan aanwezigheid van anderen feitelijk worden beschreven zonder hierbij in te gaan op de emotionele relatie met gezins- en familieleden, leeftijdsgenoten, leerkrachten, hulpverleners of dieren (de code is Feitelijke aanwezigheid).

Aan de andere kant wordt bij de code Emotionele verbondenheid naast de feitelijke aanwezigheid ook een positieve emotionele relatie met anderen omschreven. Het gaat om gezins- en familieleden, leeftijdsgenoten, leerkrachten, hulpverleners. Wanneer bleek dat deelnemers zichzelf verplaatsten in een ander werd de code Interspectie toegepast.

Gebrek

Gebrek aan positieve gerichtheid op en zonder ervaren verbondenheid met de ander. Ook bij dit subthema van Verbondenheid werd onderscheid gemaakt tussen het feitelijke Gebrek aan anderen (Feitelijke afwezigheid) en een ervaren Gebrek aan emotionele verbondenheid met anderen (Geen emotionele verbondenheid). Het contact met anderen wordt beschreven als (emotioneel) afstandelijk, over emoties wordt niet gesproken, men voelt zich alleen en anders dan anderen.

De code Traumatische ervaringen verwijst naar ernstige pestervaringen of (psychische, fysieke, seksuele) mishandeling en misbruik waarbij de emotioneel verbondenheid werd geschonden.

Overmatig aanwezig

Deelnemers staan onvoldoende stil bij hun behoeften of stellen die van de ander voorop.

Veranderingen van autonomie en verbondenheid tussen eerste en tweede levensverhalen

De tweede vraagstelling was welke veranderingen in de subthema's en codes naar voren komen in het percentage eerste en tweede levensverhalen. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 4. De subthema's Aanwezig en Gebrek komen bij zowel autonomie als verbondenheid in meer dan 90% van de verhalen voor. Het subthema Maladaptieve coping in meer dan 80%. Autonomie Overmatig aanwezig (17,6%) en Verbondenheid Overmatig aanwezig (meer dan 41,2%) komen van alle subthema's relatief het minst voor. Alle subthema's en codes komen in evenveel eerste als tweede verhalen naar voren, er is geen significant verschil.

De uitkomsten van de veranderingen in de proportie MU's van de thema's staan vermeld in tabel 4. De subthema's die in zowel het eerste als het tweede verhaal het vaakst naar voren komen zijn Autonomie, Aanwezig (29,8% van alle MU's in het eerste en 36,7% in het tweede verhaal), Autonomie, Gebrek (34,4% en 27,8%), Verbondenheid, Gebrek (13,7% en 15,7%) en Verbondenheid, Aanwezig (13,5% en 10,9%). Per thema worden eerst de subthema's en daarna de codes beschreven.

Autonomie

Er was een significante toename van het subthema Aanwezig tussen het eerste en tweede moment. De effectgrootte van deze toename is groot ($d = -0.66$ Cohen, 1988).

Subthema	Code	Voorbeeld
Verbondenheid, Aanwezig	Feitelijke aanwezigheid	'Het gezin bestond uit vader, moeder en zusje van 4 jaar jonger.' D9 'Ik had toen al gesprekken met de leerlingbegeleidster.' D11
	Emotionele verbondenheid	'Ik ben opgegroeid in een gelukkig, warm gezin.' D3 'Voor mijn gevoel heb ik een hele goede keus gemaakt om met jullie therapeuten deze strijd aan te gaan. Deze bijzondere ervaring met jullie zal ik nooit vergeten.' D58
	Interspectie	'Daar heb ik veel uitgehaald, dat zij niet eens konden bedenken hoe het voelde voor hun slachtoffer, dat het 'gewoon' een grapje was en dat ze thuis een enorme rotsituatie hadden.' D20 'Nu heb ik geleerd wat haar copingstrategie was en dat dit ook zijn redenen had. Zij was ook slachtoffer van de situatie en geen dader. Ik had juist vrijheid en ruimte nodig om een jongen te zijn en lekker te puberen.' D68
Verbondenheid, Gebrek	Feitelijke afwezigheid	'Met een vader die veel van huis was.' D14 'Na een aantal jaar ging hij van school en zag ik hem niet meer.' D62 '... alleen over gevoelens en emotie werd niet gesproken.' D4
	Geen emotionele verbondenheid	'Ik had/heb een vriendinnengroep van 9 meiden vanaf de basisschool uit m'n dorp. Dit is nooit een hechte vriendengroep geweest. We zijn allemaal erg verschillend en ik steek er ook nog is bovenuit. Dit werd met de jaren ook steeds duidelijker en ik zit nu nog wel in de groep, maar ook weer niet.' D29
	Traumatische ervaringen	'Soms was het eng thuis. Als mama deed alsof ze het weeshuis belde om mij te laten komen halen toen ik liet vallen dat ik thuis weg wilde.' D62 'Een paar maanden later kreeg ik verkering met een jongen die eerst heel lief voor me was, maar hij werd wel snel boos en ging slaan.' D65
Verbondenheid, Overmatig aanwezig		'Zij vond dit stoer en dan deed ik dat ook maar, terwijl ik dit diep van binnen niet wilde.' D16 'De doelen en wensen van de ander zijn voorop gaan staan.' D7

Tabel 3: Subthema's en codes van Verbondenheid met voorbeelden.

Wanneer dit subthema op een meer gedifferentieerd niveau wordt geanalyseerd, is te zien dat deelnemers in het tweede levensverhaal significant meer zelfsturende uitspraken benoemen (Intern). De afname

van de code Maatschappelijk functioneren is eveneens significant. Beide effectgrootten zijn groot ($d=-0.96$ respectievelijk $d=0.81$). De code Externe autonomie verandert niet. Het subthema Gebrek kwam bij het tweede

levensverhaal significant minder voor dan bij het eerste levensverhaal. De effect-grootte van deze toename is groot ($d=0.77$). Op het niveau van codes blijken deelnemers bij het tweede levensverhaal minder vaak te schrijven over een Gebrek aan zelfsturend vermogen (Intern). Dit effect is groot ($d=0.63$). Tevens is er een afname van het Gebrek van het Maatschappelijk functioneren met een gemiddeld effect ($d=0.37$). Er was geen verandering ten aanzien van de code Externe autonomie.

Er werden geen significante verschillen gevonden voor het subthema Overmatig aanwezig. Het subthema Maladaptieve autonomie noch de codes Automutilatie, Suïcidaliteit, Overig en Vluchten veranderden significant tussen eerste en tweede levensverhaal.

Verbondenheid

Bij Verbondenheid zijn er geen veranderingen gevonden in de subthema's van Verbondenheid (Aanwezig, Gebrek en Overmatig aanwezig). Als het subthema Aanwezig verder wordt uitgesplitst in codes is te zien dat deelnemers na de behandeling vaker zeggen zich verbonden met anderen te voelen (Emotionele verbondenheid) met een gemiddeld effect ($d=0.43$). De Feitelijke aanwezigheid van anderen werd in het tweede levensverhaal significant minder vaak genoemd dan in het eerste. Het effect was gemiddeld ($d=0.41$). Interspectie veranderde niet. Ook de codes van het subthema Afwezig veranderen niet (Feitelijke afwezigheid, Geen emotionele verbondenheid en Traumatische ervaring).

Discussie

Doel van het onderzoek was om aan de hand

van levensverhalen meer inzicht te verwerven in de manier waarop autonomie en verbondenheid aanwezig zijn in levensverhalen van patiënten met PS'en en hoe deze thema's veranderen in de loop van een intensieve (dag)klinische behandeling. Deze Big Two van de normale en verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling worden ook bij patiënten met PS'en aangetroffen en kunnen worden onderverdeeld in drie subthema's: gebrek, aanwezig of overmatig aanwezig. Maladaptieve coping is een vierde subthema van autonomie en lijkt kenmerkend voor persoonlijkheidsstoornissen. Na behandeling was er een significante toename van aanwezige autonomie en een significante afname van gebrek aan autonomie. Wat betreft verbondenheid nam de kwaliteit significant toe, maar de kwantiteit niet.

Autonomie en verbondenheid in levensverhalen

Uit de kwalitatieve resultaten blijkt dat autonomie en verbondenheid kunnen worden onderverdeeld in drie subthema's. Deze indeling komt overeen met de definitie van Abele en collega's (2008) en Diehl en anderen (2004), die tevens het vertrekpunt vormden voor de deductieve inhoudsanalyse. Dit betekent dat de indeling van de Big Two ook geldt voor patiënten met PS'en.

In de inductieve analyse van de levensverhalen blijken echter twee codes naar voren te komen die onderscheidend zijn voor patiënten met PS'en. Ten eerste komt maladaptieve coping in een substantieel deel van de verhalen aan de orde. Maladaptieve coping beschrijft actief gedrag van patiënten om met een dreigende situatie om te gaan dat op de lange termijn negatieve gevolgen voor hen heeft (zie ook Folkman et al., 1986).

			% verhalen (N=34)			% MU		
			LV1	LV2		LV1	LV2	
Thema	Subthema	Code	p (McNemar toets)			M (SD) in %	M(SD) in %	d
Autonomie	Aanwezig		100.0	100.0	-	29.82 (8.6)	36.69 (12.0)	-0.658**
		Intern	100.0	100.0	-	20.46 (6.2)	30.19 (12.9)	-0.963**
		Extern	100.0	97.1	1.000	5.93 (5.0)	4.94 (2.2)	0.255
		Maatschappelijk functioneren	85.3	67.6	0.146	3.63 (2.9)	1.65 (1.9)	0.813**
	Gebrek		100.0	100	-	34.39 (8.2)	27.82 (8.0)	0.766**
		Intern	100.0	100	-	23.58 (9.4)	17.85 (8.9)	0.626**
		Extern	94.01	85.3	0.250	8.34 (5.0)	8.87 (7.3)	-0.084
		Maatschappelijk functioneren	38.2	20.6	0.109	0.95 (2.3)	0.31 (0.8)	0.374*
		Traumatische ervaring	44.1	35.3	0.581	1.53 (2.9)	0.93 (1.5)	0.260
	Overmatig aanwezig		17.6	17.6	1.000	0.21 (0.6)	0.22 (0.5)	-0.017
	Maladaptieve coping		82.4	85.3	1.000	5.62 (5.6)	5.1 (4.6)	0.101
		Automutilatie	47.1	32.4	0.125	1.14 (2.2)	0.76 (1.4)	0.209
		Suïcidaliteit	38.2	38.2	1.000	1.44 (3.3)	0.98 (1.8)	0.171
		Overig	32.4	38.3	0.774	1.11 (2.3)	0.86 (1.5)	-0.194
		Vluchten	64.7	79.4	0.267	1.93 (2.4)	2.52 (2.1)	-0.265
Verbondenheid	Aanwezig		100	97.1	1.000	22.72 (9.6)	24.00 (8.9)	0.097
		Feitelijke aanwezigheid	97.1	94.1	1.000	13.45 (6.7)	10.86 (5.7)	-0.414**
		Emotionele verbondenheid	94.1	97.1	1.000	9.50 (7.1)	12.68 (7.7)	-0.430*
		Interspectie	17.6	29.4	0.388	0.31 (1.0)	0.72 (1.5)	-0.320
	Gebrek		97.1	91.2	0.625	13.74 (6.2)	15.66 (7.8)	-0.272
		Feitelijke afwezigheid	73.5	82.4	0.581	1.93 (1.99)	2.56 (2.17)	-0.299
		Geen emotionele verbondenheid	97.1	91.2	0.625	10.35 (5.06)	11.33 (6.5)	-0.170
		Traumatische ervaring	44.1	55.9	0.424	1.45 (2.7)	1.78 (1.9)	-0.140
	Overmatig aanwezig		41.2	44.1	1.000	0,5 (1.4)	1,41 (2,2)	-0,258

Opmerkingen: LV1= Eerste levensverhaal 1; LV2= tweede levensverhaal; M= Gemiddelde; SD= Standaard afwijking; d=Cohen's d; *=p<,05; **=p<,01

Tabel 4: Percentage verhalen, McNemar-toets, gemiddelde percentages, standaard deviatie, gepaarde t-test en effect size voor subthema's en codes van autonomie en verbondenheid in het eerste en tweede levensverhaal.

Deze visie wordt ook door de biosociale theorie binnen de DGT omarmd (Linehan 1993). In de context van het levensverhaal komt deze (op de korte termijn) adaptieve functie meer tot zijn recht dan bij een klachteninventarisatie. Dit kan het begrip voor patiënten bevorderen. Ten tweede maakt iets minder dan de helft van de patiënten melding van traumatische ervaringen. Dit ondersteunt bevindingen uit de klinische praktijk en eerder onderzoek waaruit blijkt

*De resultaten pleiten
voor behandelingen
waarin naast klachten
ook explicieter op
krachten van patiënten
wordt ingestoken*

dat de kans om te lijden aan een PS significant hoger is met traumatische ervaringen in de voorgeschiedenis (b.v. Johnson et al., 1999). Hoewel dit in de theorie over persoonlijkheidsstoornissen bekend is, is het hier van belang dat patiënten met PS'en deze twee onderscheidende kenmerken spontaan noemen. Theoretische kennis wordt daarmee gevalideerd door spontaan gerapporteerd materiaal van patiënten in de klinische praktijk.

De kwantitatieve analyses tonen aan dat er in bijna alle levensverhalen zowel aanwijzingen zijn voor een gebrek aan autonomie en verbondenheid als aan de aanwezigheid hiervan. Onze studie suggereert dat deze dualiteit ook voor mensen met PS'en geldt. Hierbij sluit het twee-continuamodel van

Keyes (2005) aan. Welbevinden (krachten) en psychopathologie (klachten) worden als twee aparte maar gerelateerde continuua beschouwd: het ene continuüm verwijst naar de aan- of afwezigheid van psychopathologie, en het andere continuüm naar de aan- of afwezigheid van welbevinden.

Veranderingen van autonomie en verbondenheid

Na behandeling is er sprake van meer autonomie (toename aanwezigheid en afname gebrek). Patiënten komen vaker voor zichzelf op, ervaren minder hinder van klachten, hebben meer introspectie en formuleren doelen en wensen (intern aanwezige autonomie). De toename van autonomie komt overeen met eerdere studies (Adler, 2012) en past bij de aanname dat alle vormen psychotherapie gericht zijn op het stimuleren van autonomie (b.v. Elliott & James 1989; Williams & Levitt, 2007). De verandering in autonomie komt tot stand door een grotere aanwezigheid van en minder gebrek aan autonomie. In de huidige ggz in Nederland is echter vooral aandacht voor reductie van klachten (gebrek aan autonomie). Onze resultaten pleiten juist voor behandelingen waarin naast klachten ook explicieter op krachten van patiënten wordt ingestoken.

Wat betreft veranderingen in autonomie moet het resultaat vermeld worden dat patiënten na afloop van de behandeling minder vaak schrijven over maatschappelijke successen en vaker over maatschappelijke problemen. Een verklaring is dat in deze intensieve (dag)klinische behandelsetting onvoldoende of te laat aandacht is besteed aan maatschappelijk herstel. De primaire focus lag immers op psychologische behandelinterventies. Een andere verklaring is dat

de tweede verhalen maximaal vijf weken na de opname zijn geschreven. Mogelijk worden patiënten juist in deze fase geconfronteerd met problemen bij het oppakken van maatschappelijke taken. Dit zou ervoor pleiten bijvoorbeeld re-integratietrajecten vroeger en actiever aan te bieden om de overgang van kliniek naar het dagelijks leven te vergemakkelijken.

Wat betreft verbondenheid was er sprake van een opvallend patroon. Tweede levensverhalen van patiënten bevatten meer emotionele verbondenheid met anderen, terwijl de aanwezigheid van anderen minder frequent wordt gerapporteerd. De andere vormen van verbondenheid veranderden niet. De meeste vormen van psychotherapie zijn gericht op het stimuleren van autonomie en verbondenheid (b.v. Elliott & James 1989; Williams & Levitt, 2007), hetgeen aansluit op onze resultaten waarin op het einde van behandeling meer nadruk ligt op de kwaliteit dan op de kwantiteit van relaties. Dat laat ruimte voor meer zelfstandig functioneren naast het ervaren van betekenisvolle relaties. Het geheel laat een gunstig resultaat zien van (dag)klinische behandeling waarin vooral groepstherapeutisch wordt gewerkt aan zowel een positieve ontwikkeling in autonomie als in verbondenheid.

Sterke kanten

De combinatie van deductieve en inductieve inhoudsanalyse van levensverhalen ligt aan de basis van dit onderzoek. De deductieve (top-down) analyse toetst hoe autonomie en verbondenheid naar voren komen in levensverhalen. De inductieve (bottom-up) benadering biedt vervolgens voldoende ruimte om vanuit de tekst nieuwe kenmerkende thema's te extraheren. Beide benaderingen blijven

dicht bij de beleving van patiënten. Samen met het gebruik van spontaan gerapporteerde verhalen van patiënten (in tegenstelling tot gestructureerde vragenlijsten) bevordert dit de ecologische validiteit van zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve resultaten. In ons onderzoek houden we rekening met maatregelen die door Graneheim en Lundman (2003) zijn beschreven om de betrouwbaarheid van de kwalitatieve analyses te waarborgen. Tevens werd voor alle toegekende codes overeenstemming bereikt tussen de twee onderzoekers.

Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek

Enkele beperkingen van dit exploratieve onderzoek moeten worden genoemd. Ten eerste was er een drop-out van een derde zoals bekend bij deze doelgroep (Cornelissen et al., 2010) en schreef iets meer dan helft van de patiënten geen tweede levensverhaal. Dit houdt in dat onze studie enkel representatief is voor patiënten met PS'en die hun behandeling hebben afgemaakt, door hun behandelaar werden gevraagd een tweede levensverhaal te schrijven en dit daadwerkelijk hebben gedaan. Deze patiënten vormden mogelijk een subgroep die de meeste autonomie zijn gaan ervaren en die zich eveneens het meest verbonden hebben gevoeld met de behandeling of de behandelaars. Vervolgonderzoek met een grotere steekproef moet uitwijzen of de gevonden resultaten te generaliseren zijn naar alle patiënten met PS'en.

Als tweede beperking is te noemen dat de onderzoekers door de aard van het materiaal konden zien of verhalen voor of na behandeling zijn geschreven.

Ten derde ontbreekt er een algemeen geldige operationalisatie van autonomie en verbondenheid. We kozen bij de deductieve inhoudsanalyse voor een eenduidige definitie (Abele et al., 2008; Diehl et al., 2004) om dit te ondervangen, en zodoende de validiteit en repliceerbaarheid te bevorderen. Tegelijkertijd betekent dit dat andere definities tot andere resultaten zouden kunnen leiden. Daarom pleiten we bij vervolgonderzoek voor een operationalisatie die zowel door theoretici als klinici te gebruiken is. Een recente en veelbesproken ontwikkeling die hierop aansluit is het alternatieve DSM-5 model voor PS'en (American Psychiatric Association, 2013, pp. 1004). Hierbij worden PS'en beschreven aan de hand van beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren en van pathologische persoonlijkheidstreken. Het functioneren van de persoonlijkheid wordt uitgedrukt in stoornissen in het *zelf* en het *interpersoonlijk functioneren*. We denken net als Pincus (2018) dat deze indeling sterke verwantschap vertoont met autonomie (zelf) en verbondenheid (interpersoonlijk functioneren). In Nederland is het STIP-5.1 interview een goed onderzocht instrument waarmee het persoonlijkheidsfunctioneren in kaart wordt gebracht.

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de samenhang tussen de resultaten van de analyse van levensverhalen en die van STIP5.1 interviews.

Tot slot kan vervolgonderzoek met meer deelnemers nagaan 1) of autonomie en verbondenheid ook bij deze doelgroep samenhangen met de mate van klachten en welbevinden, 2) of de gevonden veranderingen in deze thema's samengaan met veranderingen in klachten en welbevinden en 3) of er langere-termijneffecten zijn. Met een controlegroep zou onderzocht kunnen worden of de gevonden veranderingen daadwerkelijk door psychotherapie tot stand zijn gekomen.

Conclusie

In dit onderzoek is een eerste stap gezet om autonomie en verbondenheid bij patiënten met PS'en te begrijpen. We weten nu dat autonomie en verbondenheid centrale thema's zijn in levensverhalen, met ook specifieke kenmerken voor mensen met PS'en. Autonomie en de kwaliteit van verbondenheid nemen toe in de loop van gespecialiseerde intensieve (dag) klinische psychotherapie. Deze studie onderschrijft tot slot dat therapie zich moet richten op zowel klachtenreductie als het bevorderen van krachten die patiënten in zich dragen.

Fabian Schug (info@psyveto.nl) werkt als klinisch psycholoog/psychotherapeut voor GGZ Verum en in eigen praktijk. **Silvia Pol** werkt als klinisch psycholoog/psychotherapeut voor GGNet bij het expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek Scelta Apeldoorn en is P-opleider binnen GGNet. **Gerben Westerhof** is hoogleraar narratieve psychologie bij de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente en is directeur van het Story Lab.

Refereren aan:

Schug, F., Pol, S. & Westerhof, G. (2024). Autonomie en verbondenheid bij persoonlijkheids-stoornissen: Veranderingen in levensverhalen gedurende (dag)klinische psychotherapie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(1), p. 43-63.

Literatuur

- Abele, A.E., Uchrowski, M., Suitner, C. & Wojciszke, B. (2008). Towards an operationalization of the fundamental dimensions of agency and communion: Trait content ratings in five countries considering valence and frequency of word occurrence. *European Journal of Social Psychology*, 38(7), p. 1202-1217.
- Abele, A.E. & Wojciszke, B. (2014). Communal and agentic content in social cognition: A dual perspective model. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 50, p. 195-255). Academic Press.
- 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 of personality and social psychology*, 102(2), p. 367.
- 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.
- 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.
- Adler, J.M. & McAdams, D.P. (2007). Telling stories about therapy: Ego development, well-being, and the therapeutic relationship. In Adler J.M & McAdams, D.P. (red.), *The meaning of others: Narrative studies of relationships* (p.213-236), Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Angus, L.E. & McLeod, J. (Eds.). (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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.
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence: An essay on psychology and religion*. Oxford, England: Rand McNally.
- Bender, D.S., Morey, L.C. & Skodol, A.E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), p. 332-346.
- Blatt, S.J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. American Psychological Association.
- Burlingame, G.M. & Strauss, B. (2021). Efficacy of small group treatments: Foundation for evidence-based practice. In M. Barkham, L. Castonguay & W. Lutz (Eds), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 7th Ed. (p. 583-624). New York: Wiley & Sons.

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), p. 155.
- Cornelissen, A.J.T., Poppe, E. & Ouwens, M.A. (2010). Drop-out bij klinisch psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(1), p. 17-27.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M. & Nicolo, G. (2006). Toward a model of self-pathology underlying personality disorders: Narratives, metacognition, interpersonal cycles and decision-making processes. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), p. 597-617.
- Diehl, M., Owen, S. & Youngblade, L. (2004). Agency and communion attributes in adults' spontaneous self-representations. *International journal of behavioral development*, 28(1), p. 1-15.
- Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(4), p. 443-467.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), p. 107-115.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G. & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), p. 175-191.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), p. 992.
- Göstas, M.W., Wiberg, B. & Kjellin, L. (2012). Increased participation in the life context: A qualitative study of clients' experiences of problems and changes after psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(4), p. 365-380.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), p. 105-112.
- Guruprasad, D. & Bhola, P. (2015). Assessment of autobiographical memory narratives in psychotherapy with borderline personality disorder: an exploratory study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(2), p.52-64.
- Helgeson, V.S. (1993). Implications of agency and communion for patient and spouse adjustment to a first coronary event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), p. 807.
- Helgeson, V.S. (1994). Relation of agency and communion to well-being: Evidence and potential explanations. *Psychological bulletin*, 116(3), p. 412.
- Helgeson, V.S. & Fritz, H.L. (1999). Unmitigated agency and unmitigated communion: Distinctions from agency and communion. *Journal of Research in Personality*, 33(2), p. 131-158.

Helgeson, V.S. & Fritz, H.L. (2000). The implications of unmitigated agency and unmitigated communion for domains of problem behavior. *Journal of personality*, 68(6), p. 1031-1057.

Helgeson, V.S. & Palladino, D.K. (2012). Agentic and communal traits and health: Adolescents with and without diabetes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(4), p. 415-428.

Hopwood, C.J., Wright, A.G., Ansell, E.B. & Pincus, A.L. (2013). The interpersonal core of personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), p. 270-295.

Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, p. 1-27.

Kernberg, O.F. (2012). *The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives*. Washington DC: American Psychiatric Pub.

Keyes, C.L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), p. 539.

Krueger, R.F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4), p. 355.

Krueger, R.F., Hopwood, C.J., Wright, A.G. & Markon, K.E. (2014). DSM-5 and the path toward empirically based and clinically useful conceptualization of personality and psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), p. 245-261.

Le, B.M., Impett, E.A., Lemay Jr, E.P., Muise, A. & Tskhay, K.O. (2018). Communal motivation and well-being in interpersonal relationships: An integrative review and meta-analysis. *Psychological bulletin*, 144(1), p. 1-25.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.

Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), p. 1181-1209.

Livesley, W.J. (2003). *Practical management of personality disorder*. New York: Guilford Press.

Luyten, P. & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31(1), p. 52-68.

Lysaker, P.H., Lancaster, R.S. & Lysaker, J.T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), p. 285-299.

McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), p. 100-122.

McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Mansfield, E.D. & McAdams, D.P. (1996). Generativity and themes of agency and communion in adult autobiography. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(7), p. 721-731.
- Markey, P.M. (2003). *The duality of personality: Agency and communion in personality traits, motivation, and behavior*. University of California dissertation.
- Morey, L.C., Benson, K.T., Busch, A.J. & Skodol, A.E. (2015). Personality disorders in DSM-5: Emerging research on the alternative model. *Current Psychiatry Reports*, 17(4), p. 24.
- Paulhus, D.L. & Trapnell, P.D. (2008). Self-presentation of personality. *Handbook of personality psychology*, 19, p. 492-517.
- Pincus, A.L. (2018). An interpersonal perspective on Criterion A of the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders. *Current opinion in psychology*, 21, p. 11-17.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), p. 223-233.
- Sanislow, C.A. (2016). Updating the research domain criteria. *World Psychiatry*, 15, p. 222-223.
- Soeteman, D.I., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), p. 259-268.
- 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(2), p. 259-265.
- Soeteman, D.I. & Kim, J.J. (2013). Cost-effectiveness of psychotherapy for personality disorders: treatment recommendations and implementation. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 13(1), p. 73-81.
- Stoffers, J.M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Review*, 8(8).
- Widiger, T.A. & Trull, T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), p. 71.
- Williams, D.C. & Levitt, H.M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(1), p. 66-82.
- Woike, B. & Polo, M. (2001). Motive-related memories: Content, structure, and affect. *Journal of Personality*, 69(3), p. 391-415.
- Yalom, I. & Leszcz, M. (2021). *The theory and practice of group psychotherapy*, 6th. ed. New York: Basic Books.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
-