



Open Universiteit
www.ou.nl

Klinische psychologie

Theorieën en psychopathologie



Noordhoff

**Henk T. van der Molen, Francine Dehue, Viviane
Thewissen, Nicole Gunther, Susan van Hooren (red.)**

4^e druk

Klinische psychologie

Theorieën en psychopathologie

Henk van der Molen, Francine Dehue, Viviane Thewissen, Nicole Gunther, Susan van Hooren (red.)

Met medewerking van:

Arnoud Arntz, Nathan Bachrach, Yannick Boddez, Paul de Bont, Theo Bouman, Sanne Bruijniks, Farid Chakhssi, Marieke Dewitte, Paul Eelen, Iris Engelhard, Jannes Eshuis, Mark van der Gaag, Luk Gijs, Marc Hamburger, Colin van der Heiden, Dirk Hermans, Dalena van Heugten, Evelyn Heynen, Marcus Huibers, Rafaële Huntjens, Anita Jansen, Ger P. J. Keijsers, Moniek ter Kuile, Jeroen Kuntze, Gerrit Lang, Jacques van Lankveld, Helle Larsen, Jill Lobbestael, Kim Melchior, Elly Niesten, Frenk Peeters, Sandra Perreijn, Henk van der Ploeg, Rudolf Ponds, Jeffrey Roelofs, Corine de Rooter, Elske Saleminck, Grietje Schaap, Frans Schalkwijk, Sara Scheveneels, Sara van de Schraaf, Ellin Simon, Annelies Spek, Philip Spinhoven, Tonnie Staring, Roelf Jan Takens, Martijn van Teffelen, Bram Vervliet, Sako Visser, Marisol Voncken, Lisa Waterink, Wim Waterink, Reinout Wiers, Saskia Wouters

Vierde druk

Noordhoff

Ontwerp omslag: Michiel Uilen

Omslagillustratie: iStockphoto

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB
Groningen of via het contactformulier op www.mijnnoordhoff.nl.

De informatie in deze uitgave is uitsluitend bedoeld als algemene informatie. Aan deze informatie kunt u geen rechten of aansprakelijkheid van de auteur(s), redactie of uitgever ontleen.



0 / 23

© 2023 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Utrecht, The Netherlands.

Deze uitgave is beschermd op grond van het auteursrecht. Wanneer u (her)gebruik wilt maken van de informatie in deze uitgave, dient u vooraf schriftelijke toestemming te verkrijgen van Noordhoff Uitgevers bv.

This publication is protected by copyright. Prior written permission of Noordhoff Uitgevers bv is required to (re)use the information in this publication.

ISBN(ebook) 978-90-01-73887-7

ISBN 978-90-01-73881-5

NUR 772

Inhoud

Inleiding 10

DEEL 1

Theoretische benaderingen in de klinische psychologie 13

1 Over klinische psychologie en ‘abnormaal’ gedrag 15

Henk van der Molen, Sandra Perreijn en Susan van Hooren

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? 23

1.4 Tot besluit 30

Samenvatting 32

Literatuurlijst 33

2 Neurobiologische benadering van psychopathologie 37

Wim Waterink, Lisa Waterink en Susan van Hooren

2.1 Een historische schets 38

2.2 De neurobiologische benadering nader beschouwd 39

2.3 De neurobiologische benadering in relatie tot psychopathologie 48

2.4 Implicaties voor behandeling 52

2.5 Tot besluit 54

Samenvatting 56

Literatuurlijst 57

3 Leertheoretische benadering van psychopathologie 61

Yannick Boddez, Dirk Hermans, Paul Eelen, Sara Scheveneels en Bram Vervliet

3.1 Een historische schets 62

3.2 De leertheoretische benadering nader beschouwd 63

3.3 De leertheoretische benadering in relatie tot psychopathologie 65

3.4 Implicaties voor behandeling 73

3.5 Tot besluit 77

Samenvatting 78

Literatuurlijst 79

- 4 Cognitieve benadering van psychopathologie 83**
Jeffrey Roelofs, Arnoud Arntz en Marisol Voncken
- 4.1 Een historische schets 84
 - 4.2 De cognitieve benadering nader beschouwd 85
 - 4.3 De cognitieve benadering in relatie tot psychopathologie 89
 - 4.4 Implicaties voor behandeling 95
 - 4.5 Tot besluit 96
Samenvatting 97
Literatuurlijst 98
- 5 Psychodynamische benadering van psychopathologie 101**
Frans Schalkwijk en Marc Hamburger
- 5.1 Een historische schets 102
 - 5.2 De psychodynamische benadering nader beschouwd 104
 - 5.3 De psychodynamische benadering in relatie tot psychopathologie 105
 - 5.4 Implicaties voor behandeling 110
 - 5.5 Tot besluit 114
Samenvatting 116
Literatuurlijst 117
- 6 Humanistische benadering van psychopathologie 119**
Gerrit Lang, Roelf Jan Takens en Henk van der Molen
- 6.1 Een historische schets 120
 - 6.2 De humanistische benadering nader beschouwd 120
 - 6.3 De humanistische benadering in relatie tot psychopathologie 128
 - 6.4 Implicaties voor behandeling 131
 - 6.5 Tot besluit 135
Samenvatting 137
Literatuurlijst 138
- 7 Systeembenadering van psychopathologie 141**
Susan van Hooren en Francine Dehue
- 7.1 Een historische schets 142
 - 7.2 De systeembenadering nader beschouwd 143
 - 7.3 De systeembenadering in relatie tot psychopathologie 147
 - 7.4 Implicaties voor behandeling 151
 - 7.5 Tot besluit 157
Samenvatting 158
Literatuurlijst 159

- 8 Wetenschap en praktijk 163**
Jannes Eshuis
- 8.1 Het achterhalen van de waarheid 164
 - 8.2 Spiegelen aan de natuurwetenschappen 167
 - 8.3 Een eigen dynamiek voor de psychologie 170
 - 8.4 Theorie in de praktijk 172
 - 8.5 Tot besluit 176
Samenvatting 177
Literatuurlijst 178

DEEL 2

Classificatie en diagnostiek 181

- 9 Classificatie 183**
Theo Bouman, Nicole Gunther, Francine Dehue en Paul de Bont
- 9.1 Wat is classificeren? 184
 - 9.2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) 188
 - 9.3 International Classification of Diseases (ICD) 194
 - 9.4 De classificatie voorbij 196
 - 9.5 Tot besluit 202
Samenvatting 204
Literatuurlijst 205
- 10 Klinische psychodiagnostiek 209**
Jeroen Kuntze, Viviane Thewissen en Theo Bouman
- 10.1 Het psychodiagnostisch proces 210
 - 10.2 Psychodiagnostische methoden 211
 - 10.3 Informatieverzameling 213
 - 10.4 Interpretieren en rapporteren 222
 - 10.5 Tot besluit 223
Samenvatting 225
Literatuurlijst 226

DEEL 3

Psychopathologie 229

- 11 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen 231**
Ellin Simon, Annelies Spek en Saskia Wouters
- 11.1 Autismespectrumstoornis (ASS) 233
 - 11.2 Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) 239
 - 11.3 Tot besluit 245
Samenvatting 246
Literatuurlijst 247

12 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen 253

Paul de Bont, Mark van der Gaag en Tonnie Staring

- 12.1 Klinisch beeld 255
- 12.2 Epidemiologie 262
- 12.3 Theoretische visies 266
- 12.4 Cultuur en gender 271
- 12.5 Comorbiditeit en differentiële diagnostiek 273
- 12.6 Diagnostiek en behandeling 274
- 12.7 Tot besluit 276
- Samenvatting 278
- Literatuurlijst 279

13 Depressieve- en bipolaire-stemmingsstoornissen 285

Sanne Bruijniks, Elly Niesten, Frenk Peeters en Marcus Huibers

- 13.1 Klinisch beeld 287
- 13.2 Epidemiologie 296
- 13.3 Theoretische visies 297
- 13.4 Cultuur en gender 304
- 13.5 Comorbiditeit en differentiële diagnostiek 305
- 13.6 Diagnostiek en behandeling 306
- 13.7 Tot besluit 309
- Samenvatting 310
- Literatuurlijst 311

14 Angststoornissen 319

Colin van der Heiden en Kim Melchior

- 14.1 Klinisch beeld 321
- 14.2 Epidemiologie 327
- 14.3 Theoretische visies 329
- 14.4 Cultuur en gender 333
- 14.5 Comorbiditeit en differentiële diagnostiek 333
- 14.6 Diagnostiek en behandeling 334
- 14.7 Tot besluit 337
- Samenvatting 339
- Literatuurlijst 340

15 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen 345

Sako Visser en Ger P. J. Keijsers

- 15.1 Obsessieve-compulsieve stoornis 347
- 15.2 Verzamelstoornis (Hoarding disorder) 352
- 15.3 Morfodysfore stoornis (Body dysmorphic disorder, BDD) 356
- 15.4 Trichotillomanie en excoriatiestoornis 359
- 15.5 Tot besluit 364
- Samenvatting 366
- Literatuurlijst 367

- 16 Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen 373**
Iris Engelhard en Henk van der Ploeg
- 16.1 Klinisch beeld 375
 - 16.2 Epidemiologie 381
 - 16.3 Theoretische visies 382
 - 16.4 Cultuur en gender 387
 - 16.5 Comorbiditeit en differentiële diagnostiek 388
 - 16.6 Diagnostiek en behandeling 388
 - 16.7 Tot besluit 391
 - Samenvatting 392
 - Literatuurlijst 393
- 17 Dissociatieve stoornissen 399**
Rafaële Huntjens en Nathan Bachrach
- 17.1 Klinisch beeld 401
 - 17.2 Epidemiologie 404
 - 17.3 Theoretische visies 405
 - 17.4 Cultuur en gender 410
 - 17.5 Comorbiditeit en differentiële diagnostiek 411
 - 17.6 Diagnostiek en behandeling 412
 - 17.7 Tot besluit 417
 - Samenvatting 419
 - Literatuurlijst 420
- 18 Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen 427**
Moniek ter Kuile en Philip Spinhoven
- 18.1 Klinisch beeld 429
 - 18.2 Epidemiologie 434
 - 18.3 Theoretische visies 435
 - 18.4 Cultuur en gender 438
 - 18.5 Comorbiditeit en differentiële diagnostiek 439
 - 18.6 Diagnostiek en behandeling 441
 - 18.7 Tot besluit 446
 - Samenvatting 448
 - Literatuurlijst 449
- 19 Eetstoornissen 453**
Anita Jansen
- 19.1 Klinisch beeld 455
 - 19.2 Epidemiologie 461
 - 19.3 Theoretische visies 462
 - 19.4 Cultuur en gender 466
 - 19.5 Comorbiditeit en differentiële diagnostiek 466
 - 19.6 Diagnostiek en behandeling 467
 - 19.7 Tot besluit 469
 - Samenvatting 471
 - Literatuurlijst 472

20 Slaap- en waakstoornissen 475

Dalena van Heugten

- 20.1 Klinisch beeld 477
- 20.2 Epidemiologie 485
- 20.3 Theoretische visies 486
- 20.4 Cultuur en gender 487
- 20.5 Comorbiditeit en differentiële diagnostiek 488
- 20.6 Diagnostiek en behandeling 489
- 20.7 Tot besluit 493
- Samenvatting 494
- Literatuurlijst 495

21 Seksuele stoornissen 499

Luk Gijjs, Marieke Dewitte en Jacques van Lankveld

- 21.1 Seksuele disfuncties 501
- 21.2 Genderdysforie 515
- 21.3 Parafiele stoornissen 522
- 21.4 Tot besluit 537
- Samenvatting 539
- Literatuurlijst 540

22 Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen 551

Evelyn Heynen, Farid Chakhssi, Grietje Schaap en Corine de Ruiter

- 22.1 Klinisch beeld 553
- 22.2 Epidemiologie 558
- 22.3 Theoretische visies 559
- 22.4 Cultuur en gender 561
- 22.5 Comorbiditeit en differentiële diagnostiek 562
- 22.6 Diagnostiek en behandeling 564
- 22.7 Tot besluit 566
- Samenvatting 568
- Literatuurlijst 569

23 Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen 575

Reinout Wiers, Helle Larsen en Elske Saleminck

- 23.1 Klinisch beeld 577
- 23.2 Epidemiologie 584
- 23.3 Theoretische visies 585
- 23.4 Cultuur en gender 596
- 23.5 Comorbiditeit en differentiële diagnostiek 597
- 23.6 Diagnostiek en behandeling 597
- 23.7 Tot besluit 599
- Samenvatting 601
- Literatuurlijst 602

24	Neurocognitieve stoornissen	611
	<i>Sara van de Schraaf en Rudolf Ponds</i>	
24.1	Klinisch beeld	613
24.2	Epidemiologie	618
24.3	Theoretische visies	620
24.4	Cultuur en gender	624
24.5	Comorbiditeit en differentiële diagnostiek	624
24.6	Diagnostiek en behandeling	625
24.7	Tot besluit	627
	Samenvatting	629
	Literatuurlijst	630
25	Persoonlijkheidsstoornissen	633
	<i>Jill Lobbstael en Martijn van Teffelen</i>	
25.1	Klinisch beeld	635
25.2	Epidemiologie	649
25.3	Theoretische visies	651
25.4	Cultuur en gender	655
25.5	Comorbiditeit en differentiële diagnostiek	656
25.6	Diagnostiek en behandeling	657
25.7	Tot besluit	659
	Samenvatting	661
	Literatuurlijst	662
	Over de auteurs	667
	Register	675

Inleiding

Doel van dit boek

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, vaktherapie, sociaalpedagogische hulpverlening of maatschappelijk werk en dienstverlening. Deze vierde druk van *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* is ontwikkeld door de Faculteit Psychologie van de Open Universiteit in samenwerking met het Department of Psychology and Educational Studies van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Indeling van dit boek

Dit boek bestaat uit drie delen. In het eerste deel, *Theoretische benaderingen in de klinische psychologie*, wordt een nadere omschrijving 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 belangrijkste classificatiesystemen 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 psychische stoornissen centraal, waarbij de nadruk ligt op de volwassenheid.

Wijzigingen ten opzichte van de derde druk

Ten opzichte van de derde druk (2015) zijn in dit boek een aantal zaken aangepast. Sinds de vorige druk hebben er ontwikkelingen plaatsgevonden rondom de theoretische benaderingen, classificatie en diagnostiek. Deze zijn in de vierde druk verwerkt. De beschrijving van de verschillende vormen van psychische stoornissen zijn geactualiseerd naar de DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022). Dit is de opvolger van de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Evenals in de vorige druk van het boek wordt grotendeels aangesloten bij de terminologie van de DSM-5-TR en worden de diagnostische criteria hieruit kernachtig opgenomen. Voor een volledige opsomming van de diagnostische criteria verwijzen we naar de Nederlandse vertaling van de DSM-5-TR uit 2022. In vergelijking

met de derde druk is er meer consistentie over de hoofdstukken gerealiseerd om zo de didactische waarde van het boek verder te vergroten. In deel 1 en deel 3 zijn de hoofdstukken opgezet volgens vaste onderwerpen met gelijke kopjes. In deze vierde druk geven we daarnaast meer aandacht aan cultuur en gender en in deel 3 wordt minder uitvoerig ingegaan op diagnostiek en behandeling. Voor een uitgebreidere beschrijving van diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen wordt verwezen naar het boek *Klinische psychologie 2: Diagnostiek en behandeling* (Simon et al., 2018). Tot slot zijn in deze nieuwe druk van het boek teksten meer genderneutraal geformuleerd en zijn auteurs in de afzonderlijke hoofdstukken vrij gelaten in hun keuze voor het woord 'patiënt' of 'cliënt'.

Website

Bij deze druk 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. Ook voor docenten is er extra materiaal beschikbaar.

Dankwoord

De verschillende hoofdstukken in dit boek zijn geschreven door experts op de desbetreffende terreinen. Wij willen hen hier uitdrukkelijk bedanken voor hun bijdrage. Trijnniet Oomkens van Noordhoff Uitgevers bedanken we voor de plezierige samenwerking. Een speciaal woord van dank gaat uit naar de taalredactie, te weten Daan Schetselaar en Nicole Vogelzangs, die de leesbaarheid van de hoofdstukken heeft vergroot. En tot slot willen we Doortje Linssen bedanken die de APA-7-notatie in alle hoofdstukken heeft gecontroleerd en verbeterd.

Heerlen/Rotterdam, februari 2023

Henk van der Molen
Francine Dehue
Viviane Thewissen
Nicole Gunther
Susan van Hooren

Deel 1 geeft een introductie in de klinische psychologie en beschrijft de verschillende theoretische benaderingen in dit vakgebied. Over het ontstaan en voortduren van 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 klinische theorieën. Deze theorieën beschrijven bijvoorbeeld hoe wij kijken naar gedrag. En daarmee ook wat wij als abnormaal beschouwen.

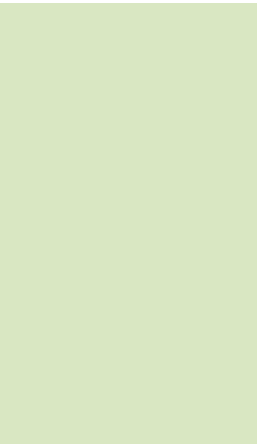
De belangrijkste theorieën over psychopathologie in de hedendaagse klinische praktijk zijn in te delen in de neurobiologische benadering, leertheoretische benadering, cognitieve benadering, psychodynamische benadering, humanistische benadering en systeembenadering. Kennis daarvan maakt het mogelijk om vanuit verschillende invalshoeken te kijken naar psychische problematiek en mogelijke verklaringen daarvoor. Maar vooral zorgt het voor een gefundeerde toepassing van diagnose- en behandelingsmethoden in de praktijk.

Dit deel start met een inleiding op het vakgebied van de klinische psychologie en gaat in op de grens tussen normaal en abnormaal gedrag. De daaropvolgende hoofdstukken beschrijven de verschillende benaderingen van psychopathologie. Elk hoofdstuk bevat steeds een historische schets, een toelichting op de specifieke benadering, de wijze waarop die benadering psychopathologie verklaart en implicaties voor behandeling. We sluiten dit deel van het boek af met een hoofdstuk waarin we vanuit metaperspectief kijken naar de wijze waarop de benaderingen zich tot elkaar verhouden en naar hoe opgedane kennis uiteindelijk zijn weg vindt naar de praktijk.

DEEL 1

Theoretische benaderingen in de klinische psychologie

- 1 Over klinische psychologie en 'abnormaal' gedrag 15
- 2 Neurobiologische benadering van psychopathologie 37
- 3 Leertheoretische benadering van psychopathologie 61
- 4 Cognitieve benadering van psychopathologie 83
- 5 Psychodynamische benadering van psychopathologie 101
- 6 Humanistische benadering van psychopathologie 119
- 7 Systembenadering van psychopathologie 141
- 8 Wetenschap en praktijk 163



1

Over klinische psychologie en 'abnormaal' gedrag

Henk van der Molen, Sandra Perreijn en Susan van Hooren

- 1.1 Het terrein van de klinische psychologie**
- 1.2 Aspecten van 'abnormaal' gedrag**
- 1.3 Normaal en abnormaal: waar ligt de grens?**
- 1.4 Tot besluit**

Veel mensen zijn geneigd om bij een psycholoog te denken aan een klinisch werkende psycholoog en dat is niet zo verwonderlijk. Van alle in de praktijk werkzame psychologen vormen de klinisch werkende psychologen namelijk verreweg de grootste groep. Takens (1984) wees erop 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 overigens bed). Klinisch psychologen treffen we echter in alle sectoren van de gezondheidszorg aan. Een steeds grotere groep van psychologen is bijvoorbeeld werkzaam in de eerstelijnszorg of 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. 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. Vanuit verschillende perspectieven proberen we 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.

1.1 Het terrein van de klinische psychologie

Van alle subdisciplines binnen de psychologie is de klinische psychologie waarschijnlijk de meest bekende. Naast de klinische psychologie bestaat er een flink aantal andere subdisciplines binnen deze wetenschap. Volgens de indeling van de Amsterdamse hoogleraar Duijker (1959), een van de *godfathers* van de Nederlandse psychologie, dient er een onderscheid te worden gemaakt tussen basisdisciplines en toepassingsgerichte disciplines. Er zijn dan vijf basisdisciplines: de psychologische functieleer (tegenwoordig beter bekend als cognitieve psychologie), 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 klinische neuropsychologie en gezondheidspsychologie), de arbeids- en organisatiepsychologie en de onderwijspsychologie (zie tabel 1.1).

TABEL 1.1 Basisdisciplines en toepassingsgerichte disciplines binnen de psychologie volgens Duijker (1959)

Basisdisciplines	Toepassingsgerichte disciplines
functieleer	klinische en gezondheidspsychologie
ontwikkelingspsychologie	arbeids- en organisatiepsychologie
sociale psychologie	onderwijspsychologie
persoonlijkheidspsychologie	
methodenleer	

In de 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 drie voorbeelden van een definitie 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)

‘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 ge-

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

(Winnubst et al., 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 et al., 2012; Nevid et al., 2014; Oltmanns & Emery, 2014; Seligman et al., 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. Enorm hoge 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 hun *relaties met andere mensen*: ouders kunnen overbezorgd zijn om hun kinderen, echtgenoten kunnen extreem agressief zijn tegen hun partner, 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 wel duidelijk dat het niet normaal is om tien glazen jenever per dag te drinken, buitenshuis voortdurend te denken 'Heb ik het gas wel uitgedaan?' of 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 je partner 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.

Box 1.1 De klinisch psycholoog versus de psychiater

Het verschil tussen het beroep van klinisch psycholoog en dat van psychiater is niet altijd voor iedereen even helder. Beiden houden zich immers bezig met de diagnostiek en behandeling van mensen met psychische problemen. In de praktijk – bijvoorbeeld in een instelling voor 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 (2023) de academische opleiding psychologie vier jaar. Die vier jaar omvatten een driejarig bachelorprogramma en een eenjarig masterprogramma. Aan de meeste universiteiten bestaat een masterspecialisatie klinische psychologie, soms naast specialisaties klinische neuropsychologie en/of gezondheidspsychologie. Wanneer studenten die afstudeerrichting hebben voltooid, zijn zij echter nog niet voldoende voorbereid om al als klinisch psycholoog aan het werk te gaan. Daarvoor is een *postmasterscholing* vereist. In de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (de wet BIG)*, die sinds 1998 van kracht is, wordt het gebruik van specifieke beroepstitels wettelijk beschermd. De wet maakt een onderscheid tussen de gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog), de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog. Het verschil is te kenschetsen als dat tussen een generalist en een specialist. Een afgestudeerde psychologie-masterstudent kan een kwalificatie

tot gz-psycholoog behalen in een tweejarig postmastertraject. De postmasteropleiding tot klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog duurt daarna nog eens vier jaar.

De opleiding tot psychiater wordt voorafgegaan door een algemene opleiding geneeskunde. Deze duurt in Nederland op dit moment zes jaar (drie jaar bachelor en drie jaar master). Pas na de voltooiing van deze algemene medische opleiding kan men zich specialiseren tot psychiater. Deze specialisatiefase duurt vier en een half jaar.

Door hun algemene psychologische vorming, waarin veel aandacht is voor 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 kennis hebben van de biologische aspecten van mentale psychische stoornissen. Aan hen is ook het recht voorbehouden om psychofarmaca voor te schrijven aan patiënten.

1.2 Aspecten van 'abnormaal' gedrag

Seligman et al. (2001) onderscheiden zeven factoren om te 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 dat dat gedrag abnormaal is. 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. Maar ten minste een van die aspecten moet zich voordoen om van abnormaliteit te kunnen spreken. We geven een korte beschrijving van deze factoren (voor vergelijkbare beschrijvingen zie bijvoorbeeld: Kring et al., 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 (APA) staat verderop in dit hoofdstuk.

American
Psychiatric
Association
(APA)

1.2.1 Persoonlijk lijden

Bij veel psychische stoornissen lijdt de persoon erg onder zijn problemen. Iemand die depressief is, voelt zich bijvoorbeeld vaak ellendig, leeg en futloos. Bovendien heeft zij nergens meer plezier in en voelt zich nog beroerder als zij denkt aan de volgende dag, die naar haar stellige overtuiging weer even grijs en grauw zal zijn als de voorgaande dagen. Persoonlijk lijden is echter geen voldoende voorwaarde om van psychopathologie 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.

1.2.2 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 het eigen huis niet meer durft te verlaten. Gedrag kan ook disfunctioneel zijn omdat het het welbevinden en het functioneren van anderen verstoort. 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. Maar niet elk gedrag dat het functioneren van anderen ontregelt, is 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.

1.2.3 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 patiënt met boulimia nervosa, die zich eerst helemaal vol eet om vervolgens alles weer uit te braken (zie paragraaf 19.1), 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.’
Citaat van een patiënt die een psychose doormaakt in Van den Bosch, 1993, p. 110.

1.2.4 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 het zich voordoet. Seligman et al. (2001) onderscheiden twee typen situaties, waarin gedrag dikwijls als controleverlies of verlies van zelfbeheersing (en daardoor vaak als abnormaal) zal worden geïnterpreteerd. In de eerste plaats zijn dat situaties waarin de sociale regels die gewoonlijk het gedrag van een persoon sturen plotseling niet meer werkzaam zijn. Het gedrag is ontremd, zoals bij een timide en altijd vriendelijke man die ineens een kennis aanvliegt en het interieur van diens huis 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 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. Voor wie bestolen is en de dader in de kraag probeert te vatten, is het niet zo vreemd om 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 uit het voorbeeld hierboven 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.

1.2.5 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 ook nog eens 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 vreemd vinden. 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 klein dorp in de provincie. Opvallend of onconventioneel gedrag mag dan afwijkend of zeldzaam zijn, het wordt dan door anderen meestal nog niet als 'problematisch' beoordeeld. Alleen als mensen opvallend of non-conformistisch gedrag ook sociaal onwenselijk achten, zijn zij geneigd dat gedrag als pathologisch te zien. Opvallend gedrag dat wenselijk wordt geacht en alleen in statistische zin afwijkt (bijvoorbeeld heel goed kunnen toneelspelen), zal niet als pathologisch worden beoordeeld (zie verder subparagraaf 1.3.1 over het statistische model).

1.2.6 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 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 gaan zij bijvoorbeeld niet vlak naast de enige andere persoon in een verder lege wachtruimte 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 of benen bestudeert, zal die ander zich daar vermoedelijk niet erg prettig bij voelen. Een vergelijkbaar gevoel kan mensen bekruipten als zij een echt-paar aanschouwen dat in een openbare gelegenheid voortdurend aan het bekvechten is, of een hondeneigenaar zien met een loslopende pitbull. Het ongemakkelijke gevoel dat kan ontstaan door dergelijke overtredingen van impliciete regels voor ‘gepast’ gedrag (‘echtelijke ruzies moet je thuis maar uitvechten’, ‘een pitbull houd je aangeliend’) vergroot de kans dat de toeschouwer deze gedragingen ‘abnormaal’ vindt.

1.2.7 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 juist zeer terughoudend opstelt. Een voorbeeld van het overtreden van morele normen is het sturen van anonieme dreigmails aan politici.

1.2.8 Een definitie van psychische stoornissen

De zeven factoren die Seligman et al. (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). Die definitie, uit de laatste editie van het classificatiesysteem voor psychische stoornissen van de APA, de DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, text revision) luidt als volgt:

‘Een psychische stoornis is een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de affectieve functies of de conatieve functies 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 (bijvoorbeeld op politiek, religieus of seksueel gebied) 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 de persoon in kwestie, zoals in het voorgaande wordt beschreven' (American Psychiatric Association, 2022, p. 65).

In de definitie van psychische stoornissen van de APA ligt de nadruk op de specifieke symptomen en de nadelige gevolgen ervan. Over de omschrijving van de term psychische stoornis en de grenzen tussen gewone en pathologische angsten, somberheid enzovoort is veel gediscussieerd (zie bijvoorbeeld Dehue, 2014; Frances, 2013; Horwitz & Wakefield, 2012; Van Os, 2014). De meeste klinisch psychologen aanvaarden de APA-definitie van psychische stoornissen. Hoewel de DSM-5-TR 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 psychische stoornis volledig afbakt. 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.

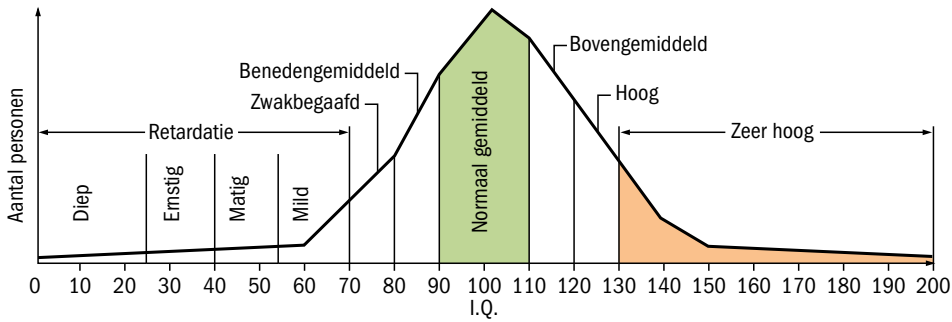
1.3 Normaal en abnormaal: waar ligt de grens?

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 de specifieke problematiek welk model de voorkeur heeft bij het bepalen van de grens tussen normaal en abnormaal gedrag.

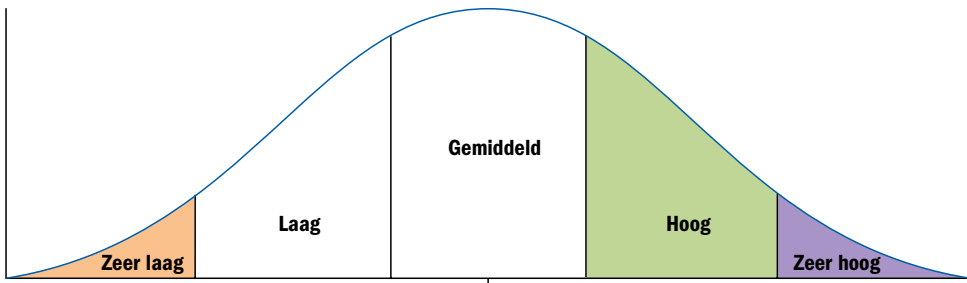
1.3.1 Het statistisch model

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 in de algemene bevolking. 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



FIGUUR 1.2 Het statistisch model: normaalverdeling van angst



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 een IQ-score van 90 of bij 80? Uiteindelijk moeten professionals het over deze vragen met elkaar eens zien te worden. Het statistisch model is overigens gebaseerd op 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. Als voorbeeld noemen deze auteurs de zogeheten genderidentiteitsstoornis (sinds de DSM-5 vervangen door de term 'genderdysforie'), een stoornis waarbij mensen het gevoel hebben dat zij als man of als vrouw in een verkeerd lichaam zitten (zie paragraaf 1.1). Deze stoornis komt bij minder dan 1 op de 30.000 mensen voor. Omdat de

desbetreffende eigenschap (de mate waarin iemand zich in het eigen lichaam thuisvoelt) absoluut niet normaal verdeeld is, is het statistisch model hiervoor niet toereikend. 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 et al., 2012). De ene stoornis komt minder vaak voor dan de andere, of anders gezegd, bij sommige stoornissen is er geen sprake van een normaalverdeling.

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 positieve, 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 paragraaf 14.1), in het tweede isolement met mogelijk zelfs een depressie tot gevolg. Maar of dat zo is, is enerzijds afhankelijk van de reacties van de omgeving en anderzijds van de draagkracht van de persoon in kwestie. Waar het hier om gaat, is dat de extreme score op zich niet pijnlijk hoeft te zijn voor het individu zelf.

1.3.2 Het medisch of ziektemodel

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. Zij gaan ervan uit dat die mechanismen somatogeen zijn. Hiermee 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 gevalsbeschrijving, zie Lens-Daey et al., 2011).

Behalve somatogeen kunnen mechanismen ook psychogeen zijn. Dit houdt in dat aan een stoornis een psychologisch mechanisme ten grondslag ligt. Zo veronderstellen psychoanalytici dat psychische stoornissen het gevolg zijn van onbewuste conflicten en afweer tegen angst. Psychogene mechanismen zijn voor aanhangers van het medisch model niet altijd toereikend. Voor hen dienen de mechanismen aantoonbaar te zijn.

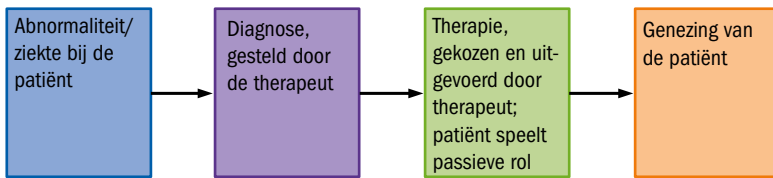
Somatogeen

Psychogeen

Voor zover er inderdaad dergelijke mechanismen aantoonbaar zijn, is het medisch model goed verdedigbaar. Dat geldt bijvoorbeeld voor dementie van het alzheimertype, een stoornis die ontstaat door het disfunctioneren van hersencellen (zie subparagraaf 23.3.2).

Het medisch model is ook heftig bekritiseerd, onder andere vanuit de zogenoemde *psychoeducational movement* in de Verenigde Staten (Authier et al., 1975) en vanuit de antipsychiatrie (Szasz, 1960, 1961). Authier en collega's (1975) hebben het medisch model kritisch besproken en in een schema samengevat (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 diens 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 de 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: deze wordt genezen, 'beter gemaakt' door de therapeut. 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 op het medisch model is dat er aan het gebruik bezwaren van semantische aard kleven (Authier et al., 1975; Van der Molen, 1985). 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 een behandeling gericht op genezing van een ziekte. 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 de medische term therapie wordt 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 *mental illness* wilde hij reserveren voor de in aantal veel kleinere categorie stoornissen waarvan de organische oorsprong aangetoond kan worden. Szasz omschreef 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. Al in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw werd beschreven hoe nadelig en stigmatiserend het is om bekend te staan als psychiatrisch patiënt (Goffman, 1961; Scheff, 1966, 1974). De opvattingen van Goffman en Scheff zijn bekend geworden als de labeling-theorie. Beide auteurs 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 een experiment waarin een aantal mensen zonder psychische klachten (geïnstrueerd door de onderzoeker) 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 deelnemers zonder voorafgaande psychische problematiek 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, illustreert het hoe moeilijk het kan zijn om, 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 thema stigma en destigmatisering van mensen met psychische stoornissen is ook tegenwoordig nog steeds actueel. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de Zorgstandaard Destigmatisering (2020), en het belang dat de DSM 5-TR (2022) hecht aan diversiteit en het wetenschappelijk onderzoek dat ernaar wordt verricht. Uit een internationaal onderzoek uit 2019 blijkt dat iets meer dan de helft van de Nederlanders vindt dat psychische stoornissen net zo 'gewoon' zijn als andere aandoeningen (Van Heck, 2019). Tegelijkertijd vindt 60 procent dat we een meer tolerante houding moeten ontwikkelen ten opzichte van mensen met psychische stoornissen. Twee derde gaf aan dat ze het een teken van kracht vindt wanneer mensen met psychische klachten professionele hulp inschakelen. Men zoekt tegenwoordig ook sneller na het ontstaan van psychische problemen hulp, al varieert het hulpzoekgedrag sterk per stoornis. Bovendien hangt het zoeken van hulp af van de mate waarin de klachten als een psychisch probleem worden beschouwd. Ten slotte zijn er generatie- en sekseverschillen in de mate waarin en de snelheid waarmee hulp wordt gezocht voor psychische aandoeningen (Horsfield et al., 2020).

Uit een grootschalig onderzoek naar de geestelijke gezondheid van de volwassen bevolking van Nederland (NEMESIS-3: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-3) komt naar voren dat ruim een kwart van de

Labeling-theorie

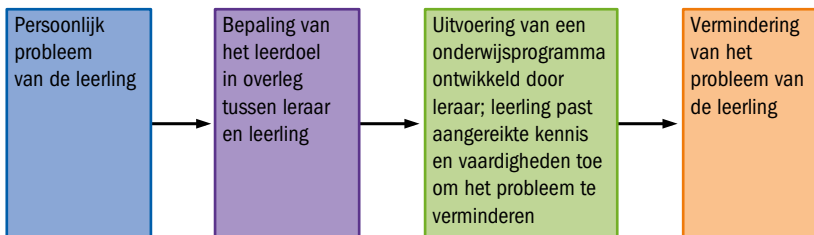
Stigma

Nederlandse volwassenen het jaar voorafgaand aan het onderzoek een psychische stoornis had (Ten Have et al., 2022). Van deze groep heeft in die periode vier op de tien in verband met psychische klachten een beroep gedaan op de algemene gezondheidszorg of de geestelijke gezondheidszorg. 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 et al., 2010; Dubreucq et al., 2021).

1.3.3 Het leer- of onderwijsmodel

Als alternatief voor het medisch model bepleiten verschillende auteurs (onder andere Authier et al., 1975; Van der Molen, 1985) een leer- of onderwijsmodel (zie ook hoofdstuk 4). 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 et al. (1975) een alternatief voor het medisch model geformuleerd (zie figuur 1.4).

FIGUUR 1.4 Het onderwijsmodel



Niet als in het medisch model zijn er in het onderwijsmodel twee partijen betrokken bij het aanpakken van psychische problematiek. Bij het medisch model waren dat de therapeut en de patiënt, in het onderwijsmodel noemen we hen de leraar en de leerling. In het onderwijsmodel wordt de psychische problematiek van de cliënt 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 spreekt men ook niet van therapie maar van 'uitvoering van een onderwijsprogramma'. Daarin reikt de hulpverlener ('de leraar') kennis en vaardigheden aan die kunnen bijdragen aan de vermindering of opheffing van de tekorten bij de cliënt ('de leerling'). Als dat lukt, is het doel bereikt. Waarom prefereren de aanhangers ervan 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: deze 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 als verantwoordelijk voor zichzelf en dus als 'aanspreekbaar' kunnen worden beschouwd). De gedachte achter het onderwijsmodel van psychische hulpverlening is zeker niet nieuw. Authier en collega's (1975) verwijzen in hun overzichtsartikel al naar een aantal prominente theoretici bij wie meer of minder expliciet 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 in veel gevallen gesproken kan worden van geestesziekte als aan psychische problemen organische afwijkingen ten grondslag liggen. Ook de term therapie, ter aanduiding van de behandeling, vinden zij dan op zijn plaats. Toch is een ander criterium voor hen belangrijker voor de bepaling van de grens tussen ziekte en gezondheid, namelijk het al genoemde begrip verantwoordelijkheid of aanspreekbaarheid (zie bijvoorbeeld Van der Molen, 1985). Pas als mensen niet meer zelf de verantwoordelijkheid kunnen dragen voor hun eigen gedrag, en dus niet aanspreekbaar zijn op hun doen en laten, kunnen ze als 'ziek' worden beschouwd. Het onderwijsmodel is dan niet goed bruikbaar.

Dit demarcatie- of afgrenzingscriterium van het onderwijsmodel leidt tot een meningsverschil met Szasz, die aantoonbare organische afwijkingen als criterium voor (geestes)ziekte hanteert. Een aantal stoornissen die in de DSM-5-TR 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 geldt bijvoorbeeld voor psychotische stoornissen die niet aan een aantoonbaar neurologisch defect toe te schrijven zijn (zie hoofdstuk 12). In deze gevallen neemt men gewoonlijk aan dat de eigen verantwoordelijkheid voor het zelfstandig nemen van beslissingen over zaken die voor het eigen leven belangrijk zijn 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 als 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. Als die wel nog aanwezig is, spreekt men niet van ziekte maar van '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.

**Demarcatie- of
afgrenzings-
criterium**

1.4 Tot besluit

Dit hoofdstuk stond in het teken van het onderwerp dat de kern vormt van de klinische psychologie: psychische stoornissen. Het blijkt moeilijk om daarvan een duidelijke en eenduidige definitie 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 iemands persoonlijk lijden en de mate waarin het gedrag het functioneren van de persoon en zijn omgeving belemmert. Geen van deze aspecten is echter 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. De laatste jaren maakt steeds meer het idee opgang dat er sprake is van een continuüm tussen psychische gezondheid en psychische problemen. Dit sluit aan bij het eerdergenoemde statistisch model. Een heel duidelijke grens tussen de aan- en afwezigheid van psychische stoornissen is er volgens deze gedachte niet (Shankman et al., 2009; Groen et al., 2019; Schreuder et al., 2021; McGorry & Van Os, 2013). Dus iedereen kan zich bijvoorbeeld weleens somber voelen, maar bij een toename in ernst en frequentie kan deze gemoedstoestand verschuiven op het continuüm van een mild niveau naar een ernstig psychisch probleem, zoals een depressie. Ook kan een verschuiving op het continuüm door de tijd plaatsvinden. Soms heeft iemand met een psychische stoornis veel klachten terwijl die op andere momenten minder sterk aanwezig kunnen zijn. De ernst van de klacht voor het individu en/of de omgeving, in combinatie met de duur van de klacht geeft aan of er sprake is van behoefte aan hulp of zorg.

Continuüm

Verhouding tussen hulpverlener en patiënt

Wat verder opvalt in de hiervoor besproken modellen zijn de verschillen in de wijze waarop hulpverlener en patiënt zich tot elkaar verhouden. Bij het medisch model is deze verhouding enigszins autoritair, terwijl bij het onderwijsmodel hulpverlener en patiënt meer gelijkwaardig zijn'. De hulpverlener maakt daarbij gebruik van een samenwerkingsmodel (Lang & Van der Molen, 2020). In de praktijk is een duidelijke ontwikkeling zichtbaar die voortbouwt op dit samenwerkingsmodel, namelijk gedeelde besluitvorming, oftewel 'samen beslissen' (Akwa GGZ, 2022). Hierbij zijn hulpverlener en patiënt actief betrokken en nemen ze samen beslissingen over de verschillende stappen die tijdens het hulpverleningsproces moeten worden gezet. Daarbij wordt zowel gebruikgemaakt van de professionele competenties van de hulpverlener als van de wensen en competenties van de patiënt. Hulpverleners hebben expertise ten aanzien van symptomen, diagnostiek, behandelopties en potentiële voor- of nadelen van die verschillende opties. Patiënten zijn expert wat betreft hun eigen behoeftes, voorkeuren, doelen en waarden. De laatste jaren wordt op het gebied van gedeelde besluitvorming steeds meer onderzoek verricht binnen de geestelijke gezondheidszorg (zie ook hoofdstuk 8).

Gedeelde
besluitvorming

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 uit de jaren 70 van de stichting Pandora met de tekst: *'Ooit 'n normaal mens ontmoet? En, beviel het?'* De moraal van dit af-fiche willen we hier graag onderschrijven. Wanneer mensen een zekere af-wijking 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 diens omgeving niet meer draaglijk is. In die gevallen is professionele hulp geboden.

Samenvatting

- De klinische psychologie houdt zich bezig met het ontstaan, de diagnostiek en de behandeling van psychische stoornissen.
- Klinisch psychologen zien we in alle sectoren van de gezondheidszorg. Zij vormen de grootste groep binnen de psychologen die in de praktijk werkzaam zijn.
- Mensen kunnen afwijken van de norm ten aanzien van individuele aspecten (namelijk gedrag, gedachten of belevingen) en/of ten aanzien van relaties met anderen. Afwijkingen binnen relaties kunnen ook weer invloed hebben op gedrag, gedachten en belevingen binnen het individu.
- Volgens Seligman et al. (2001) zijn er zeven factoren die bepalen of gedrag als abnormaal moet worden beschouwd: (1) persoonlijk lijden, (2) (dis)functionaliteit van het gedrag, (3) irrationeel en onbegrijpelijk gedrag, (4) opvallend en onconventioneel gedrag, (5) onvoorspelbaarheid en controleverlies, (6) gedrag dat een ongemakkelijk gevoel bij anderen teweegbrengt, en (7) overtreden van morele normen.
- Er zijn verschillende modellen die ingaan op het onderscheid tussen normaal en abnormaal. In dit hoofdstuk zijn de volgende drie modellen besproken: het statistisch model, het ziektemodel en het onderwijsmodel.
- Volgens het statistisch model zijn menselijke eigenschappen min of meer normaal verdeeld en wordt abnormaliteit bepaald door een extreem lage of hoge score op schalen waarmee de eigenschappen worden gemeten.
- Volgens het ziektemodel zijn psychische stoornissen vergelijkbaar met somatische ziekten en wordt verondersteld dat een onderliggend mechanisme de psychische stoornis kan verklaren.
- Volgens het leer- of onderwijsmodel ontstaan psychische problemen als gevolg van leerprocessen. In het hulpverleningsproces werken hulpverlener en patiënt samen aan het oplossen daarvan.
- De laatste jaren maakt steeds meer het idee opgang dat er sprake is van een continuüm tussen psychische gezondheid en psychische problemen.
- In de praktijk is een duidelijke ontwikkeling zichtbaar waarin hulpverlener en patiënt samenwerken en samen beslissingen nemen over de verschillende stappen van het hulpverleningsproces.

Literatuurlijst

- Akwa GGZ (2020). *Kwaliteitsstandaard Destigmatisering*. Geraadpleegd op 15 december 2022, van <https://ggzstandaarden.nl/generieke-modules/destigmatisering/introductie>
- Akwa GGZ (2022). *Samen beslissen*. Geraadpleegd op 4 september 2022, van <https://www.ggzstandaarden.nl/pagina/samen-beslissen>
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Authier, J., Gustafson, K., Guerny, B. J., & Kasdorf, J. (1975). The psychological practitioner as a teacher. A theoretical-historical and practical review. *The Counseling Psychologist*, 5, 31-50. <https://doi.org/10.1177/001100007500500209>
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2014). *Abnormal Psychology: An integrative approach (7th edition)*. Cengage Learning.
- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Dehue, T. (2014). *Betere mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Atlas Contact.
- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1261-1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Duijker, H. C. J. (1959). Nomenclatuur en systematiek der Psychologie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 14, 176-217.
- Frances, A. (2013). *Terug naar normaal. Inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijks leven*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Goffman, E. (1961). *Asylums essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Aldine.
- Groen, R., Wichers, M., Wigman, J., & Hartman, C. (2019). Specificity of psychopathology across levels of severity: a transdiagnostic network analysis. *Scientific Reports*, 9(1), Artikel 18298. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-54801-y>
- Horsfield, P., Stolzenburg, S., Hahm, S., Tomczyk, S., Muehlan, H., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2020). Self-labeling as having a mental or physical illness: the effects of stigma and implications for help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 55, 907-916. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01787-7>
- Horwitz, A.V., & Wakefield, J. C. (2012). *All we have to fear: psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. Oxford University Press.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2012). *Abnormal Psychology*. Twelfth edition. John Wiley & Sons.
- Landelijk Platform GGZ, GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, Landelijke vereniging van Eerstelijnspsychologen, Meer GGZ, Nederlandse Vereniging Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012). *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014*.
- Lang, G., & Van der Molen, H. T. (2020). *Psychologische Gespreksvoering. Een basis voor hulpverlening*. Boom.
- Lens-Daey Ouwens, I. M., Heijstra, M. P., & Timmerman, L. (2011). Neurosyfilis: onverwacht weerzien met een oude bekende. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 125-129.
- McGorry, P., & Van Os, J. (2013). Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. *The Lancet*, 381(9863), 343-345. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61268-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61268-9)
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, A. (2014). *Abnormal psychology in a changing world (9th edition)*. Pearson.
- Nolen-Hoeksema, S. (2014). *(Ab)normal psychology (6th edition)*. McGraw-Hill.
- Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2014). *Abnormal psychology (8th edition)*. Pearson.
- Pomerantz, A. M. (2012). *Clinical psychology. Science, practice, and culture (3th edition)*. Sage.
- Reber, A. S. (2004). *Woordenboek van de psychologie: Termen, theorieën en verschijnselen (5e uitgebreide, herziene druk)*. Bert Bakker. (vertaling en bewerking van The Penguin Dictionary of Psychology)

- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250-258. <https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250>
- Scheff, T. (1966). *Being mentally ill*. Aldine.
- Scheff, T. (1974). The labeling theory of mental illness. *American Sociological Review*, 39, 444-452. <https://doi.org/10.2307/2094300>
- Schreuder, M. J., Wigman, J. T. W., Groen, R. N., Wichers, M., & Hartman, C. A. (2021). On the transience of stability of subthreshold psychopathology. *Scientific Reports*, 11, 23306. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-02711-3>
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2001). *Abnormal Psychology (4th edition)*. W. W. Norton & Company.
- Shankman, S. A., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Small, J. W., Seeley, J. R., & Altman, S. E. (2009). Subthreshold conditions as precursors for full syndrome disorders: a 15-year longitudinal study of multiple diagnostic classes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1485-1494. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02117.x>
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness*. Hoeber-Harper.
- Takens, R. J. (1984). De klinisch psycholoog. In R. A. Roe (red.). *Wat doet de psycholoog?* (pp. 144-180). Van Gorcum
- Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorselaer, S., Schouten, F., & De Graaf, R. (2022). *NEMESIS. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 19 januari 2023 van <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis>
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned. Discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Rose, D., & Mehta, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in psychiatric treatment*, 16, 53-59. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004481>
- Van den Bosch, R. J. (1993). *Schizofrenie: Subjectieve ervaringen en cognitief onderzoek*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Molen, H. T. (1985). *Hulp als onderwijs: Effecten van cursussen voor verlegen mensen*. Wolters-Noordhoff.
- Van Heck, S. (2019, 10 oktober). *Nederland minder tolerant op het gebied van geestelijke gezondheid dan andere landen*. Ipsos. Geraadpleegd op 18 aug 2022, van <https://www.ipsos.com/nl-nl/nederland-minder-tolerant-op-het-gebied-van-geestelijke-gezondheid-dan-andere-landen>
- Van Os, J. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Diagnosis Uitgevers.
- Veerbeek, M., Knispel, A., & Nuijen, J. (2012). *GGZ in tabellen 2011*. Trimbos-instituut.
- Winnubst, J., Schnabel, P., Van den Bout, J., & Van Son, M. (1991). Nieuwe ontwikkelingen in de klinische psychologie. In J. A. M. Winnubst, P. Schnabel, J. Van den Bout & M. Van Son (red.), *De metamorfose van de klinische psychologie: Nieuwe ontwikkelingen in de klinische en gezondheidspsychologie*. Van Gorcum. (Introductie, VII-XI).