



Open Universiteit
www.ou.nl

Klinische psychologie

Theorieën en psychopathologie

Henk T. van der Molen, Ellin Simon, Jacques van Lankveld (red.)

Derde druk



Noordhoff Uitgevers



Klinische psychologie

Theorieën en psychopathologie

Henk T. van der Molen, Ellin Simon, Jacques van Lankveld (red.)

Met medewerking van:

Arnoud Arntz, Yannick Boddez, Theo K. Bouman, Jan van den Bout, Farid Chakhssi, Maaïke Cima, Nel Draijer, Richard van Dyck, Paul Eelen, Iris Engelhard, Jannes Eshuis, Mark van der Gaag, Luk Gijs, Wouter J. Gomperts, Colin van der Heiden, Dirk Hermans, Marcus Huibers, Anita Jansen, Ger Keijsers, Gerard A. Kerkhof, Moniek M. ter Kuile, Helle Larsen, Jill Lobbestael, Frenk Peeters, Sandra Perreijn, Henk van der Ploeg, Rudolf Ponds, Jeffrey Roelofs, Corine de Rooter, Elske Salemink, Grietje Schaap, Nicolette Siep, Annelies Spek, Philip Spinhoven, Tonnie Staring, Roelf Jan Takens, Martijn van Teffelen, Bram Vervliet, Sako Visser, Marisol Voncken, Reinout W. Wiers, Lot Wouda, Saskia Wouters

Derde druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

Open Universiteit
www.ou.nl



Ontwerp omslag: Rocket Industries

Omslagillustratie: Rik Simon

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13,
9700 VB Groningen, e-mail: info@noordhoff.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.

0 / 15



© 2015 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN (ebook) 978-90-01-87605-0

ISBN 978-90-01-84624-4

NUR 772

Inhoud

Inleiding 9

DEEL 1

Klinische theorieën en theoretische referentiekaders 13

1 Over klinische psychologie en ‘abnormaal’ gedrag 15

Henk T. van der Molen en Sandra Perreijn

1.1 Het terrein van de klinische psychologie 16

1.2 Aspecten van ‘abnormaal’ gedrag 19

1.3 Normaal en abnormaal: waar ligt de grens? 24

Samenvatting 30

2 Neurobiologische benaderingen van psychopathologie 33

Maaïke Cima en Nicolette Siep

2.1 Een historische schets 33

2.2 Psychopathologie: een genetisch perspectief 36

2.3 Psychopathologie: een cognitief-neurowetenschappelijk perspectief 44

2.4 Emotieregulatie 48

2.5 Comorbiditeit van externaliserende en internaliserende stoornissen 50

Samenvatting 52

3 Leertheoretische benaderingen van psychopathologie 55

Yannick Boddez, Dirk Hermans, Paul Eelen en Bram Veruliet

3.1 Thorndike en Pavlov: (niet) als kat en hond 56

3.2 Leren: het wat en het hoe 57

3.3 Etiologie van psychopathologie 59

3.4 Psychotherapie als leerproces 66

Samenvatting 71

4 Cognitieve benaderingen van psychopathologie 73

Jeffrey Roelofs, Arnoud Arntz en Marisol Voncken

4.1 Cognitief-psychologische opvattingen 74

4.2 Algemene cognitieve psychologie 75

4.3 De inhoud van schema's bij verschillende vormen van psychopathologie 79

- 4.4 Kenmerkende processen bij verschillende vormen van neurotische psychopathologie 81
- 4.5 Cognitieve therapie 84
Samenvatting 85

5 Psychoanalytische benaderingen van psychopathologie 89 *Wouter J. Gomperts*

- 5.1 Onbewust 90
- 5.2 Overdracht en tegenoverdracht 91
- 5.3 De driftpsychologie 93
- 5.4 De egopsychologie 95
- 5.5 De objectrelatiepsychologie 96
- 5.6 De zelfpsychologie 100
- 5.7 De gehechtheidspsychologie 101
- 5.8 Pathologie, behandelvorm en werkzaamheid 103
Samenvatting 106

6 Humanistische benaderingen van psychopathologie 109 *Roelf Jan Takens*

- 6.1 Kenmerken van de humanistische theorieën 109
- 6.2 Therapeutische uitgangspunten van Rogers 114
- 6.3 Ontwikkelingen na Rogers 115
- 6.4 Emotiegerichte therapie 117
- 6.5 De behoeftepiramide van Abraham Maslow 119
Samenvatting 121

7 Systeembenaderingen van psychopathologie 123 *Sandra Perreijn en Lot Wouda*

- 7.1 Systeembenadering 124
- 7.2 De algemene systeemtheorie: enkele basisbegrippen 125
- 7.3 De communicatietheoretische benadering 128
- 7.4 De structurele benadering 132
- 7.5 Integratieve benaderingen 136
- 7.6 Ontwikkelingen in theorie, praktijk en onderzoek 138
Samenvatting 140

8 Het nut van theorie 143 *Jannes Eshuis*

- 8.1 Het achterhalen van de waarheid 144
- 8.2 Spiegelen aan de natuurwetenschappen 146
- 8.3 Een eigen dynamiek voor de psychologie 148
- 8.4 Theorie in de praktijk 150
Samenvatting 151

DEEL 2

Classificatie en diagnostiek 155

9 **Classificatie** 157

Theo K. Bouman

- 9.1 Wat is classificeren? 157
 - 9.2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) 163
 - 9.3 International Classification of Diseases (ICD-10) 170
- Samenvatting 172

10 **Klinisch psychologische diagnostiek** 175

Theo K. Bouman

- 10.1 Diagnostische methoden 175
 - 10.2 Interpretieren en rapporteren 186
- Samenvatting 187

DEEL 3

Psychopathologie 189

11 **Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen** 191

Ellin Simon, Annelies Spek en Saskia Wouters

- 11.1 De autismespectrumstoornis bij volwassenen 192
 - 11.2 ADHD bij volwassenen 198
- Samenvatting 203

12 **Depressieve- en bipolaire-stemmingsstoornissen** 205

Frenk Peeters, Marcus Huibers, Jan van den Bout en Sandra Perreijn

- 12.1 De DSM-5-classificatie van stemmingsstoornissen 206
 - 12.2 Depressieve-stemmingsstoornissen 208
 - 12.3 Bipolaire-stemmingsstoornissen 211
 - 12.4 Restcategorieën en nadere omschrijvingen van stemmingsstoornissen 215
 - 12.5 Assessment 217
 - 12.6 Epidemiologie en comorbiditeit 218
 - 12.7 Theoretische visies op depressieve stoornissen en manie 220
 - 12.8 Behandeling 227
- Samenvatting 235

13 **Angststoornissen** 237

Colin van der Heiden

- 13.1 Angst 238
- 13.2 Angststoornissen 239
- 13.3 Prevalentie, incidentie en comorbiditeit 245

- 13.4 Etiologie 246
- 13.5 Beloop 248
- 13.6 Taxatie van angst 249
- 13.7 Behandeling 254
- Samenvatting 261

14 Middelgebonden stoornissen en verslaving 265

Reinout W. Wiers, Helle Larsen en Elske Salemink

- 14.1 Klinisch beeld en diagnose 266
- 14.2 Prevalentie 273
- 14.3 Historisch perspectief 275
- 14.4 Theoretische modellen 276
- 14.5 Behandel mogelijkheden 286
- Samenvatting 288

15 Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen 291

Moniek M. ter Kuile en Philip Spinhoven

- 15.1 Beschrijving 292
- 15.2 Prevalentie 297
- 15.3 Beloop 298
- 15.4 Verklaringsmodellen 298
- 15.5 Diagnostiek 301
- 15.6 Behandeling 304
- Samenvatting 312

16 Slapen en waken en slaapstoornissen 315

Gerard A. Kerkhof

- 16.1 De regeling van slapen en waken 316
- 16.2 De normale slaap 317
- 16.3 Het slaap-waakritme 320
- 16.4 Klinisch beeld, diagnostiek en behandeling 331
- Samenvatting 333

17 Eetstoornissen 335

Anita Jansen

- 17.1 Anorexia nervosa 336
- 17.2 Boulimia nervosa 339
- 17.3 Eetbuistoornis 341
- 17.4 Overige eet- en voedingsstoornissen 341
- 17.5 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit 342
- 17.6 Epidemiologie en verloop 343
- 17.7 Theorieën over de etiologie van eetstoornissen 344
- 17.8 Behandeling 351
- Samenvatting 353

- 18 Disruptieve-, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen 357**
Farid Chakhssi, Grietje Schaap en Corine de Ruiter
- 18.1 Oppositionele-opstandige stoornis 358
 - 18.2 Periodiek explosieve stoornis 362
 - 18.3 Normoverschrijdend-gedragsstoornis 364
 - 18.4 Pyromanie 367
 - 18.5 Kleptomanie 369
 - Samenvatting 371
- 19 Genderdysforie, parafiele stoornissen en seksuele disfuncties 375**
Luk Gijs en Jacques van Lankveld
- 19.1 Een psychiatrische visie op seksuele stoornissen 376
 - 19.2 Genderdysforie 377
 - 19.3 Parafiele stoornissen 382
 - 19.4 Seksuele disfuncties 393
 - Samenvatting 402
- 20 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen 405**
Mark van der Gaag en Tonnie Staring
- 20.1 Klinisch beeld 406
 - 20.2 Diagnostiek door de jaren heen 410
 - 20.3 Stoornis of continuüm in de bevolking? 411
 - 20.4 Het neuropsychische model van psychose 417
 - 20.5 Wanneer welke diagnostiek? 419
 - 20.6 Interventies 423
 - 20.7 Herstel en rehabilitatie 432
 - Samenvatting 432
- 21 Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen 435**
Iris Engelhard en Henk van der Ploeg
- 21.1 Posttraumatische-stressstoornis 436
 - 21.2 Acute-stressstoornis 441
 - 21.3 Aanpassingsstoornis 442
 - 21.4 Assessment van posttraumatische stress 442
 - 21.5 Epidemiologie en risicofactoren 444
 - 21.6 Theorieën over het ontstaan en voortbestaan van verwerkingsstoornissen 446
 - 21.7 Behandeling 450
 - Samenvatting 453
- 22 Dissociatieve stoornissen 455**
Richard van Dyck en Nel Draijer
- 22.1 Historisch perspectief 456
 - 22.2 Prevalentie van dispositie tot dissociatie 458
 - 22.3 Prevalentie van dissociatieve stoornissen in strikte zin 458

- 22.4 Depersonalisatie-/derealisatiestoornis 459
- 22.5 Dissociatieve amnesie 461
- 22.6 Dissociatieve-identiteitsstoornis (DIS) 464
- 22.7 Overige specifieke dissociatieve stoornissen 467
- 22.8 State of the art 468
Samenvatting 470

23 Neurocognitieve stoornissen 473

Rudolf Ponds

- 23.1 Neurocognitieve stoornissen in de DSM-5 474
- 23.2 Uitgebreide en beperkte neurocognitieve stoornis (NCS) 475
- 23.3 Dementie en Mild Cognitive Impairment (MCI) 476
- 23.4 Subtypen van de beperkte en uitgebreide neurocognitieve stoornis 477
- 23.5 Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Parkinson 481
- 23.6 Neurocognitieve stoornis door traumatisch hersenletsel 481
- 23.7 Neurocognitieve stoornis door een middel/medicatie 482
- 23.8 Overige neurocognitieve stoornissen 482
- 23.9 Diagnostiek 483
- 23.10 Behandeling en begeleiding bij NCS 486
Samenvatting 491

24 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen 493

Sako Visser en Ger Keijsers

- 24.1 Obsessieve-compulsieve stoornis 494
- 24.2 Verzamelstoornis (Hoarding Disorder) 498
- 24.3 Morfodysfore stoornis (Body Dysmorphic Disorder, BDD) 501
- 24.4 Trichotillomanie en excoriatiestoornis 503
Samenvatting 506

25 Persoonlijkheidsstoornissen 509

Jill Lobbestael en Martijn van Teffelen

- 25.1 Beschrijving klinisch beeld 509
- 25.2 Historisch perspectief 527
- 25.3 Etiologie 528
- 25.4 Prevalentie 531
- 25.5 Diagnostische methoden 533
- 25.6 Interventie/behandelingsmogelijkheden en -effecten 534
Samenvatting 537

Literatuur 539

Over de auteurs 596

Register 601

Inleiding

Doel van dit boek

De derde editie van *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* is ontwikkeld in samenwerking met de Faculteit Psychologie en Onderwijswetenschappen van de Open Universiteit Nederland en het Instituut voor Psychologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Het doel van dit boek is een inleiding te geven in het brede vakgebied van de klinische psychologie. Deze subdiscipline van de psychologie houdt zich bezig met vraagstukken rondom het ontstaan, het voortbestaan en de behandeling van psychische problemen en stoornissen. De beschrijving van de psychopathologie richt zich vooral op volwassenen. Het boek is geschreven voor (beginnende) studenten aan wo- en hbo-instellingen, die in hun latere beroepsuitoefening met dergelijke problemen en stoornissen te maken kunnen krijgen. Daarbij valt te denken aan studenten sociale wetenschappen, bijvoorbeeld psychologie en pedagogie. Ook is het boek bedoeld voor studenten aan medische en paramedische opleidingen, voor wie een basiskennis van de grote verscheidenheid aan psychische problemen en stoornissen noodzakelijk is, bijvoorbeeld voor studenten verpleegkunde, sociaalpedagogische hulpverlening, of maatschappelijk werk en dienstverlening.

Indeling van dit boek

Dit boek bestaat uit drie delen. In het eerste deel, 'Klinische theorieën en theoretische referentiekaders', wordt een nadere aanduiding van het vakgebied klinische psychologie gegeven en worden de belangrijkste theorieën besproken van waaruit klinisch psychologen te werk gaan. Het tweede deel, 'Classificatie en diagnostiek', belicht de classificatie van psychische stoornissen en de verschillende methoden die worden gebruikt bij de diagnostiek van deze stoornissen. In het derde en laatste deel, 'Psychopathologie', staan de verschillende problemen en stoornissen centraal.

Voor de leesbaarheid is er voor gekozen om in het hele boek het persoonlijk voornaamwoord 'hij' te gebruiken in gevallen waar zowel naar 'hij' als naar 'zij' verwezen kan worden.

Wijzigingen ten opzichte van eerdere edities

Het huidige boek is de derde druk van *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie*. Ten opzichte van de tweede druk (2007) zijn een aantal zaken aangepast. De ontwikkelingen sinds de vorige editie met betrekking tot de theoretische referentiekaders, classificatie en diagnostiek en de verschillende vormen van psychopathologie zijn verwerkt. Een van de belangrijkste ontwikkelingen die sinds de vorige druk heeft plaatsgevonden, is de komst van de nieuwe editie van het classificatiesysteem: de DSM-5 (APA, 2013; Nederlandse vertaling: 2014). Waar de vorige druk van het huidige boek gebaseerd was op de DSM-IV-TR, is de huidige versie gebaseerd op

de DSM-5. De diagnostische criteria die in de DSM-5 worden gebruikt, zijn kernachtig en in aangepaste vorm opgenomen in het boek. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de student voor een volledige opsomming van de diagnostische criteria naar de handleiding van de DSM-5 wordt verwezen. Er wordt verwezen naar de Nederlandstalige versie van de DSM-5 (APA, 2014), tenzij Engelstalige termen en definities worden gebruikt. Voorts hebben ADHD en de autismspectrumstoornis bij volwassenen de laatste jaren meer aandacht gekregen. Deze stoornissen worden besproken in een afzonderlijk hoofdstuk over neurobiologische ontwikkelingsstoornissen. Dit hoofdstuk is toegevoegd aan het boek. Daarnaast zijn de auteurs erin geslaagd de inhoud van het boek op een volledige, maar meer kernachtige manier dan voorheen, over het voetlicht te brengen. Ten slotte is er een website ontwikkeld met verdiepende en aanvullende informatie.

Website

Bij deze editie van *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* hoort een website: www.klinischepsychologie.noordhoff.nl. Op deze website is zeer veel digitaal studiemateriaal te vinden, zoals flitscollege's over de klinische stoornissen, opdrachten bij ieder hoofdstuk, een begrippentrainer en ruim 1500 toetsvragen voor studenten. Voor docenten zijn daarnaast extra toetsvragen, cases en opdrachten beschikbaar.

Dankwoord

De verschillende hoofdstukken in dit boek zijn door experts op de desbetreffende terreinen geschreven. Wij willen hen hier uitdrukkelijk bedanken voor hun bijdrage. Ten slotte willen wij Jeroen Bakers, student psychologie van de Open Universiteit, bedanken voor het meelezen en meedenken.

Henk van der Molen
Ellin Simon
Jacques van Lankveld

Deel 1 gaat over de klinische psychologie en de verschillende theoretische referentiekaders. Over het ontstaan en voortduren van de diverse psychische stoornissen bestaan verschillende opvattingen. Wanneer zo'n opvatting is uitgewerkt tot een consistent geheel van begrippen die op een logische wijze met elkaar samenhangen, dan spreken we van een theorie. Kennis over klinische psychologie begint bij kennis over belangrijke klinische theorieën. Deze theorieën beschrijven bijvoorbeeld hoe wij kijken naar gedrag. En daarmee ook wat wij als abnormaal gedrag beschouwen. De belangrijkste theorieën van waaruit klinisch psychologen te werk gingen en gaan zijn biologische theorieën, leertheorieën, cognitieve theorieën, psychoanalytische theorieën, humanistische theorieën en systeemgeoriënteerde theorieën. Verschillende theorieën brengen ons verschillende invalshoeken en verklaringen, maar zorgen vooral ook voor een gefundeerde toepassing in de praktijk. We sluiten dit deel van het boek af met een hoofdstuk waarin vanuit metaperspectief de verschillende theorieën tot elkaar en tot de discipline klinische psychologie in relatie worden gebracht.

DEEL 1

Klinische theorieën en theoretische referentiekaders

- 1 Over klinische psychologie en 'abnormaal' gedrag 15
- 2 Neurobiologische benaderingen van psychopathologie 33
- 3 Leertheoretische benaderingen van psychopathologie 55
- 4 Cognitieve benaderingen van psychopathologie 73
- 5 Psychoanalytische benaderingen van psychopathologie 89
- 6 Humanistische theorieën over psychisch functioneren en psychopathologie 109
- 7 Systeembenaderingen van psychopathologie 123
- 8 Het nut van theorie 143



1

Over klinische psychologie en ‘abnormaal’ gedrag

Henk T. van der Molen en Sandra Perreijn

- 1.1 Het terrein van de klinische psychologie
- 1.2 Aspecten van ‘abnormaal’ gedrag
- 1.3 Normaal en abnormaal: waar ligt de grens?

Van alle subdisciplines binnen de psychologie is de klinische psychologie waarschijnlijk de meest bekende. Naast de klinische psychologie bestaat er een flink aantal andere disciplines binnen deze wetenschap. Volgens de indeling van de Amsterdamse hoogleraar Duijker (1959), een van de *god-fathers* van de Nederlandse psychologie, dient er een onderscheid te worden gemaakt tussen basisdisciplines en toepassingsgerichte disciplines. Er zijn dan vijf basisdisciplines: de psychologische functieleer, de ontwikkelingspsychologie, de gedragsleer (lees: sociale psychologie), de persoonlijkheidspsychologie en de methodenleer. Tot de toepassingsgerichte disciplines behoren de klinische psychologie (al dan niet in combinatie met de gezondheidspsychologie), de arbeids- en organisatiepsychologie en de onderwijspsychologie (zie tabel 1.1).

TABEL 1.1 Basisdisciplines en toepassingsgerichte disciplines binnen de psychologie

Basisdisciplines	Toepassingsgerichte disciplines
Functieleer	Klinische en gezondheidspsychologie
Ontwikkelingspsychologie	Arbeids- en organisatiepsychologie
Sociale psychologie	Onderwijspsychologie
Persoonlijkheidspsychologie	
Methodenleer	

Dat de ‘gewone man’ bij een psycholoog geneigd is te denken aan een klinisch werkend psycholoog, is overigens niet zo verwonderlijk. Van alle in de praktijk werkzame psychologen vormen de klinisch werkende psychologen namelijk verreweg de grootste groep. Takens (1984) heeft erop gewezen dat de term klinisch gemakkelijk een verkeerde indruk kan wekken, omdat

je zou kunnen denken dat het gaat om een psycholoog die werkzaam is in een kliniek (het Griekse woord *klinè* betekent bed). Klinisch psychologen treffen we echter in alle sectoren van de gezondheidszorg aan. Een steeds grotere groep van psychologen is bijvoorbeeld werkzaam in de ‘generalistische basis-ggz’ (Landelijk Platform GGZ, 2012), dat wil zeggen dat zij naast of met de huisarts ingezet kunnen worden voor hulp bij psychische problematiek.

In dit hoofdstuk geven we eerst een globaal overzicht van het terrein van de klinische psychologie (paragraaf 1.1). Daarna gaan we in op een belangrijke vraag waarmee klinisch psychologen veelvuldig worden geconfronteerd: wat is normaal en wat is abnormaal? We beschrijven enkele factoren die meespelen bij de beoordeling van gedragingen, gedachten en gevoelens als abnormaal of pathologisch (paragraaf 1.2). Vanuit verschillende perspectieven wordt geprobeerd een antwoord te geven op de vraag naar de grens tussen psychische gezondheid en ziekte. Drie modellen die aanknopingspunten bieden voor de afbakening van deze grens, komen in dit hoofdstuk aan de orde: het statistisch model, het medisch of ziektemodel en het leer- of onderwijsmodel (paragraaf 1.3).

1.1 Het terrein van de klinische psychologie

In de algemene inleiding van dit boek hebben we al een korte aanduiding gegeven van de vraagstukken die het onderwerp zijn van de klinische psychologie. Hoe ontstaan psychische stoornissen? Hoe komt het dat ze vaak zo hardnekkig zijn? Welke verschillende stoornissen zijn er te onderscheiden? En ten slotte de belangrijke vraag: valt er ook iets aan die psychische problemen te doen? Sommige omschrijvingen van het terrein van de klinische psychologie zijn zeer breed. Andere klinisch psychologen hanteren een beperktere definitie van hun vakgebied. We geven vier voorbeelden van de definities van klinische psychologie:

‘Het gebied van de psychologie dat zich bezighoudt met afwijkend, slecht-aangepast en abnormaal menselijk gedrag. Onder de grote paraplu van klinische praktijken vallen diagnose, classificatie, behandeling, preventie en onderzoek.’

(Reber, 2004, p. 331)

‘The field of clinical psychology integrates science, theory, and practice to understand, predict, and alleviate maladjustment, disability, and discomfort as well as to promote human adaptation, adjustment, and personal development. Clinical psychology focuses on the intellectual, emotional, biological, psychological, social, and behavioral aspects of human functioning across the life span, in varying cultures, and at all socioeconomic levels.’

(American Psychological Association, 2013; www.apa.org)

‘Klinische psychologie is een breed wetenschapsgebied waarin het gedrag van de mens in relatie tot zijn ervaren gezondheid empirisch wordt onderzocht, waarin wordt gediagnosticeerd en waarin interventies worden ontwikkeld, onderzocht en toegepast; interventies die op professionele wijze worden uitgevoerd en die erop zijn gericht

emotionele, motivationele en/of cognitieve blokkades op te heffen en het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van mensen te verbeteren.'

(Winnubst, Schnabel, Van den Bout & Van Son, 1991, p. XI)

'Clinical psychology involves rigorous study and applied practice directed toward understanding and improving the psychological facets of the human experience, including but not limited to issues or problems of behavior, emotions, or intellect.'

(Pomerantz, 2012, p. 5)

Hoe ruim je het terrein van de klinische psychologie ook omschrijft en hoezeer het vakgebied zich in de loop der jaren ook heeft verbreed, de kern van de klinische psychologie wordt nog steeds gevormd door de psychische stoornissen. In de Angelsaksische literatuur spreekt men behalve van *clinical psychology* ook wel van *abnormal psychology* (zie bijvoorbeeld Barlow & Durand, 2014; Nolen-Hoeksema, 2014; Kring, Johnson, Davison & Neale, 2012; Nevid, Rathus & Greene, 2014; Oltmanns & Emery, 2014; Seligman, Walker & Rosenhan, 2001). Daaruit wordt duidelijk dat het vakgebied zich vooral bezighoudt met gedrag dat afwijkt van een bepaalde norm. Het gaat daarbij dan met name om afwijkingen die lastig zijn voor de persoon zelf of voor zijn omgeving. Met afwijkingen van de norm in gunstige zin houden klinisch psychologen zich doorgaans niet bezig. Enorme prestaties op intellectueel gebied behoren bijvoorbeeld niet tot het terrein van de klinische psychologie, maar meer tot dat van de persoonlijkheidspsychologie. Persoonlijkheidspsychologen bestuderen de verschillen tussen mensen op het gebied van capaciteiten en eigenschappen in het algemeen. Wanneer die enorme prestaties echter problemen met zich meebrengen, bijvoorbeeld omdat hoogbegaafde jongeren veelvuldig worden gepest en daardoor in een sociaal isolement geraken, dan is dat wel weer een aandachtsgebied voor de klinische psychologie.

Afwijkingen van de norm kunnen betrekking hebben op verschillende aspecten van het menselijk functioneren. In de eerste plaats kan het gaan om aspecten van de *individuele persoon*. Er kan daarbij sprake zijn van afwijkend gedrag (bijvoorbeeld excessief drinken), van afwijkende gedachten (bijvoorbeeld dwanggedachten) en van afwijkende belevingen (bijvoorbeeld extreme angsten). Die afwijkingen kunnen afzonderlijk optreden, maar in veel gevallen is er sprake van een combinatie van afwijkingen op deze drie gebieden. Dat is niet zo verwonderlijk, want gedrag, gedachten en gevoelens hangen dikwijls met elkaar samen. Zo kan het veelvuldig hebben van dwanggedachten leiden tot angst, terwijl die angst weer kan leiden tot excessief drankgebruik, waarmee de gevoelens van angst gereduceerd worden.

In de tweede plaats kunnen mensen ook afwijken van de norm in de *relaties met andere mensen*: een moeder kan overbezorgd zijn om haar kinderen, een man kan extreem agressief optreden tegen zijn vrouw, een student kan zich overmatig onttrekken aan contacten met medestudenten. Deze afwijkingen van wat 'normaal' is binnen sociale relaties, hebben vaak weer invloed op het gedrag, de gedachten en belevingen *binnen* het individu. Om bij het laatste voorbeeld te blijven: de student die contacten met medestudenten uit de weg gaat (anders gezegd: die vermijdingsgedrag vertoont), kan gaan denken dat het hem nooit zal lukken om vrienden te krijgen en kan worden gekweld door gevoelens van eenzaamheid.

In al deze voorbeelden wijken mensen af van een (veronderstelde) norm. De voorbeelden geven ook een eerste indruk van de problemen die het onderwerp vormen van de klinische psychologie. Essentieel daarbij is dat 'abnormale' gedragingen, gedachten en gevoelens alleen kunnen worden verklaard tegen de achtergrond van normale processen. Hier zien we ook het belang van de basisdisciplines van de psychologie: kennis van de 'normale' psychologische functies (zoals waarnemen, denken en geheugen), van de 'normale' ontwikkeling, van de sociale psychologie en de persoonlijkheidspsychologie is nodig om afwijkingen van de norm te kunnen vaststellen en begrijpen.

In sommige gevallen zullen verschillende klinisch psychologen tamelijk eensgezind zijn in hun oordeel over het gedrag van een persoon. Het is niet normaal om tien glazen jenever per dag te drinken, voortdurend te moeten denken 'Heb ik het gas wel uitgedaan?' en ontzettend angstig te worden als je een lift in moet. En het is evenmin normaal om als moeder steeds te denken dat je kind misschien wel onder een auto zal komen wanneer het even niet in de buurt is, om als echtgenoot je vrouw veelvuldig de huid vol te schelden en te slaan, en als student je vrijwel volledig te onttrekken aan contacten met andere studenten. Vaker echter is het onderscheid tussen 'normaal' en 'abnormaal' minder duidelijk. Want wanneer is gedrag te beschouwen als pathologisch, en in welke gevallen kan het worden opgevat als een variatie op 'normaal' gedrag?

Box 1.1 De klinisch psycholoog versus de psychiater

Voor de buitenstaander is het verschil tussen het beroep van klinisch psycholoog en dat van psychiater vaak niet zo helder. Beiden houden zich immers bezig met de diagnostiek en behandeling van mensen met psychische problemen. In de praktijk – bijvoorbeeld in een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg – komt het inderdaad voor dat zij vrijwel dezelfde werkzaamheden verrichten.

Het verschil zit hem voornamelijk in de opleiding die ze hebben genoten. De klinisch psycholoog heeft een academische opleiding in de psychologie voltooid, terwijl de psychiater een academische opleiding geneeskunde heeft gevolgd.

In Nederland duurt op dit moment (2015) de academische opleiding psychologie vier jaar. Die vier jaar bestaan uit een driejarig bachelorprogramma en een eenjarig masterprogramma. Aan de meeste universiteiten bestaat een afstudeerrichting masterspecialisatie Klinische psychologie, soms in combinatie met Persoonlijkhedsleer, soms in combinatie met Gezondheidspsychologie. Wanneer studenten die afstudeerrichting hebben voltooid, zijn zij echter nog niet voldoende geëquipeerd om al als klinisch psycholoog aan het werk te gaan. Daarvoor is een postdoctorale scholing vereist. In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (de wet BIG), die sinds 1998 van kracht is, wordt een onderscheid gemaakt tussen de gezondheidszorgpsycholoog en de klinisch psycholoog. Het verschil tussen deze twee is te kenschetsen als dat tussen een generalist en een specialist. De eerste kan zijn kwalificatie behalen in een tweejarig postmastertraject. De postmasteropleiding tot klinisch psycholoog duurt daarna nog eens twee jaar.

De opleiding tot psychiater wordt voorafgegaan door een algemene opleiding geneeskunde. Deze duurt in Nederland op dit moment zes jaar. Pas na de voltooiing van deze algemene medische opleiding kan men zich specialiseren tot psychiater. Deze specialisatiefase duurt vier jaar. Door hun algemene psychologische vorming, waarin een duidelijk accent ligt op de verwerving van vaardigheid in het verrichten van empirisch onderzoek, zijn klinisch psychologen in methodologisch opzicht vaak beter onderlegd dan psychiaters. Daar staat tegenover dat psychiaters, door hun medische scholing, doorgaans meer verstand hebben van de biologische aspecten van mentale psychische stoornissen. Aan hen is – vooralsnog – ook het recht voorbehouden om psychofarmaca voor te schrijven aan patiënten.

1.2 Aspecten van 'abnormaal' gedrag

Seligman, Walker en Rosenhan (2001) onderscheiden zeven factoren die bepalen of gedrag als abnormaal of pathologisch wordt beschouwd. Hoe meer van deze factoren aanwezig zijn en hoe duidelijker zij op de voorgrond treden, hoe eensgezinder mensen zullen zijn in hun beoordeling van dat gedrag in termen van normaal of abnormaal. Dat geldt zowel voor het oordeel van leken als dat van ervaren psychiaters en klinisch psychologen, aldus deze auteurs. Slechts zelden zullen de zeven aspecten van abnormaal gedrag allemaal aanwezig zijn. Wil men van abnormaliteit kunnen spreken, dan moet echter ten minste één van die aspecten zich voordoen. We geven een korte beschrijving van deze factoren (voor vergelijkbare beschrijvingen zie bijvoorbeeld: Kring e.a., 2012; Nolen-Hoeksema, 2014). Wanneer men een bepaalde gedraging als abnormaal beschouwt, wil dit niet zeggen dat er sprake is van een psychische stoornis. De definitie van psychische stoornissen van de American Psychiatric Association wordt verderop in dit hoofdstuk beschreven.

American Psychiatric Association

1 Persoonlijk lijden

Bij veel psychische stoornissen lijdt de persoon erg onder zijn problemen. Wie depressief is, voelt zich ellendig, leeg en futloos. Bovendien heeft hij nergens meer plezier in en voelt zich nog beroerder als hij denkt aan de volgende dag, die naar zijn stellige overtuiging weer even grijs en grauw zal zijn als de voorgaande dagen. Persoonlijk lijden is echter geen voldoende voorwaarde om van pathologie te kunnen spreken. Mensen maken in hun leven immers tal van gebeurtenissen mee die voor kortere of langere tijd leed veroorzaken. Andersom hoeft een psychische stoornis niet noodzakelijkerwijs met persoonlijk lijden gepaard te gaan. Wie er bijvoorbeeld van overtuigd is dat hij Napoleon is, kan zich daar (tijdelijk) heel prettig bij voelen.

2 De (dis)functionaliteit van het gedrag

De mate waarin gedrag het dagelijks functioneren en het welbevinden van het individu ondermijnt, bepaalt in sterke mate de beoordeling van (ab)normaliteit. Het gaat dan vooral om de vraag of iemand in staat is beroepsmatig te functioneren en bevredigende relaties met anderen te onderhouden. Sommige gedragingen zijn disfunctioneel: zij belemmeren het individuele functioneren op deze gebieden aanzienlijk en verhinderen dat een persoon zijn doelen bereikt. Zo kunnen angsten zo hevig zijn dat iemand

zijn huis niet meer durft te verlaten. Gedragingen kunnen ook disfunctioneel zijn omdat zij het welbevinden en het functioneren van anderen verstoren. Door het gedrag van een alcoholist kunnen ernstige problemen in het gezin ontstaan en het nachtelijke geschreeuw van een psychotische buurman kan een half flatgebouw uit de slaap houden. Niet elk gedrag dat het functioneren van anderen ontregelt, is echter een symptoom van een psychische stoornis. Een inbreker kan zijn slachtoffers ernstig leed toebrengen en hen behalve hun bezittingen ook hun gevoel van veiligheid ontnemen. Zijn gedrag is weliswaar normoverschrijdend, maar er hoeft bij hem geen sprake te zijn van een psychische stoornis.

3 Irrationeel en onbegrijpelijk gedrag

Als mensen in het gedrag van een ander geen logica of zin kunnen ontdekken, zijn zij geneigd die ander als abnormaal te bezien. Het gedrag van een boulimia nervosa-patiënte, die zich eerst helemaal vol eet om vervolgens deze grote hoeveelheid voedsel weer uit te braken (zie paragraaf 17.2), zal veel mensen volkomen zinloos en onbegrijpelijk voorkomen. Ook de chaotische en bizar aandoende gedachtegang van mensen die een psychose doormaken (zie casus 1.1), zal vaak tot de conclusie leiden dat er sprake is van abnormaal gedrag.

CASUS 1.1

Gezwellen voelsprietten voelen niets

'Mijn handen zijn gesprongen, snijden doet geen pijn, de huid is te klein. Niets past niet goed niet overdrijven niets overdreven. Op je woorden tellen oppassen als je iets voelt belooft dat niets goed, je moet niet beloven geloven. Soms weet je iets al te goed dat moet dan weg daar heb je last van dan wordt je hoofd te groot. Je moet je zelf in de hand houden, je moet je eigen handen goed vasthouden. Als je het voelt komen kun je beter in je hand bijten dan je hand uitsteken. Je vingers branden. Je vingers likken. Ik snijd graag in mijn vingers. Beter snijden dan geen gevoel in de aanwijsvingerkootjes, een schaar. Gezwellen voelsprietten voelen niets denk ik, behalve als je ze in het stopcontact steekt dan voel je je licht dan gloei je lang na.' (Vogelaar, 1983 in Van den Bosch, 1993, p. 110).

4 Onvoorspelbaarheid en controleverlies

Mensen hebben de behoefte hun omgeving en hun eigen leven zo veel mogelijk te beheersen. Een dergelijk gevoel van beheersing kan alleen ontstaan als het gedrag van anderen enigszins voorspelbaar is: andere mensen moeten zich in hoge mate consistent gedragen en zichzelf in de hand hebben. In een onvoorspelbare omgeving zullen velen zich kwetsbaar en bedreigd voelen. Met name als onvoorspelbaar gedrag van een ander het gevolg lijkt van controleverlies, kunnen gevoelens van bedreiging ontstaan. Of degenen in de omgeving dit gedrag als abnormaal zullen beoordelen, hangt mede af van de situatie waarin dat gedrag zich voordoet.

Seligman en collega's (2001) onderscheiden twee typen situaties waarin gedrag dikwijls als controleverlies of verlies aan zelfbeheersing (en daardoor vaak als abnormaal) zal worden geïnterpreteerd. In de eerste plaats zijn dat situaties waarin de regels die gewoonlijk het gedrag van een persoon sturen

plotseling niet meer werkzaam zijn. Het gedrag is ontremd, zoals bij de timide en altijd vriendelijke man die ineens een kennis aanvliegt en het interieur van diens huis volledig vernielt. Deze handelingen zijn zo in strijd met het gangbare gedrag van de man, dat het oordeel 'abnormaal' snel is geveld. In de tweede plaats zijn er situaties waarin de toeschouwer de oorzaak of aanleiding van het gedrag dat hij waarneemt, niet kent en op dat moment ook niet kan achterhalen. Wie een woest schreeuwende en vloekende vrouw zonder jas door een winkelstraat ziet rennen terwijl het tien graden vriest, denkt misschien met een al dan niet gevaarlijke 'gek' van doen te hebben. Als deze toeschouwer zou weten dat de bewuste dame zojuist de achtervolging heeft ingezet op een dief die haar portemonnee heeft ontvreemd terwijl zij in een pashokje van een kledingzaak een potentiële nieuwe aankoop aan het keuren was, dan zou het oordeel over haar gedrag vermoedelijk anders uitvallen. Wie bestolen is en de dader in de kraag probeert te vatten, mag tierend over straat lopen, ook al is dat zonder jas. Net als bij de andere aspecten van abnormaal gedrag geldt ook hier dat onvoorspelbaarheid en controleverlies op zich geen voldoende redenen zijn om een psychische stoornis te veronderstellen. Wanneer de timide man geen woede-uitbarsting had gehad, maar zich op een feestje onverwacht tot de gangmaker had ontpopt die op de dansvloer urenlang de show stal, zouden weinigen deze manier van 'zich laten gaan' als pathologisch willen kwalificeren.

5 Opvallend en onconventioneel gedrag

Bij de beoordeling van het handelen van anderen kiezen mensen vaak hun eigen (potentiële) gedrag als maatstaf. Gedrag dat sterk afwijkt van de wijze waarop zijzelf zich gedragen, zullen zij eerder abnormaal of op zijn minst ongebruikelijk vinden. Als dat gedrag opvallend is, is het oordeel 'abnormaal' nog waarschijnlijker. Iemand die zelf met een keurig gekapt hoofd en onberispelijke kleding door het leven gaat, zal een ander met een groen geverfde warrige haardos en piercings door neus en wenkbrauw wellicht met enige afkeuring bezien. Of gedrag opvalt, is in belangrijke mate afhankelijk van hoe vaak dat gedrag voorkomt (of verondersteld wordt voor te komen). De genoemde groenharige zal in een stad als Amsterdam vermoedelijk minder bevreemding wekken dan in een dorp in Limburg of Groningen. Opvallend of onconventioneel gedrag mag dan afwijkend of zeldzaam zijn, het hoeft nog niet als 'gestoord' te worden beoordeeld. Alleen als mensen opvallend of non-conformistisch gedrag ook sociaal onwenselijk achten, zijn zij geneigd dat gedrag pathologisch te vinden. Opvallend gedrag dat wenselijk wordt geacht en alleen in statistische zin afwijkt (bijvoorbeeld heel goed kunnen toneelspelen), zal niet snel als pathologisch worden beoordeeld (zie verder subparagraaf 1.3.1 over het statistische model).

6 Gedrag dat een ongemakkelijk gevoel bij anderen teweegbrengt

Als iemand gedrag vertoont waarmee de ongeschreven regels in een bepaalde cultuur worden overschreden, kan dat bij anderen een gevoel van ongemak (*observer discomfort*) teweegbrengen. Dit onbehaaglijke gevoel leidt ertoe dat die anderen geneigd zijn dat gedrag 'abnormaal' te vinden. Het gaat hier niet om regels die mensen in hun jeugd expliciet leren, maar om impliciete sociale verwachtingen. Van deze impliciete regels – door Scheff (1966) restregels genoemd – wordt men zich vaak pas bewust als iemand ze overschrijdt. Zo kijken mensen tijdens een gesprek de ander doorgaans in de ogen en houden ze een bepaalde fysieke afstand tot elkaar. Ook

Observer
discomfort

gaan zij niet vlak naast de enige andere persoon in een verder lege wacht-ruimte zitten, maar kiezen zij een andere zitplaats op grotere afstand. Wanneer iemand deze ongeschreven regels schendt en bijvoorbeeld in plaats van naar de ogen van de ander te kijken, diens oor bestudeert, zal die ander zich daar vermoedelijk niet erg prettig bij voelen. Een vergelijkbaar gevoel kan mensen bekruipe als zij een echtpaar aanschouwen dat in een openbare gelegenheid voortdurend aan het bekechten is, of een zwerver zien die met behulp van zijn schaarse bezittingen op straat een slaappleats probeert in te richten. Het ongemakkelijke gevoel dat kan ontstaan door dergelijke overtredingen van impliciete regels voor ‘gepast’ gedrag (‘echtelijke ru-zies moet je thuis maar uitvechten,’ ‘slapen doe je in een bed’) vergroot de kans dat de toeschouwer deze gedragingen ‘abnormaal’ vindt.

7 Het overtreden van morele normen

Mensen beoordelen niet alleen of het gedrag van anderen gangbaar of passend is in een specifieke situatie, maar vellen dikwijls ook een moreel oordeel over dat gedrag. Dat doen zij op basis van hun opvattingen over hoe mensen zich zouden moeten gedragen. Vaak gaat het om een oordeel in termen van goed en kwaad, waarbij ‘slechte’ gedragingen ‘abnormaal’ worden gevonden. Daarnaast hebben mensen opvattingen over hoe men idealiter in een moderne samenleving functioneert. Naarmate gedrag van een ander minder overeenkomt met hun eigen ideeën over optimaal functioneren, neemt de kans toe dat zij het desbetreffende gedrag ‘abnormaal’ vinden. Met een ideaalbeeld als uitgangspunt kan iemand die zich agressief gedraagt, als abnormaal of ‘psychisch gestoord’ worden beoordeeld, maar dat geldt ook voor degene die zich zeer terughoudend opstelt.

De zeven factoren die Seligman en collega’s (2001) noemen, geven enig inzicht in de aard van ‘abnormaal’ gedrag. Een aantal van deze aspecten is ook terug te vinden in de definitie van psychische stoornissen van de American Psychiatric Association (APA), zoals gepresenteerd in het door hen gepubliceerde classificatiesysteem voor psychische stoornissen, de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, APA, 2014):

Psychische stoornis

‘Een psychische stoornis is een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. Een reactie op een veelvoorkomende stressor of een verlies, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, die te verwachten valt en cultureel wordt geaccepteerd, is geen psychische stoornis. Sociaal deviant gedrag (politiek, seksueel of religieus bijvoorbeeld) en conflicten die zich vooral afspelen tussen een individu en de maatschappij zijn geen psychische stoornissen, tenzij de deviantie of het conflict het gevolg is van disfunctioneren van het individu, zoals in het voorgaande wordt beschreven’ (APA, 2014, p. 72).

In de definitie van psychische stoornissen van de APA ligt de nadruk op de nadelige gevolgen die een gedrags- of psychologisch syndroom (dat wil zeggen: een groep van samenhangende symptomen) voor de betrokkene kan hebben. Psychische stoornissen worden gedefinieerd door clusters van disfunctionele gedragingen, die samengaan met persoonlijk lijden, of met een verslechtering van het functioneren, bijvoorbeeld in het werk of in persoonlijke relaties. In de DSM-5 (APA, 2014) wordt nadrukkelijk gesteld dat het systeem geen mensen classificeert, maar stoornissen die mensen hebben. In plaats van termen als 'een schizofreen' of 'een alcoholist' worden daarom (weliswaar meer omslachtige) aanduidingen gebruikt als 'een individu met schizofrenie' en 'iemand met een stoornis in alcoholgebruik'.

Om te voorkomen dat de definitie van mentale stoornissen een instrument zou worden voor sociale repressie, zijn bovendien drie 'uitsluitende omstandigheden' geformuleerd. Allereerst sluit de definitie daardoor 'te verwachten en cultureel aanvaarde reacties' uit van de mentale stoornissen. Zo worden in de tijd beperkte rouwreacties na het overlijden van een dierbare niet als een psychische stoornis beschouwd. Als iemand een jaar na het overlijden nog steeds ernstige en aanhoudende verdriet- en rouwreacties vertoont, kan er sprake zijn van een persisterende complexe rouwstoornis.

Ten tweede sluit deze definitie langdurig 'deviant gedrag' uit dat voortvloeit uit het behoren tot een politieke, religieuze of seksuele minderheid. Wie dus als lid van de milieuorganisatie Greenpeace langdurig ageert tegen milieuvervuiling en de walvisvangst, loopt niet het risico als psychiatrisch patiënt geboekstaafd te worden. Datzelfde geldt voor mensen die bijvoorbeeld strijden voor de acceptatie van homoseksualiteit in de samenleving. Ook sluit de definitie gedragingen uit die samenhangen met de religieuze overtuiging of etnische achtergrond van een persoon en gangbaar zijn in de (sub)cultuur waarvan diegene deel uitmaakt. Zo is het in sommige Afrikaanse culturen niet ongewoon om in de periode van rouw na het overlijden van een naaste tegen de overledene te spreken of deze zelfs te zien of te horen. Deze gedragingen en ervaringen kunnen in een westers land ten onrechte worden aanzien voor symptomen van een psychose.

Ten derde moet het afwijkende gedrag niet voortkomen uit een persoonlijk conflict tussen het individu en de maatschappij, aldus de definitie van de American Psychiatric Association. Deze omschrijving is tamelijk vaag. Maar blijkbaar wilden de Amerikaanse psychiaters voorkomen dat bijvoorbeeld excentrieke kunstenaars die in hun werk 'de meest individuele expressie van de meest individuele emotie' leggen, als mentaal gestoorden worden beschouwd.

Over de omschrijving van de term psychische stoornis en de grenzen tussen gewone en pathologische angsten, somberheid enzovoort is (en wordt nog steeds) veel gediscussieerd (zie bijvoorbeeld Dehue, 2014; First & Wakefield, 2013; Frances, 2013; Horwitz & Wakefield, 2007, 2012; Lilienfeld & Marino, 1995, 1999; Stein, Philips, Bolton, Fulford, Sadler & Kendler, 2010; Van Hintum, 2012; Van Os, 2014; Wakefield, 1992, 1999a/b, 2010a/b; Wakefield & First, 2003, 2012; Widiger & Sankis, 2000; Widiger & Samuel, 2005). De meeste klinisch psychologen aanvaardden de APA-definitie van mentale stoornissen. Hoewel de DSM-5, het classificatiesysteem van de APA, is gebaseerd op de impliciete veronderstelling dat het mogelijk is psychisch 'gezonde' mensen te onderscheiden van degenen met een psychische stoornis, erkent ook de APA dat geen enkele definitie het begrip mentale stoornis duidelijk afba-

kent. Toch zijn er vele pogingen gedaan om de grenzen tussen normaal en abnormaal gedrag scherp te krijgen. In de volgende paragraaf beschrijven we een aantal modellen die een uitvloeisel zijn van die pogingen.

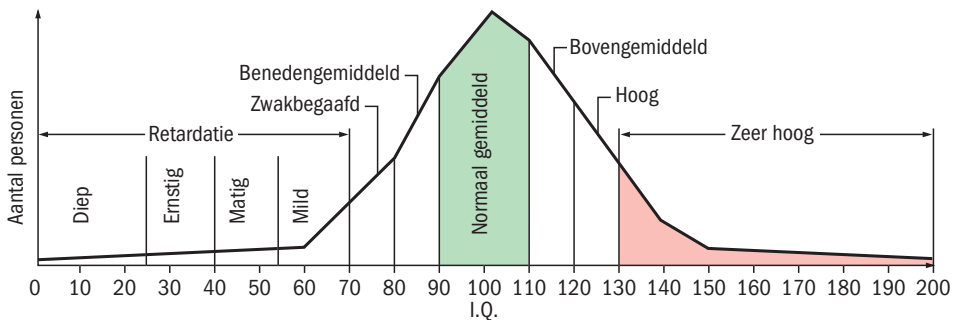
1.3 Normaal en abnormaal: waar ligt de grens?

Er zijn verschillende modellen die uitspraken mogelijk maken over het onderscheid tussen normaal en abnormaal gedrag. Drie van dergelijke modellen zullen we nader toelichten: het statistisch model, het medisch of ziektemodel en het leer- of onderwijsmodel. Van deze modellen heeft het statistisch model vooral betrekking op de afgrenzingskwestie. De twee andere modellen hebben een wat breder bereik; daarin worden namelijk ook zaken als de behandeling en de relatie tussen de therapeut en de cliënt meegewogen. Het zal blijken dat aan elk model voor- en nadelen zijn verbonden; geen enkel model is in alle opzichten bevredigend. Het hangt af van het probleem of de stoornis welk model de voorkeur heeft.

1.3.1 Het statistisch model

Een veelgebruikt model om het vraagstuk over de grens tussen normaal en abnormaal gedrag te beantwoorden, is het statistisch model. Uitgangspunt van dit model is dat menselijke eigenschappen (zoals intelligentie of de geneigdheid om angstig te reageren) min of meer normaal verdeeld zijn. Van abnormaliteit wordt dan gesproken bij extreem lage of extreem hoge scores op schalen waarmee deze eigenschappen betrouwbaar en valide worden gemeten (zie figuur 1.1 en figuur 1.2). Binnen dit model heeft 'abnormaal' uitsluitend een statistische betekenis.

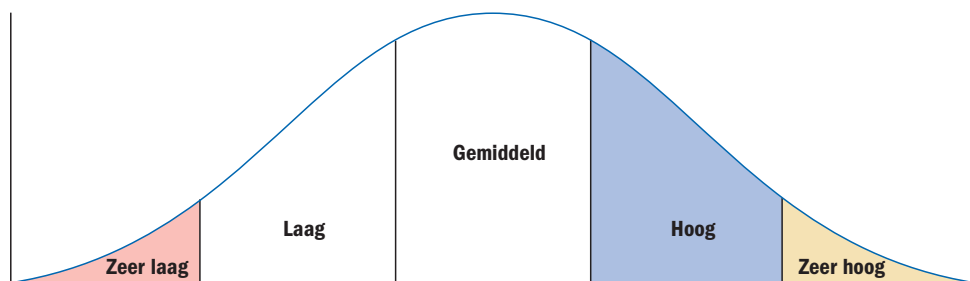
FIGUUR 1.1 Het statistisch model: normaalverdeling van intelligentie



Als het gaat om eigenschappen die inderdaad ongeveer normaal verdeeld zijn over de bevolking, biedt het statistisch model aanknopingspunten om de vraag naar (ab)normaliteit te beantwoorden. Er zijn echter enkele problemen.

In de eerste plaats luidt de vraag bij dit model *waar* precies de *grens* tussen normaal en abnormaal getrokken moet worden. Het antwoord op die vraag is dikwijls arbitrair. Ligt die grens, als we bijvoorbeeld naar figuur 1.1 kijken, bij 90 of bij 80? Uiteindelijk moeten professionals het over deze vragen met elkaar eens zien te worden. Het statistisch model is overigens gebaseerd op

FIGUUR 1.2 Het statistisch model: normaalverdeling van angst



een dimensionele benadering van psychopathologie. De meeste psychologische tests die tegenwoordig worden gebruikt (bijvoorbeeld vragenlijsten voor het meten van angst en depressie), sluiten aan bij deze benadering. In de bijbehorende handleidingen wordt dan niet een strakke grens getrokken tussen normaal en abnormaal, maar krijgen de verschillende scores een betekenis in termen van zeer laag tot zeer hoog.

Een tweede en ernstiger probleem met dit model is volgens Oltmanns en Emery (2014) dat het niet specificeert *hoe ongewoon* gedrag moet zijn om het abnormaal te kunnen noemen: sommige vormen van psychopathologie zijn zeer uitzonderlijk. Deze auteurs geven als voorbeeld de zogenoemde genderidentiteitsstoornis, een stoornis waarbij mensen het gevoel hebben dat zij als man of als vrouw in een verkeerd lichaam zitten (zie paragraaf 19.2). Deze stoornis komt bij minder dan 1 op de 30.000 mensen voor. Het statistisch model is hiervoor niet toereikend omdat de desbetreffende eigenschap (de mate waarin iemand zich in het eigen lichaam thuis voelt) absoluut niet normaal verdeeld is. Andere stoornissen zijn echter veel meer normaal verdeeld. Zo wijzen dezelfde auteurs erop dat in de Verenigde Staten een op de vijf mensen in de loop van hun leven met een stemmingsstoornis te maken krijgt en een op de zes met problemen met het gebruik van alcohol of andere middelen (in Nederland worden voor deze stoornissen vergelijkbare prevalentiecijfers gevonden, zie Veerbeek, Knispel & Nuijen, 2012). De ene stoornis komt minder voor dan de andere, of anders gezegd, de ene stoornis is in statistisch opzicht blijkbaar abnormaler dan de andere.

Een derde bezwaar tegen het statistisch model is dat het geen onderscheid maakt tussen statistische afwijkingen die gepaard gaan met *individueel lijden* en afwijkingen waarvoor dat niet geldt. Vele, statistisch uitzonderlijke, gedragingen of eigenschappen zijn helemaal niet pathologisch. Dat geldt niet alleen voor de positief extreme scores op de schalen (zeer intelligent, weinig angstig), maar ook voor uitzonderlijke scores op 'onschuldige' eigenschappen, zoals lengte en spraakzaamheid. Wie als westerse man een lengte heeft van 2 meter 10, torent boven vrijwel iedereen uit, maar hoeft daar niet onder te lijden. En wie extreem hoog scoort op een denkbeeldige spraakzaamheidsschaal, is misschien soms wel onuitstaanbaar voor zijn omgeving, maar hoeft daar zelf niet onder gebukt te gaan. Het is natuurlijk wel denkbaar dat er door die extreme lengte ('Mooi uitzicht zeker, daarboven?') of spraakzaamheid ('Jongens, laten we Kees mijden, want hij kletst je de oren van de kop!') psychische problemen ontstaan. In het eerste geval misschien sociale angst (zie subparagraaf 13.2.4), in het tweede isolement;

maar of dat zo is, is enerzijds afhankelijk van de draagkracht van de persoon in kwestie en anderzijds van de reacties van de omgeving. Waar het hier om gaat, is dat de extreme score an sich niet pijnlijk hoeft te zijn voor het individu zelf.

1.3.2 Het medisch of ziektemodel

Veel klinisch psychologen en psychiaters nemen aan dat de oorzaken van psychische stoornissen moeten worden gezocht in onderliggende mechanismen. Die mechanismen kunnen somatogeen of psychogeen zijn. Met somatogeen wordt bedoeld dat een lichamelijke aandoening aan de psychische stoornis ten grondslag ligt. Een bekend historisch voorbeeld van een dergelijke stoornis is de *dementia paralytica*, ook wel aangeduid als *general paresis* (algemene verlamming) of *neurosyfilis*. De stoornis kenmerkt zich onder andere door opvallende veranderingen in de persoonlijkheid, grootheidswanen en depressies en in een later stadium door verlamningsverschijnselen. Aan het einde van de negentiende eeuw ontdekten onderzoekers dat deze psychose wordt veroorzaakt door een syfilisinfectie. Door behandeling met antibiotica kunnen zowel de syfilisinfectie als de daaruit voortvloeiende lichamelijke en psychische symptomen worden genezen of voorkomen (voor een meer recente gevalsbeschrijving, zie Lens-Daey Ouwens, Heijstra & Timmerman, 2011).

Somatogeen

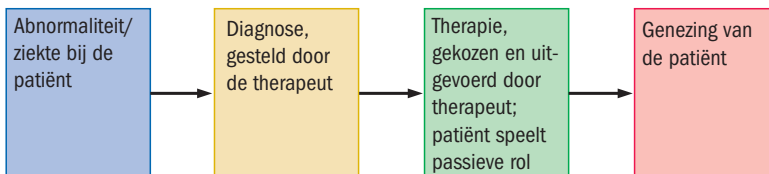
Psychogeen

Het begrip psychogeen houdt in dat aan een stoornis een psychologisch mechanisme ten grondslag ligt. Zo veronderstellen psychoanalytici dat psychische stoornissen het gevolg zijn van psychogene oorzaken, in het bijzonder van onbewuste conflicten en afweer tegen angst.

Volgens de aanhangers van het medisch model zijn psychische stoornissen vergelijkbaar met somatische ziekten en dus het beste te verhelpen door de onderliggende mechanismen te bestrijden. Voor zover er inderdaad dergelijke mechanismen aantoonbaar zijn, is het medisch model goed verdedigbaar. Dat geldt bijvoorbeeld voor psychosen die ontstaan door neurologische defecten (zie hoofdstuk 20), of voor dementie van het alzheimerstype, een stoornis die ontstaat door de uitval van hersencellen (zie subparagraaf 23.4.1).

Het medisch model is ook heftig bekritiseerd, onder andere vanuit de zogenoemde *psychoeducational movement* in de Verenigde Staten (Authier, Gustafson, Guerny & Kasdorf, 1975) en vanuit de antipsychiatrie (Szasz, 1960, 1961). Authier en collega's (1975) hebben het medisch model kritisch besproken en in schema gebracht (zie figuur 1.3).

FIGUUR 1.3 Het medisch model



In dit schema worden twee partijen onderscheiden: de therapeut en de patiënt. Het uitgangspunt is dat de therapeut de deskundige is, terwijl de patiënt op een of meerdere aspecten van zijn functioneren als ziek wordt

beschouwd. De therapeut spoort de oorzaak van de ziekte op en stelt de diagnose. De patiënt is daarbij alleen nodig om informatie over zijn klachten te geven. Op grond van de diagnose stelt de therapeut een therapieplan op dat idealiter tot genezing leidt. De inbreng van de patiënt bij het bepalen van die therapie is gering; zijn rol is een afhankelijke: hij wordt genezen, 'beter gemaakt'. Het spreekt vanzelf dat de therapeut daarbij de medewerking van de patiënt nodig heeft, maar de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de keuze van de behandeling ligt bij de therapeut. In overeenstemming met dit algemene medisch model wordt er bij de behandeling van mensen met psychische problemen van therapie gesproken.

De kritiek van Authier en collega's (1975) en van Van der Molen (1985) is dat er aan het gebruik van het medisch model bezwaren van semantische aard kleven. Weliswaar is de grondbetekenis van het Griekse *therapeuein* in de eerste plaats verzorgen en betekent psychotherapie dus 'zielzorg', maar de meer gangbare betekenis van het woord therapie is vandaag de dag genezing. Het eerste semantische bezwaar is nu dat er bij vele psychische stoornissen nog niet een eenduidig onderliggend mechanisme is aangetoond, zodat het twijfelachtig is of er wel sprake is van een 'ziekte'. Daardoor is het ook de vraag of de term genezing wel op zijn plaats is. Szasz noemde in dit verband de volgende tegenstrijdigheid. Voor het bepalen van de aanwezigheid van psychische stoornissen worden veelal psychosociale en ethische normen gebruikt (Jan is extreem angstig, Liselore drinkt veel te veel), terwijl voor de behandeling medische termen worden gehanteerd. Volgens Szasz gaat het bij de meeste stoornissen om afwijkingen van deze psychosociale of ethische normen en niet om medische afwijkingen. Zijn voorstel was om het begrip *mental illness* in deze gevallen te vervangen door *problems in living*. De term geestesziekte wilde hij reserveren voor de in aantal veel kleinere categorie stoornissen met een organische oorsprong. Szasz omschrijft het criterium voor de bepaling van de grens tussen geestelijke gezondheid en geestesziekte dus in termen van aantoonbare neurologische, fysiologische of biochemische afwijkingen.

Het tweede punt van kritiek op het medisch model is dat het gebruik van begrippen als ziekte en therapie stigmatisering in de hand werkt. Goffman (1961) en Scheff (1966, 1974) hebben beschreven hoe nadelig en stigmatiserend het is om bekend te staan als psychiatrisch patiënt. Hun opvattingen zijn bekend geworden als de labeling-theorie. Beide beschrijven de bestempeling als psychiatrisch patiënt als een selffulfilling prophecy. Anders gezegd: eens gek, altijd gek. Vermaard is in dit verband het artikel van Rosenhan (1973) met de titel 'On being sane in insane places'. Rosenhan beschrijft daarin hoe een aantal 'gezonde' mensen (ingeschakeld door de onderzoekers) zich liet opnemen in verschillende psychiatrische inrichtingen. Bij de aanmelding veinsden ze 'stemmen te horen' (een symptoom dat wijst op een psychotische stoornis), maar zodra ze waren opgenomen, lieten ze ieder symptomatisch gedrag achterwege. Het verplegend personeel en de psychiaters bleken echter zeer volhardend in hun kijk op deze pseudopatiënten. 'Gewone' gedragingen beschouwden zij als een symptoom van de veronderstelde stoornis. De interacties met de pseudopatiënten voltrokken zich zelfs op een dusdanige wijze dat deze relatief gezonde mensen zich depressief en angstig gingen voelen. Sommigen kostte het moeite weer uit de inrichting ontslagen te worden; gemiddeld duurde het negentien dagen voordat de pseudopatiënten daarin slaagden. Hoewel op dit onderzoek naderhand veel (methodologische) kritiek is geuit, toont het aan hoe moeilijk het is om,

Labeling-theorie

wanneer men eenmaal als geestesziek te boek staat, weer van dat etiket af te komen.

Uiteraard moeten we ons realiseren dat Rosenhans onderzoek in het begin van de jaren zeventig van de vorige eeuw is uitgevoerd. Het is goed mogelijk dat de tolerantie jegens mensen met psychische stoornissen inmiddels is toegenomen. Grote aantallen mensen zijn in Nederland in behandeling bij instellingen voor geestelijke gezondheidszorg of bij vrijgevestigde psychologen en psychiaters. Men zoekt tegenwoordig ook sneller na het ontstaan van psychische problemen hulp, al varieert het hulpzoekgedrag sterk per stoornis en zijn er generatie- en sekseverschillen in de mate waarin en de snelheid waarmee hulp wordt gezocht voor psychische aandoeningen (Ten Have, Van Dorsselaer & De Graaf, 2012).

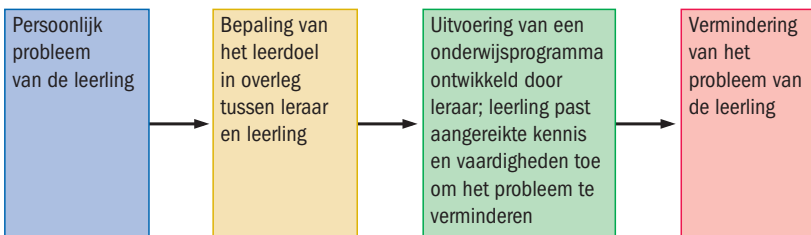
Uit een grootschalig onderzoek naar de geestelijke gezondheid van de volwassen bevolking van Nederland (NEMESIS-2: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2; zie bijvoorbeeld De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010; De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer, 2013) komt naar voren dat bijna een vijfde van de bevolking het jaar voorafgaand aan het onderzoek een psychische stoornis had (Veerbeek e.a., 2012; De Graaf, Ten Have, Van Gool & Van Dorsselaer, 2012). Van deze groep heeft in die periode een derde in verband met psychische klachten een beroep gedaan op enige vorm van hulpverlening, waarbij ‘hulpverlening’ in brede zin werd opgevat: van huisarts, bedrijfsarts, instelling voor geestelijke gezondheidszorg tot telefonische hulpdienst en zelfhulporganisatie.

In de media doen veel mensen – ogenschijnlijk niet gehinderd door enige schroom – uitgebreid verslag van hun psychisch leed. Toch praten de meesten nog steeds veel gemakkelijker over bijvoorbeeld hun gekneusde enkel of suikerziekte dan over hun psychische problemen. De angst om gestigmatiseerd te worden, bestaat nog steeds en weerhoudt sommigen er zelfs van hulp te zoeken bij de geestelijke gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld Corrigan, 2004; Thornicroft, 2006; Thornicroft, Rose & Mehta, 2010).

1.3.3 Het leer- of onderwijsmodel

Als alternatief voor het medisch model bepleiten verschillende auteurs (onder andere Authier e.a., 1975; Van der Molen, 1985) een leer- of onderwijsmodel (zie ook hoofdstuk 3). Dat pleidooi geldt met name voor stoornissen waaraan geen duidelijke organische oorzaken ten grondslag liggen. Een plausibeler verklaring is dan dat de stoornissen zijn ontstaan door verkeerd verlopen leerprocessen. Op basis van die verklaring hebben Authier en collega's. (1975) een alternatief voor het medisch model geformuleerd (zie figuur 1.4).

FIGUUR 1.4 Het onderwijsmodel



Net als in het medisch model zijn er in het onderwijsmodel twee partijen. Bij het medisch model waren dat de therapeut en de patiënt, in het onderwijsmodel zijn dat de leraar en de leerling. In dit laatste model wordt de uitgangssituatie niet beschreven als ziekte of abnormaliteit, maar als persoonlijk probleem. Bovendien wordt niet gesproken van diagnose, maar van het bepalen van het leerdoel. Voor het vaststellen van dat doel moet natuurlijk wel enige diagnostiek plaatsvinden, maar de uitkomsten daarvan worden niet zozeer in termen van stoornissen geformuleerd als wel in termen van (vaardigheids)tekorten. In het onderwijsmodel is ook het woord therapie uit het medisch model vervangen, en wel door 'uitvoering van een onderwijsprogramma'. In dat onderwijsprogramma reikt de leraar kennis en vaardigheden aan die kunnen bijdragen tot de vermindering of opheffing van de tekorten bij de leerling. Als dat lukt, is het doel bereikt.

Vaardigheids-
tekorten

Waarom prefereren de desbetreffende auteurs dit onderwijsmodel boven het medisch model? Daarvoor bestaan drie hoofdredenen. De eerste is dat in alle fasen van het model de nadelige bijbetekenissen van het medisch model worden vermeden. Daarmee is bijvoorbeeld de kans op stigmatisering veel geringer. De tweede reden is dat het onderwijsmodel meer recht doet aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen met een persoonlijk probleem. Het aanreiken van kennis en vaardigheden door de leraar staat tegenover de uitvoering van een therapie door de therapeut. Het verschil is nu dat de leerling een veel actievere inbreng krijgt dan de patiënt. De kennis en vaardigheden komen *ter beschikking* van de leerling: hij kan er naar believen gebruik van maken. In de derde plaats doet het gebruik van de onderwijsterminologie meer recht aan datgene wat daadwerkelijk plaatsvindt bij psychologische hulpverlening, voor zover het gaat om hulp aan mensen die nog als verantwoordelijk voor zichzelf en dus als 'aanspreekbaar' kunnen worden beschouwd. Deze laatste gedachte is zeker niet nieuw. Authier en collega's (1975) verwijzen in hun overzichtsartikel naar een aantal prominente theoretici bij wie meer of minder expliciet reeds de opvatting te vinden is dat de verhouding tussen de therapeut en de patiënt beter kan worden gekenschetst als die tussen een leraar en een leerling. In dit gezelschap bevinden zich onder andere Freud, Pavlov, Watson, Skinner, Rogers, Ellis, Meichenbaum en Beck, stuk voor stuk beroemdheden in de (geschiedenis van de) klinische psychologie.

De aanhangers van het leer- of onderwijsmodel zijn het met Szasz (zie subparagraaf 1.3.2) eens dat er gesproken kan worden van geestesziekte als aan psychische problemen organische afwijkingen ten grondslag liggen. Ook de term therapie, ter aanduiding van de behandeling, is dan op zijn plaats.

Toch kiezen zij een ander criterium voor de bepaling van de grens tussen ziekte en gezondheid. Het belangrijkste criterium voor dat onderscheid is volgens hen gelegen in het al genoemde begrip verantwoordelijkheid of aanspreekbaarheid (zie bijvoorbeeld Van der Molen, 1985). Zolang iemand nog zelf de verantwoordelijkheid kan dragen, aanspreekbaar is voor zijn doen en laten, wordt hij niet als 'ziek' beschouwd.

Dit demarcatie- of afgrenzingscriterium leidt tot een meningsverschil met Szasz, die aantoonbare organische afwijkingen als criterium voor (geestes) ziekte hanteert. Een aantal stoornissen die in de DSM-5 worden onderscheiden (zie de hoofdstukken 11 tot en met 25 van dit boek) heeft - volgens de huidige stand van de wetenschap - geen organische oorsprong, terwijl wel moet worden betwijfeld of er nog sprake is van een eigen verantwoordelijkheid bij de persoon op wie de betreffende diagnose van toepassing is. Dat

Demarcatie- of
afgrenzings-
criterium

geldt bijvoorbeeld voor psychotische stoornissen die niet aan een aantoonbaar neurologisch defect toe te schrijven zijn (zie hoofdstuk 20). In deze gevallen neemt men gewoonlijk aan dat de eigen verantwoordelijkheid voor het zelfstandig nemen van beslissingen in voor het eigen leven belangrijke zaken niet meer aanwezig is. Volgens het demarcatiecriterium van het leer- of onderwijsmodel is er dan sprake van ziekte (ook al is er geen aantoonbare organische oorzaak) en kan de behandeling met recht als therapie worden aangeduid. In een groter aantal situaties echter, vooral in situaties waarin de psychische problematiek mede wordt veroorzaakt door interpersoonlijke of contactproblemen, geven de aanhangers van het leer- of onderwijsmodel er de voorkeur aan de eigen verantwoordelijkheid van de persoon te accentueren en te spreken over 'levensproblemen' (die uiteraard wel gepaard kunnen gaan met sterke gevoelens van onwelbevinden). Om het leerelement te benadrukken, gebruiken zij dan de onderwijsterminologie in de behandeling.

SAMENVATTING

Dit hoofdstuk stond in het teken van het onderwerp dat de kern vormt van de klinische psychologie: psychische stoornissen. Het blijkt moeilijk een duidelijke en eenduidige definitie van psychische stoornissen te geven. Iedere omschrijving biedt ruimschoots mogelijkheden voor allerlei verschillende interpretaties. Zowel leken als klinisch psychologen en psychiaters laten zich in hun oordeel over het abnormaal-zijn van gedrag leiden door aspecten als persoonlijk lijden van de betrokkene en de mate waarin het gedrag het functioneren van de persoon en zijn omgeving belemmert. Geen van deze aspecten is een voldoende of noodzakelijke voorwaarde om van abnormaal gedrag of psychopathologie te kunnen spreken.

In de loop der tijd zijn uiteenlopende modellen ontwikkeld als antwoord op de vraag naar de grens tussen 'normaal' en 'abnormaal', tussen psychische gezondheid en ziekte. Drie van deze modellen hebben we beschreven: het statistisch model, het medisch model en het leer- of onderwijsmodel. De verschillende modellen leveren andere grenzen op tussen geestelijke 'gezondheid' en 'ziekte'. Hoewel geen van deze modellen een afdoende antwoord biedt op het afgrenzingsvraagstuk, is elk model toepasbaar bij een aantal psychische stoornissen: het statistisch model bij stoornissen die normaal verdeeld zijn over de bevolking, het medisch model bij stoornissen met een aantoonbare organische oorsprong en het leer- of onderwijsmodel bij problemen die ontstaan zijn als gevolg van leerprocessen en waarbij het individu zelf nog verantwoordelijk kan worden gehouden voor zijn doen en laten.

In dit hoofdstuk zijn psychische stoornissen alleen in algemene termen aan de orde gesteld. In de volgende hoofdstukken blijkt dat er een grote diversiteit aan stoornissen bestaat. Het is daarbij goed mogelijk dat de lezer zichzelf in één of een aantal van die stoornissen herkent. We refereren hierbij aan een affiche met de tekst: 'Ooit 'n normaal mens ontmoet? En, beviel het?' De moraal van dit affiche willen we hier graag onderschrijven. Wanneer mensen een zekere afwijking van normen zowel bij zichzelf als bij anderen aanvaarden, wordt waarschijnlijk al veel leed voorkomen. Soms echter worden de normen zo ver overschreden dat de situatie voor de persoon zelf en/of zijn omgeving niet meer draaglijk is. In die gevallen is professionele hulp geboden.