

---

# Klinische psychologie

---

Theorieën en psychopathologie

---

Henk T. van der Molen  
Sandra Perreijn  
Marcel A. van den Hout



Noordhoff Uitgevers

OpenUniversiteitNederland



**Klinische psychologie**

**Theorieën en psychopathologie**



# **Klinische psychologie**

## **Theorieën en psychopathologie**

Redactie

Henk van der Molen

Sandra Perreijn

Marcel van den Hout

Tweede druk

**Noordhoff Uitgevers Groningen | Houten**

Ontwerp omslag: G2K-designers, Groningen  
Omslagillustratie: Photodisc

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](mailto:info@noordhoff.nl)

Met betrekking tot sommige teksten en/of illustratiemateriaal is het de uitgever, ondanks zorgvuldige inspanningen daartoe, niet gelukt eventuele rechthebbende(n) te achterhalen. Mocht u van mening zijn (auteurs)rechten te kunnen doen gelden op teksten en/of illustratiemateriaal in deze uitgave dan verzoeken wij u contact op te nemen met de uitgever.

2 3 4 5 6 / 14 13 12 11 10

© 2010 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.cedar.nl/reprorecht](http://www.cedar.nl/reprorecht)). 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.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*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) 978-90-01-84274-1  
ISBN 978-90-01-40002-6  
NUR 772

# Inhoud

---

## **Algemene inleiding 11**

### **Deel 1 Het terrein van de klinische psychologie 19**

- 1 Over klinische psychologie en 'abnormaal' gedrag 21

### **Deel 2 Theoretische referentiekaders 55**

- 2 Biologische benaderingen van psychopathologie 57  
3 Leertheoretische modellen van psychopathologie 107  
4 Cognitieve theorieën 167  
5 Psychoanalytische theorieën 211  
6 Humanistische theorieën 257  
7 Systeemgeoriënteerde benaderingen van psychopathologie 287  
8 Theorieën beschouwd 337

### **Deel 3 Classificatie en diagnostiek 357**

- 9 Classificatie 359  
10 Klinische diagnostiek 391

### **Deel 4 Psychopathologie 423**

- 11 De paniekstoornis, fobieën en gegeneraliseerde angst 427  
12 De obsessief-compulsieve stoornis 471  
13 Posttraumatische stress 493  
14 Depressie en manie 541  
15 Somatoforme en psychosomatische klachten 613  
16 Slaapstoornissen 651  
17 Eetstoornissen 691  
18 Middelgebonden stoornissen en verslaving 723  
19 Stoornissen in de impulsbeheersing 781  
20 Genderidentiteitsstoornissen en seksuele stoornissen 803  
21 Dissociatieve stoornissen 849  
22 Psychosen 885  
23 Psychiatrische stoornissen met algemeen-medische oorzaken 929  
24 Persoonlijkheidsstoornissen 959

- Literatuur A-1  
Over de auteurs A-93  
Zakenregister A-97  
Personenregister A-115  
Illustratieverantwoording A-137

## Woord vooraf

---

Het doel van dit boek is een inleiding te geven in het brede gebied van de klinische psychologie. Deze wetenschap houdt zich bezig met vraagstukken rondom het ontstaan, het voortbestaan en de behandeling van psychische problemen en stoornissen. 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 in de eerste plaats te denken aan studenten sociale wetenschappen (psychologie, pedagogie). In de tweede plaats is het boek bedoeld voor studenten aan medische en paramedische opleidingen, die in hun beroepsuitoefening misschien niet direct met de behandeling van psychische problemen te maken hebben, maar voor wie een basiskennis van de grote verscheidenheid aan problemen en stoornissen noodzakelijk is. In dit verband denken we aan wo-studenten geneeskunde en studenten van diverse hbo-opleidingen, zoals (psychiatrische) verpleegkunde, sociaal-pedagogische hulpverlening en maatschappelijk werk en dienstverlening.

Het boek is ontwikkeld aan de faculteit Psychologie van de Open Universiteit Nederland, waar de cursus *Klinische psychologie 1: persoonlijkheidstheorieën en psychopathologie* – als basisvak – een verplicht onderdeel is van het propedeutisch curriculum.

Dit boek bevat, zoals de titel al aangeeft, vooral een beschrijving van theoretische achtergronden en van de verschijningsvormen van de verschillende stoornissen. In de cursus *Klinische psychologie 2: diagnostiek en therapie* en het bijbehorende boek (Smeets, Bögels, Van der Molen en Arntz, 1999) wordt nader aandacht besteed aan de diagnostiek van stoornissen en vooral ook aan de vraag of en hoe die stoornissen het beste behandeld kunnen worden.

### Opbouw

Het boek bestaat uit vier delen. In deel 1, *Het terrein van de klinische psychologie*, wordt een algemeen overzicht gegeven van het veld van de klinische psychologie. In deel 2, *Theoretische referentiekaders*, worden de belangrijkste theorieën van waaruit klinisch psychologen te werk gaan,



behandeld. Deel 3, *Classificatie en diagnostiek*, gaat over de classificatie van psychische stoornissen en over de verschillende methoden die worden gebruikt bij de diagnostiek van deze stoornissen. In deel 4, *Psychopathologie*, ten slotte worden de verschillende problemen en stoornissen, zoals angst, depressie, eetstoornissen, verslavingen en psychosen uitgebreid beschreven.

Bij deze cursus is ten behoeve van studenten van de Open Universiteit Nederland, die de cursus als afstandsonderwijs volgen, een werkboek ontwikkeld, waarin voor ieder hoofdstuk leerdoelen, opdrachten en toetsvragen opgesteld zijn. Ook zonder dit werkboek achten we het boek echter goed bruikbaar in meer traditionele vormen van onderwijs, waarbij de docent in interactie treedt met de studenten.

Voorts omvat de cursus *Klinische psychologie 1: Persoonlijkheidstheorieën en psychopathologie* de dvd *Psychopathologie*. Deze dvd is vervaardigd in nauwe samenwerking tussen hulpverleners (psychiaters en klinisch psychologen) van de Riagg Maastricht en de Riagg Oostelijk Zuid-Limburg (tegenwoordig onderdeel van de Mondriaan Zorggroep) en het cursus-team. Bij het bekijken van de dvd wordt de student in de rol van (beginnend) diagnosticus geplaatst. Op de dvd staan veertien korte gesprekken (anamnestische interviews) van hulpverleners met cliënten. De dvd heeft een tweedelig doel. In de eerste plaats worden studenten in staat gesteld kennis te maken met de uitingsvormen van de diverse psychische stoornissen die in deel 4 van het boek zijn beschreven. In de tweede plaats is de dvd een instrument waarmee studenten symptomen van psychische stoornissen kunnen leren herkennen en benoemen. Nadat zij hun eigen diagnose gesteld hebben, kunnen zij die vergelijken met de diagnose van de hulpverlener. Op basis van de genoemde dvd zijn in een door de Stichting SURF gefinancierd samenwerkingsproject van Open Universiteit Nederland, Erasmus Universiteit Rotterdam en Universiteit Twente, digitale interactieve programma's ontwikkeld, getiteld *Communicatieve Vaardigheden in Psychodiagnostiek* (ViPs). Deze programma's hebben tot doel bij de student diepere kennis en inzicht in het proces van psychodiagnostiek teweeg te brengen.

### **Bij de tweede druk**

Nu het boek inmiddels bijna tien jaar in het onderwijs van tal van opleidingen is gebruikt, is het (hoog) tijd voor een tweede druk. We beschrijven hieronder de belangrijkste veranderingen ten opzichte van de eerste druk.

## WIJZIGINGEN IN DEEL 1 HET TERREIN VAN DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE

Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw hebben er in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ingrijpende reorganisaties, met name fusies, plaatsgevonden. Veel voorheen zelfstandig functionerende instellingen (zoals de Riagg's, Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) zijn opgegaan in grotere organisaties, die nu uiteenlopende vormen van hulp, van ambulante tot intramuraal, bieden. Verwijzingspatronen, de organisatie van het hulpaanbod, namen van instellingstypen, enzovoorts veranderen voortdurend en informatie daarover is al snel verouderd. Om die reden is hoofdstuk 2 uit de vorige druk, over de geestelijke gezondheidszorg in Nederland, komen te vervallen.

## WIJZIGINGEN IN DEEL 2 THEORETISCHE REFERENTIEKADERS

Het laatste decennium zijn er vooral veel nieuwe biologische en cognitieve theorieën over het ontstaan en instandblijven van psychopathologie ontwikkeld. Deze theorieën hebben dan ook in deze tweede druk een prominentere plaats gekregen. Meer geavanceerde technieken (met name beeldvormende technieken, waarmee hersenscans kunnen worden gemaakt) hebben veel informatie opgeleverd over de relatie tussen biologische factoren en het psychologische functioneren. Er is nu meer bekend over de invloed van biologische processen op de psyche, en andersom, over de invloed van psychologische factoren op het functioneren van de hersenen. Vooralsnog gaat het echter vooral om correlatieve verbanden: we weten bijvoorbeeld dat bepaalde hersenstructuren bij patiënten met schizofrenie anders functioneren dan bij mensen zonder deze aandoening, maar of dat afwijkende functioneren een oorzaak van de stoornis is en welke factoren nog meer een rol spelen en op welke manier, is nog niet bekend.

Hoewel de fundamenteën van de diverse theoretische benaderingen die in deel 2 worden beschreven hetzelfde zijn gebleven, zijn er veel stoornisspecifieke theorieën bij gekomen. Deze nieuwe theorieën worden met name beschreven in de (stoornisspecifieke) hoofdstukken over psychopathologie, in deel 4 van het boek.

## WIJZIGINGEN IN DEEL 3 CLASSIFICATIE EN DIAGNOSTIEK EN DEEL 4 PSYCHOPATHOLOGIE

### *Aanpassing aan de nieuwste versie van de DSM: de DSM-IV-TR*

In de eerste druk werd de psychopathologie beschreven aan de hand van het classificatiesysteem DSM-IV (APA, 1994). In 2000 is een 'text revision' van dit systeem uitgebracht, de DSM-IV-TR (APA, 2000). Onduidelijke pas-

sages uit DSM-IV zijn daarin gewijzigd, en deze versie bevat nieuwe onderzoeksgegevens over aanvullende kenmerken van psychische stoornissen, comorbiditeit, cultuur-, leeftijd- en geslachtsgebonden kenmerken, prevalentie (hoe vaak komt een stoornis voor en bij wie) en verloop. De tweede druk van het boek is aangepast aan de DSM-IV-TR. De diagnostische criteria van de meeste stoornissen zijn vergeleken met DSM-IV niet veranderd. Evenmin zijn er nieuwe stoornissen of subtypen van stoornissen aan het classificatiesysteem toegevoegd.

De DSM-IV-TR is uitgebracht om de relatief lange periode te overbruggen tussen de DSM-IV (uit 1994) en de DSM-V die niet eerder dan in 2011 wordt verwacht. De DSM-V zal naar verwachting een ingrijpende revisie van DSM-IV(-TR) inhouden. Momenteel wordt er op grote schaal in tal van werkgroepen binnen de American Psychiatric Association (en daarbuiten) gediscussieerd over dit nieuwe classificatiesysteem, waarbij men zich buigt over vragen als: is het beter de categoriële classificatie te vervangen door of aan te vullen met een dimensionele classificatie, omdat een categoriële indeling niet zou voldoen, zeker niet bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen?; welke dimensies zijn dan van belang?; welke 'nieuwe' stoornissen horen in de DSM thuis en welke diagnostische criteria horen daarbij?; welke 'oude' stoornissen kunnen beter worden verwijderd of van andere diagnostische criteria worden voorzien?; dient het huidige beschrijvende systeem, waarbij de classificatie vooral aan de hand van waarneembare symptomen plaatsvindt, te worden vervangen door een systeem waarin meer rekening wordt gehouden met oorzaken van stoornissen, zoals pathofysiologische mechanismen?; is DSM te eenzijdig gericht op pathologie en tekortkomingen en zou het systeem daarnaast ook de classificatie van sterke kanten of deugden van cliënten en hun omgeving moeten omvatten?; wordt in DSM voldoende rekening gehouden met culturele en etnische variaties in het klinisch beeld van stoornissen en welke wijzigingen zijn nodig om een meer systematische inventarisatie van cultuurgereleerde factoren mogelijk te maken en het risico op fouten bij de diagnostiek te verkleinen? Op diverse plaatsen in het boek komen onderwerpen aan de orde uit de discussies die worden gevoerd in de aanloop naar DSM-V.

#### *Actualisering op basis van recente onderzoeksbevindingen*

De hoofdstukken over psychopathologie, in deel 4 van het boek, bevatten nieuwe gegevens over onder meer de frequentie waarmee specifieke stoornissen voorkomen en factoren die invloed hebben op het ontstaan en in stand blijven van psychische stoornissen. De meeste nieuwe theorieën die in het boek worden toegelicht, zijn – zoals we al opmerkten – afkomstig uit de biologische en de cognitieve benadering. Een belangrijke ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg is verder dat therapieën waarvan de ef-

fectiviteit in goed gecontroleerd onderzoek is aangetoond, terrein hebben gewonnen ten opzichte van therapeutische benaderingen waarvoor dat (nog) niet geldt. Op grond van bevindingen uit empirisch onderzoek zijn voor diverse stoornissen geprotocolleerde behandelrichtlijnen gepubliceerd. Deze ontwikkeling is in de hoofdstukken 11 t/m 24 terug te vinden: er is meer aandacht voor effectief gebleken behandelvormen.

Hoewel het veld van de klinische psychologie voortdurend in beweging blijft, hopen wij met deze tweede druk een actueel overzicht daarvan te hebben gegeven.

### **Dankwoord**

De verschillende hoofdstukken in dit boek zijn vrijwel alle door experts op de desbetreffende terreinen geschreven. Wij willen hen hier uitdrukkelijk bedanken voor hun bijdrage.

Voor de eindredactionele afwerking en het opmaken van de tekst tot een drukklaar geheel zijn we veel dank verschuldigd aan Jan Hendriks, Annette Bouwels en Sandra Daems. Verder danken we Ronald Gossieau voor de fotoresearch, en Matthijs Conradi en Nele Jacobs voor hun bijdrage aan de afronding van het boek.

Bij de redactie van de verschillende hoofdstukken hebben we gestreefd naar een zo groot mogelijke uniformiteit, onder meer door de opname van boxen die tot doel hebben de tekst nader te illustreren en te verlevendigen.

Wij hopen dat we met name door de uitgebreide aandacht voor de didactische aspecten van het boek het belangrijke veld van de klinische psychologie breder toegankelijk hebben gemaakt. In hoeverre we daarin geslaagd zijn, is ter beoordeling van de lezer.

augustus 2006

Henk van der Molen  
Sandra Perreijn  
Marcel van den Hout

# Algemene inleiding

*Henk van der Molen en Sandra Perreijn*

Het doel van dit boek is een overzicht te bieden van het brede vakgebied van de klinische psychologie. Deze subdiscipline van de psychologie houdt zich bezig met de vele verschillende vormen van afwijkend of ‘abnormaal’ menselijk gedrag. Andere termen die in dit verband worden gebruikt, zijn: psychische of psychiatrische problematiek en psychische stoornissen. We geven een voorbeeld.

De heer Jager is 40 jaar, getrouwd en heeft drie kinderen. Sinds de voltooiing van zijn opleiding tot meester in de rechten is hij als beleidsmedewerker werkzaam op het gemeentehuis van een middelgrote stad. In die periode heeft hij verscheidene malen promotie gemaakt. Bij zijn collega's staat hij bekend als een buitengewoon punctueel man met een grote kennis van zaken. Ondanks zijn succes is hij echter zelf steeds meer aan zijn eigen capaciteiten gaan twijfelen. De promoties beschouwt hij als missers van zijn superieuren. Zelf wilde hij de laatste bevordering – inmiddels twee jaar geleden – tegenhouden, maar onder druk van zijn vrouw is hij er uiteindelijk toch mee akkoord gegaan. De twijfel aan zijn eigen capaciteiten gaat de laatste drie maanden dikwijls gepaard met ernstige gevoelens van somberheid. Door het tobben ligt hij vaak nachten wakker. Dat heeft weer tot gevolg dat hij onuitgerust op zijn werk verschijnt, waardoor hij geregeld blunders begaat. Bovendien is hij thuis zeer prikkelbaar. Als hij 's avonds van zijn werk thuiskomt, kunnen de kinderen maar beter bij hem uit de buurt blijven. Soms is de heer Jager bang dat hij gek zal worden. Daarbij moet hij vaak denken aan zijn moeder, die haar hele leven met depressies te kampen heeft gehad. Zij is een aantal malen in een psychiatrische inrichting opgenomen geweest en hij vreest dat hem in de nabije toekomst hetzelfde zal overko-

men. Zijn karakter lijkt immers veel meer op dat van zijn moeder dan op dat van zijn vader, die – ondanks de depressieve episodes van zijn echtgenote – altijd opgeruimd en energiek is gebleven. Om hulp vragen beschouwt de heer Jager eigenlijk als een afgang. Uiteindelijk besluit hij toch om hulp te zoeken. Zijn huisarts verwijst hem door naar een gezondheidszorgpsycholoog, bij wie hij zijn klachten in het intakegesprek naar voren brengt. Na doorvragen blijkt dat de heer Jager er vaak over denkt om ‘eruit te stappen’. Aan het eind van het gesprek komt de klinisch psycholoog tot de conclusie dat er bij de heer Jager sprake is van een ‘depressieve stoornis, eenmalige episode’.

Bij psychische klachten en stoornissen, zoals in dit voorbeeld, is er in het algemeen een onderscheid te maken tussen het ontstaan van de problemen, het voortbestaan ervan en de mogelijkheden om er iets aan te doen. Hoe is bijvoorbeeld het ontstaan van de depressieve stoornis bij de heer Jager te verklaren? Hebben de verschillende promoties de draaglast dusdanig vergroot dat hij die last niet meer aankan? Spelen erfelijke factoren een rol? Zijn moeder had immers ook al last van depressies. Wat is de rol van zijn vrouw en kinderen in het geheel? Dit zijn allemaal vragen die bij een gedegen onderzoek naar het ontstaan van de klachten aan de orde moeten komen. De antwoorden op die vragen staan bovendien niet los van elkaar.

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, spreken we van een *theorie*. Zo is er in de loop der tijd over de depressieve stoornis een aantal verschillende theoretische opvattingen ontwikkeld. Biologische benaderingen bijvoorbeeld leggen het accent vooral op fysiologische, neurologische, biochemische en genetische factoren, terwijl leertheoretische benaderingen de oorzaak meer zoeken in de individuele leergeschiedenis van de persoon.

Het onderzoek naar de kenmerken van de psychische problemen die iemand heeft en naar de psychologische oorzaken voor het ontstaan daarvan wordt doorgaans aangeduid als *psychodiagnostiek*. De heer Jager vertoont bijvoorbeeld symptomen die kenmerkend zijn voor depressie: zijn sombere stemming, zijn slaapproblemen en zijn gedachten om ‘eruit te stappen’. De leer van het ontstaan van stoornissen staat te boek als etiologie. Bij de meeste psychische stoornissen is het lastig om een eenduidige oorzaak te vinden. Dikwijls is er sprake van een complex van biologische, psycholo-

gische en sociale factoren. De verschijnselen, zoals die zich bij de verschillende stoornissen voordoen, worden beschreven in de zogenaamde *psychopathologie*.

Wanneer het erom gaat iets aan de problematiek te doen, wordt over het algemeen gesproken van *therapie*. Bij dit laatste valt dan weer een onderscheid te maken tussen de *biologische therapieën* (bijv. met behulp van psychofarmaca) en de verschillende vormen van *psychologische hulp*, waarin vooral gesprekken worden gevoerd met de cliënt. Aanhangers van de biologische benadering zullen bij de behandeling van de depressie van de heer Jager doorgaans eerder geneigd zijn antidepressiva voor te schrijven dan hulpverleners met een leertheoretische achtergrond; deze laatsten zullen vaker geporteerd zijn voor een gedragstherapeutische behandeling. In de klinische praktijk worden ook vaak combinaties van verschillende behandelmethoden toegepast. De heer Jager knapt wellicht aanzienlijk op bij een gedragstherapeutische behandeling ondersteund met medicijnen. In Nederland bestaat een uitgebreid stelsel van voorzieningen waar hulpverleners vanuit verschillende theoretische achtergronden uiteenlopende vormen van therapie aanbieden.

In aansluiting op het bovenstaande zijn de algemene doelen van dit boek:

- het verschaffen van kennis over en inzicht in de verschillende theoretische referentiekaders die in de klinische psychologie worden gebruikt
- het vergroten van kennis over psychodiagnostiek: de classificatie van stoornissen en de methoden en instrumenten die bij het stellen van een diagnose van belang zijn
- het vergroten van kennis van de psychopathologie: de verschillende stoornissen die worden onderscheiden en de kenmerken van die stoornissen
- het bieden van een heel globaal overzicht van de verschillende mogelijkheden tot behandeling van psychische stoornissen.

In het bovenstaande zijn reeds de contouren van dit boek aangegeven. Het bestaat uit vier delen.

In deel 1, *Het terrein van de klinische psychologie*, worden enkele algemene achtergronden geschetst. We beginnen in hoofdstuk 1 met een nadere aanduiding van het vakgebied van de klinische psychologie. Een belangrijke vraag die daarbij aan de orde komt, is waar de grenzen tussen ‘normaal’ en ‘abnormaal’ gedrag liggen.

Deel 2 staat in het teken van de verschillende *theoretische referentiekaders* van waaruit klinisch psychologen werken. De uitgangspunten van die theorieën verschillen. Enigszins simplificerend kan men stellen dat de

mens is gemaakt van vlees en bloed, dat hij vanaf de geboorte een lerend wezen is, dat hij een bewustzijn heeft en in staat is te denken, dat hij afstamt van een vader en een moeder en meestal opgroeit in een gezin, dat hij een persoonlijk ontwikkelingsproces doormaakt waarin hij zich ontplooit, dit alles binnen de context van verschillende sociale systemen (gezin, school, werk). De uitwerking van deze simplificatie leidt tot verschillende accenten in de theoretische benaderingen van psychische stoornissen. Achtereenvolgens worden de volgende benaderingen beschreven: biologische benaderingen van psychopathologie (hoofdstuk 2), de leertheorieën (hoofdstuk 3), de cognitieve theorieën (hoofdstuk 4), de psychoanalytische theorieën (hoofdstuk 5), de humanistische theorieën (hoofdstuk 6) en de systeemgeoriënteerde benaderingen (hoofdstuk 7). Deze theorieën vullen elkaar soms aan, soms zijn ze in strijd met elkaar. Bij zoveel verschillende visies op psychische stoornissen rijst natuurlijk de vraag: wie heeft er nu gelijk? Of zijn er tegelijkertijd verschillende visies mogelijk? Deze vragen vormen het onderwerp van hoofdstuk 8, waarin een aantal veelvoorkomende reacties van klinisch psychologen op de diversiteit aan theorieën zal worden beschreven.

Deel 3 gaat over *classificatie en psychodiagnostiek*. Hoofdstuk 9 gaat over de achtergronden en toepassingen van de classificatie van psychische stoornissen. Daarbij komen verschillende soorten classificatie aan bod. Belangrijk is bijvoorbeeld de vraag of verschijnselen van psychopathologie categorieel dan wel dimensioneel moeten worden geclassificeerd. Bij *categoriële* classificatie worden stoornissen ingedeeld in afzonderlijke klassen, die kwalitatief duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn: iemand heeft een specifieke stoornis of hij heeft hem niet. Deze wijze van classificeren vindt zijn oorsprong in de geneeskunde, waar men ook probeert tot diagnoses van ziektebeelden te komen op basis van het al dan niet aanwezig zijn van een bepaalde combinatie van symptomen. Aan een *dimensionele* classificatie ligt de veronderstelling ten grondslag dat er bij de verschillende stoornissen vaak sprake is van een ‘glijdende schaal’: mensen kunnen bijvoorbeeld een beetje somber zijn, nogal in de put zitten of zeer depressief zijn. Bij dimensionele classificatie gaat het er niet zozeer om te beoordelen of iemand depressief is of niet, maar in welke mate hij depressief te noemen is. De grens tussen ‘pathologisch’ en ‘normaal’ is bij deze wijze van classificatie niet scherp te trekken.

Na de algemene aspecten van classificatie worden twee invloedrijke classificatiesystemen beschreven: de tekstrevisie van de vierde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, gepubliceerd door de American Psychiatric Association, en de tiende editie van de *International Classification of Diseases (ICD-10)*, samengesteld door de World Health Organization (WHO).



In hoofdstuk 10 volgt een beschrijving van het ‘gereedschap’ dat de klinisch psycholoog kan gebruiken bij de individuele psychodiagnostiek. In dit hoofdstuk over *klinische psychodiagnostiek* wordt eerst ingegaan op verschillende algemene methoden van diagnostiek. Daarna komen de concrete instrumenten aan de beurt: het klinisch interview, gedragsobservatie, persoonlijkheidstests en klachtenlijsten, intelligentietests, projectieve methoden en neuropsychologische tests.

In deel 4, over *psychopathologie*, worden de verschillende psychische stoornissen uitgebreid beschreven. Om welke stoornissen het gaat, ziet u in tabel 1.

**TABEL 1**

Overzicht van de stoornissen in deel IV

- De paniekstoornis, fobieën en de gegeneraliseerde angststoornis (hoofdstuk 11)
- De obsessief-compulsieve stoornis (dwanghandelingen en dwanggedachten) (hoofdstuk 12)
- De posttraumatische stress-stoornis (hoofdstuk 13)
- Depressie en manie (hoofdstuk 14)
- Somatoforme en psychosomatische klachten (hoofdstuk 15)
- Slaapstoornissen (hoofdstuk 16)
- Eetstoornissen (hoofdstuk 17)
- Stoornissen in en door het gebruik van middelen (hoofdstuk 18)
- Stoornissen in de impulsbeheersing (hoofdstuk 19)
- Genderidentiteitsstoornissen en seksuele stoornissen (hoofdstuk 20)
- Dissociatieve stoornissen (hoofdstuk 21)
- Psychosen (hoofdstuk 22)
- Psychiatrische stoornissen met een medische oorzaak (hoofdstuk 23)
- Persoonlijkheidsstoornissen (hoofdstuk 24)

We volgen in dit deel in grote lijnen de indeling in stoornissen volgens de DSM-IV-TR (zie hierboven). In een aantal opzichten is daarvan echter afgeweken. Zo hebben wij ervoor gekozen te beginnen met de bespreking van meer herkenbare stoornissen. Dit in tegenstelling tot de DSM-IV-TR, die begint met stoornissen zoals psychosen en psychiatrische stoornissen met een algemeen-medische oorzaak. De belangrijkste reden voor die keuze is dat deze herkenbare stoornissen in de praktijk het meest voorkomen en daardoor mogelijk ook meer aansluiten bij de belevingswereld van de lezer. Bijna iedereen heeft wel eens te maken met angst of somberheid, hetzij uit eigen ervaring, hetzij door ervaringen met mensen uit de omgeving. Die herkenbaarheid zal meestal minder groot zijn bij de ‘zwaardere’ vormen van psychopathologie, zoals de psychotische stoornissen.

Een ander verschil met de DSM-IV-TR is dat in dat classificatiesysteem ook stoornissen in de kinder- en jeugdijaren (zoals zindelijkheids-, leer- en gedragsstoornissen en autisme) worden beschreven, terwijl wij ons in dit boek beperken tot stoornissen bij volwassenen.

We hebben gestreefd naar een systematische en uniforme opbouw van de verschillende hoofdstukken in deel 4. De auteurs van deze hoofdstukken over psychopathologie, allen experts op het door hen beschreven terrein, kregen het verzoek in hun hoofdstuk achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan de orde te stellen.

### 1 *Gevalsbeschrijvingen*

Ieder hoofdstuk begint met enkele gevalsbeschrijvingen, als voorbeelden van (een deel van) het klinische beeld van de te bespreken stoornissen. De eerste gevalsbeschrijving is een tamelijk milde variant van de stoornis, die voor veel mensen herkenbaar is. De tweede en eventueel volgende gevalsbeschrijvingen geven de kenmerken van een ernstiger, meer pathologische variant weer. Aldus wordt het graduele karakter van psychische problematiek en het soms lastige onderscheid tussen ‘normaal’ en ‘abnormaal’ geïllustreerd.

### 2 *Klinisch beeld*

Het klinische beeld van de stoornis wordt uitgebreid beschreven: de symptomen die karakteristiek zijn voor een specifieke stoornis. De belangrijkste kenmerken volgens de DSM-IV-TR staan telkens in aparte kaders vermeld. Ook worden stoornissen genoemd die mogelijk met vergelijkbare symptomen gepaard gaan, maar onderscheiden dienen te worden van de stoornis in kwestie. Klinisch psychologen en psychiaters spreken hier van de *differentiaaldiagnose*. Zo kunnen een sombere stemming of slaapklachten bij verschillende stoornissen voorkomen. De duur van de klachten, de volgorde waarin zij zich hebben ontwikkeld, de aard van de andere klachten en de mate waarin de diverse klachten op de voorgrond staan, beïnvloeden dan de uiteindelijke diagnose.

Zo mogelijk worden ook gegevens gepresenteerd over de comorbiditeit, dat wil zeggen: problemen of stoornissen die dikwijls gezamenlijk optreden, aan elkaar voorafgaan of elkaar opvolgen.

### 3 *Epidemiologie*

De epidemiologische gegevens van een stoornis komen – voor zover beschikbaar – aan bod. Deze gegevens hebben onder meer betrekking op de frequentie waarmee een bepaalde stoornis onder de bevolking voorkomt, de toe- of afname daarvan in de loop der tijd, de verdeling over verschillende bevolkingsgroepen (onder andere naar sekse en leeftijd) en culturele verschillen. Er zijn bijvoorbeeld stoornissen die verhoudingsgewijs vaak bij vrouwen voorkomen (zoals eetstoornissen), terwijl andere problemen meer bij mannen worden aangetroffen (bijv. alcoholproblemen). Epidemiologische gegevens over psychische stoornissen worden meestal weergegeven in termen van *prevalentie*: het aandeel mensen in een populatie dat

met een bepaalde psychische stoornis te kampen heeft. Prevalentiecijfers uit verschillende studies kunnen zeer uiteenlopen en zijn vaak moeilijk vergelijkbaar. Dat komt onder meer omdat onderzoekers verschillende definities van een stoornis hanteren en ook verschillende onderzoeksmethodieken en informatiebronnen gebruiken. Bovendien meten sommige onderzoekers het aandeel mensen dat op een bepaald moment lijdt aan de desbetreffende stoornis (de *puntprevalentie*), terwijl anderen geïnteresseerd zijn in het optreden van klachten in een bepaalde periode (*periodeprevalentie*, bijv. de jaarprevalentie) of gedurende het hele leven (*lifetimeprevalentie*).

#### 4 Etiologie

Bij de beschrijving van de etiologie gaat het om de vraag hoe het komt dat een stoornis is ontstaan: welke biologische, psychische, sociale en culturele factoren spelen daarbij een rol? Het zal blijken dat hierover vanuit verschillende theoretische visies (zie deel II) ook verschillend wordt gedacht. De factoren die werkzaam zijn bij het ontstaan en voortbestaan van een stoornis, kunnen globaal worden ingedeeld in predisponerende, precipiterende en perpetuerende factoren. Bij *predisponerende* factoren gaat het doorgaans om kenmerken van de persoon die het risico vergroten dat diegene een specifieke psychische stoornis ontwikkelt. Het individu heeft dan een bepaalde kwetsbaarheid (predispositie), die alleen onder bepaalde omstandigheden resulteert in het ontstaan van een stoornis of symptomen daarvan. Deze omstandigheden worden aangeduid als de *precipiterende* factoren of stressfactoren: zij leiden ertoe dat de stoornis of het symptoom zich ook ontwikkelt en manifesteert. *Perpetuerende* factoren tot slot zijn factoren die de stoornis in stand houden. Het onderscheid tussen deze drie niveaus in de etiologie van een stoornis is niet altijd duidelijk te maken. Dat komt omdat directe oorzaak-gevolgrelaties bij de verklaring van psychische problemen nu eenmaal moeilijk aantoonbaar zijn. Veel van de in dit boek gepresenteerde onderzoeksresultaten hebben dan ook betrekking op correlatieve verbanden tussen factoren, niet op causale relaties. Sommige theoretische benaderingen van de psychopathologie richten zich vooral op de factoren die mogelijk tot het ontstaan van een stoornis leiden, andere theorieën gaan meer over de mechanismen die bijdragen aan het in stand blijven van een stoornis. Overigens is het niet onze bedoeling geweest om systematisch per stoornis alle theoretische visies op het ontstaan en het verloop ervan te beschrijven. Bij voorkeur zijn benaderingen gepresenteerd waarvoor (enig) empirisch bewijsmateriaal voorhanden is en die ook expliciete verklaringen hebben geformuleerd voor het ontstaan en voortbestaan van een specifieke stoornis.

### 5 *Behandeling*

Elk hoofdstuk van dit deel gaat heel kort in op de vormen van behandeling die bij de stoornissen in kwestie worden toegepast, en op de effectiviteit van die behandelmethoden. Deze thematiek komt echter veel uitgebreider aan de orde in het boek *Klinische psychologie: diagnostiek en therapie* (Smeets et al., 1999), dat hoort bij de gelijknamige cursus van de Open Universiteit Nederland. Daarin wordt ook beschreven op welke wijze men onderzoek naar de effecten van de verschillende soorten van behandeling moet doen en wat tot dusver de belangrijkste uitkomsten van dat effectonderzoek zijn.

Met opzet merkten we eerder op dat we hebben *gestreefd* naar een systematische en uniforme opbouw van de verschillende hoofdstukken in deel IV. Bij een zo groot aantal auteurs moesten we – als eindredactie – bij dit streven natuurlijk af en toe wat water bij de wijn doen. Dat betekent dat in een aantal hoofdstukken enigszins wordt afgeweken van de hiervoor beschreven systematiek.

Bij dit vierde deel van het boek hoort een dvd, getiteld *Psychopathologie*. Op deze dvd worden veertien casus getoond van verschillende vormen van psychopathologie. Dit audiovisuele materiaal is ontwikkeld in een samenwerkingsverband tussen de faculteit Psychologie van de Open Universiteit Nederland, de afdeling Medische, Klinische en Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht, en hulpverleners van de Riagg Maastricht en van de Riagg Oostelijk Zuid-Limburg te Heerlen (tegenwoordig onderdeel van de Mondriaan Zorggroep).

Samenvattend, het doel van dit boek is een inleiding te geven in het vakgebied van de klinische psychologie. Enige aandacht wordt besteed aan praktische zaken zoals psychodiagnostiek en de diverse vormen van therapie, maar het accent ligt op de verschillende theoretische referentiekaders, het relevante onderzoek en op de verschijnselen zelf: de psychopathologie.

# Deel 1

## Het terrein van de klinische psychologie

### Inhoud deel 1

<b>1</b>	<b>Over klinische psychologie en 'abnormaal' gedrag</b>	<b>21</b>
1.1	Inleiding	21
1.2	Het terrein van de klinische psychologie	22
1.3	Aspecten van 'abnormaal' gedrag	26
1.4	Normaal en abnormaal: waar ligt de grens?	36
1.5	Slotbeschouwing	50



# Hoofdstuk 1

## Over klinische psychologie en ‘abnormaal’ gedrag

Henk van der Molen en Sandra Perreijn

1.1	Inleiding	1.4.1	Het statistisch model
1.2	Het terrein van de klinische psychologie	1.4.2	Het medisch of ziektemodel
1.3	Aspecten van ‘abnormaal’ gedrag	1.4.3	Het leer- of onderwijsmodel
1.4	Normaal en abnormaal: waar ligt de grens?	1.5	Slotbeschouwing

### 1.1 Inleiding

Van alle subdisciplines binnen de psychologie is de klinische psychologie waarschijnlijk de meest bekende. Van iemand die aan anderen vertelt dat hij psycholoog is, wordt meestal gedacht dat hij dan wel iets te maken zal hebben met mensen met psychische problemen en dus klinisch psycholoog is. Dat is natuurlijk lang niet altijd het geval. Naast de klinische psychologie bestaat nog een flink aantal andere disciplines 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, 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

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

De klinische psychologie is volgens deze indeling dus één van de toepassingsgerichte subdisciplines binnen het brede vakgebied van de psychologie.

Dat de ‘gewone man’ bij een psycholoog geneigd is te denken aan een *klinisch* psycholoog, is overigens niet zo verwonderlijk. Van alle in de praktijk werkzame psychologen vormen de klinisch psychologen namelijk verreweg de grootste groep.

Takens (1984) heeft erop gewezen dat de term ‘klinisch’ gemakkelijk een verkeerde indruk kan wekken, omdat men 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 als eerstelijnspsycholoog, dat wil zeggen dat zij naast of met de huisarts, die ook werkzaam is in de eerstelijnsgezondheidszorg, 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 1.2). 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 1.3). Vanuit verschillende perspectieven is geprobeerd een antwoord te geven op de vraag naar de grens tussen psychische gezondheid en ziekte. Drie modellen die aanknopingspunten bieden voor afbakening van deze grens, komen in dit hoofdstuk aan de orde: het statistisch model, het medisch of ziektemodel en het leer- of onderwijsmodel (paragraaf 1.4).

## 1.2

### 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 last but not least: 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 enkele voorbeelden van 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, blz. 331)



‘Klinische psychologie valt samen te vatten als de psychologie die zich bezighoudt met gedrag dat door wie dan ook als ongewenst wordt beschouwd en met de mogelijkheden in dat gedrag of in de wenselijkheid ervan, verandering te brengen.’

(Cassee, Höweler, & Janssen, 1981, blz. 9)

‘Clinical psychology is a field that is concerned with the application of psychological science to the assessment and treatment of mental disorders.’  
(American Psychological Association, 1991)

‘... clinical psychology is a subarea of psychology whose members, like some other psychologists, generate research about human behavior, seek to apply the results of that research, and engage in individual assessment. And like the members of some other professions, clinical psychologists provide assistance to those who need help with psychological problems.’  
(Nietzel, Bernstein, Kramer, Milich, & Kramer, 2002, blz. 3)

‘The field of clinical psychology involves research, teaching and services relevant to the applications of principles, methods, and procedures for understanding, predicting, and alleviating intellectual, emotional, biological, psychological, social and behavioral maladjustment, disability and discomfort, applied to a wide range of client populations.’  
(Resnick, 1991 in Nietzel et al., 2002, blz. 3)

‘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, blz. XI)

Hoe ruim men 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*. 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 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 per-

soonlijkheidspsychologie; 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* (bijv. excessief drinken), van afwijkende *gedachten* (zoals dwanggedachten) en van afwijkende *belevingen* (bijv. extreme angsten). Die afwijkingen kunnen afzonderlijk optreden, maar in veel gevallen is er 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.

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 repercussies voor het gedrag, de gedachten en belevingen *binnen* het individu. Om bij het laatste voorbeeld te blijven: de jongere die contacten met leeftijdgenoten 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, gedurig te moeten denken 'Heb ik die oude vrouw vermoord?' en te stikken van angst bij het betreden van een lift. 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?



Sigmund/Peter de Wit

#### 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 (2006) de academische opleiding psychologie vier jaar. Aan de meeste universiteiten bestaat een afstudeerrichting 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 postdoctoraal traject. De postdoctorale opleiding van de 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 stoornissen. Aan hen is – vooralsnog – ook het recht voorbehouden om psychofarmaca voor te schrijven aan patiënten.

### 1.3

#### 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.

##### 1 *Persoonlijk lijden*

Bij veel psychische stoornissen lijdt de persoon erg onder zijn problemen. Wie depressief is, voelt zich ellendig, leeg en futloos, heeft 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 zijn 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 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 bestempelen. Het gedrag van een boulimia-nervosapatiënte, die zich eerst helemaal vol eet om vervolgens deze grote hoeveelheid voedsel weer uit te braken (zie hoofdstuk 17) zal veel mensen volkomen zinloos en onbegrijpelijk voorkomen. Ook de chaotische en bizar aandoende gedachtegang van mensen die een psychose doormaken (zoals in het volgende voorbeeld), zal vaak tot de conclusie leiden dat er sprake is van abnormaal gedrag:

'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. Gezwollen 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)

#### 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 et al. (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 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 keurde, 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. (Als al het menselijk gedrag voorspelbaar zou zijn, zou het leven er bovendien een stuk saaier uitzien.)

#### 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 zij zelf zich gedragen, zullen zij eerder abnormaal of op zijn

Onconventioneel en  
opvallend



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 vreemding 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. Een man die zijn kantoorbaan opzegt en zijn huis verkoopt om daarna als straatmuzikant door Europa te trekken omdat een dergelijk leven hem meer aanspreekt, gedraagt zich (net als degene met het groene haar) onconventioneel, maar zal doorgaans niet 'psychisch gestoord' worden gevonden. 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 (bijv. heel goed kunnen toneelspelen), zal niet snel als pathologisch worden beoordeeld (zie verder paragraaf 1.4.1 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 er weer toe 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 gaan zij niet vlak naast de enige andere persoon in een verder lege wachtruimte zitten, maar kiezen zij een andere zitplaats op grotere af-

stand. 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 ook bekruipe als zij een echtpaar aanschouwen dat in een openbare gelegenheid voortdurend aan het bekvechten is, of een zwerver zien die met behulp van zijn schaarse bezittingen op straat een slaapplek probeert in te richten. Het ongemakkelijke gevoel dat kan ontstaan door dergelijke overtredingen van impliciete regels voor ‘gepast’ gedrag (‘Echtelijke ruzies moet je thuis maar uitvechten’, ‘Slapen doe je in een bed’), vergroot de kans dat de toeschouwer deze gedragingen ‘abnormaal’ vindt.

Slapen op straat



### 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 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. Evenzo kan zowel het gedrag van een carrièrejager die zich ten koste van anderen een weg door een organisatie baant, als dat van iemand die nauwelijks ambities toont in zijn werk, 'niet normaal' worden gevonden.

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 mentale stoornissen, zoals gepresenteerd in de DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth edition, Text Revision, APA, 2000; zie tabel 1.2), het door de APA (American Psychiatric Association) gepubliceerde classificatiesysteem van psychische stoornissen.

TABEL 1.2

DSM-IV-TR-definitie van mentale stoornissen (APA, 2000)

#### *Definiërende kenmerken*

Een gedrags- of psychologisch syndroom dat samengaat met:

- 1 actueel lijden of
- 2 onvermogen (te kort schieten op een of meer belangrijke gebieden van het functioneren), of met
- 3 een significant toegenomen risico om dood te gaan, pijn te lijden, of de persoonlijke vrijheid te verliezen.

#### *Uitsluitende omstandigheden*

Het syndroom moet niet louter:

- 1 een te verwachten en cultureel aanvaarde reactie zijn op een bepaalde gebeurtenis (bijvoorbeeld rouw na de dood van een familielid)
- 2 bestaan uit 'deviant' gedrag (zoals acties van politieke, religieuze of seksuele minderheden)
- 3 uitvloeisel zijn van conflicten tussen het individu en de maatschappij (zoals pogingen om uitdrukking te geven aan de eigen individualiteit).

In deze definitie 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. Mentale 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 DSM-IV-TR (APA, 2000) 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 die lijdt aan alcoholafhankelijkheid'.

Om te voorkomen dat de definitie van mentale stoornissen een instrument zou worden voor sociale repressie, zijn tevens drie ‘uitsluitende omstandigheden’ geformuleerd. Allereerst sluit de definitie daardoor ‘te verwachten en cultureel aanvaarde reacties’ uit van de mentale stoornissen. Zo worden rouwreacties na het overlijden van een dierbare niet als een psychische stoornis beschouwd. Van een stoornis (‘pathologische rouw’) is dan pas sprake als blijkt dat het rouwproces ook na enkele jaren nog niet is voltooid.

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 waar diegene deel van 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 aangezien voor symptomen van een psychose (zie box 1.2).

Ten derde moet het afwijkende gedrag niet voortkomen uit een persoonlijk conflict tussen individu en 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.

**BOX 1.2**

Culturele verschillen en de beoordeling van ‘abnormaal’ gedrag

Als een hulpverlener onvoldoende bekend is met de religieuze of etnische achtergrond van cliënten, kan dat tot onjuiste diagnoses leiden. Verkeerde inschattingen van ‘normaliteit’ vergroten het risico op een foutieve diagnose en daarmee de kans dat niet voor de meest adequate behandeling wordt gekozen. De Jong (1996) beschrijft enkele voetangels en klemmen die de diagnostiek van psychische problemen bij migranten en vluchtelingen bemoeilijken en tot twee typen fouten kunnen leiden: fout-positieve diagnoses en fout-negatieve diagnoses. Naar zijn mening zijn westerse classificatiesystemen, zoals DSM, onvoldoende gedifferentieerd om psychische stoornissen bij allochtonen adequaat

te kunnen diagnosticeren (zie ook Borra, Van Dijk & Rohlof, 2002).

Bij een *fout-positieve* diagnose worden gedragingen en belevingen van een cliënt ten onrechte opgevat als een symptoom van (een bepaalde vorm van) psychopathologie. Dit type fout zou deels de hoge prevalentiecijfers voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen bij sommige etnische minderheidsgroepen in Nederland en Groot-Brittannië (zie bijv. Selten, Slaets & Kahn, 1997; Selten et al., 2001; Schrier, Van de Wetering, Mulder & Selten, 2001) kunnen verklaren. In Nederland worden Marokkanen, Surinamers en Antillianen verhoudingsgewijs vaak opgenomen met de diagnose 'schizofrenie', een psychotische stoornis die zich onder andere kenmerkt door denkstoornissen (wanen) en waarnemingsstoornissen (hallucinaties). In een aantal gevallen zou het kunnen zijn dat hulpverleners cultureel bepaalde 'normale' gedragingen en belevingen ten onrechte aanzien voor symptomen van een psychose. Een tamelijk gangbare overtuiging in de (sub)cultuur van de genoemde allochtonen is bijvoorbeeld dat gebeurtenissen en situaties (waaronder psychische stoornissen) het gevolg kunnen zijn van toverij, hekserij of 'het boze oog'. De opvatting dat kwade, bovennatuurlijke krachten een negatieve invloed uitoefenen op het individu, vertoont echter opvallende overeenkomsten met wat in de westerse psychopathologie wordt aangeduid als een 'paranoïde waan': een niet te corrigeren overtuiging dat iets of iemand slechte bedoelingen heeft waar de persoon zelf of zijn naasten het slachtoffer van zijn (zie ook hoofdstuk 22). Een hulpverlener die onvoldoende kennis heeft van de religieuze of etnische achtergrond van een cliënt, kan 'normale' cultuurgebonden uitingen interpreteren als een teken van een gestoord realiteitsbesef en besluiten tot de diagnose 'schizofrenie'. Er zijn inderdaad aanwijzingen dat hulpverleners bij cliënten uit sommige etnische groepen te snel de diagnose schizofrenie stellen (APA, 2000; Minsky, Vega, Miskimen, Gara & Escobar, 2003).

Fout-positieve diagnostiek vormt echter niet de enige verklaring voor de gevonden hogere prevalentie van psychosen bij bepaalde groepen allochtonen; in de literatuur worden diverse andere verklaringen geopperd (voor een overzicht, zie Cantor-Graae & Selten, 2005). Zo veronderstellen sommige

auteurs dat ervaringen van discriminatie de ontwikkeling van psychotische symptomen bevorderen (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman & Bebbington, 2001; Janssen et al., 2003). Het idee gediscrimineerd te worden zou tot een paranoïde attributiestijl kunnen leiden en zo de kans op het ontstaan van psychotische symptomen vergroten (zie Garety et al., 2001). Ook de langdurige en stressvolle ervaring een buitenstaander te zijn, waarbij een individu zich in een ondergeschikte positie bevindt ten opzichte van een dominante groep, wordt in verband gebracht met een verhoogde kans op schizofrenie bij migranten (Cantor-Graae & Selten, 2005).

Fout-positieve diagnoses kunnen ontstaan door tal van culturele verschillen, zoals verschillen in het tonen van initiatief, in lichaamstaal en in de uiting van emoties. Volgens De Jong (1996) zijn hulpverleners zich dikwijls te weinig bewust van de mate waarin zij zelf cultureel geconditioneerd zijn. Gedrag dat in een bepaalde (sub)cultuur van allochtonen 'normaal' is, kan naar westerse maatstaven 'pathologisch' zijn. Een vrouw die is opgegroeid in een cultuur waarin vrouwen worden geacht een dienstbare en afwachtende houding aan te nemen en andere mannen dan de eigen echtgenoot niet in de ogen te kijken, kan door een hulpverlener worden beschouwd als een sociaal angstige vrouw met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Ook het echtpaar uit Anatolië dat in de wachtkamer twee meter uit elkaar zit, kan een hulpverlener op het verkeerde spoor brengen ('Hebben ze misschien ruzie?', 'Dat zal wel een moeilijk gesprek worden zo'). In Anatolië is die afstand echter voorgeschreven en is het een uiting van respect voor de andere sekse om op enige afstand van elkaar te zitten (De Jong, 1996).

Het is ook mogelijk dat een onjuiste inschatting van normaliteit resulteert in een *fout-negatieve* diagnose bij allochtonen: de hulpverlener interpreteert symptomen van psychopathologie als een niet-pathologische cultuurgebonden reactie. Dat is bijvoorbeeld het geval als de hulpverlener de interpretatie van familieleden van een patiënt volgt, die het (psychotische) gedrag van de patiënt uitleggen als een belangrijke boodschap uit het bovennatuurlijke of een teken dat hun familielid geroepen is tot het genezerschap (zie De Jong, 1996).

Bij de beoordeling van mogelijk pathologische gedragingen en belevingen van allochtone cliënten dienen klinici rekening te houden met de (sub)culturele context waar de cliënt deel van uitmaakt. Zij moeten weten met welke religieuze of etnische referentiegroep de cliënt zich identificeert, of de gedragingen of belevingen 'abnormaal' zijn binnen die (sub)cultuur, hoe de klachten van de cliënt door de leden van de (sub)cultuur worden aangeduid, wat in die (sub)cultuur gangbare verklaringen zijn voor het gedrag van de cliënt, op welke manieren leden van de (sub)cultuur aangeven dat zij psychische problemen hebben en hulp wensen, enzovoorts (zie ook APA, 2000).

Om de aandacht van klinici voor culturele verschillen te bevorderen en het risico op fouten bij *transculturele diagnostiek* (dat wil zeggen: diagnostiek die plaatsvindt in de interactie tussen een clinicus en een cliënt die een verschillende culturele achtergrond hebben; Borra et al., 2002) te verkleinen, worden in DSM-IV-TR bij de diverse stoornissen culturele en etnische variaties in het klinisch beeld beschreven. Het klinisch beeld van depressie bijvoorbeeld wordt in sommige culturen vooral gekenmerkt door lichamelijke symptomen en minder door een sombere stemming of schuldgevoelens. Daarnaast bevat de DSM een bijlage met een korte toelichting van cultuurgebonden syndromen die slechts in één of enkele samenlevingen worden beschreven. Het gaat om ziektebeelden die in niet-westerse samenlevingen en bij etnische minderheidsgroepen in westerse landen worden aangetroffen. Een voorbeeld is 'susto' ('verlies van de ziel'), een syndroom dat in Latijns-Amerikaanse landen en bij Latino's in de Verenigde Staten voorkomt, met symptomen als een verstoorde eetlust, slaapstoornissen, sombere gevoelens, nergens zin in hebben, het gevoel minderwaardig of vies te zijn, spierpijn, hoofdpijn, maagpijn en diarree. De oorzaak van dit syndroom wordt toegeschreven aan een beangstigende gebeurtenis. Door die gebeurtenis zou de ziel het lichaam verlaten hebben, met als gevolg dat betrokkene zich ongelukkig en ziek voelt. In extreme gevallen zou susto tot de dood kunnen leiden (voor meer voorbeelden van cultuurgebonden syndromen: zie hoofdstuk 21, paragraaf 21.7, box 21.3). Met rituelen die tot doel hebben de ziel terug te roepen in het lichaam en de persoon te reinigen zou het mogelijk zijn het lichamelijke en geestelijke evenwicht te

herstellen. In dezelfde bijlage van DSM is ook de 'Outline for Cultural Formulation' opgenomen, een model om cultuurge-relateerde factoren die van belang kunnen zijn bij de diagnostiek en behandeling systematisch te inventariseren. De Cultural Formulation (feitelijk een soort checklist, een opsomming van aandachtspunten) verschaft een stramien voor het beschrijven van een individu in zijn culturele omgeving (Borra, 2002). In de klinische praktijk wordt dit model echter niet vaak gebruikt, vermoedelijk mede door de weinig prominente plaats ervan in de DSM-IV-TR (in een bijlage). Volgens Borra (2002) is de Cultural Formulation echter een belangrijk hulpmiddel om de validiteit van de transculturele diagnostiek te verbeteren.

Over de omschrijving van de term 'psychische stoornis' werd en wordt veel gediscussieerd (zie bijv. Wakefield, 1992, 1997, 1999a/b; Lilienfeld & Marino, 1995, 1999; Widiger & Sankis, 2000). De meeste klinisch psychologen aanvaarden de APA-definitie van mentale stoornissen. Hoewel de DSM-IV-TR, 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 afbakt. Toch zijn er vele pogingen gedaan om de grenzen tussen 'normaal' en 'abnormaal' gedrag scherp te krijgen. In het volgende beschrijven we een aantal modellen die een uitvloeisel zijn van die pogingen.

#### 1.4

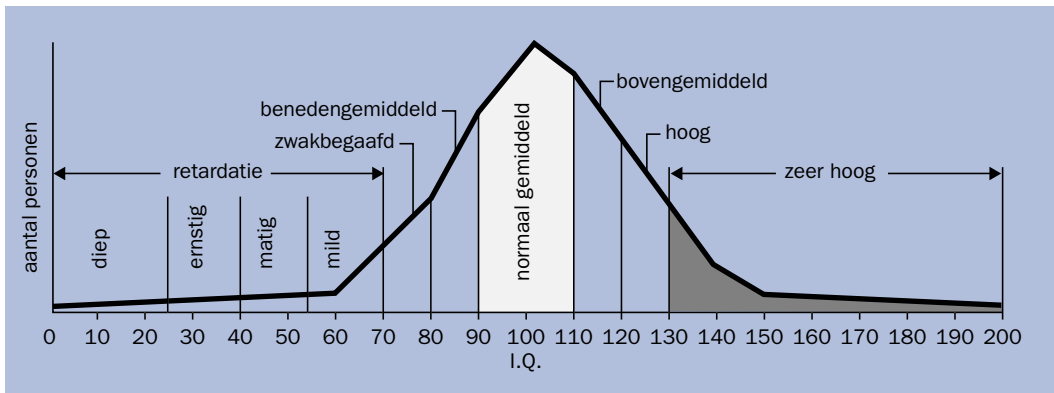
#### **Normaal en abnormaal: waar ligt de grens?**

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 behandeling en de relatie tussen therapeut en cliënt gewogen. 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 verkieslijk is.

### 1.4.1

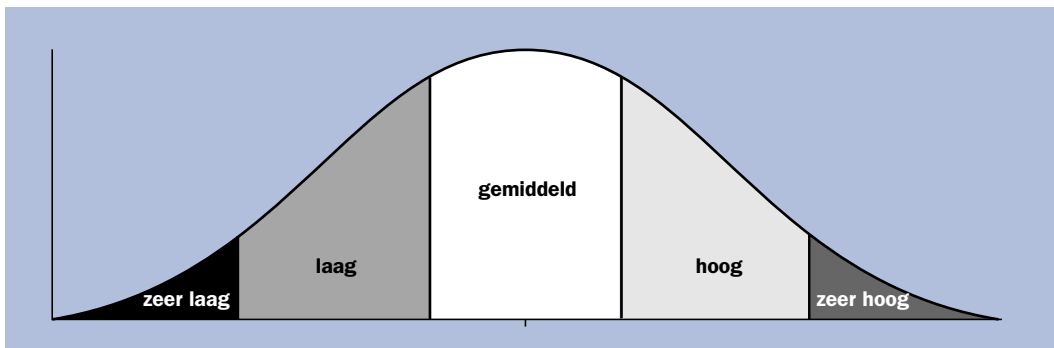
#### Het statistisch model

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 de figuren 1.1 en 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 angstscores in een populatie

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? En ligt de grens tussen normaal en abnormaal in figuur 1.2 bij de overgang tussen ‘gemiddeld’ en ‘hoog’, bij de overgang tussen ‘hoog’ en ‘zeer hoog’, of nog ergens anders? 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 (bijv. 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 (2006) 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 zogenaamde ‘gender-identiteitsstoornis’, een stoornis waarbij mensen het gevoel hebben dat zij als man of als vrouw in een verkeerd lichaam zitten (zie ook hoofdstuk 20). Deze stoornis komt slechts bij 1 op de 30.000 mensen voor. Het statistisch model is hier 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 twintig vrouwen aan depressies lijdt en dat een op de tien mannen een alcoholprobleem heeft. 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 denkbare spraakzaamheidsschaal, is misschien 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 eer-



ste geval misschien sociale angst (zie hoofdstuk 11), 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.

Kortom: het statistisch model biedt aanknopingspunten voor het antwoord op de vraag naar de grens tussen normaal en abnormaal, indien er sprake is van een normaalverdeling van de desbetreffende eigenschap en voor zover de aanwezigheid van die eigenschap pijnlijk is voor het individu en (mogelijk daardoor) ook nadelige gevolgen heeft voor het persoonlijke functioneren. Bezwaarlijk is echter dat de grens tussen normaal en abnormaal arbitrair is en dat het model niet specificeert hoe ongewoon het gedrag moet zijn. Bovendien kunnen op basis van het statistisch model extreme scores op eigenschappen ten onrechte als pathologisch worden aangeduid.

#### 1.4.2

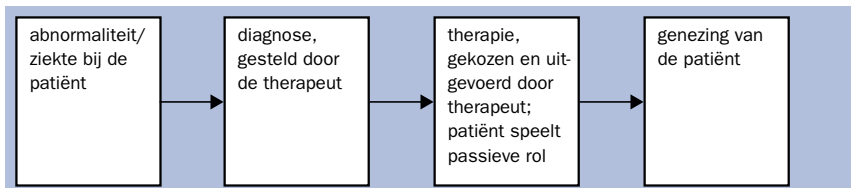
#### Het medisch of ziektemodel

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 voorbeeld van een dergelijke stoornis is de 'dementia paralytica' (algemene verlamming), een stoornis die zich onder andere kenmerkt door verlamningsverschijnselen, opvallende veranderingen in de persoonlijkheid, grootheidswanen en depressies (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 1999). 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. 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 22), of voor dementie van het alzheimerstype, een stoornis die ontstaat door de uitval van hersencellen (zie hoofdstuk 23).

Het medisch model is echter ook heftig bekritiseerd, onder andere vanuit de ‘psychoeducational movement’ in de Verenigde Staten (o.a. Authier, Gustafson, Guerny & Kasdorf, 1975; zie paragraaf 1.4.3) en vanuit de ‘antipsychiatrie’ (Szasz, 1960, 1961). Authier et al. (1975) hebben het medisch model kritisch besproken en als volgt in schema gebracht (zie figuur 1.3).

**FIGUUR 1.3**  
Het medisch model



In dit schema worden twee partijen onderscheiden: therapeut en patiënt. Het uitgangspunt is dat de therapeut de deskundige is, terwijl de patiënt op één 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 et al. (1975) en 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’, 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 ver-

vangen 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 self-fulfilling 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 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, 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 personen zijn in Nederland in behandeling bij instellingen voor geestelijke gezondheidszorg of bij vrijgevestigde psychologen en psychiaters. Uit een grootschalig onderzoek naar de geestelijke gezondheid van de volwassen bevolking van Nederland (NEMESIS: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) komt naar voren dat bijna een kwart van de bevolking het jaar voorafgaand aan het onderzoek een psychische stoornis had (Van Ginneken & Schoemaker, 2005). 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 bijv. Corrigan, 2004).

Al met al biedt het medisch model wel aanknopingspunten voor het antwoord op de vraag waar de grens ligt tussen ‘normaal’ en ‘abnormaal’, maar alleen voor zover aan psychische stoornissen duidelijk somatische oorzaken ten grondslag liggen. Bij een aantal stoornissen zijn dergelijke onderliggende mechanismen echter niet duidelijk aantoonbaar. Bij andere stoornissen is eerder sprake van afwijkingen van psychosociale of ethische normen dan van medische afwijkingen. Bovendien leidt het medisch model soms (onbedoeld) tot stigmatisering van de betrokkene, een proces dat moeilijk terug te draaien valt.

**BOX 1.3**

Stigmatisering van mensen met een psychische aandoening

Over mensen met een psychische stoornis bestaan onder de algemene bevolking nog vaak negatieve opvattingen. Zij worden bijvoorbeeld als gevaarlijk of op zijn minst onvoorspelbaar gezien en roepen emoties als angst, afkeer, irritatie, boosheid en medelijden op (zie bijv. Boon, Nugter & Dijker, 2004; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000; Angermeyer & Matschinger, 2003, 2005; Schomerus, Matschinger, Kenzin, Breier & Angermeyer, 2006). Behalve de symptomen van hun aandoening kunnen ook de reacties van anderen op hun stoornis hen parten spelen. Sommige psychologen en sociologen gaan zover te stellen dat de effecten van die reacties minstens zo nadelig zijn voor het welbevinden en het functioneren van psychiatrische patiënten als de symptomen van een psychische aandoening. Het psychiatrisch stigma wordt dan ook wel aangeduid als ‘de tweede aandoening’ of ‘de stille ziekte’ (Van Weeghel, 2005). Oudere theorieën over de stigmatisering van psychiatrische patiënten – zoals de labeling- of etiketteertheorie uit de jaren zestig van de vorige eeuw – veronderstelden dat de kwalificatie ‘geestesziek’ op zichzelf een oorzakelijke rol speelt in de ontwikkeling van psychische stoornissen. Door het etiket of stempel ‘psychisch ziek’ zou betrokkene door de maatschappij als zodanig worden behandeld, steeds meer in de rol van psychiatrische patiënt terechtkomen en zich in overeenstemming met dat etiket gaan gedragen.

Critici van deze theorie meenden onder meer dat niet zozeer het stempel 'psychisch ziek', maar het afwijkende gedrag van mensen met een psychische stoornis tot negatieve reacties leidt. Stigmatisering doet zich echter ook voor als iemand met het predikaat 'psychisch ziek' geen afwijkend gedrag vertoont (bijv. Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987). Volgens meer recente theorieën over stigmatisering van psychiatrische patiënten beïnvloeden 'etiketten' vooral het verloop en de prognose van psychische stoornissen; het stempel 'psychisch ziek' heeft een negatieve betekenis bij de algemene bevolking (inclusief betrokkene zelf) en zou daardoor kunnen leiden tot verergering van de reeds aanwezige stoornis of tot andere symptomen van psychopathologie. Het risico op stigmatisering blijkt daarbij per stoornis te verschillen. Zo brengt het stempel 'schizofrenie' veel vaker negatieve reacties bij anderen teweeg dan een meer geaccepteerde psychische stoornis als depressie (Angermeyer & Matschinger, 2003). Veel mensen met een psychische aandoening weten wat er met hen aan de hand is en hoe er over hen gedacht wordt in de samenleving. Sommigen zijn zich er echter niet (op elk moment) van bewust dat ze aan een psychische stoornis lijden (bijv. tijdens een psychotische episode), of missen vanwege hun aandoening het vermogen de soms subtiele stigmatiserende reacties van andere mensen waar te nemen. De ervaren of waargenomen stigmatisering verschilt dan ook per individu en varieert gedurende het beloop van een stoornis.

Op grond waarvan bestempelen mensen een individu als psychiatrische patiënt? Corrigan en Kleinlein (2005) noemen vier signalen waar leken hun oordeel op baseren: manifeste *psychiatrische symptomen* (zoals ongepast affect, bizar gedrag, onsamenhangende spraak, hardop in zichzelf praten), *sociale-vaardigheidstekorten* die samenhangen met de psychische aandoening (geen oogcontact maken, lichaamstaal, keuze van de gespreksonderwerpen), *fysieke verschijning* (gebrek aan persoonlijke hygiëne, onverzorgd uiterlijk) en – het enige niet-zichtbare signaal – *psychiatrische diagnoses* (bekend staan als iemand met een psychische stoornis). Zowel direct waarneembare symptomen van psychopathologie als de diagnose van een psychische stoornis zouden bij de omgeving van betrokkene stigmatiserende reacties teweegbrengen.

Bij de analyse van stigmatiseringsprocessen is het van belang onderscheid te maken tussen publiek stigma en zelfstigma. *Publiek stigma* verwijst naar de (negatieve) reacties van de algemene bevolking op een gestigmatiseerde groep, in dit geval mensen met een psychische stoornis (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005; Rüsç, Angermeyer & Corrigan, 2005). Van *zelfstigma* wordt gesproken als leden van een gestigmatiseerde groep het publieke stigma internaliseren: ze betrekken de in de samenleving heersende opvattingen over hun groep (hier: psychiatrische patiënten) op zichzelf en gaan daardoor negatief denken over zichzelf. We geven een korte toelichting van beide termen.

In sociaal-cognitieve theorieën worden drie aspecten van publiek stigma (en van zelfstigma) onderscheiden (Corrigan & Kleinlein, 2005): stereotypen, vooroordelen en discriminatie (zie tabel 1.3). *Stereotypen* zijn cognitieve kennisstructuren, cultureel bepaalde negatieve opvattingen over een groep die bekend zijn bij de meeste mensen in een samenleving. Het zijn collectieve meningen over groepen mensen (zoals 'Mensen met een psychische stoornis zijn gevaarlijk'), hoewel niet iedereen de heersende stereotiepe opvattingen over een bepaalde groep hoeft te onderschrijven. Een *vooordeel* is een cognitieve en emotionele reactie op een stereotype. Anders dan stereotypen bevatten vooroordelen een evaluatieve component (zie Corrigan & Kleinlein, 2005): kenmerkend voor een vooroordeel is dat *ingestemd* wordt met de juistheid van (meestal) negatieve stereotypen. Die instemming kan samengaan met negatieve emotionele reacties, zoals woede of angst ('Inderdaad, alle mensen met een psychische stoornis zijn agressief' of 'Ik ben bang voor psychiatrische patiënten'). *Discriminatie* is een gedragsmatige reactie op een vooroordeel. Bijvoorbeeld: zich vijandig gedragen tegenover een psychiatrische patiënt of deze vermijden.

Publieke stigmatisering van psychiatrische patiënten kan verschillende vormen aannemen, variërend van negatieve beeldvorming in de media tot persoonlijke ervaringen van discriminatie in het dagelijks contact met anderen. Publiek stigma belemmert mensen met een ernstige of langdurige psychische stoornis met name bij het vinden van woonruimte en werk (Corrigan & Kleinlein, 2005). Zo zijn er verhuurders die een vrijkomende woning liever toewijzen aan

iemand zonder psychiatrische antecedenten en verliezen potentiële werkgevers dikwijls hun interesse in een sollicitant zodra zij weet hebben van diens psychiatrische voorgeschiedenis. Hoewel sommige mensen die lijden aan een psychische stoornis moeilijk een baan kunnen vinden vanwege de beperkingen die voortvloeien uit hun stoornis, stuiten degenen die wel de benodigde capaciteiten en vaardigheden bezitten, nogal eens op bevooroordeelde werkgevers. Overigens heeft publiek stigma niet alleen invloed op de psychiatrische patiënt zelf, ook diens familie en vrienden zeggen er hinder van te ondervinden (zie bijv. Phelan, Bromet & Link, 1998; Ostman & Kjellin, 2002). Ze merken bijvoorbeeld dat anderen hen ontlopen, of schamen zich en proberen krampachtig te voorkomen dat hun omgeving ontdekt dat een gezinslid psychische problemen heeft.

Publiek stigma leidt – gelukkig – niet altijd tot zelfstigma. Mensen met een psychische stoornis die zich bewust zijn van de negatieve stereotypen die over hen in de samenleving bestaan, reageren daar heel divers op (zie Corrigan et al., 2005). Sommigen blijven er vrij onverschillig onder en storen zich niet aan de stereotiepe opvattingen. Anderen voelen zich onrechtvaardig behandeld en boos en zetten zich in voor verbetering van het lot van psychiatrische patiënten. Weer anderen reageren met zelfstigmatisering (zie tabel 1.3).

**TABEL 1.3**

Componenten van publiek stigma en zelfstigma  
Naar: Corrigan & Kleinlein (2005)

<i>Publiek stigma</i>	<i>Zelfstigma</i>
<b>Stereotype</b> (negatieve opvatting over een groep, bijv. mensen met een psychische stoornis zijn gevaarlijk, incompetent en hebben een zwak karakter)	<b>Stereotype</b> (negatieve opvatting over zichzelf, bijv. ik ben incompetent en zwak' of 'Ik ben gevaarlijk')
<b>Vooroordeel</b> (instemmen met een opvatting en/of negatieve emotionele reacties vertonen, zoals woede of angst)	<b>Vooroordeel</b> (instemmen met een opvatting, en negatieve emotionele en cognitieve reacties vertonen, bijv. een gering gevoel van eigenwaarde)
<b>Discriminatie</b> (gedragmatige reactie op een vooroordeel, zoals vijandig gedrag, of vermijding (bijv. niet iemand met een psychische stoornis in dienst nemen))	<b>(Zelf)discriminatie</b> (gedragmatige respons op een vooroordeel, bijv. geen pogingen doen werk te zoeken, geen hulp zoeken)

Zij onderschrijven dan de heersende stereotiepe opvattingen over mensen met een vorm van psychopathologie ('Ik ben inderdaad zwak en niet in staat om voor mezelf te zorgen'). Ze verwachten dat de meeste anderen hen zullen afwijzen en minderwaardig zullen vinden vanwege hun aanvoeling. Negatieve emoties en cognities, in het bijzonder spanningen en een geringe zelfwaardering, kunnen het gevolg zijn (zie bijv. Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen & Phelan, 2001; Ritsher & Phelan, 2004). Over hun toekomst zijn deze mensen doorgaans weinig hoopvol. Voorbeelden van gedragsmatige reacties bij zelfstigmatisering zijn het vermijden van sociale contacten uit angst afgewezen te worden, of geen pogingen doen werk of woonruimte te vinden. Deze 'zelfdiscriminatie' kan leiden tot isolement, werkloosheid en een laag inkomen.

Globaal zijn er drie strategieën te onderscheiden die worden gebruikt bij het bestrijden van publieke stigmatisering van mensen met een psychische stoornis (zie bijv. Rüscher et al., 2005; Corrigan et al., 2005). Allereerst het *protesteren* tegen stigmatiserende attitudes en gedragingen, bijvoorbeeld uitlatingen over of beelden van psychiatrische patiënten in advertenties, televisieprogramma's of andere media (bijv. zijn beklag doen bij een omroep of adverteerder en anderen oproepen hetzelfde te doen, juridische stappen ondernemen). Deze methode lijkt vooral tot gedragsverandering te leiden en weinig effect te hebben op attitudes of vooroordelen jegens mensen met een psychische stoornis (Rüscher et al., 2005). Een tweede strategie is *voorlichting* gericht op het corrigeren van misvattingen over psychiatrische aandoeningen. In brochures, films of ander voorlichtingsmateriaal wordt dan informatie aangeboden met als doel mensen bewust te maken van de stereotiepe opvattingen die zij zelf en anderen erop nahouden en van de invloed van stigmatisering op mensen met een psychische stoornis. Deze voorlichting sorteert het meeste effect als zij is toegesneden op specifieke doelgroepen, zoals scholieren, werkgevers, werknemers, beleidsmakers, personeel van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, of familieleden van mensen met een psychische stoornis. Onderzoek naar de effectiviteit van voorlichtingsprogramma's suggereert echter dat er wel (kortdurend) attitudeverandering maar meestal geen gedragsverandering mee wordt bereikt en dat de pro-



gramma's effectiever zijn bij deelnemers die vooraf meer kennis bezaten over psychopathologie of contact hadden met mensen met een psychische stoornis (Rüsch et al., 2005). Met andere woorden: voorlichtingsprogramma's bereiken vooral de mensen die het toch al met de boodschap eens zijn, terwijl degenen met de sterkste vooroordelen moeilijker te beïnvloeden zijn. Een derde strategie om publiek stigma te verminderen is het bevorderen van *contact* met leden van een gestigmatiseerde groep (voor een overzicht van onderzoek naar de invloed van contact op het reduceren van stereotypen en vooroordelen over diverse gestigmatiseerde groepen, zie Pettigrew & Tropp, 2006). Wie met personen met een psychische stoornis omgaat, blijkt minder vooroordelen over deze groep te hebben. Stereotiepe opvattingen als zouden mensen met een psychische aandoening gevaarlijk of incompetent zijn, worden door het contact ontkracht (anders gezegd: men doet disconfirmerende ervaringen op) en vervangen door een positiever beeld. De resultaten van onderzoek naar deze strategie zijn veelbelovend: bekendheid met psychiatrische patiënten blijkt meer invloed te hebben op stereotiepe opvattingen dan protest of voorlichting. Overigens is het bereikte effect het grootst bij interpersoonlijk contact met mensen met een psychische stoornis die in lichte mate het stereotiepe beeld ontkrachten. Contact met individuen die in geen enkel opzicht voldoen aan het stereotiepe beeld van psychiatrische patiënten zou nauwelijks tot stigmareductie leiden (deze mensen worden dan als uitzonderingen gezien, niet als representanten van de gestigmatiseerde minderheidsgroep). Op basis van de beschikbare bevindingen concluderen Rüsch et al. (2005) dat contact met psychiatrische patiënten in combinatie met voorlichting de meest effectieve strategie lijkt om publieke stigmatisering te bestrijden. In Nederland zijn diverse antistigma programma's ontwikkeld, vaak uitgevoerd op wijk- of buurniveau, die erop gericht zijn begrip te kweken voor mensen met een psychische aandoening door patiënten en anderen de gelegenheid te bieden elkaar te ontmoeten (zie Van Weeghel, 2005). Het blijft echter moeilijk publieke stigma's te veranderen. Zolang de publieke stigmatisering van psychiatrische patiënten nog niet aanzienlijk is afgenomen, kunnen interventies gericht op het verminderen van zelfstigmatisering soe-

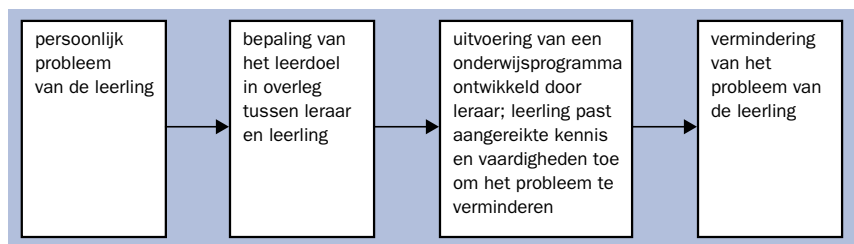
laas bieden (zie bijv. Corrigan et al., 2005). Clinici zouden tijdens de behandeling stigmatisering expliciet aan de orde kunnen stellen, bij patiënten kunnen informeren naar ervaringen op dat gebied en hen leren zich beter te wapenen tegen stigmatiserende ervaringen. Mogelijke onderdelen van een dergelijke behandeling zijn het verschaffen van informatie over de aandoening en haar verloop, verandering van de defensieve copingstrategieën die het isolement vergroten (zoals terugtrekking en geheimhouding), verbetering van sociale vaardigheden, versterken van het gevoel van eigenwaarde (o.a. door de aandacht te richten op de sterke kanten van patiënten in plaats van op hun tekorten), en activiteiten stimuleren die (re)integratie in de samenleving bevorderen (zoals werk en huisvesting zoeken, een opleiding volgen).

### 1.4.3

#### Het leer- of onderwijsmodel

Als alternatief voor het medisch model bepleiten verschillende auteurs (o.a. Authier et al., 1975; Van der Molen, 1985) een leer- of onderwijsmodel. Dat pleidooi geldt met name 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



Net als in het medisch model zijn er in het onderwijsmodel twee partijen; bij het medisch model waren dat therapeut en patiënt, in het onderwijsmodel zijn dat leraar en 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 wor-

den 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. 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 et al. (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 therapeut en 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 paragraaf 1.4.2) 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 bijv. 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-IV-TR worden onderscheiden (zie de hoofdstukken 11 t/m 24 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 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 22). 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 demarcatie criterium 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 onderwijsterminologie in de behandeling.

Het leer- of onderwijsmodel is kortom te beschouwen als een reactie op het medisch model. Voordelen van dit model zijn dat het de negatieve, stigmatiserende bijbetekenissen van het medisch model vermijdt en meer recht doet aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen met psychische problemen. De beperking van het model is dat het voornamelijk bruikbaar is wanneer die eigen verantwoordelijkheid inderdaad nog aanwezig is. Als dat niet (meer) het geval is, verdient het medisch model de voorkeur.

## 1.5

### Slotbeschouwing

In dit hoofdstuk hebben we in de eerste plaats een globale schets gegeven van het terrein van de klinische psychologie. Deze subdiscipline van de psychologie houdt zich bezig met de toepassing van psychologische kennis bij de diagnostiek en behandeling van psychische problemen. Kenmerkend voor die kennis is dat ze veelal in een nauwe relatie met de klinische praktijk wordt vergaard. Oltmanns en Emery (2006) spreken in dit verband van het *scientist-practitioner-model*:

‘Scientist-practitioners operate simultaneously as behavioral scientists and practicing clinicians. These are two aspects of the same professional role, regardless of whether the person happens to be doing applied clinical work – assessment and therapy with a client – or research on abnormal behavior’

(Oltmanns & Emery, 2006, blz. 4)

In het scientist-practitioner-model wordt een onderscheid gemaakt tussen de rol van wetenschappelijk onderzoeker en die van hulpverlener/therapeut. In de dagelijkse praktijk zijn deze twee rollen meestal niet verenigd in één persoon. De eerste vinden we vooral bij universiteiten en onderzoeksinstituten, de tweede bij de instellingen voor hulpverlening. Idealerweise werken beide groepen – onderzoekers en hulpverleners – samen om zo de wetenschappelijke kennis op het gebied van de klinische psychologie uit te breiden.

Deze samenwerking heeft ondermeer geresulteerd in de ontwikkeling van behandelvormen waarvan de effectiviteit in goed gecontroleerd onderzoek is aangetoond. Vanuit diverse theoretische kaders zijn ook behandelprotocollen ontwikkeld: draaiboeken waarin stapsgewijs beschreven staat hoe klinici te werk dienen te gaan als zij een bepaalde behandelvorm toepassen. Een ander product van de samenwerking tussen wetenschap en praktijk is de publicatie van stoornisspecifieke richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Zo zijn er in Nederland (onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ) richtlijnen geformuleerd voor de diagnostiek en behandeling van depressie, angststoornissen, schizofrenie en eetstoornissen. Deze richtlijnen bevatten informatie over de meest effectieve behandelvormen in relatie tot patiëntkenmerken en daarvan afgeleide aanbevelingen voor een passende behandeling. Ze zijn opgesteld door multidisciplinaire teams, waarin zowel psychologen en psychiaters als huisartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, sociaal-pedagogische hulpverleners, apothekers en patiënten participeren. De richtlijnen zijn gebaseerd op bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek (voor zover die beschikbaar zijn). Daarnaast is bij het opstellen ervan rekening gehouden met de opvattingen van beroepsbeoefenaren over uitvoerbaarheid, bijwerkingen, kosten en risico's van behandelmethoden en met patiëntenvoorkeuren. Het formuleren van richtlijnen past in het streven om, in het belang van patiënten, de geestelijke gezondheidszorg professioneler en doorzichtiger te maken. Naast de toegenomen nadruk op 'evidence based mental health' zijn er echter ook andere, hieraan tegengestelde ontwikkelingen gaande (zie box 1.4).

**BOX 1.4**

Een groeiende kloof tussen wetenschap en klinische praktijk?

Lilienfeld, Lynn en Lohr (2003) menen in de Verenigde Staten een groeiende kloof tussen wetenschap en hulpverlening te bespeuren. Zij wijten die groei onder andere aan een toenemend gebruik van diagnostische instrumenten en behandelmethoden die niet goed onderzocht zijn of een twijfelachtige kwaliteit hebben. Zo duiken er volgens hen voortdurend nieuwe dubieuze therapieën op ter 'genezing' van complexe psychische problemen, bijvoorbeeld door mensen

te helpen 'zich emotioneel te bevrijden' of 'de woede uit zichzelf te halen', of door terug te gaan naar vorige levens. De sterk florierende zelfhulpindustrie vormt volgens Lilienfeld et al. (2003) eveneens een bedreiging van de wetenschappelijke fundamenteën van de klinische psychologie en verwante terreinen. Zij doelen hiermee op de talloze boekjes, handleidingen, audiovisuele middelen en websites die jaarlijks verschijnen en de indruk wekken dat men zonder professionele hulp met behulp van de aangeprezen materialen zelf snel en vrij eenvoudig van psychische klachten kan afkomen (terwijl van de meeste van die methoden niet bekend is of ze werken). Dezelfde boodschap wordt nogal eens gepredikt door 'deskundigen' die in talkshows en andere televisieprogramma's aan een ontvankelijk maar vaak kwetsbaar publiek adviezen geven met een twijfelachtig wetenschappelijk gehalte (zie Lilienfeld et al., 2003). Ook de Nederlandse televisiekijker ontkomt niet aan dit soort 'hulp'.

De geschetste ontwikkelingen kunnen diverse schadelijke effecten hebben (Lilienfeld et al., 2003). Allereerst kan een niet goed onderzochte diagnostische of behandelmethode rechtstreeks negatieve gevolgen hebben voor patiënten. Zo blijkt een bepaalde methode die vaak is toegepast bij de hulpverlening aan mensen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt (een vorm van 'debriefing'), het risico op een problematische verwerking juist te vergroten (zie ook hoofdstuk 13, paragraaf 13.8). 'Baat het niet, dan schaadt het niet' gaat in de psychologische hulpverlening dus zeker niet op. Daarnaast veroorzaken op zich onschadelijke maar niet effectieve methoden indirecte schade doordat ze tijd en geld kosten die een patiënt beter aan een bewezen effectieve behandeling had kunnen besteden. Tot slot worden volgens Lilienfeld et al. (2003) door dit soort praktijken ook de geloofwaardigheid van de klinische psychologie en het vertrouwen dat mensen hebben in psychologische hulpverlening op het spel gezet.

In de tweede plaats stond dit hoofdstuk in het teken van het onderwerp dat de kern vormt van de klinische psychologie: de psychische stoornissen. Het blijkt moeilijk een duidelijke en eenduidige definitie van psychische stoornissen te geven. Iedere omschrijving biedt ruimschoots mogelijkhe-

den 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 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 zal blijken dat er een grote diversiteit aan stoornissen bestaat. Het is daarbij heel 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 deze 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.