



Universiteit Utrecht

Jan J. F. ter Laak
Faculteit Sociale Wetenschappen
Afdeling Ontwikkelingspsychologie
Universiteit Utrecht

Stoornissen in uw persoonlijkheid, intelligentie en cognitie en fysische en fysische en sociale omgeving in diagnose

Wat leert het kennisbestand van de psychologie over het diagnosticeren van de aard en individuele verschillen in stoornissen in de persoonlijkheid en intellectuele prestaties, hun ontwikkeling en de invloed vanuit de sociale context?

Copyright Jan J.F. ter Laak

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag 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.

Cliënten worden afwijkend, gestoord genoemd binnen onze Westerse rationaliteit. Dat geldt ook voor het label 'gestoorde ontwikkeling' en 'verstorende, gestoorde sociale omgeving, context'. Die rationaliteit biedt redenen voor deze labels. Ze leidt echter ook tot bureaucratie en machtsuitoefening en tegelijkertijd ligt ze aan de basis van onze rechts- verzorgingsstaat.

Voor Marie-Louise, Mose, Ebba en Bor

Inhoud

Voorwoord

Ten geleide 1

Leeswijzer 12

Doelgroep en doel 13

Vooruitblik 13

Stoornissen in uw persoonlijkheid, intelligentie en cognitie en fysische en sociale context in diagnose

Wat leert het kennisbestand van de psychologie over het diagnosticeren van de aard en individuele verschillen in stoornissen in persoonlijkheid en intellectuele prestaties, hun ontwikkeling en de invloed vanuit de sociale context? 14

Figuur 1: Elementen en oriëntaties bij het diagnosticeren van stoornissen in typerend gedrag, intelligentie & cognitie en sociale en fysisch context 15

I Diagnose van persoonlijkheidsstoornissen 15

1. Impliciete theorie 17

Geloof in maakbaarheid 17

Opvattingen over verstoorde omgevingen door de tijd heen 17

Persoonlijkheidsstoornissen: individuele verschillen, ontwikkeling en context 19

Samenvatting en conclusie 20

2. Expliciete theorie 21

Individuele verschillen 21

Ontwikkeling 26

Trajecten 28

Context 29

Samenvatting en conclusie 30

3. Alternatieve theorie 31

Drie interpretaties van persoonlijkheidsstoornissen 31

Herinterpretatie van persoonlijkheidsstoornissen 32

Samenvatting en conclusie 34

4. Reflectie en evaluatie 35

II Persoonlijkheidsstoornissen: Operationalisatie en meting 37

1. Operationaliseren en meten 38

Operationalisatie en betrouwbaarheid en validiteit van de Rorschach en MMPI 38

Metten en afbeelden van PDs: van DSM-categorieën naar dimensies 39

Aarzelingen bij het gebruik van de DSM 42

Winst van de DSM-5? 43

Box: De DSM-IV en 5 en in de toekomst 5.1...5.n 45

De DSM-5 als screeningsinstrument? 46

Samenvatting en conclusie 46

2. Instrumentatie 47

Individuele verschillen 47

Individuele verschillen: defensiemechanismen 48

Ontwikkeling 51

Context 51

Samenvatting en conclusie 52

3. Reflectie en evaluatie 53

III Diagnose van intellectuele en cognitieve afwijkingen/stoornissen 55

1. Impliciete theorie 56

Samenvatting en conclusie 56

2. Expliciete theorie 56

Individuele verschillen 56

Ontwikkeling 59

Context 59

Samenvatting en conclusie 61

3. Alternatieve theorie 62

Mentale retardatie 62

Begaafdheid 63

Samenvatting en conclusie 64

4. Operationalisatie en meting 64

Samenvatting en conclusie 65

5. Reflectie en evaluatie 66

IV Diagnose van gestoorde en verstorende fysische en sociale contexten 67

1. Theorie, operationalisatie, meting en instrumentatie 68

Fysische contexten 68

Sociale contexten: individuele verschillen 69

Scholen: Individuele verschillen 71

Organisaties, bedrijven en instellingen: individuele verschillen 72

Box: Misdaad, integriteit en SES 73

Individuele verschillen tussen culturen 74

Sociale context: ontwikkeling 75

Sociale context: een context tussen andere contexten 76

Samenvatting en conclusie 76

2. Reflectie en evaluatie 78

Onderwerpen en namen Hoofdstuk I, II, III, IV 81

Slotbeschouwing 82

Referenties en geraadpleegde literatuur 86-108

Auteur 109

Voorwoord

Persoonlijkheidsstoornissen verbazen en intrigeren. Hippocrates probeerde in de 4^{de} eeuw BCE al het animisme te bestrijden en empirisch in kaart te brengen wat er bij ziekten en ook bij afwijkend typerend gedrag aan de hand was. In de 19^{de} eeuw werd alles op een hoop gegooid. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen stoornissen in intelligentie en typerend gedrag. Eigenlijk ging iedereen die hoe dan ook afweek aan de ketting. Van vooroordelen ben je nooit helemaal af: nog in de jaren 60 van de vorige eeuw werden homoseksuelen 'gereconditioneerd'. Over de oorzaken en oorsprong van stoornissen is verschillend gedacht evenals over de mogelijkheid van behandeling en genezing. Soms hebben we er geen moeite mee een persoonlijkheidsstoornis als een afwijking van het normale of een specifieke categorie te zien. Ze komt ons bizar, oninvoelbaar voor, vooral als het immigranten uit niet-westerse culturen betreft. Is een degelijke stoornis 'hors categorie'?

Al heeft het Toeval intelligentie eerlijk verdeeld over de mensen binnen en over landen, toch nemen velen aan dat ze een voorkeursbehandeling kregen of zeker verdienen. De ernst van cognitieve stoornissen als individueel verschil heeft tot een classificatie van zwakzinnigheid geleid. De maakbaarheidsfilosofie heeft voor trainingen gezorgd en de gedachte dat het geen verschil is maar anders leidde ertoe dat zwakbegaafden anders als voorheen behandeld werden. De wijze van verzorging is gewijzigd van institutionalisering tot begeleid wonen. In een egalitaire samenleving is er voor hoogbegaafdheid wat minder aandacht, maar dat kan verkeren. Er zijn instituten om hoogbegaafdheid vast te stellen en scholen waar ze speciaal onderwijs krijgen. Ook bij deze opvatting geldt dat er van een individueel verschil uitgegaan is. Zijn er ook kwalitatief verschillende begaafdheden? Bestaan *idiots savants*, zijn er heel speciale begaafdheden? Sommige bedrijven willen autisten in dienst nemen door hun volhardende houding en zeer gespecialiseerde kennis.

Kun je ook over gestoorde en ziekmakende omgevingen spreken? En over helende en stimulerende? In het dagelijks taalgebruik doen we dat, maar is er ook onderzoek?

In dit boekje gebruik ik het onderscheid in drie theoretische oriëntaties: individuele verschillen, ontwikkeling en sociale context om begrip te verwerven over persoonlijkheids- en intelligentie/cognitiestoornissen en gestoorde en verstorende omgevingen.

Ten geleide

Dit geschrift bevat vooringenomenheden, willekeurige onderscheidingen en ongearticuleerde epistemologische en theoretisch inhoudelijke standpunten. Het maakt gebruik van ander werk en van vakgenoten als inspiratiebronnen. Een auteur ontkomt niet aan vooroordelen en preoccupaties over wetenschap, haar toepassing en beoefenaren. Hij is niet objectief en niet neutraal. Als een onderwerp hem niet interesseert of niets oplevert, leest en schrijft hij er niet over. Er wordt geen poging gedaan om deze persoonlijke bagage of ballast te verbergen. Als U geen prijs stelt op prolegomena, reflecties vooraf kunt u starten bij de **Leeswijzer** (p.12).

Diagnose van stoornissen en afwijkingen is het thema van dit boekje. Deze zijn populair bij studenten en professionele psychologen. Naast nieuwsgierigheid en behulpzaamheid is er het intrigerende van het buitensporige, afwijkende, het oninvoelbare. Dat delen ze met TV programma's die een freakshow naderen. Minder populair zij ze bij hen die zulk gedrag, denken en voelen ervaren en bij hen die dat overkomt. De directe sociale context is er doorgaans hoogst ongelukkig mee. Barendregt sprak in 1976 over de *'Zielenmarkt: over psychotherapie in alle ernst'*. De neoliberale marktwerking in de GGZ voorzag hij in de jaren 70 al.

Voringenomenheden over wetenschap en haar beoefenaars Wetenschappelijke activiteit is bedoeld om de werkelijkheid binnen en buiten de mens - het Ik en het Niet-Ik - te beschrijven, verklaren, controleren en voorspellen. Wat tot het Ik gerekend wordt wisselt in de psychologie: leer-, ontwikkelings- en informatieverwerkende mechanismen worden soms vervangen door biologische en neurologische. Hier wordt gekozen om afwijkend gedrag psychologisch te beschrijven en te verklaren. Zelfs van afwijkend en gestoord gedrag zijn we voor een deel de eigenaar en dat zijn we niet direct van neurologische en biologische mechanismen, al rekenen wel op ze om dat gedrag te verbeteren of te onderdrukken.

Sociale wetenschap heeft met concurrenten van doen (Westbroek, 2013) in de vorm van systemen die beloven vragen te beantwoorden en behoeftes te vervullen: ideologieën, religies, heersende opvattingen, reclame, lobbyisten, en ga zo maar door. De psychologie is vooralsnog geen geslaagd systeem. De resultaten van studies en de successen van behandelaars geven daar onvoldoende reden toe.

De opbrengst van de diagnostiek wordt geridiculiseerd door universitaire psychologen (werk van een doctorandus, m/v), hulpverleners (wat is uw meerwaarde; u levert een mager halffabricaat) en leken (u plakt labels, U stopt mensen in een hokje). Deze houding belemmert het zicht op wat diagnostiek kan en is.

Diagnostiek gaat over het gedrag van de individuele cliënt. In dit boekje over stoornissen in gedrag en in de (sociale) context van de cliënt. Meestal wordt gedrag gezien als een functie van kenmerken van het individu. Smith en Toohey spreken over de *context minimization error*. Dit boek behandelt ook gestoorde contexten. Onderzoek naar stoornissen en de context is geen biologisch, medisch of natuurwetenschappelijk onderzoek. Daar heeft een diagnosticus geen verstand van en dat zet hem en de cliënt mijns inziens op het verkeerde been. Dat denken en die definitie van het object en het onderzoek erover bieden slechts metaforen om gedrag en denken te beschrijven.

Psychologie is zelfbetrokken. Het betekent dat *psychologische diagnostiek tegelijkertijd diagnostiek van de psychologie* is. Het kennisbestand van de psychologie en de activiteiten van diagnosticus en theoreticus/onderzoeker blijven niet buiten schot.

Het willen kennen en onderzoeken van stoornissen en hun socio-culturele context vindt zijn oorsprong in de rationele en emotionele uitrusting van de mens. Rationaliteit leidt tot theoretische constructen en empirische toetsing over de aard van stoornissen en hun context. Emotionaliteit leidt tot verlangen naar inzicht in wat stoornissen zijn en wat de context daarmee doet. Reageert ze er onverschillig op, houdt ze buiten haar gezichtsveld, willen ze stoornissen begrijpen, onder controle krijgen of aanvaarden als variatie op menselijk gedrag? Schiet de emotioneel bewogen waarnemer in de hulpverleningsreflex met als vooronderstelling dat genezing altijd mogelijk is en hanteert hij de slagzin *much research has to be done?*

Wetenschappers en practici hebben niet volledig toegang tot de fysische en sociale werkelijkheid. Kennis verschuift de horizon, verlegt de grens maar volledige kennis van objecten, verschijnselen en subjecten bestaat niet. Ze komt ook niet tot stand door integratiepogingen binnen en tussen wetenschappen.

Elke activiteit - dus ook waarnemen en kennen van de stoornissen, afwijkingen en hun socio-culturele context - is ingebed in het alledaagse leven. Onze geleefde ervaring is de basis van onze kennis met inbegrip van onszelf en mensen om ons heen: Merleau-Ponty (1945/1957) en zijn opvolger Piaget.

Wetenschap wordt door elites soms gebruikt om hun positie te behouden en privileges te beschermen. Wetenschappers en professionals betwisten elkaar soms zelfs het monopolie op kennis en behandelen van gedragsstoornissen. Het publiek wordt in ieder geval op afstand gezet terwijl het ziet dat wetenschappers en professionals het zelden eens zijn. Ze verkondigen respectievelijk verschillende theorieën en promoten uiteenlopende behandelingen. Bovendien bevinden onder hen regelrechte fraudeurs (Van Kolfshoten, 2012).

Er is een geloof dat het beoefenen van wetenschap en behandelen is weggelegd voor begaafden. Als publiek en politiek zien dat die begaafde deskundigen geen inzichten geven, problemen oplossen en zich met in hun ogen irrelevante zaken bezighouden wordt de weldenkende burger gevraagd thema's te noemen en vragen te stellen waar onderzoekers en professionals zich over moeten gaan buigen: [www: de wetenschapsagenda.nl](http://www.dewetenschapsagenda.nl).

Discussie op grond van argumenten is een onvermijdelijk onderdeel van wetenschappelijk werk. Als de psychologie een wetenschap is – en daar ben ik niet zo zeker van - hoort ook daar een dergelijke discussie thuis. Als ze geen wetenschap is maar slechts informatieverzameling over gestoorde gedragingen en contexten dan blijft die discussie nodig.

Wetenschappers kunnen ontsporen door zich in te stellen op het overwinnen van anderen en het behalen van succes door bijzaken-barok, dat wil zeggen door zich 'met overmaat aan geleerdheid en sluwheid te richten op kleine gebieden of maatschappelijke thema's, daarbij een vaardigheid ten toon spreidend die weinigen hen zullen verbeteren en waar geldig en vals en goed en *tactische* begrippen zijn' (vrij naar Menno ter Braak, cursief, jtl). Psychologiebeoefening heeft evenveel te maken met politiek als met het belangeloos verwerven van inzichten. De onderzoeksagenda en subsidies worden niet door intrigerende belangeloze vragen bepaald maar mede door belangen en lobby's van gevestigde groepen.

Het 19^{de} eeuwse romantisch beeld van de wetenschapper is dat van de uitzonderlijk begaafde of van de briljante psycholoog die door je heen kijkt. Het cliché van transpiratie (95%) en inspiratie (5%) komt dichterbij wat er gebeurt in onderzoek en praktijk: respectievelijk het routineus uitvoeren van een gefinancierd project (*output*) plus het opschrijven volgens richtlijnen van het *Publication Manual* van de APA en het rapporteren en behandelen van en over de cliënt volgens een protocol.

Wetenschappers zijn conservatief. Wat ze weten is kostbaar en moeizaam verworven. Een succesparadigma wordt niet gauw opgegeven. De VU wiskundige Meester (2014) voegt er aan toe dat sommige arrogant zijn en hun kennis en weten overschatten. Ze zien verschijnselen vanuit een tunnel duiden en duiden afwijkingen van hun visie als onwetenschappelijk. Het ging daarbij over onzekerheid in de evolutieleer. De in een proefschrift geuite onzekerheid werd opgevat als afwijzing van die leer met een opening naar een schepping en een schepper. Die lezing ging Meester te ver.

Psychologen vertellen wat het publiek en tijdschriftredacties willen horen en vermijden te zeggen wat deze niet wil horen. Gemakkelijk bij het publiek en redacties liggende thema's worden uitgewerkt, bijvoorbeeld man-vrouw verschillen, agressie, positieve psychologie, persoonlijke groei en ontwikkeling, genetische basis van gedrag, het lijden dat zich overal voordoet en de rol van hersenen voor begaafdheid en pathologie. Stoornissen genieten zelfs populariteit, denk bijvoorbeeld aan ADHD, borderline, Psychopathie, internaliseren en externaliseren. Als onderzoeksgegevens afwijken van wat *Dass Man* - van het publiek tot de bestuurlijke elite vindt - valt er iets uit te leggen. Succes is niet verzekerd.

Psychologen kunnen het publiek en de bestuurlijke elite ook een spiegel voorhouden en aan de hand van gegevens tonen dat zij en hun de burgers niet het centrum van de wereld zijn, geen *tabula rasa*, niet rationeel of irrationeel, niet vrij of onvrij, niet gelijk of ongelijk, niet transparant voor elkaar, maar ook geen vreemden, niet onafhankelijk of afhankelijk en geen slaaf maar ook geen meester van gedragingen van gestoorde cliënten en hun sociale context.

Psychologists go, where the money goes Dit uit zich in aansluiting bij modieuze thematieken, goed in het gehoor liggende theorievorming en methodologie. Een *kitchen and sink* typologie van psychologen met mijn voorkeur voor driedelingen is: de Opportunist: steeds een nieuw thema kiezen, dat het goed doet: van geleerde hulpeloosheid naar positieve psychologie, van Piaget naar *theory of mind*, naar agressie, naar..., de Monopolist: één eenvoudig populair thema kiezen en dat monopoliseren: bijvoorbeeld de *Big Five*, *Attachment*, Adoptie en Echtscheiding en de Bekeerling: van psychometricus naar persoonlijkheidspsycholoog of vice versa. Een bekering heeft iets moedigs vooral als je er niet mee op de TV komt. De opportunistische behandelaar gaat van therapie naar therapie. De ene is nog maar net bedacht als de volgende haar al weer opvolgt. De monopolist verdedigt en verkoopt zijn ene en alleen geldige therapie en de bekeerling durft op zijn schreden terug te keren. Dat kan inhouden dat hij inziet dat effecten iatrogen zijn of overschat worden.

Het is het moeilijk uit te maken of meta-analyses en meta-analyses van meta-analyses iets nieuws brengen of een eind maken aan eenzelfde type onderzoek of behandeling, c.q. een vraag afdoende beantwoorden, een probleem oplossen of een stoornis genezen. Wellicht is het slechts een superieure vorm van boekhouden. Is dit het westers ultieme geloof in de Zelfopenbaring van het Zijn? Meta-analyses, *big data* en *data mining* zijn niettemin zinvol, al steunen ze op de empiristische veronderstelling: hoe meer onderzoek, hoe beter. Empirisch onderzoek ontuchtert en matigt hoge verwachtingen weliswaar maar geen enkel onderzoek kan zonder een gedisciplineerd geloof. Dat wil zeggen het kan niet buiten de empirie om

bedachte theorieën, structuren en modellen, gecreëerde betekenissen in de hermeneutiek en analyse van vooronderstellingen over wat de wetenschap en de mens zijn en bewerkstelligen.

Er is een pikorde in de wetenschap. Deze zet de psychologie op afstand van de fysica, scheikunde, neurologie en biologie. Sociologie, antropologie, taalkunde en wijsbegeerte worden er onder geplaatst (Simonton, 2004, 2009). Binnen de psychologie is er eveneens een pikorde met functieleer aan de top en ontwikkelings- en klinische & persoonlijkheidspsychologie onderaan. Omdat de studie van stoornissen zowel tot het domein van psychologen als psychiaters behoort, is daar een pikorde met geneeskundigen aan de top. Deze pikordes verhinderen om van een andere (sub)discipline te leren en te profiteren.

Onderscheidingen Om de diagnostiek van de cliënt en zijn context te structuren worden drie niet willekeurige bronnen van theorie onderscheiden: impliciete alledaagse, expliciete theorievorming uit onze tekstboeken (de heersende paradigma's van Kuhn, 1962) en alternatieven voor expliciete theorievorming. Deze worden geordend in drie oriëntaties: individuele verschillen in intelligentie, cognitieve ontwikkeling en invloed van de (gemanipuleerde of natuurlijk gegeven) fysische en sociale context op (gestoord) typerend gedrag, kennen, denken en intelligentie. De drie dekken bijna alle theorieën in de tekstboeken. In dit boek staan gedragsafwijkingen en stoornissen centraal. Als gezegd lokt dit de behandelreflex uit. Diagnostiek wordt door sommige klinisch psychologen overgeslagen. De stoornis is duidelijk. Bovendien kan de reflex leiden tot een aanvaring met de psychiaters. De psycholoog hoeft geen medicus of psychiater te worden. Zij beoefenen een ander vak en daar heeft een diagnosticus geen verstand van.

Beschrijven, voorspellen, verklaren/controleren en beslissen worden als doelen van diagnostiek geormerkt. Hun succes hangt af van toegankelijkheid en helderheid van conceptuele analyses en empirische bevindingen, onder meer resultaten van meta-analyses en van het gezonde verstand, want sommige analyses vragen naar de bekende weg en andere zijn pseudo-empirisch (Smedslund, 2009).

Beschrijven is naast categoriseren - bijvoorbeeld zoals Linnaeus dat met planten deed en de DSM - ook het ontwerpen van een wiskundig geformuleerd model dat uit zijn aard intrinsiek klopt. Dat kan een doel op zich zijn. Deze voorkeur is terug te vinden bij psychometrici met hun modellen, functies en formules, maar ook bij structuralisten waar Piaget een voorbeeld van is. Van vertegenwoordigers van beide werk- en denkwijzen wordt verwacht dat ze een brug naar observeerbaar gestoord gedrag slaan. Als dat niet zichtbaar gemaakt wordt is het elegant, maar zonder betekenis voor diagnostiek.

Verklaren gaat terug op de Griekse Pre-Socratici en Plato en Aristoteles. Het ging hen om een verklarend principe (oorsprong, *archè*), zodat alles opgenomen kon worden in een overkoepelend geheel of uit één bron oplichtte. 'Alles' is daarbij de waarneembare wereld. Het wordt getransponeerd naar de mens. Die bestaat immers ook uit atomen, is vooral water en later een conglomeraat van scheikundige elementen. Zo worden uiteenlopende zaken verklaard. Aristoteles wilde bijvoorbeeld met zijn principe van de gulden middenweg zowel evenwichtstoestanden bij natuurverschijnselen (harmonie der sferen) als politiek (zijn vorm van stadsstaat democratie) en ethiek (hoe het goede leven: *eudamonia* bereiken) verklaren. Stoornis is volgens hem een disharmonie, een metafoor die ook nu nog wel gehanteerd wordt. Denk bijvoorbeeld aan een disharmonieus persoonlijkheids- of intelligentieprofiel. Bij diagnostiek als een doelgerichte activiteit komen beide als een *hybride* aan de orde. Diagnostische kennis bestaat voor een deel uit categoriesystemen, structuren en formules én berust op empirische feiten en ervaringskennis (inter- en supervisie) én op diagnostische praktijken als observatie, experimentjes om gedrag te ontlokken aan de cliënt en het gebruik van een valide instrumentarium.

Standpunten De grenzen van voorspellen, verklaren/controleren (succesvol behandelen) en beslissen van en over gestoorde gedragingen tekenen zich af als onderzoek en behandeling voortgaan op de wijze waarop ze nu in publicaties beschreven wordt en in interventieprogramma's uitgevoerd wordt. Dit standpunt wordt gemotiveerd en geïllustreerd met resultaten van meta-studies.

Gedragingen en sociale contexten zijn dynamisch en variabel. Bij het verkennen van grenzen van de impact van oorzaken en de hechtheid van samenhangen wordt nadruk gelegd op effectgroottes, betrouwbaarheidsintervallen, *power* van toetsen, *eye-balling* en gezond verstand.

Constatering De psychologie is rijk aan tweedelingen. Ik kies niet voor de een of de ander. Ze zijn gefabriceerd en uitgevonden, zoals lichaam versus geest (*mind-body*), theorie versus meten, persoon versus situatie, stabiliteit versus verandering, natuur versus cultuur, links versus rechts en genen versus omgeving en misschien ook normaal versus gestoord.

Aarzelings Er is terughoudendheid om complexe protocollen, regels en statistische modellen te aanvaarden als veilige en vooral afdoende hulpen bij het diagnosticeren van stoornissen en hun sociale en culturele context. Dit verwijst niet zozeer naar Piet Vroons slagzin: 'Hoe meer regels hoe meer vlegels' als wel naar het feit dat ze hun doel voorbij kunnen schieten, gegeven de beperkte informatieverwerkingscapaciteit en de natuurlijke werkwijze van de diagnosticus.

Er is schroom om correlaties tussen stimuli (context) en responsen (gedrag) uit experimentele en predictor-criterium studies te benutten als basis voor individuele voorspellingen, verklaringen, beslissingen en voor diagnose-behandeling-combinaties.

Aard van de tekst Deze bevat *geen recepten* voor afnemen van interviews en tests, het uitvoeren van interventies (therapie, behandeling) en het schrijven van psychologische rapporten. Ze is bedoeld als hulp bij een *rijke en voldoende beschrijving van het probleem/de vraag van de cliënt* zoals Simon dat voorstond en De Groot aanbevolen heeft. Daarnaast is de ecologische oriëntatie van Brunswik inspiratie en leidraad. Hij was zich bewust van de invloed van de waargenomen context. Ik ga ervan uit dat elke symbolische en formele structuur niet kan zonder semantische interpretatie. Elke stoornis of afwijking vraagt een inhoudelijke lezing in de vorm van psychologische mechanismen en constructen (Searle, 1984).

Methode en inhoud Methodologie gaat over het tegengaan van vertekeningen en het trekken van causale conclusies. Ze heeft daarnaast een epistemische dimensie nodig om het object van onderzoek, het gedrag van de cliënt, recht te doen. Er wordt naar gestreefd om een relatie tussen model, formule en iets buiten het model of de formule te verduidelijken. Waarheid, geldigheid en objectiviteit gaan over een relatie en dat is niet alleen de consensus tussen experts of die van een forum van weldenkende collega's. In die zin is de DSM hoever uitgewerkt ook slechts een eerste stap in het begrip van stoornissen. Dit standpunt sluit een contrafactisch streven in want die relatie, uitspraak, bewering over gedrag en het *waargenomen* gedrag is nooit volledig en sluitend gelegd. Als dat het geval was dan zouden wetenschap en onderzoek al lang voltooid zijn.

Er wordt naar gestreefd om naast aandacht voor individuele verschillen, ontwikkeling en sociale context te bespreken. In diagnostisch onderzoek, ook van stoornissen overheerst de individuele verschillen oriëntatie, denk aan de DSM typologie. Dat betekent dat het meeste onderzoek verricht is naar soorten stoornissen.

Het onderwerp van diagnostiek is het gedrag van de cliënt. Menselijk gedrag is onderwerp van elke wetenschap. Zonder de mens is er immers geen wetenschap. De mens en zijn gedragingen zijn bijgevolg intrinsiek een *go-between* tussen alle wetenschappen. Het risico om daarbij buiten je boekje te gaan is groot.

Aanleunen tegen andere vakken Fysica, scheikunde, biologie en geneeskunde hebben een hogere status dan de psychologie. De identiteit van psychologen ligt minder vast dan die van fysici en medici. Meedeinend met de tijdgeest en zo nu en dan geconfronteerd met een identiteitscrisis richt de psycholoog zich soms op andere takken van wetenschap, bijvoorbeeld

neuropsychologie en hersenonderzoek. Dat lijkt een geloof in het DNA-maals als substituut voor het hierna-maals. En, evenals bij religie gaat het daarbij niet zelden om belangen.

Verder doet zich in een poging gerespecteerd te worden een toewending voor naar beschrijving met behulp van formele en statistische modellen. Een enkele psycholoog denkt daarmee de psychiater te kunnen verslaan. Wiskunde is immers de exactheid en geldigheid zelf en staat hoog in de wetenschappelijke pikorde. Een aantal psychologen zet zich af tegen losjes geformuleerde verklarende semantische theorieën en constructen. De modellen zijn waar. Ze kloppen op de wijze van regels van het schaakspel. En, bij een confrontatie met psychologische onderzoeksvragen lopen ze door hun complexiteit soms voor op de realiteit van de beschrijving van concrete gedragingen.

Sociologie, culturele antropologie en taalkunde gaan over groepsgedrag en culturele praktijken. Deze worden in de psychologie enigszins op afstand gezet. Ten onrechte want ze liggen niet zover van de psychologie af en formuleren mechanismen die er toe doen om het (gestoorde) gedrag van de cliënt te begrijpen, beschrijven en verklaren.

Een *horizontal world view* wordt aanvaard (Van Dijk & Wilthagen, 2014). Deze steunt op Wittgenstein en James' werk waarin het hogerop zoeken door reductie, zoeken naar de kleinste eenheid en naar verborgen onder- en bovenliggende lagen secundair is aan de concrete beschrijving met behulp van voorbeelden. Wittgensteins opmerking: (1953, sec. 2 xiv): *The existence of experimental method makes us think we have the means of solving problems which trouble us; though problem and method pass one another by* heeft niets van zijn kracht verloren.

Psychologische mechanismen In deze tekst ligt de nadruk op de vraag/het probleem van de cliënt en op psychologische mechanismen en op constructen die zijn gedrag beschrijven, verklaren en voorspellen. Omdat je niet alles tegelijk kunt beperk ik me in dit boek tot stoornissen en hun de context en neem Smedslunds nadruk op culturele praktijken en de invloed van onmiddellijke situaties over.

Vrijheid en begrenzing Onderzoekers, diagnostici en behandelaars mogen vrij analyseren, denken en theoretiseren. De vrijheid is er ook aan de methodologische zijde. Er rust niet bij voorbaat een taboe op intuïtieve, subjectieve of kwalitatieve benaderingen naast de experimentele en correlatieve methoden. Dit heeft zin zolang de practicus niet verdwaalt in vertalingen in de vorm van reducties, verborgen mechanismen, producten van neurale activiteiten, herenscans, kleinste eenheden en veronderstelde hogere mentale bewustzijnstoestanden. Dit leidt tot een *Lost in translation*, zoals in de film waar de twee congresgangers (de acteurs Bill Murray en Scarlett Johansson) niets verstaan van de lezingen in het Japans en maar met elkaar gaan praten, zoals studenten bij hoorcolleges. De verticale

metafoor van het dieper en hoger zoeken bevat als iedere metafoor - ook de horizontale - het risico *of holding us captive* (Wittgenstein, 1953, Sectie 115). Een open, eclectische houding past bij diagnostisch werk en omdat de diagnosticus zélf een rol in speelt in de diagnose is inter- en supervisie nodig.

Wat betekent psychologie voor diagnostiek van stoornissen Ze is hofleverancier van theorieën, methoden en geldigheidscriteria voor diagnostische uitspraken over gestoord en afwijkend gedrag. Vooruitgang of stagnatie in diagnostiek hangen samen met ontwikkelingen in de psychologie. Is er na Watson, William James, Skinner, Freud, Piaget, Spearman, Newell, Simon, Tversky en Kahneman en in Nederland na Strasser, Linschoten, Kouwer, De Groot en vele anderen iets nieuws te verwachten? Komt er een doorbraak, een andere kijk die ons dichter brengt bij begrijpen/verklaren van het gedrag van de cliënt of een nieuw en belangrijk facet van zijn gestoord gedrag en zijn context aan het licht brengt? Kan er originaliteit verwacht worden op een gebied dat zo breed is en waar alle mogelijke standpunten, voorkeuren en temperamenten al lang en vaak beschreven en vertoond zijn en iedere zogenoemde nieuwe gedachte meteen in een vertrouwde categorie ondergebracht kan worden? Of doen er zich subtiele, bijna onopgemerkte verschuivingen voor, zoals met de PC en het internet? En, als het zich voordoet, wordt het dan opgemerkt? Of gaat het ermee als met de klokkenluider: hij wordt niet gehoord en als hij wel aanhoord wordt, belandt hij op dood spoor of wordt buitengezet? Diagnostiek heeft robuuste bevindingen en resultaten nodig om het gedrag van de cliënt te kunnen voorspellen & controleren en recht te doen. Meta-studies beloven zulke bevindingen te bieden maar laten bescheiden tot gemiddelde waarden en grote variabiliteit zien. Dat geldt ook voor de effecten van behandelingen. De replicatiecrisis van nu is er altijd geweest, zie de varianties van d- en r- waarden in iedere meta-studie.

Literatuur Geraadpleegde literatuur en vermelde studies zijn noodzakelijkerwijs een selectie. Ze zijn zo gekozen dat kennis nemen daarvan in staat stelt specifieke onderwerpen uit te diepen. Omdat tijdschriften elektronisch toegankelijk zijn is dat eenvoudig te verwezenlijken. Als begrippen en namen niet bekend klinken zijn ze te vinden via zoekmachines. Opsomming van empirische onderzoeken uit de literatuur is droge kost. Ze is bedoeld als voorbeeld, illustratie van bevindingen en is genummerd en apart gezet. Naast klassieke studies wordt recent onderzoek vermeld met voorkeur voor meta-studies. Recent onderzoek toont gesofisticeerde analyses maar ze zijn bijna nooit aanleiding om eerdere conclusies te herzien. Na opsomming van empirisch onderzoek volgt een conclusie. Er is naar tegenvoorbeelden gezocht. Als ze gevonden zijn, worden ze vermeld.

Lezen en schrijven Elk boek is, zoals Plato (4^{de} eeuw *Before Common Era*: BCE) zei een *farmacon*, dat wil zeggen zowel een medicijn tegen het vergeten als een gif voor het geheugen en het kennen. Elke lezer loopt het risico ontgift te moeten worden na lezing van welke tekst dan ook. Je kunt een tekst op verschillende manieren lezen. Een is zoeken naar eigen thema's en vaststellen of die er niet of onjuist in staan. 'Ik word niet/verkeerd geciteerd'. Dit tref je aan bij collega schrijvers en onderzoekers. Verder is er momenteel nauwelijks belangstelling voor grondslagen van een vak of activiteit. Onderzoekers willen precies te omschrijven onderwerpen. Ze werken ze uit in brokjes: *least publishable units*. Professionals willen overzichtelijke en uitvoerbare protocollen. Deze geven stuur aan het handelen in lastige situaties die stoornissen steeds zijn. Bovendien voorkomen ze dat ieder zijn eigen werkwijze steeds moet verantwoorden. Een collega zei eens onderzoek doen is als een blind paard op je doel afgaan. Een behandelaar zei eens volg het protocol; je kunt er niet buitengaan gegeven de tijd die je krijgt en de rapportage die je moet maken.

Verder wordt originaliteit wordt betwist: 'Dat heb ik al eerder verteld in mijn artikel van 10 jaar geleden'. 'Waar heb ik dat eerder gehoord'. 'Uw behandeling is niet nieuw, ik doe dat al jaren en met succes'. Een tweede is nagaan of het waar of juist wat er staat. Dat is moeilijk in de psychologie. Daar geldt eerder hermeneutiek dan waar/juist versus onwaar/vals. Het betreft ontdekken en verbreden van betekenis en zin. Wat is de boodschap? Bij de behandeling is de vraag of die voldoet. Zelfs de *evidence-based treatment* is geen garantie dat de interventie bij cliënt X voldoet. Een derde is retorisch lezen: de argumentatiestructuur ontrafelen en bij behandelen: de architectuur van het protocol en detail beschrijven en uitvoeren.

Het schrijven van een boek is pretentius en dit bevat ook nog eens geen nieuwe inzichten en is niet oorspronkelijk. Het brengt iets bijeen van wat de psychologie te bieden heeft voor de diagnostiek van stoornissen. De pretentie is dat bestaande kennis en methoden bijeengezet, uitgelegd en geëvalueerd worden. Theorie en onderzoek worden geordend: drie elementen, die bronnen en drie oriëntaties.

Integreren van psychologische theorievorming en onderzoek Er wordt geen poging gedaan om de overmaat aan onderzoek en theorie te verzoenen of te integreren. Ze krijgen afzonderlijk plaats en aandacht. Er is geen 'theorie over alles' in de psychologie en geen beslissende meta-meta-studie. Combinaties leiden mijns inziens tot onvruchtbare hybriden, *muddy dichotomies*. Je mag en kunt betwijfelen of psychologie een wetenschap is. Ze bevat misschien slechts informatie over samenhangen tussen gedragingen onderling en over oorzaken uit sociale en fysische context op gestoord gedrag. Wetenschappelijke tijdschriften zijn in dat geval dagbladen, *journals* en onderzoekers *journalists*. Ze bevatten informatie, geen kennis of inzicht, laat staan dat ze wetten opleveren in de Newtoniaanse zin. Deze twijfel wordt toegelaten want misschien geldt dat voor de psychologie. Er wordt alleen geprobeerd een stap verder te komen.

Er is een kennisbestand en dat zinvolle informatie, feiten over gedrag van een cliënt op een rij zet. Dat gedrag is in dit geval storend voor hemzelf en voor zijn sociale context.

Zonder als diagnosticus bescheiden hoeven te zijn over het vak - het is wat het is - leiden theorie en onderzoeksresultaten tot een bescheiden houding over wat beschreven, verklaard en voorspeld wordt over het gestoord gedrag van de cliënt.

Een persona voor de diagnosticus Een archetypisch beeld van een diagnosticus - dat wil zeggen zijn drijfveren en karakter - ziet er in deze tekst zo uit. Hij biedt geen wetten, waarheden, dogma's en geen nieuwe apparaten of technieken. Hij toont relativiseringsvermogen en een door het kennisbestand van de psychologie getemde verbeelding over het kennen van het afwijkende, gestoorde gedrag van de cliënt. Hij is niet in eerste instantie degene die problemen oplost, onderzoeksgeld binnenhaalt of een onderzoeksbedrijf opzet en runt. Hij is probleem-, niet oplossingsgericht. In dit boek wordt in problemen en niet in oplossingen gedacht. Het is niet gericht op hulpverleners. Het wil de vorming van een *rich and sufficient description of the problem field* bevorderen. Dat *field* verwijst naar de ecologische structuur waarin een individuele vraag of probleem is ingebed. Het doel is het midden te houden tussen het Hegeliaanse *Dass Wahre ist das Ganze* en het reductionisme van het behaviorisme, neurologisme, empirisch-analytisch methodologisme, staticisme, monotheorisme en beperking tot één psychologische thema of één methodische invalshoek.

Het midden houden, maat houden is één van de vier Aristotelische deugden. Ze kwamen in de Middeleeuwen meestal aan de orde bij begrafenissen, nu bij afstudeerpraatjes, feestjes en begrafenissen. Daar hebben we nu de *Big Five* voor. De vier passen op diagnostiek van de cliënt: matigheid, verstandigheid/voorzichtigheid, dapperheid/sterkte en rechtvaardigheid. Met het wijzen op deugdzaamheid is het uitkijken, want deugden wordt door niets zozeer onderuitgehaald als door de saaiheid van haar pleitbezorgers.

Psychologische diagnostiek is een bezigheid *sui generis*. Daarmee bedoel ik dat de diagnosticus zelf zijn weg moet zoeken. Dat wil niet zeggen dat hij autonoom is, want diagnostiek staat in relatie tot het kennisbestand van de psychologie, de cultuur en de samenleving. Haar rol en bijdrage worden steeds opnieuw uitgevonden. Recent staat *valorisatie* in de aandacht. Wat draagt ze bij aan analyse van vragen en problemen in de samenleving? Gedragsstoornissen zijn voor de samenleving zo'n probleem.

Dit boekje is niet om te volgen of te repliceren, maar om eigen te maken, kritisch te evalueren en te valoriseren om terminologisch bij de tijd te zijn. Elke tekst, protocol, model, empirisch resultaat wordt rammelende ballast, dood gewicht als het niet wakker gelezen en getoetst wordt door een geïnteresseerde, gemotiveerde en onafhankelijke lezer.

Leeswijzer

Ordering van de tekst Elk onderwerp is gemarkeerd door twee nummers. Het eerste duidt het hoofdstuk aan en het tweede de sectie. De secties bevatten subthema's die cursief gedrukt zijn. Elke sectie wordt afgesloten met een Samenvatting en conclusie. Voorbeelden van empirische studies zijn genummerd. Als er tegenvoorbeelden gevonden zijn worden ze vermeld. Bovendien wordt de variantie van de uitkomsten van vergelijkbare studies vermeld. Elk hoofdstuk eindigt met Reflectie en evaluatie. Reflectiviteit houdt in dat de ambigue, gefragmenteerde en betwistbare aard van psychologische kennis wordt erkend met inachtneming van feiten en aannemelijke interpretaties. Het houdt ook in dat er multiple perspectieven op gedrag zijn en er verschillende constructen geldig zijn om die te beschrijven. Er wordt gelet op de positie die de onderzoeker en behandelaar innemen. Zijn ze lid van een groep met bepaalde praktijken? Dit beïnvloedt hun waarneming en begrip van gedragsverschijnselen. Evaluatie verwijst naar een oordeel over de kwaliteit van de constructen en kennis: wat is bereikt, zijn pretenties waargemaakt, worden bevindingen realistisch weergegeven? Aan het eind van de hoofdstukken worden *Onderwerpen* en *Namen* vermeld. De eerste kunnen als subjectindex gelezen worden. Bij het vermelden van namen heb ik me ingehouden. Studenten protesteerden vaak 'tegen al die namen'. Wellicht zijn die ook niet nodig.

Geen glossary Psychologische constructen liggen niet vast. De Wittgenstein van *Philosophical Investigations* (1953) beweert dat definities in de psychologie niet veel verhelderen omdat ze betekenis krijgen in een context. De sinoloog Schipper (1988, p. 13) noemde het ontbreken van definities kenmerkend voor de open leer van het Chinese Taoïsme. Heideggers *Sein und Zeit* (1927/1962) kan gelezen worden als een kruistocht tegen de solide definities van het Zijn door de christelijke filosofische traditie. Het ernstig nemen van deze standpunten houdt in dat ik er niet naar streef de diagnosticus definitieve constructen aan te praten.

Boxen Er zijn boxen tussen de tekst gevoegd. Deze vermelden achtergronden, controversen en idiosyncratische gezichtspunten op een psychologisch of maatschappelijk verschijnsel.

Referenties De literatuur kan nooit recht gedaan worden. Er verschijnt ieder vijf minuten een Engelstalig *peer reviewed* psychologisch artikel. De referenties zijn bedoeld als vindplaats. Er wordt vanuit gegaan dat de lezer toegang heeft tot elektronische tijdschriften. Voor niet onmiddellijk inzichtelijke begrippen zijn er de zoekmachines.

Voorkennis Er wordt bij de lezer een actieve kennis van methodologie, psychologische theorievorming, psychometrie en statistiek op BA niveau verondersteld. En met gezond verstand kom je ook een heel eind.

Doelgroep en Doel

Dit boek is bestemd voor studenten BA en MA psychologie en pedagogiek en HBO toegepaste psychologie. Het is ook bedoeld voor die practici en GZ psychologen in opleiding, die enerzijds

het aan de leiband een model of protocol lopen waarderen als het verstrekken van duidelijkheid hoe het moet, maar anderzijds willen reflecteren op voorschriften die ze soms ontoereikend achten voor hun beroepsuitoefening. De tekst is ook bestemd voor leken die psychologische diagnostiek van stoornissen kritisch willen volgen.

Het doel is het bevorderen van een zoektocht naar de grondslagen voor diagnostiek van ons gedrag en de activiteit van het diagnosticeren. Er wordt een reflectieve houding aangemoedigd: denk na en kijk uit, voor je springt. Er worden geen praktische handvatten aangereikt die voorschrijven wat een diagnosticus moet doen in de vorm van diagnose-behandel-combinaties (DBC's). Zie daarvoor het werk van Witteman et al. (2014) en De Bruyn et al. (2015).

Vooruitblik

Eerder heb ik aannemelijk gemaakt (ter Laak 2011, 2015) dat psychologische diagnostiek heeft *geen* eigen en/of specifiek gedragsdomein (materieel object) en geen eigen gezichtspunt op gedrag (formeel object) heeft. Daarin wijkt ze af van de subdisciplines in de psychologie. Ze gaat in beginsel over *elk* gedrag en ontleent *ad hoc* aan het kennisbestand van de psychologie al mogelijke theorieën, methoden en empirische bevindingen. Ze is uit zichzelf onbepaald. Een organisatorisch gevolg daarvan is dat ze niet ingebed is in de structuur van een faculteit, afdeling of vakgroep. Niettemin wordt diagnostiek binnen vrijwel alle afdelingen van de psychologie en pedagogiek faculteiten bedreven en in de praktijk van de gezondheids-, onderwijs- en organisatiepsychologie en de pedagogiek. In Nederlandse handboeken over diagnostiek wordt gesuggereerd dat de diagnose en het diagnostisch proces zo vormgegeven zijn dat zij de toets van de wetenschappelijke kritiek kunnen doorstaan. Witteman et al. (2014) beschrijven de diagnostische stappen die *'...een leidraad voor het uitvoeren van psychodiagnostisch onderzoek in de praktijk bieden; '...inzicht geven in hoe verschillende stappen in het psychodiagnostisch onderzoek op een goede manier uitgevoerd kunnen worden'* (onderlijning jtl). De Bruyn et al. (2015) maken een handleiding, een praktijkleer die laat zien,...

'dat diagnostische besluitvorming in de praktijk op een wetenschappelijk-professioneel verantwoorde wijze kan worden doorlopen' (p. 18) (onderlijning jtl).

Als *caveat* wijzen laatstgenoemde auteurs weliswaar de beperkingen van het kennisbestand van de psychologie. Niettemin leidt het volgen van het prescriptieve model van de diagnostische cyclus bij hen tot wetenschappelijk en professioneel verantwoord diagnosticeren.

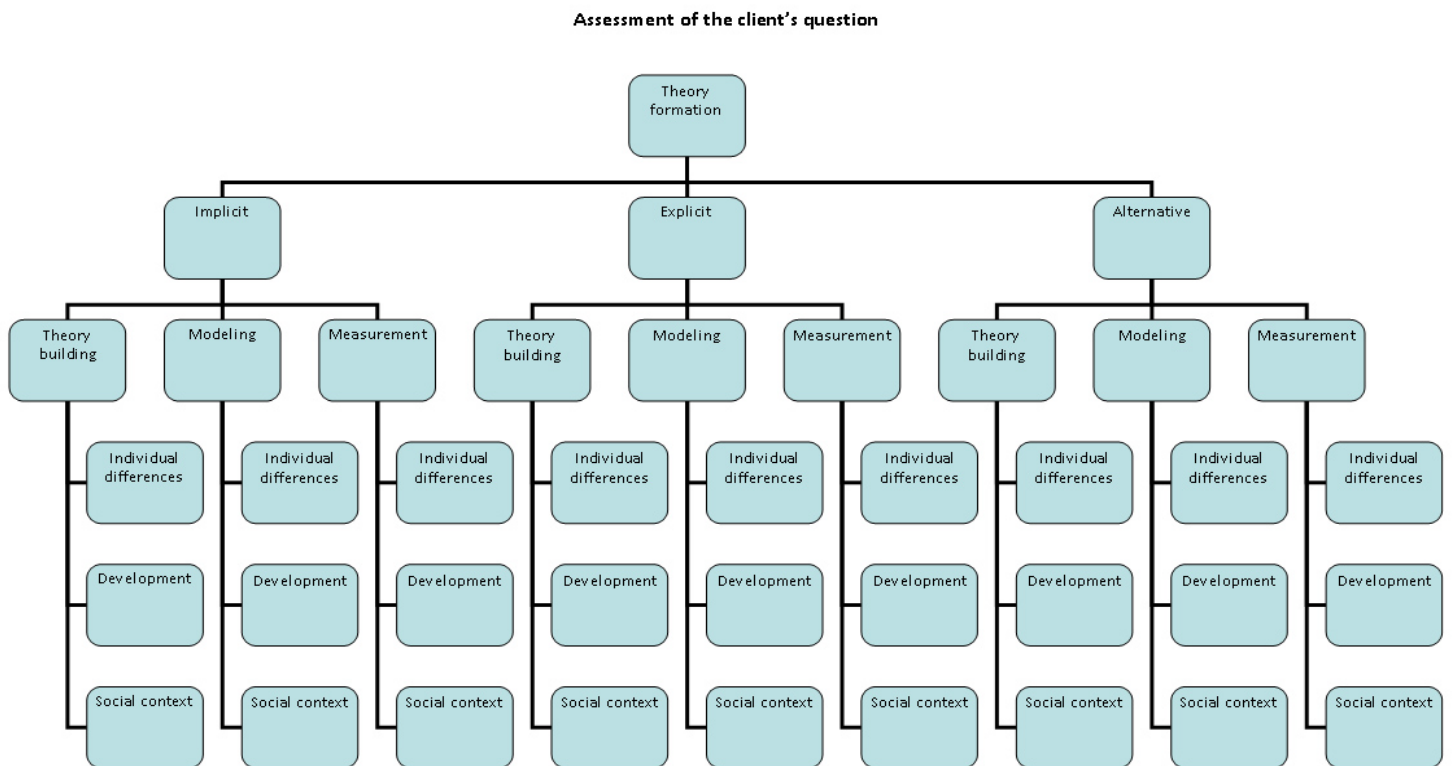
In dit boekje doe ik *een stap terug* en werk uit wat de psychologische diagnose van gedragsstoornissen aan het kennisbestand van de psychologie kan ontlenen om zijn dat gedrag

beschrijven en die kennis te benutten voor de diagnose van zijn vraag/probleem. Ik vraag me ook af wat de cliënt erop kan zeggen. Hij is mondig en praat terug.

Hoofdstuk I gaat over wat de leek denkt en zegt dat gestoord typerend gedrag is en over aanvaarde, officiële referentiekaders voor gedragsstoornissen. Deze tref je onder de naam persoonlijkheidsstoornissen aan. Afwijkend typerend gedrag intrigeert en is niet zonder meer te begrijpen. Dat lokt alternatieve lezingen van dat gedrag uit. Hoofdstuk II gaat over het operationaliseren en meten van typerende gedragsstoornissen. Hoofdstuk III betreft het diagnosticeren van intellectuele en cognitieve afwijkingen. Impliciete *beliefs* van leken, officiële theorie uit tekstboeken en alternatieve opvattingen worden besproken. Hoofdstuk IV behandelt het operationaliseren, meten en de instrumenten voor het vaststellen van intellectuele en cognitieve afwijkingen.

I Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen intrigeren leken en professionals. Millon (2012) kwalificeert inzichten van leken wat kort door de bocht als ‘semiscientific’ en stelt ze gelijk aan kennis van stoornissen van voor de 19^{de} eeuw. Dit past in de methodologische empirisch- analytische, logisch positivistische opvatting van wetenschapsbeoefening. Een diagnosticus neemt serieus kennis van beliefs van leken. Hij doet ze niet af als 19^{de} -eeuwse opvattingen over stoornissen. Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen is een specialisme van psychiaters en klinisch- en ontwikkelingspsychologen. De pretentie van dit hoofdstuk is niet deze experts te evenaren. Onderstaand systeem wordt gebruikt om een beeld te krijgen van impliciete en expliciete theorievorming over individuele verschillen, ontwikkeling en context bij stoornissen in typerend gedrag, hun operationalisaties & metingen en instrumentatie (Figuur 1).



Figuur 1: Elementen en oriëntaties bij het diagnosticeren van stoornissen in typerend gedrag, intelligentie en cognitie en de fysische en sociale context. *Modeling* sluit hier operationaliseren, dat wil zeggen empirisch specificeren van psychologische constructen en het meten daarvan in. Het laatste resulteert in categorieën, schalen of een aantal factoren. Meten verwijst hier zowel naar de producten

als naar de meetoperatie zelf. Er wordt hier ook instrumentatie, meestal tests en vragenlijsten, onder gerekend. Het was eleganter geweest ze te onderscheiden.

Welke impliciete opvattingen over stoornissen zijn er? Zijn ze relevant voor diagnostici en voor cliënten die denken aan een stoornis te lijden? Welke expliciete theorieën over afwijkingen zijn er? Zijn ze te ordenen in de drie oriëntaties? Zijn ze geoperationaliseerd en gemeten als categorie (typologie) en met behulp van dimensies en op die dimensies extreme scores? Worden ze opgevat als een gevolg van een ontspoorde ontwikkeling? Is een stoornis een reeks extreme scores op een vragenlijst en/of een buitencategorie. Is een stoornis te herleiden tot de vroege jeugd of komen er voor in de loop van de ontwikkeling? Wat is de rol van de socio-culturele context bij stoornissen? Kan de sociale context een stoornis veroorzaken, de expressie ervan versterken of afzwakken? Zijn stoornissen cultuurgebonden? Hoe worden ze geoperationaliseerd? Speelt theorie over gestoord gedrag een rol? Welke alternatieve verklaringen en interpretaties van stoornissen worden genoemd?

1. Impliciete theorie

Eerst wordt een onderscheid van Dweck (1993) gebruikt om een *belief* over de aard van individuele verschillen in stoornissen toe te lichten. Ten tweede wordt een beeld geschetst van de geschiedenis van het beschrijven en verklaren van persoonlijkheidsstoornissen: PDs. Ten derde worden voorbeelden uit empirische studies vermeld over opvattingen van leken over stoornissen.

Geloof in maakbaarheid Een voorbeeld van geloof van leken in maakbaarheid en in het kunnen aanpakken van oorzaken van individuele verschillen in stoornissen is beschreven door Dweck et al. (1993). Zij onderscheiden *entity* en *incremental* amateurtheoretici. De eersten veronderstellen dat een trek of afwijking een vaste dispositie is en ze houden aan hun opvatting vast ook al is er beperkte empirische steun. De tweede groep gaat ervan uit dat disposities maakbare kwaliteiten zijn. Beide doen specifieke voorspellingen, bijvoorbeeld volgens de tweede groep hangt genezing van te beïnvloeden factoren af en ze herzien hun opvattingen als er informatie toegevoegd wordt. Dweck et al. benadrukken dat opvattingen over disposities en stoornissen gevolgen hebben voor cognities, attitudes en observeerbaar gedrag. Het voorstel bevat een onderscheid tussen mensen die de status quo als hun lot zien en zij die geloven dat ze in staat zijn om het lot naar hun hand te zetten.

Het heeft nut voor de diagnosticus om te weten tot welke groep een cliënt behoort. Deze attitude beïnvloedt zijn idee over zijn vraag of probleem. De diagnosticus is er zich bewust dat zuivere typen en categorieën zelden aangetroffen worden maar er kan er wel een domineren.

Opvattingen over stoornissen door de tijd heen Persoonlijkheidsstoornissen zijn eerst beschouwd als animistische gebeurtenissen en later als natuurlijke verschijnselen. De Griekse arts Hippocrates (4^{de} eeuw BCE) legde nadruk op nauwkeurige observatie van zieken en ziekten en wees op de natuurlijkheid van stoornissen. Het zijn met andere woorden variaties op een normaal patroon, en variatie is een wezenskenmerk van de natuur. Tot de 19^{de} eeuw noemt Millon (2012) alle opvattingen over stoornissen *semiscientific*. Hij verwijst bijvoorbeeld naar de frenologie. De overtuiging leeft nog steeds dat schedelomvang en IQ samenhangen. Daar is of je wil of niet bescheiden empirische steun voor.

In het begin van de 20^{ste} eeuw was er een descriptieve psychiatrie die typologieën bood om stoornissen te onderscheiden. Een bekende is van Kraepelin (1907), een psychiater die systematiek aanbracht in alle tot dan bekende stoornissen. Deze heeft aan de basis van de MMPI gestaan. De psychoanalyse articuleerde de conceptuele basis voor de ontwikkeling van karaktervariaties. De DSM classificatie maakte een einde aan idiosyncratische definities van scholen en individuele psychiaters. Dat systeem heeft een grote impact omdat het toestaat een ziekte te definiëren. Als er een erkende ziekte is, is de weg vrij voor therapie en medicatie. Het

systeem hielp getroebleerde personen zelf om iets als een stoornis te zien en om hulp te vragen. De tweede decade van de 21^{ste} eeuw (2013) heeft met de DSM-5 een categoriesysteem in de aanbieding dat leidt tot de uitspraak of er van een stoornis sprake is en welke therapie en/of medicatie passen. De DSM-5 vervangt de DSM IV TR. Beide zijn gekenmerkt door een steeds langer wordende lijst met overlappende syndromen en symptomen van stoornissen.

Millon (2012) stelde als basis voor de stoornistypologie niet consensus voor zoals in de DSM IV en 5, maar een deductief model. Als er onrust is over een systeem - en die was er rond de DSM-IV TR - komen er nieuwe voorstellen. Millon bood zo'n alternatief. Zijn dimensies zijn gebaseerd op Darwins concept van natuurlijke selectie. Persoonlijkheid is een uitkomst van pogingen om evenwicht te bewaren tussen drie bipolariteiten:

- (1) existentieel overleven: vermijden van pijn/dood en het vergroten van plezier/leven,
- (2) ecologische aanpassing: assimilatie aan de omgeving/passief en accommodatie aan de omgeving/actief en
- (3) behoud van de soort: maximaliseren van reproductie (zelf) en verzorgen van nageslacht (anderen).

Deducties van de zes polariteiten resulteren in 15 persoonlijkheidsspectra die in vier hogere orde clusters van pathologisch functioneren geordend worden. De clusters omvatten de DSM-IV en DSM-5 categorieën:

- (A) Interpersoonlijk: Afhankelijke, *histrionic*, narcistische en antisociale persoonlijkheden.
- (B) Intra-psychisch: Compulsieve, negativistische, masochistische en sadistische persoonlijkheden.
- (C) Emotioneel: Schizoïde, melancholische en exuberante persoonlijkheden.
- (D) Structurele defecten: Schizotypische, borderline en paranoïde persoonlijkheden.

Het deductieve schema biedt een conceptuele ordening en is geen nieuwe theoretische basis voor de DSM-5. Overleven en aanpassing zijn algemeen en abstract en kloppen altijd. Het schema zal het DSM systeem niet verdringen. Millon noemt zijn structuur *clinically rich* (p. 17) maar het lijkt een herordening van de DSM-IV TR zonder nieuwe etiologie van stoornissen. Grossman (2015) schreef een 'hagiografie' voor de in 2014 overleden Millon en prijst zijn deductieve aanpak. Ik houd het erop dat zijn aanpak niet tot een andere classificatie leidt en geen nieuwe elementen biedt voor de etiologie en behandeling van de DSM stoornissen.

De voorstellen voor behandeling sluiten op het voorafgaande systeem aan. Het feit dat de DSM-5 het gaat winnen van de DSM-IV-TR hangt samen met investeringen van experts en met betrokkenheid van de farmaceutische industrie. Verandering van systeem brengt aanpassingsproblemen met zich mee. Dat gaat net zoals bij een herziene intelligentietest met een nieuwe normering. Omdat de labels in de twee PDs vrijwel dezelfde zijn zal het IV systeem nog wel enige tijd gebruikt worden.

Persoonlijkheidsstoornissen: individuele verschillen, ontwikkeling en context Er is empirisch onderzoek naar de opvattingen van leken, amateurtheoretici over individuele verschillen in gedragsafwijkingen. De voorbeelden zijn gedateerd maar bieden de mogelijkheid om verandering in deze verklaringen op te merken:

(1) Furnham en Bower (1992) vergeleken opvattingen van leken over ontstaan en aard van schizofrenie. Ze verschilden in het omschrijven en accepteren van de ziekterol die men zich met schizofrenie kan toe-eigenen. Volgens leken zijn de patiënten verantwoordelijk en hoeft de samenleving geen mensen (geld) te leveren die hun gedrag corrigeren. Ze probeerden een zin te geven aan het gedrag, hoe bizar het ook is. Ze verklaarden de ziekte vanuit traumatische gebeurtenissen in de jeugd, interpersoonlijke stress en insnijdende levensgebeurtenissen. De afwijkingen worden benaderd als waren het lichamelijke ziekten. Leken zien betekenis in schizofreen gedrag en 'begrijpen' het. De meesten zijn ervan overtuigd dat psychosociale verklaringen beter zijn dan medische. Omdat amateurtheoretici gevoelig zijn voor de tijdgeest - hun voornaamste bron - is het interessant om na te gaan of deze verklaring in de tweede decade van het 3^{de} millennium nog geldt. Het is mogelijk dat het medisch model nu de voorkeur krijgt omdat de biologie, neurologie en biochemie teruggekeerd zijn als verklaring voor schizofrenie en populaire gezondheidstijdschriften dat volgen.

(2) Homoseksualiteit wordt in westerse samenlevingen niet als stoornis beschouwd maar 30-40 jaar geleden nog wel. Furnham en Taylor (1990) vonden dat leken als oorzaken van mannelijke homoseksualiteit dachten aan vroege traumatische ervaringen, angst voor vrouwen - men dacht kennelijk niet aan lesbische relaties bij homoseksualiteit - en genetische verschillen. Ze geloofden in het succes van hormonale behandeling en in het effect van psychotherapie. Een behandeling was een poging interesse voor mannen te deconditioneren. De attitude ten opzichte van homoseksualiteit was negatief gecorreleerd met toenemende leeftijd en een hogere opleiding.

(3) Furnham en Wardley (1991) vroegen leken of, en welke therapie effectief was bij persoonlijkheidsstoornissen. Hoe meer kennis leken over stoornissen hadden, hoe minder succes ze verwachten van regressie, cognitieve en psychodynamische therapie. De kennis over soorten stoornissen verschilde. In de Engelse steekproef van 1991 was epilepsie, autisme bij kinderen, enuresis en anorexia nauwelijks bekend. Dat is nu anders. De subjecten waren optimistisch over het genezen van neurotische stoornissen en van symptomen als slapeloosheid, bedplassen en pleinvrees. Ze waren echter pessimistisch over het 'genezen' van homoseksualiteit, dementie en epilepsie. De studies zijn gedateerd. Zo is de houding ten opzichte van homoseksualiteit door de tijd heen veranderd. Het kan van negatief naar positief gaan maar ook omgekeerd. Autisme werd bizar gevonden maar is nu een aanvaarde stoornis in progressieve landen. Ook dat kan verkeren. Het is een open deur te zeggen dat er grote verschillen tussen culturen zijn in opvattingen over wat stoornissen zijn.

(4) Er zijn veel documenten van patiënten die aan een stoornis lijden. Zij beschrijven hun ervaring met hun gedragsafwijkingen en vertellen over hun levensloop. Het volgende voorbeeld is een uit de vele. Het is de strijd van Jessica Grey (2011), niet haar echte naam uiteraard. Ze schrijft: *...It was like being stuck in a cage, gagged* door haar streng gelovige ouders. Ze voelde de noodzaak om vergeving te vragen voor

alles wat ze deed. Haar vader communiceerde met haar door preken af te steken. Hoewel haar moeder dichterbij haar stond voelde ze dat ze haar niet kon vertrouwen. Ze zag dat ze afweek van haar leeftijdsgenoten en dat bracht haar aan het twijfelen over het geloof van haar vader. Ze verwondde zichzelf en voelde zich waardeloos. De relatie met jongens was problematisch. Na cannabis en alcohol had ze tegen haar wil seks. Ze werd zwanger toen ze 15 jaar was, verloor haar vriend - de vader van haar kind - en haar leeftijdsgenoten op school. Omdat ze suïcidale gedachten had kreeg ze medicijnen tegen angst en depressie. Ze slikte er veel tegelijk in een poging zich van het leven te beroven. Haar psychologe vertelde haar dat ze ziek was: *borderline personality disorder*. De diagnose hielp haar om haar gedrag te begrijpen en te aanvaarden. Je ziet dat ze psychotherapeutische taal gebruikte om haar gedrag te begrijpen. Ze sprak bijvoorbeeld over *identity confusion* en een traumatische jeugd. Ze vertelde dat groepstherapie hielp. Ze bleef het moeilijk vinden een relatie met man te beginnen en te onderhouden. Ze voelt zich nog vaak stuurloos en lijdt maar is niet meer gewelddadig tegenover zichzelf en anderen.

Millons opmerking dat leken er steeds naast zitten is wat te eenvoudig. *Beliefs* gaan mee met de tijd en worden door de wetenschap beïnvloed en die verandert zelf ook. In de jaren 60-70 van de vorige eeuw werd bijvoorbeeld therapie gegeven om homoseksualiteit te onderdrukken, te 'genezen'. Voor een deel spoorden die *beliefs* met de officiële psychiatrische opvattingen en leerpsychologie (ongeveer alles is te conditioneren) van die tijd.

Er zijn geen studies over hoe leken denken dat een stoornis zich *ontwikkelt*. Gaat het over, of blijft het? Neemt het met het ouder worden toe of af? Het is mogelijk dat die zo verschillend zijn dat er geen trend te bespeuren valt. De *context* speelt volgens leken vrijwel altijd een rol bij de totstandkoming van een stoornis. Ze noemen gezinsomstandigheden, zoals misbruik, verwaarlozing, geweld en harde opvoeding, maar ook genetische factoren. Opvattingen van leken over stoornissen en lijden en documenten van patiënten zijn van belang voor de diagnosticus. De cliënt komt immers niet als een onbeschreven blad zijn spreekkamer binnen.

Samenvatting en conclusie

Er zijn impliciete opvattingen over de aard en veranderbaarheid van stoornissen. In 1990 beschouwden leken schizofrenie als een stoornis die veroorzaakt kon worden door insnijdende levensgebeurtenissen. In 1990 werd homoseksualiteit als een stoornis gezien en verbonden met vroege ervaringen, angst voor vrouwen en de genetische uitrusting. Hoe meer psychologische kennis leken hadden, hoe minder ze geloofden in het succes van therapie. Documenten van patiënten geven de diagnosticus inzicht in de manier waarop cliënten hun stoornis opvatten en verklaren. Ze 'fabriceren' er een levenshaal bij waarin geselecteerde feiten zijn verwerkt. Er is niet uitgezocht hoe leken het verloop van stoornissen door de tijd heen opvatten en verklaren. De sociale context is volgens impliciete theoretici naast andere, een bron en veroorzaker van stoornissen, vooral het gezin. Lekenopvattingen kunnen niet afgedaan worden als fout, onwetenschappelijk. Ze vervullen een rol in hoe cliënten hun stoornis en de veranderbaarheid

opvatten en ze wijken gedeeltelijk af van de opvattingen van de officiële psychiatrie en psychologie.

2. Expliciete theorie

Drie theoretische oriëntaties worden gebruikt om expliciete theorievorming over PDs te bespreken. Dit betekent dat stoornissen gezien worden als individueel verschil, dat wil zeggen een afwijking van een normaal patroon, als ontwikkelingsstoornis, of veroorzaakt door de sociale context.

Individuele verschillen De DSM-IV TR is een categoriesysteem dat de stoornissen beschrijft aan de hand van een aantal criteria, symptomen en syndromen waar experts het over eens zijn. As II is de plaats van *Personality Disorders* in de IV-versie. Deze verwijst naar in het oog springende, niet-adaptieve kenmerken en verdedigingsmechanismen. De 5 versie PDs bevatten kenmerken, symptomen van As I en As II: *Clinical Disorders* en *Personality Disorders* van de IV versie. In de DSM-5 (p. 645) luidt de PD omschrijving:

'...an enduring pattern of inner experience and behavior, that deviates markedly from the expectations of the individual's culture, is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adulthood, is stable over time and leads to distress or impairment'.

De nadruk op afwijking van het normale doet denken aan verschillen op door een populatie gedeelde kenmerken. Intuïtief en in de beleving - ook van een diagnosticus - kan een PD moeilijk voor te stellen zijn. Het kan in zijn waarneming geen verschil op een schaal zijn, maar een *hors categorie* verschijnsel. Het gedrag van een manisch depressieve persoon is bijvoorbeeld niet meer te vatten als een vorm van somberheid en ondoordacht enthousiast gedrag. Dit leidt tot het klinisch oordeel met een echte, serieuze PD te maken te hebben. De clinicus maakt een inschatting van de ernst. De DSM-IV en 5 versies onderscheiden tien PDs:

Paranoïde PD: wantrouwen en achterdocht; motieven van anderen worden als kwaadaardig gelezen.

Schizoïde PD: afstand van sociale relaties; beperkte expressie van emoties.

Antisociale Persoonlijkheid: veronachtzaming en schending van rechten van anderen (ongeveer vanaf 15 jaar).

Borderline PD: instabiliteit in sociale relaties, zelfbeeld en gevoelens en opvallende impulsiviteit.

Histrionic: theatraal, buitensporig aandacht vragen en heftige emoties uiten (jongvolwassenheid).

Narcistische PD: behoefte aan bewondering; gebrek aan empathie en zich groots voordoen. Vermijdende PD: sociale inhibitie, gevoelens van inadequaat zijn en overgevoelig voor negatieve evaluaties (vanaf jongvolwassenheid).

Afhankelijke PD: onderdanig gedrag, hangen aan anderen en buitensporige behoefte aan zorg.

Obsessief-Compulsieve PD: overdreven bezig met ordenen, perfect willen zijn en controle uitoefenen.

PD-NOS: een stoornis (niet) op andere wijze gespecificeerd. Deze is opgenomen voor situaties waarin (a) de persoon algemene criteria voor een PD toont maar ze niet in de vorige negen in te passen zijn en waarin (b) het om een stoornis gaat die niet in de DSM-5 staat, bijvoorbeeld de passieve-agressieve stoornis.

In de DSM-5 is een alternatief model voor PDs opgenomen. Ze worden gekarakteriseerd door

'... impairments in personality functioning and pathological personality traits' (onderlijning: DSM-5 handboek).

Functioning verwijst naar gevoel van identiteit, in staat zijn tot zelfsturing en naar het vermogen tot empathie en intimiteit. Pathologische trekken zijn gekenmerkt door: negatieve affectiviteit, onverschilligheid, ontremming, psychoticisme en innerlijke tegenstrijdigheid. Denk aan de charmante bedrieger en manipulator. De kenmerken zijn: beperkt functioneren, een of meer pathologische trekken, inflexibel en hinderlijk gedrag dat doordringend present is in intra- en interpersoonlijke situaties, stabiel is door de tijd heen met een start rond de adolescentie of jongvolwassenheid. Dit gedrag is niet te verklaren door andere mentale stoornissen. De beperkingen in functioneren zijn niet toe te schrijven aan fysiologische effecten van drugsgebruik of medische condities, bijvoorbeeld hersenletsel. Ten slotte is het gedrag niet op te vatten als normaal, gegeven het ontwikkelingsstadium van de persoon. De functioneringscriteria en pathologische trekken zijn als diagnostische kenmerken uitgewerkt voor de antisociale, vermijdende, borderline, narcistische, obsessief-compulsieve en schizotypische PDs. Het 'alternatieve' model staat dichterbij de persoonsleer dan de IV en 5 versies.

Het DSM-5 systeem ontleent zijn structuur en ordening aan de *Big Five*. De laatste worden aanbevolen om de DSM-IV stoornissen te integreren. Een PD is gekenmerkt door pathologische *trekken* (Clark, 2007). De schatting is dat de helft van personen in instituties voor geestelijke gezondheidszorg en misschien ook in gevangenissen een PD vertoont. In de populatie wordt het percentage tussen de 10% en 15% geschat. Dit is erg hoog want voor veel ernstige afwijkingen, ziektes en stoornissen wordt de incidentie op ongeveer 3% geschat (tussen 1% en 5%).

Millon kwam deductief tot 15 persoonlijkheidsspectra die in vier clusters passen. Ze lijken op de DSM-IV benamingen op As II en As I en op de DSM-5. De heroriëntatie op PDs in de DSM-5 leidt tot studies over *pathologische trekken*. Een voorbeeld:

Thomas et al. (2012) onderzochten 'normale' 1^{ste} jaars studenten (n = 808, M = 19.94 jaar; SD = 1.93; 84.12% blank). Ze vulden de DSM-5 in aan de hand van een vragenlijst met 220 vierpunts Likert schaal

items. Ze voegden 25 niet-adaptieve trekken en de BF toe (een 30 item versie met zes items per factor). De niet-adaptieve trekken zijn ontleend aan persoonlijkheidsstoornisomschrijvingen:

'emotional instability, anxiousness, separation insecurity, perseveration, restricted affectivity, submissiveness, hostility, withdrawal, anhedonia, depressivity, intimacy avoidance, suspiciousness, manipulateness, deceitfulness, grandiosity, attention-seeking, callousness, impulsivity, irresponsibility, risk-taking, distractibility, rigid perfectionism, eccentricity, perceptual dysregulation, and unusual beliefs'.

Een exploratieve factoranalyse op DSM-5, de BF en de 25 trekken samen liet de Vijf zien: E, A, C, N, O. De twee hoogstladende pathologische trekken op de Vijf waren:

N: *anxiousness, emotional lability*

A (-): *manipulativeness, deceitfulness*

E (-) *withdrawal, restricted affectivity*

O (-) *unusual beliefs, perceptual dysregulation* en

C (-) *rigid perfectionism, impulsivity*

De auteurs suggereren congruentie tussen normaal en pathologisch: het is een glijdende schaal. Hun resultaten '*...allow the integration between clinical research in personality pathology and basic research in personality* (p. 4). De studie bewijst dat niet want de glijdende schaal is voorondersteld. Bovendien werden geen klinische steekproeven in het onderzoek betrokken en waren de deelnemers overwegend blank. Volgens deze auteurs zijn persoonlijkheidsstoornissen niet *of a different kind*.

Stoorniscategorieën en de BF zijn al voor het verschijnen van de DSM-5 gecorreleerd. Als je dat doet is (a) het categorie-dimensie onderscheid geen vraagstuk meer en zijn (b) normaal en abnormaal geen gescheiden categorieën. Voorbeelden:

(1) Parker et al. (2004) onderzochten de relatie tussen ADHD symptomen bij 122 mannen en 465 vrouwen, allen jongvolwassenen die een universitaire studie volgden. Dit is een normale en geen klinische steekproef. De studie liet zien dat scores op Aangenaamheid en Gewetensvolheid voorspellers waren van het niveau van ADHD. Andere studies vermelden ook substantiële correlaties van ADHD met Extraversie en Neuroticisme.

(2) Simms (2009) onderzocht in een steekproef van studenten de samenhang tussen de BF en pathologie. Niet-adaptieve aspecten van Positieve Emotionaliteit en een lage Aangenaamheid waren significant gecorreleerd met het niveau van pathologie.

(3) De Fruyt et al. (2006) gebruikten de Cloninger PsychoBiologische Vragenlijst en de BF om de DSM-IV categorieën te voorspellen bij 130 in een psychiatrische inrichting verblijvende patiënten. De BF bond een significant deel van de variantie in de Vermijdende, Obsessief-Compulsieve en Narcistische stoornissen.

(4) Er is een *nieuwe* stoornis voorgesteld naar aanleiding van een onderzoek naar de relatie tussen Openheid (BF) en As II-stoornissen. Piedmont et al. (2009) ontdekten dat disfunctionele Openheid gecorreleerd is met vreemde, excentrieke waarnemingen en emotionele en cognitieve rigiditeit. Hun schaal: de *Experiential Permeability Inventory* (EPI) laat zien dat het niet in staat zijn om grenzen te trekken invloed heeft op de waarneming en ervaring van zichzelf en anderen.

(5) De vertaling van stoorniscategorieën naar dimensies leidt tot een profiel van een gestoord persoon. Corry et al. (2008) doen verslag van een studie bij een grote steekproef met middelbare scholieren in de VS en Europa. Ze gebruikten een 40 item vragenlijst met beweringen zoals: *'I have a natural talent for influencing people'*, *'Modesty doesn't become me'*, *'Everyone likes to hear my stories'*. De items konden met twee factoren weergegeven worden: I Leadership/Authority en II Exhibitionism/Entitlement. Het laatste betekent: altijd en overal zijn recht menen te mogen opeisen. De eerste factor correleerde met alle BF factoren behalve met Openheid: de r s variëren van .17 tot .37. De tweede factor hing samen met Extraversie en Aangenaamheid: r s = .21 en -.33.

(6) Twenge et al. (2008) deden een onderzoek met als resultaat dat de narcisme scores met 30% bleken toegenomen te zijn over generaties die deel uitmaakten van 85 steekproeven van Amerikaanse middelbare scholieren ($n = 16.475$) van 1979-1985. Ze hebben geen sluitende verklaring voor de stijging maar wijzen naar de cultuur op scholen, de media en de liedjes die de boodschap brengen dat ieder speciaal is ('je bent het waard') en dat ieder positieve gevoelens over zichzelf moet hebben. In Nederland is, wat later, een soortgelijke trend aangetroffen. In een steekproef van 2696 zestien- tot negentienjarigen die gedurende 22 weken een residentieel programma moesten volgen bleek geen verandering in gemiddelde scores op een narcisme schaal en een *antisocial screening device*. De 14 cohorten werden tussen 2005 en 2015 onderzocht. De scores van deze groep waren bijna normaal verdeeld en er was geen grote afwijking van de normgroep (Barry & Lee-Rowland, 2015). Je kunt niet in zijn algemeenheid zeggen dat narcisme toeneemt vanaf ongeveer 1980.

(7) Jones en Paulhus (2014) ontwierpen een instrument om de *Dark Triad* bij volwassenen te operationaliseren en te meten: *Short Dark Triad*. De dimensies werden empirisch teruggevonden in vier studies bij 1.063 deelnemers gerekruteerd met Amazon's Mechanical Turk (MTurk) in de VS en Canada. Deze manier van rekruteren is te vinden op hun website: onderzoekers kunnen vragen om proefpersonen en geïnteresseerden kunnen zich aanmelden om het experiment of de taak tegen een vergoeding uit te voeren. Er zijn nu (2016) ruim een driekwart miljoen personen aangesloten bij Mturk, 'Turkers' genoemd. Dit leidt mogelijk tot een representatiever groep dan het spreekwoordelijke blik met studenten sociale wetenschappen: WIERD genoemd: anagram voor *'Western, Educated, Industrialized, Rich and Democratic'*. Er zitten ook bij dit rekruteren adders onder het gras: de Amerikaanse Turkers zitten vaak achter de computer en hebben geld nodig. Validiteit werd bepaald door de scores te correleren met ratings van informanten. De donkere drie zijn:

I Machiavellisme (*'there's a sucker born every minute'*; *'avoid direct conflict with others, because they may be useful in the future'*)

II Narcisme (*'I get bored hanging around with ordinary people'*; *'I have been compared with famous people'*)

III Psychopathie (*'Payback needs to be quick and nasty'*; *'I like to pick on losers'*).

De auteurs vinden sekseverschillen in de verwachte richting (d-waarden tussen de 0,24 en 0,79). Naast voldoende interne consistentie laden de schalen op de bedoelde factoren tussen de .31 en .71 (Machiavellisme) .36 en .67 (Narcisme) .31 en .62 (Psychopathie). De correlaties met het oordeel van informanten varieert tussen de $r = .34$ en $r = .57$; en de geattenueerde waarden liggen tussen de $r = .52$ en $r = .61$. De auteurs concluderen met een betrouwbaar en valide instrument van doen te hebben.

(8) Ross et al. (2009) vonden dat Emotionele Stabiliteit, Aangenaamheid en Gewetensvolheid impulsief asociaal gedrag voorspelden.

(9) Voor kinderen en adolescenten is een Nederlandse psychopathologie vragenlijst geconstrueerd door Van Baardewijk et al. (2008). Bij 360 kinderen werden drie betrouwbare factoren, onderverdeeld in subschalen, gevonden:

- I Grootheidswaan-Manipulatie: oneerlijk, maar charmant, liegen, grootspraak en manipulatief
- II Vals-Emotioneel: koud, niet-emotioneel, onverantwoordelijk, onbarmhartig
- III Impulsief: sensatie zoeken, 'gaan voor de kick' en impulsiviteit.

(10) Colins et al. (2014) ontwikkelden in aansluiting daarop een instrument voor 3- tot 12-jarigen om de psychopathische persoonlijkheid vast te stellen: de *Child Problematic Traits Inventory* (CPTI). De steekproef bestond overwegend uit Zweedse kinderen - 18.1% had een ouder die niet in Zweden geboren was - met gedragsproblemen en omvatte 80.1% van de doelpopulatie. Er namen 2.056 kinderen deel waarvan 52.9% jongens. Er werd op grond van literatuur en onderzoek een drietal factoren verondersteld:

- I Grootheidswaan/ Neiging tot Bedriegen
- II Koud en Onemotioneel
- III Impulsief/ Behoeftte aan een kick

De factoren waren intern consistent en correleerden als verwacht met theoretisch verwante constructen, zoals temperament, onbevreesdheid, ADHD symptomen en gedragsproblemen. De drie factoren samen voorspelden deze constructen beter dan elk afzonderlijk. Deze scores correleerden tussen de .22 en .76 met bovengenoemde constructen. Op verschillende wijze (additief, interactief) gecombineerde demografische covariaten, zoals SES, herkomst van de ouders, leeftijd en geslacht van de kinderen correleerden verwaarloosbaar tot bescheiden met de totaalscore op de drie factoren en de factoren afzonderlijk (β 's tussen de .01 en .20).

De opvatting dat pathologie een individueel verschil is, een variatie in de populatie en de verbinding met de BF leidde tot onderzoek bij normale en klinische groepen en bij kinderen, adolescenten en volwassenen. Er is sprake van variatie: van verwaarloosbare tot gemiddelde correlaties tussen de BF en PDs uit As I en II. De opvatting leidde tot een nieuw instrument: vanuit de factor Openheid naar een pathologische variant: Permeabiliteit.

Zachar (2011) organiseerde een groot aantal onderzoeksresultaten in vijf soorten *beliefs* over de oorzaken van PDs:

- (1) het *vulnerabilty belief* zegt dat persoonlijkheidspathologie klinisch relevant is omdat het een risicofactor voor een normale ontwikkeling is, vooral voor As I syndromen/stoornissen.
- (2) volgens de *pathoplasticity* opvatting zijn PDs meer dan kwetsbaarheid. Ze beïnvloeden en vervormen de expressie van psychiatrische stoornissen.
- (3) in het spectrummodel worden PDs veroorzaakt door genetisch overgedragen ernstige geestesziekten die in afgezwakte vorm kunnen voorkomen.
- (4) PDs worden ook opgevat als onverwachte ontwikkelingsneergangen en/of -ontsporingen.
- (5) PDs worden beschreven als een defect. Er is een ernstig gebrek dat waargenomen en beschreven kan worden, bijvoorbeeld door het zichtbaar ontbreken van cognitieve en sociale vaardigheden.

Zachars kader veronderstelt individuele verschillen in innerlijke kwetsbaarheid, specifieke omgevingscondities: sociale context, vooral het gezin, en een verstoord verloop van sociaal gedrag: ontwikkeling. Ze wijzen niet op specifieke psychologische processen voor PDs bijvoorbeeld verstoorde respons of waarnemings- en informatieverwerkingsprocessen.

Ontwikkeling De studie van ontwikkeling is er vooral een naar stabiliteit door de dominantie van instrumenten voor individuele verschillen. De DSM categorieën, de instrumenten voor ADHD, *Experiential Permeabilty*, Narcisme en Psychopathie zijn overwegend absoluut en rangorde stabiel. Niet alle soorten stabiliteit zijn onderzocht. Betrouwbaarheidsonderzoek komt minder voor bij klinische instrumenten dan bij persoonlijkheids- en intelligentietests, mede omdat ze minder gebruikt worden. In de DSM-5 zijn *stability*, *pervasiveness* en *inflexibility* zelfs criteria om van een PD te kunnen spreken.

In de jaren 80 en 90 is een nieuwe tak ontstaan in het PD domein dat op kinderen en jeugdigen gericht is. De DSM IV en DSM-5 gaan vooral over gedrag bij (jong)volwassenen. De aanleiding om PDs bij kinderen te onderzoeken berust op de veronderstelling (a) dat PDs bij kinderen voorkomen en (b) dat vroege ontdekking de kans op het effect van een behandeling vergroot. Een gekoppelde veronderstelling is dat het verloop van PDs een *point of area* (gebied) of *no return* kent. Het tijdschrift dat gaat over stoornissen bij kinderen is *Developmental Psychopathology*. De term verwijst naar oorsprong en verloop van individuele patronen van gedragsstoornissen,

'... whatever the age of onset, whatever the transformations in behavioral manifestation, whatever the complexity of the developmental pattern maybe'.

Werk van Stroufe en Rutter (1984) en Cicchetti (1993) heeft hiervoor de weg geplaveid. De auteurs bespreken de lange termijn effecten van onveilige hechting bij groepen die risico's lopen door gezinsomstandigheden. Ze leggen nadruk op individueel verschillende ontwikkelingspatronen bij kinderen met een moeilijke start.

Cicchetti en Toth (2009) hebben de vruchtbaarheid van het verbinden van ontwikkelingsconcepten met persoonlijkheidsstoornissen uitgewerkt met behulp van de volgende punten:

(a) Nadruk op het in samenhang bestuderen van normale en abnormale ontwikkeling; dat is onvoldoende terug te vinden in de DSM-IV-TR maar wat meer in de DSM-5.

(b) Oog voor grillige ontwikkelingspaden: wat normaal begint kan ontsporen en wat een moeilijk begint, kan normaliseren.

(c) Een ontwikkelingsaanpak betreft vanzelfsprekend niveaus van analyse in het onderzoek: risicofactoren van biologische, karakterologische, sociale- en omgevingsfactoren (Cicchetti, 2014).

Het *Journal of Personality Disorders*, volume 28 issue 1, (2014) heeft een speciaal nummer gewijd aan de verbinding van ontwikkeling met PDs. Bij kinderen ligt behalve het diagnosticeren van een PD nadruk op het voorspellen van problematisch gedrag, bijvoorbeeld met behulp van de *Child Behavior Check List* (CBCL). Daar zijn de meeste empirische studies te vinden. Voorbeelden:

(1) Internaliseren, een uit de CBCL samengestelde 'supercategorie' voorspelt depressie (Lahey et al., 2008).

(2) Masten et al. (2005) laten de negatieve effecten van internaliseren en externaliseren zien: de twee CBCL super categorieën zijn significant gecorreleerd met schoolprestaties 20 jaar later.

(3) De Pauw et al. (2009) stelden temperaments- en persoonlijkheidskenmerken vast bij 443 kinderen tussen de 4 en 6 jaar. De 28 temperaments- en de 18 persoonlijkheidsschalen leverden zes factoren op in een exploratieve principale componenten analyse. De mate van problematisch gedrag werd met de CBCL bepaald. De temperaments- en persoonlijkheidsmetingen bonden afzonderlijk 23% en 37% van de variantie in de CBCL. De zes componenten dekten tussen de 41% en 49% van de variantie. Dit zijn hogere correlaties (r_s tussen de .48 en .70) dan er doorgaans gevonden worden. Er is mogelijk semantische gelijkheid tussen de begrippen in de vragenlijsten, die door beoordelaars gescoord zijn en/of is er mogelijk sprake van methode variantie.

De CBCL is een individueel verschillend instrument voor gedragsstoornissen bij kinderen. De schalen - ingedikt tot twee grote categorieën - zijn gecorreleerd met persoonskenmerken en temperament. De correlaties variëren van bescheiden tot gemiddeld en zijn bij uitzondering hoog.

Trajecten Naast predictieve studies kunnen trajecten onderscheiden en bepaald worden. Een traject is een patroon van verschillende klassen of dimensies van gedragingen door de tijd heen. Het gaat niet alleen om veranderingen binnen een categorie of een overgang naar een andere categorie of verandering van scores op een dimensie. Trajecten worden onderzocht met behulp van gesofisticeerde technieken. De uitslagen worden echter eenvoudig geïnterpreteerd: een individueel verschillende beginpunt, een stabiel verloop, of toe- of afname (lineair, niet lineair) of combinaties (zie Adolph et al., 2008). Voorbeelden:

(1) Dekker et al. (2007) onderscheidden vooraf zes depressietrajecten: *'steady, increasing, decreasing'*, of combinaties en alternaties daarvan bij een longitudinale studie bij meer dan 2000 kinderen uit Rotterdam (representatief voor de 180 nationaliteiten). Bij zowel meisjes als jongens werd een traject waargenomen dat gekenmerkt was door een toename in depressieve symptomen en dat bereikte een hoog niveau in de adolescentie. Twee trajecten toonden een afname bij jongens, maar niet bij meisjes. De trajecten met een stijging waren geassocieerd met depressieve symptomen en met zwakke prestaties op school en met psychische gezondheidsproblemen.

(2) Een longitudinale studie in Dunedin, de vierde stad van Nieuw Zeeland, onder leiding van Caspi, bevatte een heel cohort uit één jaar (ongeveer 1000 kinderen). De studie startte toen de kinderen 3 jaar waren. Antisociaal gedrag werd gemeten met de CBCL: *Conduct Disorder*: liegen, bedriegen, pesten, vechten, enzovoort. Vier antisociale trajecten werden onderscheiden en geïdentificeerd met multivariate groeimodellen:

- (1) life-course persistent: LPC
- (2) adolescent onset: AO
- (3) childhood limited
- (4) low trajectory groups.

Op 32-jarige leeftijd werden de subjecten opnieuw getest en ondervraagd. Sommige LPC personen waren gewelddadig en hadden economische, mentale en gezondheidsproblemen. Het AO traject liet deze problemen ook zien maar in mindere mate. Er waren overeenkomsten tussen meisjes en jongens. Als te verwachten waren jongens/mannen oververtegenwoordigd in het LPC traject (Caspi, 2000).

(3) Cleverley et al. (2012) onderscheidden twee soorten agressie die zich ontwikkelen in de kindertijd en *maladjustment* voorspellen: fysieke agressie (PA) en indirecte agressie (IA). De trajecten van 2.338 jongeren tussen de 10 en 15 jaar werden gemodelleerd voor PA en IA. Drie groepen kinderen met onderscheiden trajecten werden geformeerd:

- I: geen PA, 32.5%
- II bescheiden-dalend PA 52.2%
- III toenemend PA, 15.3%.

Er werden ook drie trajecten van IA onderscheiden:

I weinig-dalend, 29.9%

II bescheiden-dalend, 65.5% en hoog IA, 4.6%. De meeste kinderen, 46.6%, volgden een gematigd dalend IA

III een gematigd dalend PA traject.

Het percentage jongens was hoger in de lage IA- gematigde afnemende PA en gematigd IA-flink toenemende PA groepen. Meisjes verkeerden echter vaker in de laag IA-laag PA en in de gematigde IA-laag PA groepen. De adolescenten die omhoog gingen in beide trajecten, de stijgers toonden meer symptomen van depressie en delinquentie en ze scoorden lager op emotionele intelligentie in vergelijking met groepen met een afnemend traject. Een beperkte groep met hoge IA en PA heeft een verhoogd risico op onaangepastheid. Hun aantal is beperkt maar de overlast die ze veroorzaken is aanzienlijk.

Het beschrijven van een traject is voornamelijk een exploratieve activiteit. Er worden complexe modellen gebruikt om data te fitten. Het is een aanvulling op de individuele verschillen. Naast bescheiden tot gemiddelde absolute en relatieve stabiliteit zijn patronen beschreven die als te verwachten niet gelijk zijn voor iedere populatie, bijvoorbeeld meisjes en jongens.

Context De gefabriceerde context omvat interventies, training en therapieën. Het effect op stoornissen is uitgezocht en aangetoond. De incidentie van stoornissen is niet evenwichtig verdeeld over contexten, bijvoorbeeld gezinnen, scholen, buurten regio's en culturen. De gedragsgenetica biedt schattingen van variantiebronnen van PDs: de hoeveelheid variantie toegeschreven aan genetische verwantschap, zoals die varieert bij monozygotische en dizygotische tweelingen, broers en zussen en ouders en kinderen, en variantie toegeschreven aan binnen en tussen gezinnen verschillen. De verdeling is globaal meestal 30% - 50%, 10% - 15% en 3% - 7%. Deze percentages worden ook voor de BF vermeld. Voorbeeld:

Burt (2009) beweert dat omgevingskenmerken die de gelijkheid tussen broers en zussen beïnvloeden -de gedeelde c^2 - een grote bijdrage leveren aan de meeste vormen van psychopathologie. Haar subjecten waren 490 kinderen uit tweeling- en adoptiestudies. De analyses lieten zien dat 10% tot 19% van de variantie in *Conduct Disorders* (CDs) verklaard werd door de gedeelde c^2 . CDs verwijzen naar *oppositional defiant disorders*, angst, depressie en de internaliserende en externaliserende CBCL stoornisclusters. In andere studies dragen de gedeelde omgeving (c^2) en de niet-gedeelde omgeving (e^2) minder bij maar dit geldt misschien niet voor pathologie voor deze leeftijdsgroepen in deze studie.

De gedachte van de onderscheiding van genen en omgeving als twee aparte onafhankelijke bronnen komt gemakkelijk op omdat je deze met variantieanalyse apart kunt schatten. In de

werkelijkheid interacteren genen altijd met de omgeving. Dit ligt voor de hand en is bekend. Dat heeft tot G x E studies over de ontwikkeling van pathologie geleid (Dick, 2011). G x E verwijst naar het verschijnsel dat de effecten van de genen afhangen van de omgeving, of de effecten van de omgeving afhangen van het genotype. In tweeling- en adoptiestudies worden de genen niet direct gemeten. De invloed wordt afgeleid van correlaties tussen verwanten, familieleden. G x E interacties kunnen afgeleid worden als de invloed van het genotype groter is in de ene omgeving ten opzichte van dat in een andere omgeving, en vanwege het feit dat subjecten die het meest last hebben van negatieve omgevingen ook degenen zijn die het meest van positieve omgevingen profiteren. De G x E studies vereisen omgevingsmetingen van goede kwaliteit. Bovendien vraagt het schatten van interacties representatieve en omvangrijke steekproeven om de vereiste power te halen. Psychologen kunnen deze vragen niet alleen of zelf beantwoorden. Ze hebben de expertise van genetici nodig omdat biologische mechanismen de uitdrukking van genen en hun impact op gestoord gedrag beïnvloeden. De diagnosticus kan slechts het resultaat van zulke studies afwachten.

Samenvatting en conclusie

Individuele verschillen in PDs zijn gecategoriseerd met behulp van criteria en symptomen van de DSM-IV TR, bijvoorbeeld een antisociale, narcistische, vermijdende, enzovoort, persoonlijkheidsstoornis. De DSM-5 behoudt de PDs van de IV versie en stelt een alternatief voor dat uitgaat van gebreken in het functioneren van de persoon en van pathologische karaktertrekken. De laatste lokken een vergelijking met de BF uit. Normale en klinische steekproeven verschillen binnen zo'n opvatting in gradatie en niet als een categorie tegenover een andere. De dimensionele weergave van PDs en de opvatting van de glijdende schaal tussen normaal en abnormaal maken studies over de relaties tussen metingen van stoornissen en allerlei andere persoonlijkheidskenmerken mogelijk. Deze oriëntatie kan aanleiding zijn voor de constructie van nieuwe schalen voor specifieke stoornissen.

Ontwikkeling wordt gemakkelijk gelijkgesteld aan stabiliteit en continuïteit. Van stoornissen wordt verwacht dat ze stabiel en pervasief zijn door de tijd heen, zowel absoluut als wat betreft rangorde. Vanaf de jaren 70-80 is *Developmental Psychopathology* een thema om individuele verschillen, ontstaan en verloop van stoornissen te ordenen en te bestuderen. Voor kinderen is de CBCL ontwikkeld. Dat was van meet af aan een multipel persoonlijkheidsstoornis instrument. De schalen zijn geordend in twee supercategorieën: internaliserende, bijvoorbeeld depressie en externaliserende, bijvoorbeeld agressie. In longitudinale studies worden ontwikkelingstrajecten van stoornissen geïdentificeerd. Ze worden afgeleid met behulp van complexe technieken maar eenvoudig geïnterpreteerd als gelijk blijven of (alternerend) toe- of afname. Er zijn trajecten beschreven die leiden tot geweld, depressie en mentale gezondheid.

Sociale context is verbonden met stoornissen. Wat een stoornis genoemd wordt verschilt tussen culturen. Therapieën en interventies tonen bescheiden tot gemiddelde effecten op PDs. De vraag hoe stoornissen verdeeld zijn over contexten, zoals gezinnen, SES, culturen is vooral uitgewerkt voor gezinnen door de gedragsgenetici. Het globale resultaat is dat ongeveer 30% - 50% van de variantie in stoornissen toegeschreven wordt aan genetische verwantschap, 10% - 15% aan binnen gezinnen variantie: ouders behandelen hun kinderen niet gelijk, en 3% - 7% aan verschillen tussen gezinnen. De waarden verschilden hiervan in een steekproef met gestoorde subjecten: de gedeelde omgeving droeg meer bij dan in andere studies.

3. Alternatieve theorie

Vóór de 19^{de} eeuw werden intellectuele, mentale en psychiatrische stoornissen op een hoop gegooid. In kleine gemeenschappen konden de afwijkende personen overleven. Na de industrialisatie hadden psychologisch gehandicapte personen speciale zorg nodig. Er worden drie interpretaties van afwijkend gedrag bij leken en professionals onderscheiden. Verder worden voorbeelden van herinterpretaties van 'gevestigde' stoornissen besproken.

Drie interpretaties van persoonlijkheidsstoornissen Het (1) medisch model wordt gebruikt door leken en professionals. Beiden nemen het bestaan van afzonderlijke oorzaken voor verschillende ziekten aan. Dat wordt ook nu nog verondersteld en het steekt van tijd tot tijd de kop op. Een reden daarvoor is het succes van medicijnen, het meten van hersenactiviteit met gesofisticeerde apparatuur en statistische verwerkingsmethoden. Het is ook voor een deel aanvaard door leken, gegeven het feit dat velen medicijnen en machines vertrouwen. Tegelijkertijd is bekend dat ongeveer de helft van de populatie het regime van medicijnen innemen niet nauwkeurig volgt. Bovendien zijn uitslagen van de apparaten niet glashelder voor leken én professionals. Ze worden geprepareerd en statistisch bewerkt zodat interessante gekleurde plaatjes ontstaan die goed te interpreteren *lijken*. De stoornissen worden opgevat als veroorzaakt door neurologische, biologische en chemische factoren en de gevolgen kunnen versterkt of verzacht worden door sociale omstandigheden. De relatie tussen chemische substanties en gedrag is in deze studies niet sterk, dat wil zeggen, niet herhaalbaar en hoog of robuust. Uitzonderingen zijn natuurlijk extreem giftige stoffen en drugs die gedrag ernstig verstoren, snel werken en zeer verslavend zijn.

In sommige culturen worden stoornissen opgevat als het gevolg van (2) *misconduct* van de persoon of van iemand uit zijn nabije omgeving. Dit drukt een morele waardering uit over afwijkend gedrag en uiterlijk uit. Het speelt ook nu een rol: het gedrag van de persoon wordt als reden van zijn lichamelijke of psychische stoornis beschouwd. De psychoanalyse benadrukte de ervaringen uit het verleden. Vaak werden de moeders aangewezen als de bron van gedragsafwijkingen. Dit laat zien hoe psychoanalyse en moraal verweven zijn: er zijn schuldigen.

Freud gaf niet alleen moeders de schuld maar uiteindelijk de samenleving in zijn boek *Das Unbehagen in der Kultur* (verzameld werk, 1969-1975). Cognitief-behavioristische professionals benadrukken onmiddellijke sociale condities en niet de vroegste ervaringen.

Een radicaal (3) omgevingsmodel is van Thomas Szasz (1987). Hij vroeg zich af wat we legitiem een ziekte kunnen noemen. Problemen met lichaamsfuncties zijn goed te begrijpen als pathologisch maar hoe zit dat met moeilijkheden van ons denken, voelen, gedrag en relaties met anderen? Dat is een klasse apart, zegt hij. Ze kunnen beter omschreven worden als morele dilemma's en *problems in living*. Szasz verzet zich tegen de biologie, medische wetenschap en de sociale wetenschappen als leveranciers van verklaringen. Hij bespreekt hun positie ten opzichte van de tweedelingen vrijheid - dwang, individualiteit - collectiviteit en vrije markt - socialisme. PDs zijn geen lichamelijke ziekten en biologische psychiatrie is volgens hem een vergissing. Gedragsafwijkingen worden gestigmatiseerd door er psychiatrische categorieën op te plakken en dat heeft gevolgen voor hoe ze behandeld worden. Er is geen psychiatrische therapie nodig. Deze personen moeten weer lid van de samenleving worden. Dit heeft soms geresulteerd in het sluiten van psychiatrische inrichtingen. Het model van Szasz is radicaal omgevingsgericht en wordt wel het *conspirational model* genoemd met de sociale omgeving en de samenleving als de samenzweerders. Het past bij de antipsychiatrie van ruim 40 jaar geleden maar keert nu om andere redenen terug. Door de stijgende ziektekosten worden *problems in living* - de term is van Szasz - buiten de te verzekeren stoornissen gehouden, daar helpt geen *gala voor depressiviteit* aan. Er wordt alleen wat meer onderzoek bij vrouwen en adolescenten verricht. De effecten van therapieën zijn steeds bescheiden en ze doen niet voor elkaar onder, ook een nieuwe niet. Wie wordt nu beter van dit onderzoek? De politicus die het aanzwengelt, de onderzoeker of de cliënt?

Je kunt Szasz verwijten dat hij het *mind-body* probleem weer tot leven heeft gewekt. Gedrag is onontkoombaar *embodied* en *encultured*, historisch gesitueerd en krijgt vorm in culturele praktijken. Szasz zal beweren dat hij geen *substance dualist* is. Hij houdt er niettemin een óf - óf binaire logica op na: twee verschillende methoden en twee soorten kennis (Bracken, 2010). Deze stellingname past in het Westers dualistische denken.

Herinterpretatie van persoonlijkheidsstoornissen Wat op het eerste gezicht beschouwd wordt als een stoornis en als zodanig is ingebed in theoretische constructen en/of overtuigingen, kan geherinterpreteerd worden als een adaptieve, normale reactie. De schaal tussen normaal en pathologisch is een glijdende en men kan van normaal naar pathologisch en *omgekeerd*. Voorbeelden:

(1) Depressie wordt soms realistisch genoemd want depressieve mensen voeren rationele en aanvaardbare redenen aan voor hun depressie. Er zijn gebeurtenissen die aanleiding kunnen geven tot depressie, bijvoorbeeld verlies van een geliefde, volkenmoord, burgeroorlogen, onderdrukking van

vrouwen, kindsoldaten, gebrek aan respect op de werkvloer, kortom, de voortdurende uitbuiting en onderdrukking van de mens door de mens. Een voorwaarde voor een depressie is dat bepaalde omstandigheden de cliënt *direct* raken. Daar horen het wakker liggen van armoede in de derde wereld, de vernietiging van de natuur en de gestolen fiets niet meteen bij. Andrews en Thompson (2009) stellen voor om depressie te herinterpreteren. Het analytisch rumineren dat met een depressie gepaard gaat treedt op bij ernstige en complexe problemen. Rumineren wordt gewoonlijk als niet-adaptief beschouwd. Het kan echter ook een reactie zijn van een persoon die veel tijd neemt om een probleem te doordenken. Hij geeft dat voorrang boven zaken die de gemiddelde burger waardeert. De concentratie op het probleem reduceert de interesse in andere bezigheden en onderwerpen en gaat samen met het vermijden van contacten om niet onderbroken te worden. Dit zijn symptomen van depressie: nadruk leggen op een probleem, rumineren, gebrek aan interesse: lusteloosheid en motorische inertie. De elementen kunnen ook gelezen worden als manieren van coping, van omgaan met ernstige problemen.

(2) Post-traumatische stress (PTSS) wordt door Tedeschi en Calhoun (2004) omgekeerd in zijn tegendeel: post-traumatische *groei*: PTG. Depressie en trauma zijn het gevolg van ernstige problemen in leven en werk. De beschrijving van de auteurs laat in ieder geval zien dat reacties op trauma's niet eenduidig en individueel verschillend zijn.

(3) Hechting (*attachment*) is geherinterpreteerd door Sahdra et al. (2010). Zij argumenteren dat *non-attachment* in bepaalde situaties sociaal adaptief kan zijn.

(4) Psychopathologie wordt gelijkgesteld aan onaangepastheid. Er is zwakke impulscontrole, gebrek aan schuldgevoel en geen empathie met hen die lijden. Niettemin kun je daartegenin brengen dat deze kenmerken adaptief kunnen zijn in specifieke situaties, bijvoorbeeld daar waar je geen vrees mag tonen en dominantie nodig is, bijvoorbeeld, leiderschap onder moeilijke omstandigheden. Lilienfeld et al. (2012) probeerden deze veronderstelling te toetsen bij 24 presidenten van de VS tot aan George Bush. De auteurs ondervroegen historici over de presidenten en raadpleegden historische naslagwerken over presidentieel leiderschap om een index te verkrijgen over (de mate van) pathologische trekken. *Fearless dominance* was gecorreleerd met goede prestaties, leiderschap, overtuigingskracht en crisismangement. De relatie bleef significant na correctie voor covariaten als intellectuele brillie. Daarin verschilden de presidenten aanzienlijk volgens de auteurs. Antisociaal gedrag was niet gecorreleerd met prestaties als president. Zij bepaalden de rangorde van *fearless dominance* van 24 presidenten (zie p. 10, Tabel 4 van hun artikel). Enkele resultaten: Roosevelt (Theodore en Franklin) en J.F. Kennedy staan aan de *Fearless dominance*-top, terwijl Taft, Adams en Coolidge onderaan staan. De auteurs beweren dat moed of dierstheid geassocieerd is met psychopathie. Dat is mogelijk een verwaarloosde voorspeller van de presidentiële prestaties en ook van die van generaals, ondernemers en bankiers. Ze stellen een controversieel construct voor: *successful psychopathy*. Ze aarzelen om te beweren dat VS presidenten psychopathische trekken vertonen. Die aarzeling verdwijnt als het presidenten uit *scoundrel states* betreft, bijvoorbeeld Saddam Hussein, kolonel Gadhafi en president Assad. Lilienfeld et al. (2015) nemen wat gas terug over dit concept. Er zijn nog geen geslaagde pogingen om een of meer processen te identificeren. Komt het voort uit specifieke waarden op een aantal dimensies (een profiel van *differential severity*), uit processen als koel manipuleren, goed je kansen berekenen en oog hebben voor voordeel halen uit de situatie, of uit een specifiek BF profiel: Extraversie (hoog: spanning zoeken en assertiviteit),

Gewetensvolheid (hoog: orde en zelfdiscipline) en Aangenaamheid (bot en onbescheiden). Ze vragen zich ook af of er een soort is; moet je niet typen onderscheiden?

(5) Minder controversieel is een oude studie van Winter (1996). Hij las alle inauguratie redes van de presidenten van George Washington tot Bill Clinton (1993). Hij scoorde de teksten met behulp van de *Achievement*, *Intimacy* en *Affiliation* motieven van de *Thematic Apperception Test* (TAT) van Murray. Carter en Clinton kregen de hoogste score op *Achievement imagery*, Harrison en Pollock de laagste. Kennedy en Bush kregen de hoogste scores op *Affiliation* en *Intimacy Imagery* en Garfield, Th. Roosevelt en Taft de laagste. Het *Power* motief is interessant omdat het met *Fearless dominance* vergeleken kan worden. De hoogste scores voor *Power imagination* waren voor Truman en Kennedy, de laagste voor Grant, Adams en Th. Roosevelt. De resultaten met Th. Roosevelt wijzen op een complexe persoon: hoge *Fearless dominance* gaat samen met lage *Power imagination*.

Deze voorbeelden laten zien dat een consequentie van de glijdende schaal tussen normaal pathologisch is dat je twee kanten op kunt. Wat als pathologische opgevat wordt kan herlezen worden als aangepast onder specifieke omstandigheden.

Als PDs als moreel defect opgevat worden, welke behandeling is dan adequaat? Is het een moreel of medisch advies om een cliënt lichamelijke oefening voor te schrijven, of om bij een persoon die gevoelig is om schizofrenie te ontwikkelen alles in het werk stellen dat hij geen cocaïne en amfetamine kan bemachtigen of om een gedisciplineerd waak-slaap schema op te leggen aan een persoon met een bipolaire stoornis? Is *life style* een erkende factor bij stoornissen? Er is een zekere voorkeur voor zo'n gedachte, alleen al omdat men denkt dat die te beïnvloeden is (Zachar & Potter, 2010). De moreel defect opvatting is niet de enige. Bij leken en professionals zijn verschillende modellen en interpretaties te vinden en ze vormen een compromis: een combinatie van een medische aanpak (pillen) en een transactionele en interactieve aanpak: (dwingende) gesprekken met de cliënt om zijn *life style* te herstructureren. Bij diagnose en vooral bij behandeling van stoornissen is de moralist soms moeilijk te scheiden van een objectieve diagnosticus en professionele behandelaar.

Samenvatting en conclusie

Alternatieve opvattingen over stoornissen bevatten verzet tegen het medisch model. Het radicaalste omgevingsmodel is van Szasz. Terwijl hij het dualisme van abnormaal-normaal wil opheffen, wordt hem toegevoegd dat hij het *mind-body* vraagstuk reactiveert. Het categorisch onderscheid normaal-pathologisch, bijvoorbeeld met betrekking tot depressie is niet eenvoudig te maken. De interpretatie van sommige stoornissen als morele defecten behoort niet tot de psychologie als professie, maar lijkt toch zo nu en dan een moeizaam te vermijden gedachte bij psychiaters en klinisch psychologen. Sommig gedrag is afkeurenswaardig omdat het andere personen en de samenleving bedreigt. Pathologie en het niveau van afwijking zijn niet voor eens

en voor al te definiëren. Wat vroeger, of in een andere cultuur, pathologisch genoemd werd, kan geherinterpreteerd worden, soms zelfs als adaptief.

In de praktijk vinden diagnostische teams een compromis tussen deze tweedelingen, zoals lichamelijke en geestelijke ziekten of afwijkingen, pathologie versus normaal, moreel defect versus een voorkomend gedragsverschijnsel en de rol van professional versus die van moralist. De diagnosticus is zich bewust van de verschillen tussen leken en professionele opvattingen over stoornissen en gedragsafwijkingen. Hij heeft onderscheidende informatie nodig over de factoren, symptomen en de waarden op dimensies die door experts overeengekomen zijn om een cliënt 'gestoord' of 'afwijkend' te noemen. Het toekennen van een stoornis heeft nogal aardse consequenties: vergoedingen en toegang tot behandelingen.

4. Reflectie en evaluatie

De diagnosticus wordt regelmatig geconfronteerd met milde pathologie. Extreme pathologie is óf zichtbaar óf niet zichtbaar. Als die zichtbaar is, bevinden de personen zich in instituten, zodra de samenleving het als ernstig lijden of als een gevaar beschouwt. Als extreme pathologie niet zichtbaar is, heb je er óf geen last van, óf zijn de desastreuze gevolgen pas op termijn zichtbaar en kunnen maatregelen - vaak te laat - genomen worden variërend van steun tot buitensluiten. Het systeem van bronnen en oriëntaties van theorievorming is gebruikt om stoornissen te ordenen en te duiden. Het stelt in staat thema's te bespreken en debatten te ordenen over de rol van de DSM-5 als diagnosticum voor PDs. De theoretische oriëntaties bieden referentiekaders voor opvattingen over PDs: een afwijking van de norm: deviatie van normaal functioneren en pathologische trekken. Dit is uitgewerkt in de alternatieve beschrijving van PDs in de DSM-5. PDs kunnen opgevat worden als ontwikkelingsstoornissen en aansluiten bij theorievorming over persoonsontwikkeling en de verlopen, 'loopbanen' van PDs in de DSM-IV en DSM-5. De context oriëntatie moedigt aan te letten op risico en beschermende factoren in de sociale context. Een stoornis wordt niet in iedere cultuur gelijk gedefinieerd en behandeld. De DSM versies behandelen bij PDs risicofactoren en cultureel verschillende expressies.

Afwijkingen en stoornissen worden door leken en professionals gedefinieerd vanuit het buitenstaander gezichtspunt. Het soort afwijking en de individuele verschillen tussen gestoorde personen kunnen gepaard gaan met verschillen in inzicht en bewustzijn van pathologische condities bij de cliënten zélf. Sommigen tonen inzicht in hun afwijkende gedrag en omstandigheden, anderen weinig of helemaal niet. Marcov en Berrios (2011) beschrijven gebrekkig bewustzijn van- en inzicht in een PD als *narrow self-knowledge*. Dit is gebaseerd op een (in)directe kwantitatieve schatting van de (ernst van de) afwijking, het tekort, de stoornis. Het is te vergelijken met het vaststellen van een stoornis door neurowetenschappers die de kleuren op het scherm interpreteren. Inzicht in symptomen leidt tot directe en indirecte kwantitatieve schattingen en evaluaties van de ernst van de stoornis door klinische

professionals.

De drie oriëntaties bevatten geen voorkeur voor een theoretische interpretatie, ook niet voor een culturele of morele interpretatie (Szasz) van PDs. De inhoud van gestoorde gedragingen en afwijkingen overschrijdt soms een algemeen aanvaarde gedragsnorm en dat lokt uit dat ze als een moreel defect gezien worden en het feit dat wat hier niet mag/kan, maar elders wel, lokt soms cultureel relativisme uit. Dat niet alles hier of daar wel kan of mag is begrensd, maar mogelijk volstaat zelfs de Verklaring van de Rechten van de Mens niet.

II Persoonlijkheidsstoornissen: operationalisatie, meting en instrumentatie

Het vaststellen van de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis is vanuit het medisch model een taak van psychiaters geweest. Kraepelin (1907) had wel wat orde in die stoornissen gebracht maar de psychiaters gingen er als zelfstandige ondernemers met personeel - dus nogal wisselend - mee om. De label en de behandeling die een cliënt kreeg liep zo uiteen. De DSM maakte daar vanaf 1954 een einde aan. Het is een categoriesysteem dat de psychiaters en klinisch psychologen on speaking terms bracht en de behandelingen enigszins stroomlijnde. Naast deze categorische aanpak hebben psychologen steeds schalen en dimensies beschreven waarop de mate van een specifieke stoornis beschreven kon worden als een afwijking van het gemiddelde, het normale gedrag. De DSM onderging de nodige wijzigingen door de tijd heen (meestal uitbreiding van het aantal stoornissen) en de psychologen maakten schalen. In de laatste versie (DSM-5) komt de schaal en dimensionele aanpak van de psychologische BF en de categorische van de DSM-IV TR wat dichterbij elkaar.

1. Operationalisatie en meting

Als gevolg van de psychoanalyse moesten Id, Ego en Superego geoperationaliseerd worden. Dit werd aanvankelijk aan expert-beoordelaars overgelaten: psychoanalytisch getrainde psychiaters en klinisch psychologen. Hermann Rorschach ontwikkelde de Inktvlekkentest die oorspronkelijk bedoeld was voor het diagnosticeren van schizofrenie. Het is later gebruikt om de 'hele persoon, heel de mens' te diagnosticeren. Een objectief instrument is de MMPI *self-report questionnaire*, wel de moeder van alle persoonlijkheidsvragenlijsten genoemd. Deze wordt ook nu veelvuldig gebruikt en bevat uit zijn aard klinische schalen die helpen een stoornis vast te stellen. Omdat experts het vaak oneens waren en zijn over het categoriseren van cliënten en men in Groningen een ander stoornislabel kon krijgen dan in Amsterdam (daar werden naar verhouding meer multiple persoonlijkheden aangetroffen: geen wonder dat het in Amsterdam zo vol is!) moest een statistische aanpak dit probleem oplossen: de DSM I tot en met IV en 5. Het systeem bracht enige overeenstemming in stoornistoewijzingen door psychiaters en psychologen. Het aantal categorieën nam bij iedere nieuwe uitgave toe. Bovendien waren ze niet zuiver: co-morbiditeit.

De operationalisaties bij de Rorschach test bestaan uit oordelen van experts over de antwoorden van subjecten op de vraag wat ze zien in de plaatjes met inktvlekken. De items van objectieve vragenlijsten zijn operationalisaties van dimensies van stoornissen. De antwoorden stellen in staat tot meten met als producten: een toewijzing aan een categorie, een narratief verslag of een profiel met scores op een aantal dimensies. De procedures en metingen zijn door de tijd heen verfijnd en toepasbaar in verschillende situaties: screenen van personeel, klinische en therapeutische diagnoses.

Operationaliseren en betrouwbaarheid en validiteit van Rorschach en MMPI De psychometrie liet de Rorschach en de DSM niet ongemoeid. Vooral de Rorschach is gekritiseerd vanwege het ontbreken van betrouwbaarheidsgegevens en, als ze al berekend werden, waren de waarden laag. Het resultaat was immers afhankelijk van de interpretatie van de psychiater of klinisch psycholoog. De laatste Cotan beoordeling levert alleen onvoldoendes op. Kritiek - niet die van de Cotan uiteraard - heeft tot het *Exner Comprehensive System* geleid. Dit CS helpt de antwoorden zo te scoren dat oordelaars overeenstemmen. De MMPI had van meet af aan de kenmerken van een psychometrisch toetsbare vragenlijst. Ze is regelmatig aangepast bijvoorbeeld met de introductie van de *Restructured Clinical Scales*. Omdat ook de cliënt 'onbetrouwbaar' kan zijn (zich anders voordoet als hij is) zijn is *Lie Scale: de Fake bad Scale* toegevoegd (Butcher, 2010).

Rorschach en MMPI worden nog regelmatig gebruikt. De kritiek op de projectieve Rorschach test nam af omdat een team rond John Exner een systeem maakte dat betrouwbare scoring mogelijk maakte. Bovendien waren de correlaties met allerlei criteria laag tot gemiddeld. Dat

dat verschilt niet van de objectief gescoorde vragenlijsten (zie de verzameling van 125 meta-studies door Meyer et al., 2001).

De Rorschach inktvlekken blijven vreemd voor een onderzochte. Volgens de conversationale regels van Grice verwacht hij immers dat hij kan inzien waarvoor hij iets moet doen. Bij de Rorschach is dat niet zo duidelijk als bij een intelligentietest. We vermelden als voorbeeld een studie van Mihura et al. (2012) die de lezer mogelijk helpt om een oordeel te vellen over de Rorschach in het licht van de onvoldoendes in de Cotanbeoordeling en de voortdurende kritiek. Een ander voorbeeld laat zien dat er juist vertrouwen is in de Rorschach werkwijze en nieuw elan voor het ooit verguisde instrument. Het kan bij PDs alle kanten op.

(1) Mihura et al. (2012) maakten gebruik van vrijwel alle systematische overzichten en meta-analyses van de 65 Rorschach variabelen van het *Comprehensive System*. De gemiddelde criteriumvaliditeit, vastgesteld aan de hand van ratings door observatoren en op basis van psychiatrische diagnoses, bedroeg $r = .27$ ($k = 770$). Introspectie en *self-reports* leverden een correlatie op van $r = .07$ ($k = 386$). Met gebruikmaking van Hempoll's (2003) criteria, onderscheiden ze vijf *support classes* op basis van de hoogte van de correlaties (p. 23). De meeste steun werd gevonden voor variabelen die verwijzen naar cognitieve en perceptuele processen, bijvoorbeeld de *Perceptual Thinking Index* met twee primaire componenten: *Critical Special Scores* en *Distorted Form*. De indices maken onderscheid tussen patiënten met psychotische versus andere stoornissen. Indices voor *Psychological Resources* en *Cognitive Complexity* voorspelden bescheiden mentale gezondheid en verblijfsduur in een inrichting. Dit werd ook gevonden voor emotionele impulsiviteit en het risico op zelfdoding. Deze werden voorspeld door de Vorm-Kleur verhouding en de *Suicide Constellation*.

De minst door empirisch onderzoek ondersteunde Rorschach variabelen waren gekenmerkt door ontbreken van empirisch onderzoek, toonden instabiele onderzoeksresultaten of leverden geen significante validiteitscoëfficiënten op. Sommige variabelen waren eenvoudig te interpreteren, zoals *Animal Movement*, *Non human Movement*, *Color Projection* en de betrouwbaarheid was voldoende, maar predictieve validiteit ontbrak. Variabelen die wel interpretatie vereisten maar ook niet valide waren zijn *White Space*, *Pure Color*, *Egocentricity Index*, *Processing Efficiency* en de Coping Stijlen. De resultaten met de Rorschach zijn misschien niet zo maar op een hoop te gooien als onbetrouwbaar en niet valide, of te zien als speeltje van klinici met veel vrije tijd voor cliënten met voldoende geld. Het CS blijft complex en vereist training voor verantwoord gebruik. Je moet de 65 variabelen en de eruit afgeleide clusters kunnen herkennen en betrouwbaar kunnen scoren. Voor specifieke stoornissen zijn andere, eenvoudigere en even valide instrumenten beschikbaar. Het valt op dat de pretentie van de Rorschach door de tijd heen gewijzigd is. Het is nu een instrument om de *strange and disturbed perceptions of patients* vast te stellen. Dit zijn precies de variabelen die naar verhouding de hoogste validiteitcoëfficiënten opleveren. Het gaat niet meer om de diagnose van de 'hele persoon', inclusief zijn sociale, emotionele intelligentie, IQ, cognitie en zijn geschiedenis van voorspoed en tegenslagen.

(2) Het gebruik van de inktvlekken blijft een aantrekkelijke werkwijze voor enkele klinici en psychiaters. Het lot van een werkwijze kan veranderen: van verguisd naar een bruikbaar middel (Bornstein, 2012). Deze auteur beweert zelfs dat recent onderzoek met de Rorschach, inclusief de mogelijkheid tot

formuleren van hypothesen, het vormgeven van het diagnostisch proces, het bepalen van predictieve validiteit en het vermelden van beperkingen, een *voorbeeld* kan zijn voor alle persoonlijkheidsdiagnostiek. Het instrument voldoet immers aan de psychometrische regels: het is niet langer een psychometrische nachtmerrie, is resultaatgericht, voorspelt interessant gedrag, is procesgericht, legt cognitieve en emotionele processen bloot en integreert typen gegevens. De *Rorschach Inkblot Method* (RIM) moet door een expert uitgevoerd worden en deze procedure voorkomt de valkuilen van zelfrapportage volgens Bornstein en '*...might ultimately enable the RIM to become a model of test score validation of the 21st century personality assessment*' (p. 26). Dit is optimistisch. Je kunt verwachten dat het gebruik beperkt blijft, vanwege

- (a) het grote aantal variabelen: 65,
- (b) overlappende clusters,
- (c) verschillen in validiteit: 30 voldoende en 35 bescheiden/onvoldoende,
- (d) beschikbaarheid van eenvoudiger af te nemen en te interpreteren instrumenten en
- (e) investering van veel tijd en geld om afname en interpretatie te leren.

Het argument van Bornstein dat de Rorschach model kan staan en hypothesen helpt genereren over de oorzaken van stoornissen is oud. De jaren 50 psychologen, bijvoorbeeld Prof. Rutten van de K.U. Nijmegen (in zijn college van 1966) zeiden dat het lezen van de Bijbel, Sophocles, Cicero, Aesopus, Plato, Aristoteles, Augustinus, Thomas van Aquino, Shakespeare, Bacon, Montaigne, Pascal, Balzac, Flaubert, Nietzsche, Rilke, Tolstoi, Tsjechow, Dostojewski, Proust, Felix Timmermans, door studenten (m/v) op hun eigen initiatief aangevuld met *Readers Digest*, *Story*, *Weekend*, *De Lach*, *Panorama* en een goede conversatie met een geïnteresseerde en erudiete, (blijvend) jonge vriend(in) bij een glas bier (jenever, wijn, champagne) even vruchtbare bronnen voor hypothesen zijn. Deze rij namen heb ik overgenomen van Buytendijk, de Utrechtse baas en promotor van Linschoten. Van de laatste is bekend dat hij deze auteurs daadwerkelijk las en benutte in zijn geschriften.

(3) Als een systeem aanvaard is en verdedigd wordt door een spraakmakende groep dan gaat het ook gebruikt worden voor andere gedragingen, in andere populaties en situaties. Een voorbeeld is het diagnosticeren van ontwikkeling (*maturity*). Stanfill et al. (2013) stelden voor om Rorschach variabelen te kiezen die gevoelig zijn voor de beschrijving van ontwikkeling. Ze selecteerden variabelen die met leeftijd gecorreleerd waren. De onderliggende dimensie kan geïnterpreteerd worden als een ontwikkelingsschaal op weg naar cognitieve en sociale rijpheid. Ze gebruikten gegevens uit verschillende landen: Europa (Denemarken, Italië, Portugal), Japan, VS en Brazilië. Vorm kwaliteit variabelen, niet het aantal, maar hun complexiteit, beweging, vorm dominante kleur, aandacht voor detail en voor inconsistenties, genuanceerde responsen, synthese, enzovoort waren indices voor ontwikkeling. Stanfill et al. konden ontwikkeling afleiden uit 13 van de 65 variabelen. Het is een bewerkelijke procedure om ontwikkeling/rijpheid af te leiden en dat beperkt het gebruik.

De MMPI-2 en DSM-IV TR & DSM-5 kunnen gemakkelijker gescoord worden en zijn tot nu de meest gebruikte instrumenten voor stoornissen. Van de laatste is bovendien meer bekend over betrouwbaarheid en validiteit. De Rorschach vlekken zijn geen vlekjes die zich zo maar laten wegwerken. Je kunt er niet omheen dat het nieuwe scoringsstelsel redelijk betrouwbaar is en de variabelen bescheiden correlaties met criteria vertonen. De vlekentest blijft echter tijdrovend en dat is niet gunstig voor het gebruik.

Met en afbeelden van PDs: van DSM-categorieën naar dimensies Voor categorische gegevens zijn gesofisticeerde analyses beschikbaar om de latente klassen op te sporen. Rothschild et al. (2003) deden zo'n studie bij 1389 ambulante patiënten met een vermoeden van een *Borderline Personality Disorder* (BPD). Ze gingen na of de symptomen een apart taxon/categorie vormden, onderscheiden waren van de normale persoonlijkheid en of ze op één continuüm onder te brengen waren. Ze vonden geen steun voor een aparte latente categorie (taxon) en concludeerden dat de gegevens een unidimensionele afbeelding van As II toestond. Ze pleiten voor vervanging van de symptomen en categorie-clusters door dimensies.

Het debat over de vervanging van de DSM-IV TR is al begonnen voor 2000. Feitelijk deden zich al hybriden voor. Autisme is bijvoorbeeld geen 0 - 1 categorie maar een spectrum en er is ook een instrument om op die dimensie, dat spectrum niveaus te onderscheiden. Er zijn afbreekpunten geformuleerd voor de klinische praktijk (zie bijvoorbeeld Kiep & Spek, 2015). Clinici maken een schatting (op een schaal, dimensie) van de ernst van vrijwel elke stoorniscategorie. De ene depressie, borderline, enz. is de andere niet. Daar komt bovendien de complicerende factor van de context van de lijder aan de stoornis bij. Het voorstel om in de DSM-5 van 'dimensies' gebruik te maken betekent *niet* afstand nemen van het medisch redeneren over ziekten: het oude categoriesysteem blijft. Er was en is onvrede met aard en aantal categorieën, onder meer geuit door een van auteurs van de DSM-IV, Allen Frances die ook aan de DSM-5 meegewerkt heeft. Widiger en Mullins-Sweatt (2009, 2010) vatten de problemen van de klassieke DSM voor klinisch gebruik samen:

- (a) heterogeniteit van een stoornis, dat wil zeggen hij past niet precies in een categorie,
- (b) gebrek aan precisie van de omschrijvingen,
- (c) frequent voorkomen van co-morbiditeit,
- (d) gebrek aan specifieke diagnoses en
- (e) de gemakzuchtige categorie: *Not Otherwise Specified*: NOS.

Ze bevelen een dimensioneel systeem aan dat abnormaal, afwijkend gedrag beschrijft aan de hand van een aantal dimensies. Een dergelijk systeem zou de heterogeniteit en veelheid aan categorieën kunnen verminderen. Immers al die categorieën hebben geen wortels in een aparte etiologie en sluiten ook niet aan bij een specifieke therapie. De DSM-5 auteurs gebruiken

‘dimensioneel’ niet in de psychometrische zin van een latente trek of onafhankelijke factor. Er is bijvoorbeeld geen meting van een latente trek narcisme, depressiviteit te bekennen en er is geen reductie van symptomen van een aantal co-morbide DSM-IV categorieën tot een beperkt aantal factoren. De argumentatie voor de ‘dimensionele benadering’ luidt (2013: p. 733):

A growing body of scientific evidence favors dimensional concepts in the diagnosis of mental disorders. The limitations of a categorical approach to diagnosis include the failure to find zones of rarity between diagnoses, i.e., delineation of mental disorders from one another by natural boundaries’.

Dit laat het bestaan van *intermediate categories* toe. De Amerikaanse versie van de DSM-5 (2013) met als voorzitters Kupfer en Regier is beschikbaar. In het voorjaar van 2014 is de Nederlandse bewerking gereed gekomen. Er zal in de praktijk mee gewerkt en onderzoek mee gedaan moeten worden om gebruiksvriendelijkheid en predictieve kwaliteiten te bepalen. De 5 versie vergt een klinisch oordeel over ernst van stoornissen. In het *Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders* zijn opzet en werkwijze van de BF te herkennen. Het gaat om gestoord functioneren en pathologische trekken. Voorbeelden:

(1) Edmundson et al. (2011) gebruikten het BF model bijvoorbeeld voor een meting van schizotypische kenmerken. Negen schizotypische schalen werden geconstrueerd als niet adaptieve varianten van facetten van de BF, bijvoorbeeld afwijkende ideeën als een gestoorde variant van Openheid. De BF facetten correleerden substantieel met de schizoïde kenmerken.

(2) In de besproken studie van Krueger et al. (2011) werd een persoonlijkheidsinventaris ontworpen om DSM stoornissen te meten aan de hand van 220 Likert 4-punts items die 25 gestoorde, niet adaptieve kenmerken, trekken markeerden.

(3) In 2015 heeft Widiger Five-Factor-Model facetten (MFF) conceptueel verbonden met de Borderline, Narcisme en Obsessieve-Compulsieve stoornis. Vooral Neuroticisme (facetten: angst, vijandigheid, depressie, kwetsbaarheid en impulsiviteit) ‘laadt’ op de drie PDs. Bij Borderline zijn de kenmerken ongereguleerde woede, onregelde affectie en gedrag, wanhoop en verwarring, bij Narcisme reactieve woede, onverschilligheid en behoefte aan bewondering en bij Obsessief-Compulsief buitensporig zorgelijk zijn (zie p. 459 voor de hermeneutisch geconceptualiseerde overeenkomsten tussen de BF en de PDs).

(4) Anderson et al. (2015) voegden naast de BF en de PDs van de DSM-5 ook nog de MMPI toe. De multivariate analyse van al deze schalen en categorieën leverde verbanden en dimensies/factoren die je semantisch en conceptueel kunt verwachten. De steekproef bestond uit 346 patiënten die de psychiatrische kliniek van de universiteit van Toronto bezochten. Drie grote factoren doken steeds op uit de analyse: internaliseren, externaliseren en psychotische klachten.

De populariteit van de BF en de aanpak van het maken van een profiel op een paar dimensies is een trigger geweest om pathologische categorieën als trekschalen op te vatten. De BF sorteert ook voor naar een trek interpretatie. Dat is niet de enige. Je kunt verwachten dat een psychologische proces interpretatie verzonnen wordt. Dat is een stap verder en ook interessanter. Smith en Lilienfeld (2015) maken die stap voor psychopathologie. Deze conditie is gekenmerkt door interpersoonlijke (oppervlakkige charme), affectieve (gebrek aan empathie) en gedrags-kenkenmerken (impulsiviteit). In een meta-analyse van 7340 deelnemers uit 94 studies zochten ze steun voor een response modulatie hypothese. Psychopathie wordt opgevat als gestoord moduleren van je responsetendensen. Ze lopen uit het spoor op soms onvoorspelbare momenten. Ze vonden beperkte steun ($r = .20$ en $d = 0,41$). De hypothese *...is unlikely to provide a comprehensive etiological account of psychopathy* (p. 1). De variantie de effectgroottes en r waarden was ook hier zoals vaak aanzienlijk. Die variantie kon gebonden worden aan moderators als angst, type taak, meting van psychopathie en lidmaatschap van een ethnische groep.

Een psychometrische dimensionele benadering van stoornissen *zou* aanleiding geworden kunnen zijn voor een hernieuwd debat over aantal, aard en status van latente gestoorde trekken, dimensies of factoren van stoornissen. Dit debat is bekend van de BF en de trektheorieën. De overgang of scheiding tussen gestoord en niet-gestoord zou opnieuw omschreven moeten worden, dat wil zeggen betrouwbaarheidsintervallen zouden bepaald moeten worden rond *cut off scores* op (combinaties van) factoren, zoals bij de MMPI gebeurd is. Als er rekening gehouden zou worden met het feit dat latente trekken en factoren meestal correleren, zou een aanpak als bij de het AB5C model van de BF mogelijk zijn. Dit alles is in de DSM-5 *niet* het geval omdat het categorisch systeem overleefd is gebleven. De psychometrische aanpak vindt wel plaats voor specifieke gebieden c.q. stoornissen. Voorbeelden:

(1) Skodol (2012) zoekt de oplossing van het *cut off* punt tussen normaal en abnormaal in een *Levels of Personality Functioning Scale* die voor de PDs de *ernst* van de handicap schat. Hij wijst er op dat de DSM-5 last blijft houden van de onduidelijke criteria uit de DSM-IV.

(2) De IRT kan bijdragen aan onderzoek met de DSM-5: Thomas (2011) beveelt IRT aan want ze heeft voordelen:

- (a) de reductie van meetfouten, of beter een betere schatting van meetfouten op de gestoorde, hoge en/of lage niveaus op één of meer dimensies,
- (b) gebruik van adaptief testen,
- (c) gebruik van zinvolle latente variabelen (semantische te begrijpen namen voor gedragsafwijkingen of een leeg model, een functie, curve?),
- (d) schatting van DIF, itempartijdigheid en
- (e) betere bepaling van interventie-effecten.

Deze technische aanbevelingen lopen vooralsnog vooruit op hoe de DSM-5 meestal gebruikt wordt. De psychometrie biedt niettemin de techniek om ernst van een stoornis te schatten en nieuwe betrouwbaarheidsanalyses te doen. Maar niet iedereen ziet IRT als nuttig voor pathologie (zie Borsboom et al., 2011 hieronder).

Aarzelingen bij gebruik van de DSM Er was en is terughoudendheid over de DSM-5: kunnen complexe kenmerken die een DSM categorie herbergt, gemeten worden, zo vragen Mitchell (1999) en McGrath (2005) zich af. Is er achter de ambigue, onduidelijke complexiteit van symptomen en de diversiteit van observeerbare gedragingen wel een eenduidige mathematische structuur? Dit is vooralsnog een debat tussen de expert-onderzoekers en op de korte termijn niet vruchtbaar voor de diagnosticus. Experts zijn het zelden eens.

Borsboom et al. (2011) vragen zich af of de latente variabele benadering nodig is en toepasbaar op PDs. Er is immers tot heden geen methode om stoornissen *los van* symptomen te meten. Dat is anders bij een tumor in je hoofd. Die kan wel gediagnosticeerd worden zonder dat je symptomen van hoofdpijn hebt. Er is geen diagnostiek van depressie of schizofrenie zonder allerlei symptomen waar te nemen en gerapporteerd te krijgen. Een neuroloog kan niet aan uw hersenscan zien of u depressief bent. Ze stellen voor om PDs als keten-reacties (*chain-reactions*) te conceptualiseren, bijvoorbeeld slapeloosheid → vermoeidheid → slechte prestaties. Zo'n schema laat het toe om over de *architectuur* van een PD te spreken. Problemen kunnen meer of minder 'besmettelijk' zijn, bijvoorbeeld slapeloos → moe. Dit lijkt op de formulering van een casus, maar de correlaties - de architectuur - wordt hier in steekproeven bepaald.

Een architectuur is een netwerk van factoren dat 'gesynchroniseerd' wordt door de relaties. Je kunt correlaties als afstanden representeren en problemen, bijvoorbeeld depressie door verlies van partner, gezondheidsklachten, conflicten met anderen en stress in een tweedimensionele ruimte, een plat vlak onderbrengen met de symptomen geordend in een cirkel. De dikte van de lijnen drukt de hoogte van de correlaties in de steekproef uit (Cramer et al., 2012). Het gaat niet meer om de IFRs en ICCs, maar om betrouwbaar gemeten onderdelen van de architectuur. Deze benadering accepteert dat symptomen de kern van de diagnose zijn en niet met formele modellen voor latente trekken afgebeeld moeten/kunnen worden. De effecten van interventies moeten blijken uit het veranderen of verdwijnen van symptomen. Het vinden van de latente variabelen die gedragsverschillen tussen mensen veroorzaken (Borsboom, 2004) is niet voor elk gedrag nuttig of nodig volgens Borsboom et al.

Winst DSM-5? Frances en Widiger (2012) willen bij de DSM-5 de problemen van de DSM-IV voorkomen. Ze wijzen op de verantwoordelijkheid van de schrijvers - Frances is een van hen - van de DSM-5. Het instrument heeft immers gevolgen voor onderzoek en behandeling. De auteurs moeten objectieve en onafhankelijke adviezen geven. Dit blijkt niet gemakkelijk. Een

Nederlandse psycholoog, betrokken bij de 5 versie, is afgehaakt, onder meer omdat de invloed van de farmaceutische industrie hem te groot werd. Onderzoeksvoorstellen om de kwaliteit van de DSM-5 te bepalen, moeten tonen of het systeem aan huidige psychometrische eisen voldoet en dienen informatie te geven over of, en hoe het instrument in de praktijk werkt. Voor het als definitief instrument op de markt komt, zouden er trials gedaan worden en als het op markt is, moeten er verbeteringen aangebracht kunnen worden. De autoriteit die voor dit alles zorg moet dragen is volgens hen het *Institute of Medicine*. Dokters, psychiaters blijven de dienst uitmaken, terwijl de DSM-5 het medisch model voor een deel achter zich zou hebben gelaten. Aanbevelingen zijn gemakkelijk. Het gaat er veeleer om informatie uit onderzoek en de praktijk te verkrijgen. Evenals zijn voorgangers wordt de DSM-5 waarschijnlijk een *continuing story*.

Box De DSM I...IV TR en in de toekomst DSM-5, 5.1, 5.2...5.n of 6...

Batstra en Thoutenhoofd (2013) hebben de geschiedenis van de DSM op een rij gezet: De DSM-I (1952) en de DSM-II (1968) bevatten 106 en 182 stoornissen. Deze waren niet beschreven met een aparte, eigen etiologie. De DSM-III (1980) en de DSM-III-R (1987) vermeldden 265 en 292 stoornissen. De laatste twee werden herzien om de betrouwbaarheid van de categorietoekenning te vergroten. De derde versie bevatte criteria die ervoor zorgden dat een persoon gemakkelijker aan een categorie toegewezen kon worden. Het aantal afwijkingen nam met 32% toe in de jaren 80, en met 48% in de jaren 90 (Kessler et al., 2005). In 1994 werd de DSM-IV gepubliceerd en deze zorgde voor een toename van diagnoses van autisme en ADHD bij kinderen (CDC, 2012). De tijdgeest zorgde ervoor dat er aandacht besteed werd aan neurobiologische oorzaken van stoornissen. Kupfer et al. rapporteerden al in 2002 dat er geen duidelijke neurobiologische oorzaken aangewezen konden worden voor de stoornissen. Kupfer werd een van de voorzitters van een groep experts die de DSM-5 uitbracht. Spitzer die voorzitter was van de DSM-III Task Force vertelde in 2007 in een BBC televisieserie dat zijn werk de medische kijk op stoornissen had versterkt. Frances zei hetzelfde over de DSM-5 in de Los Angeles Times van 7 maart, 2010. De toename van het aantal stoornissen ging *niet* gepaard met nieuwe theoretische inzichten. Het was ook niet het resultaat uit toetsend empirisch onderzoek. De oorzaak van de toename was niet wetenschappelijke vooruitgang, maar marketing: de verkooptechnieken van farmaceutische industrieën die onderzoekers betaalden. Psychiaters hielden lezingen voor een 'geïnteresseerd publiek' in exotische oorden. De industrie sponsorde medische opleidingen en patiëntenverenigingen, adverteerde in wetenschappelijke tijdschriften en legde contact met DSM-experts (ISM Health Reports). De pogingen hadden succes. Er werd voor ongeveer 25 miljard US dollars aan medicijnen tegen psychose en depressie verkocht. De syndromen van de DSM kregen de status van biomedische entiteiten en sommige cliënten dwongen de behandelaars om hen de medicijnen voor te schrijven. De diagnoses zijn immers soms een opluchting voor cliënten: erkenning van hun lijden. Dit maakte de weg vrij om zich tegen aandoeningen in de DSM te verzekeren. Volgens Batstra en Thoutenhoofd zal de DSM-5 niet zorgen voor een afname van stoornisdiagnoses. Integendeel, er worden weer nieuwe stoornissen toegevoegd, bijvoorbeeld, *disruptive mood dysregulation*, *hoarding disorder* (kan alleen als men veel spullen heeft, onwaarschijnlijk in armoede), *minor cognitive disorder*, *bing eating disorder*, *skin picking disorder*, enzovoort. Ook onderzoekers verwachten een toename in de diagnoses van stoornissen (Andrews & Hobbs, 2010;

Mewton, 2011; Timpano et al. (2011). De auteurs concluderen bovendien dat er veel valse positieven en negatieven met de DSM-5 zullen voorkomen omdat de epidemiologische studies overwegend door kort opgeleide leken-interviewers gedaan worden; niet door ervaren psychiaters, klinisch psychologen en pedagogen. Als gevolg worden cliënten behandeld die een *minor disturbance* of voorbijgaande afwijking vertonen. En, sommigen die wel behandeling nodig hebben vanwege de ernst van de stoornis, worden niet als zodanig gediagnosticeerd. Ze twijfelen ook aan de wetenschappelijke kwaliteit. Er zijn te veel economische en professionele belangen, zodat onafhankelijk onderzoek schaars is.

De DSM-5 als screeningsinstrument? De DSM-5 kan ook nog opgevat worden als een eerste stap, als een screeningsinstrument, dat gevolgd wordt door vragenlijsten voor specifieke stoornissen, zoals psychopathie en narcisme. Er zijn verschillende psychopathie vragenlijsten. Walters et al. (2011) vroegen zich af of samenstellingen van factorscores van de *Psychopathy Checklist* (gewelddadig) recidivisme even goed voorspelde als de afzonderlijke scores. En, niet zo verrassend, bleek, dat het verschil klein was. Operationalisatie en meting van persoonlijkheidsstoornissen hebben een medische oorsprong en dat leidde tot een categoriesysteem, dat nog wel een tijd zal overleven. De DSM-5 behoudt grotendeels het categoriesysteem van de DSM-IV.

Samenvatting en conclusie

Operationalisatie en meting van de DSM categorieën berusten op overeenstemming van experts, voornamelijk afkomstig uit de VS. Er is geen verklarende/beschrijvende theorie. Er zijn pogingen gedaan om psychometrie te benutten en de categorieën als latente klassen te omschrijven. Dat heeft geen doorbraak opgeleverd om de symptomen en syndromen te herdefiniëren en terug te brengen tot een beperkt aantal latente klassen of taxa dat overzichtelijker is dan de DSM-IV categorieën. Sommige psychometrici zien daar in navolging van Rasch van af omdat de latente klassen of dimensies niet los van de symptomen gedefinieerd kunnen worden. De DSM-5 gaat geleidelijk de DSM-IV-TR vervangen. Er is eerst ervaring van gebruikers en onderzoek in normale en klinische steekproeven nodig om de DSM-5 op zijn waarde te schatten. De DSM-5 zal zijn eigen vragen opwerpen: bij welk patroon is er sprake van een zodanige afwijking dat interventie, psychologische en/of medisch, nodig is? Men kan de DSM-5 als 'voorwas', screening, of 'bootstrapping' opvatten om daarna met specifieke instrumenten verder te gaan. Er zijn al schalen voor stoornissen als psychopathie, borderline en narcisme. De BF sorteert voor naar een trekinterpretatie van bijvoorbeeld psychopathie. Er zijn ook pogingen een proces interpretatie uit te proberen. De response modulatie hypothese voldeed matig. Het is niet gemakkelijk om een proces aan te wijzen dat de individuele verschillen in een persoonlijkheidsstoornis verklaart. Dit gestoorde gedrag hangt - als bijna al onze gedragingen - vast aan vele draadjes en verschillende processen.

2. Instrumentatie

De Freudiaanse ontwikkelingstheorie staat aan de basis van het omschrijven van een aantal PDs. Ze gaat onder meer over conflicterende mentale processen, het onbewuste; compromissen tussen strijdende processen; afweermechanismen en de invloed van traumatische (jeugd)ervaringen op later gedrag. Om de persoon antwoorden te ontlokken die een blik bieden op onbewuste processen zijn verschillende technieken gebruikt. Bij de *associatietechniek* moet een cliënt spontaan en ongecontroleerd reageren op een stimuluswoord. Voorts zijn er *aanvultechnieken*, bijvoorbeeld de ZALC, waarin de persoon een stuk van een zin voorgelegd krijgt, dat hij moet aanvullen, bijvoorbeeld: 'Mijn vader...; Mijn moeder...'. Verder zijn er *expressieve technieken* waarin personen moeten tekenen, bijvoorbeeld een boom, een droomboom, een fantasieboom, een mens, een huis. Koch (1954) heeft een boek geschreven over de interpretatie van boomtekeningen, waarin het symbool 'boom', inclusief die van Goed en Kwaad, wordt besproken. De boomtekening wordt nog steeds gebruikt. Nog een andere techniek is de *apperceptietaak*. De cliënt wordt gevraagd om een verhaal te vertellen over een plaatje of afbeelding. De *Thematic Apperception Test* (TAT) op basis van Murrays *Need Press* systeem is daar een voorbeeld van. De TAT wordt zelden meer gebruikt. Het komt voor dat een kind materiaal krijgt, een huis, tuin, dieren, mensen, om dat in een veld te plaatsen. Hoewel Freud een ontwikkelingstheorie formuleerde, zijn vooral individuele verschillen instrumenten voor de stoornissen ontworpen. Door de leertheorie is er aandacht voor diagnostiek van de context, die in verband gebracht kan worden met het ontstaan en de duur van stoornissen.

Individuele verschillen: Rorschach De bekendste projectieve techniek om stoornissen te beschrijven is de Rorschach vlektest. De procedure is hiervoor besproken. Hieronder enkele wederwaardigheden van de Rorschach in Nederland. Aan de hand van willekeurig gemaakte vlekken, in kleur en zwart-wit, vertelt de persoon wat hij ziet. Het instrument is verguisd, maar wordt nog gebruikt. Warnaar (1987) sprak over vlekjes die zich niet laten wegwerken. De antwoorden op de vlekken bieden de diagnosticus materiaal voor een uitvoerige beschrijving en interpretatie van iemands prestaties en persoonlijkheid. Het *Rorschach Comprehensive System* (2001) is onvoldoende beoordeeld op theoretische achtergrond, normen, betrouwbaarheid en validiteit (Cotanbeoordeling, 2010). Ze berusten voor een deel op het ontbreken van onderzoek. Het nieuwe scoringsstelsel van Exner en de correlaties met criteria kunnen - na bewerking en empirisch onderzoek in Nederland - leiden tot een heroverweging van deze oordelen. Het gebruik van het instrument zal beperkt zijn door de vele variabelen en experts, die nodig zijn om de antwoorden te scoren en te interpreteren. Het gaat nu om een perceptietest, een herdefinitie en inperking van de vergaande interpretaties over de 'hele persoon inclusief zijn cognitie'. Je kunt niet 'alles' van de persoon mee in kaart brengen zoals Cohen in Nederland in 1988 nog suggereerde. Er is een Nederlandse Rorschach Vereniging die gebruik en onderzoek

van de techniek stimuleert. Vanuit theoretisch en psychometrisch gezichtspunt blijft het een controversieel instrument. De Rorschach veronderstelt dat onder waarneembare gedrag en uitspraken iets schuilgaat, dat we niet kennen. Op zichzelf is daar niets op tegen, de IRT veronderstelt immers ook latente trekken. Daar is het echter aanvaardbaar omdat de positie op de latente trek via een mathematische functie verbonden wordt met de kans op het goede antwoord. Het is geoorloofd om in de wetenschap onzichtbare mechanismen te veronderstellen, die zich vervolgens 'waarmaken' in een voorspelling.

Het interpreteren van antwoorden op de vlekken van de Rorschach is intussen gedisciplineerd (Exner, 1991, 2002, 2009) en de validiteit is in de VS onderzocht (zie Meyer et al., 2001). Dat onderzoek ontbrak in het verleden. Nu zijn er samenhangen met relevante criteria gevonden, die vergelijkbaar zijn met die van persoonlijkheidsvragenlijsten. Meyer et al. (2001) zeggen in hun meta-studie, dat *...Rorschach scores and conceptually meaningful criterion measures...* samenhangen in onderzoek tussen 1986 en 1999 met een gemiddelde $r = .35$. Ongeveer dezelfde waarden worden bij subschalen persoonlijkheidsvragenlijsten gevonden. Het is mogelijk dat we het negatieve oordeel over sommige projectieve tests moeten herzien vooral wanneer deze 'tests' objectief gescoord worden. Drenth stelde in 2000 bij zijn afscheid vast dat men deze tests terecht te lijf was gegaan. Dit oordeel is in het licht van Meyer et al.'s meta-studie en recente analyses te heroverwegen.

Individuele verschillen: defensiemechanismen Deze oefenen aantrekkingskracht uit op leken en professionals. Het betreft in eerste instantie een categorietoekenning: van welk defensiemechanisme is er sprake? Later werden dimensies onderscheiden. Eerst zag Freud defensiemechanismen als pathologische verschijnselen die de blik op de werkelijkheid vertroebelden. Later beschouwde hij ze als aanpassingsmechanismen voor (zie bijvoorbeeld Freud, 1961, oorspronkelijk verschenen in 1923). Er zijn instrumenten voor gemaakt en er zijn meta-studies beschikbaar (Perry & Cooper, 1989). Hoewel voor een deel gedateerd, de volgende voorbeelden:

(1) Passchier en Verhage (1986) bewerkten een Amerikaans instrument voor defensiemechanismen. Hun vragenlijst bevat tien korte verhalen met een conflict. Over elk verhaal beantwoordt de persoon vragen met vijf antwoordmogelijkheden en hij kiest het antwoord dat het best bij hem past. Er zijn vijf individueel-verschillen schalen: (1) Agressie tegen anderen (2) Projectie (3) Principalisatie (een handelwijze verdedigen door deze uit een principe te laten voortvloeien, terwijl daar geen aanleiding voor is) (4) Agressie tegen het zelf; (5) Omkering in het tegendeel. Uitgangspunten, begripsvaliditeit en betrouwbaarheid zijn voldoende. De kwaliteit van de handleiding, normen en predictieve validiteit zijn onvoldoende vanwege het ontbreken van onderzoek. De belangstelling en het gebruik zijn afgenomen. De laatste Cotanbeoordeling is van 1992.

(2) In hun longitudinale onderzoek naar de persoonlijkheid sluiten Block en Block (1980) aan bij de

neanalytische denkwijze. Ego-control is een variabele, die verwijst naar de karakteristieke manier waarop een kind zijn impulsen en gevoelens reguleert. De mate van *Ego-resiliency* (veerkracht) verwijst naar de flexibiliteit van het kind om zijn eigen mogelijkheden en die van de omgeving in te zetten om zijn doelen te bereiken. De auteurs gebruiken een Q-sort (een reeks kaarten met uitspraken die gecategoriseerd moeten worden) om deze twee variabelen te meten in longitudinale studies. Deze Q-sort is voor Nederland bewerkt (Van Lieshout et al., 1993). Uitgangspunten, Materiaal en Handleiding zijn goed, de overige rubrieken zijn onvoldoende (Cotanbeoordeling, 1998). *Ego-resiliency* bleek in een studie van Smits (1993) kleuters die volgens de leerkrachten sociaal en intellectueel goed functioneerden te onderscheiden van kleuters die niet goed functioneerden.

Freuds driedeling is nog aanwezig in instrumenten om (afwijkende) kenmerken van de persoon vast te stellen.

Hieronder voorbeelden van voor Nederland bewerkte instrumenten die stoornissen vaststellen:

(1) *Depressie* is een veel gebruikt individueel-verschillen construct. In Evers et al. (2000, p. 591-600) worden verschillende depressieschalen besproken. De instrumenten sluiten aan bij constructen uit de psychoanalyse, leer- en cognitieve theorie, maar worden als een individuele verschillen variabele behandeld. Exploratieve factoranalyse leidt tot een aantal dimensies van depressie. De vragenlijsten bevatten gedragingen, gevoelens en zelfwaarderingen die als symptomen van depressie worden gezien. De Wit (1987) ontwikkelde een 107-item depressievragenlijst voor kinderen. De schalen zijn onder meer: Depressieve Ontstemming, Vermindering of Vertraging van functies, Negatieve Zelfevaluatie en Lichamelijke Klachten. De Theoretische onderbouwing, Handleiding, Testmateriaal en Normen worden als goed beoordeeld en Betrouwbaarheid en Begripsvaliditeit als voldoende; Predictieve validiteitsgegevens ontbreken. Het instrument is gedateerd.

Timbremont en Braet (2002) hebben een bekende depressielijst voor kinderen van Kovacs bewerkt. Dit instrument wordt als goed/voldoende gekwalificeerd op alle onderdelen, behalve op Normen en Criteriumvaliditeit (Cotan Aanvulling 2007/1, beoordeling 2009).

Bouman et al. (1985) ontwikkelden een 22-item depressieschaal voor psychiatrische patiënten. De schalen hebben onder meer betrekking op Stemming, Motivatie en Somatische klachten. De Uitgangspunten zijn goed, Betrouwbaarheid en Constructvaliditeit voldoende en Handleiding, Normen en Predictieve validiteit onvoldoende.

(2) De Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) is een vragenlijst voor de (gestoorde) persoonlijkheid (Hathaway & McKinley, 1943). Het instrument berust op een indeling van ziekten door Kraepelin. Door de tijd heen is er aan het instrument geschaafd. Er zijn voor klinische groepen MMPI-profielen gemaakt met schalen voor Hypochondrie, Depressie, Hysterie, Psychopathie, Mannelijkheid/Vrouwelijkheid, Paranoia, Psychasthenie, Schizofrenie, Hypomanie en Sociale Introversie. Er is een Nederlandse verkorte versie de NVM (Luteijn et al., 1985). Deze kan vanaf 16 jaar afgenomen worden. De lijst bevat 83 vragen met drie antwoordmogelijkheden: ja, nee en ?. Er zijn vijf subschalen: 1) Neg (negativisme); 2) Som (somatisering); 3) Verl (verlegenheid); 4) Psy (ernstige pathologie); 5) Ex (extraversie). Er is normeringsonderzoek verricht bij 455 psychiatrische patiënten, 894 normale personen

en 455 (psycho)somatische patiënten. In 1985 is de handleiding herzien. De kwaliteit van de handleiding is goed. Normen, Betrouwbaarheid en Validiteit zijn voldoende (Evers et al., 1992; Evers et al., 2000). Er is een versie met 478 items voor adolescenten van Van Dijk et al. (2000): de MMPI-A. De onderdelen - op kwaliteit van het Materiaal en de Betrouwbaarheid na - worden als onvoldoende gekwalificeerd (Cotan Aanvulling 2007/1). De Construct en Predictieve validiteit van de MMPI worden in de VS verder onderzocht. Selbom et al. (2011) gebruikten de MMPI schalen om de categorisering uit de DSM-IV As I stoornissen: bipolaire stoornis, depressie en schizofrenie te voorspellen. De meest differentiërende schalen waren de hogere-orde emotioneel-internaliserende dysfunctie- en denkstoornisschalen.

(3) De DSM-IV TR en de DSM-5 zijn boven besproken. Er zijn voor specifieke stoornissen Amerikaanse multi-dimensionele vragenlijsten voor psychopathie, narcisme en borderline (Maxwell et al., 2011; Ackerman et al., 2001; Rothschild et al., 2003; Walters et al., 2011; Miller et al., 2012). De psychopathologie 5 (PSY-5) en de MMPI-2 dimensies zijn al rond 1995 omschreven als Agressie, Psychose, Ontremdheid, Neuroticisme of Negatieve Emotionaliteit en Introversie of lage Positieve Emotionaliteit. Harkness (2007, 2009) beschouwt ze als individuele verschillen variabelen die naar stabiele emotionele patronen verwijzen. Deze PSY-5 en persoonspathologie van in de DSM-5 berusten volgens Harkness et al. (2014) op adaptieve systemen. Dit moet een diepere , stoornis-genererende laag voorstellen dan de individuele verschillen dimensies van de PSY-5 en DSM-5. Op deze wijze willen de auteurs loskomen van de a-theoretische observationele termen en het oordeel van de DSM-III en IV en van de dimensies die exploratieve multivariate technieken opleveren. Ze betrekken er neurologische systemen bij en vermelden specifieke farmaca die vat hebben op de vijf systemen.

In hun Tabel 1 (p. 125) vermelden ze de Vijf en hun relaties met

(a) individuele verschillen (PSY-5 en DSM-5)

(b) de plaats van de stoornissen in de geschiedenis van de psychopathologie

(c) de naam voor de stoornis en ten slotte de relatie met neurologie en farmacologie. De adaptieve systemen zijn:

I *Reality modeling for action* en de relaties met psychoticisme, PSY-5, geheugen, cognitie en ego functie, psychose, schizofrenie en met bijvoorbeeld langdurig gebruik van amfetamine. De overige systemen worden ook zo beschreven en zijn:

II *Short-term danger detection* negatieve emotionaliteit, negatieve affectiviteit, angst, vrees, pleinvrees, angstige defensie mechanismen en onder meer bèta blokkers

III *Long term cost-benefit analysis* (ontremming, disinhibitie, evolutionair: jager vs verzamelaar en man vs vrouw, karakterstoornissen: gokken verslaving en gereduceerde grip van de frontaalschors op sturing van handelingen

IV *Resource acquisition* (introversie, lage positive emotionaliteit; onthecht, niet betrokken, depressie, lusteloosheid of manie en de effecten van heroïne, morfine, cocaïne en amfetamine.

V *Agenda protection* (agressie, dwarsliggen, vijandigheid, instrumentele agressie of het tegenovergestelde passiviteit en androgene hormonen.

De winst van deze analyse is volgens de auteurs: integratie van verschillende wetenschappen, een

diepere laag dan empirisch gevonden dimensies, en een bron voor nieuwe hypothesen: kortom: nieuw en onontkoombaar: ‘... we believe in the inevitability of this direction...’ (p. 136). Het vijftal adaptieve systemen wordt vruchtbaar als het nieuwe hypothesen oplevert en toetst, dat wil zeggen dat de vijf niet slecht een nieuwe naam zijn voor bekende stoorniscategorieën en -dimensies. Omdat de systemen niet alleen zijn bedoeld als een ordeningskader of heuristisch bedoeld zijn nieuwe operationalisaties en metingen nodig. Deze zijn immers dragers, bronnen van individuele verschillen (PSY-5, opgespoord met behulp van factoranalyse), van diverse angststoornissen en psychosen (opgevat als ziekte-categorieën) en van de klassieke tien persoonlijkheidsstoornissen. Dat onderzoeksprogramma moet op gang komen en in staat zijn om specifieke relaties van de systemen met loci in de hersenen en farmaca aan te tonen.

Er zijn kortom voldoende Nederlandse instrumenten voor het diagnosticeren van PDs. Het onderzoek gaat door en alle verklaringsniveaus worden gebruikt.

Ontwikkeling: De Erikson stadia zijn bipolair zoals bij integriteit - wanhoop. Het niet verwerken van een centraal thema van een stadium kan leiden tot een gestoorde of gestagneerde ontwikkeling en problematische verhouding met de sociale context. Loevingers stadia kunnen ook zo gelezen worden: er is een leeftijd-adequaat stadium en men kan stagneren. De DSM-IV en DSM-5 beschrijven bij elke PD een verloop. Stoornissen hebben een beginpunt en een carrière. Voor identiteit en integriteit-wanhoop zijn procedures om vast te stellen in welke categorie iemand past. Loevinger heeft de ZALC ontwikkeld om het stadium van de persoon tussen 1 en 18 jaar vast te stellen. Er is een Nederlandse bewerking de ZALC-Curium. De DSM- IV en 5 bevatten kenmerken en criteria om te zeggen in welke PD gedrag van een persoon ondergebracht kan worden.

Context: Metingen die passen bij de behavioristische $n = 1$ aanpak worden voor elk (on)gewenst gedrag telkens opnieuw op basis van een omschreven gedrag en stimulus koppel bepaald. Er zijn daarnaast instrumenten, die aansluiten bij de individuele verschillen oriëntatie. Voorbeelden:

(1) De Vreesvragenlijst van Wolpe en Lang is voor Nederland bewerkt door Arindell (1978). Het instrument heeft als doel het vaststellen van fobieën bij volwassenen. Er is een vragenlijst met 76 items, die vijf clusters vormen:

- (1) Sociale fobie
- (2) Agorafobie (pleinvrees)
- (3) Vrees voor ziekte, dood en lichamelijk letsel
- (4) Angstige voorstellingen van geweld en seks
- (5) Vrees voor levende organismen (bijvoorbeeld de spinnenfobie).

De vragen zijn afgenomen bij 122 studenten en bij 703 fobische patiënten. De Normering wordt als onvoldoende gekwalificeerd. Betrouwbaarheid is goed en Begripsvaliditeit voldoende. Predictieve validiteitsgegevens ontbreken (Evers et al., 1992). Het instrument is gedateerd en er is geen recent onderzoek bekend. De behavioristische individueel verschillen instrumenten van Rotter en Bandura zijn: *Internal - External control* en *Self-Efficacy*.

(2) Een Nederlands instrument voor kinderen en jeugdigen dat condities voor emotionele stoornissen in de *sociale context* vaststelt is de CTQ-SF: de *Childhood Trauma Questionnaire Short Form* (Spinhoven et al. 2014). De studie berust op longitudinaal onderzoek bij 2,308 volwassenen naar oorzaken, verloop en gevolgen van depressie en angst. De als depressief en angstig gediagnosticeerde deelnemers vulden *retrospectief* de CTQ-SF in. Er was geen verschil tussen de typen stoornissen. De contextvariabelen waren emotionele verwaarlozing (EN), emotioneel misbruik (EA), seksueel misbruik (SA), fysiek misbruik (PA) en fysieke verwaarlozing (PN). De CTQ-SF werd *sophisticated* geanalyseerd hiërarchische en confirmatieve factor analyse. De analyses lieten zien dat alle items direct laden op een latente algemene factor en op een van de vijf specifieke latente factoren die naar lichamelijke en psychische verwaarlozing en misbruik verwezen. De factoren golden zowel voor angst- als voor depressieve stoornissen. Ter validering werd de correlatie tussen de CTQ-SF factoren en resultaten van een interview over misbruik (*Childhood Trauma Interview: CTI*) tijdens de kindertijd bepaald. Er waren substantiële samenhangen (factorladingen: .74 - .88). Dit wijst op convergente validiteit (p.725) volgens de auteurs. Je kunt het ook opvatten als het ontbreken van methodevariantie in Campbell en Fiskes termen (1959). De auteurs beoordeelden ook de ernst van de stoornissen met de *Inventory of Depressive Symptoms* (IDS), de *Beck Anxiety Inventory* (BAI) en een Vrees Vragenlijst (FQ). Deze zelfrapportages correleerden met de CTW-SF (vijf latente variabelen) tussen de .12 en .37) en met de resultaten van het *Childhood Trauma Interview* (CTI) tussen de .14 en .38 (gering tot gemiddeld: zie hun Table 2, p. 726). De factoren getrokken op basis van de CTQ-SF en CTI scores samen hangen als te verwachten iets hoger samen met de metingen van de ernst van de stoornissen: r s tussen de .30 en .44 (gemiddeld).

De sociale context wordt als mogelijke oorzaak van persoonstyperende stoornissen opgevat en er zijn instrumenten die daarbij aansluiten.

Samenvatting en conclusie

Er zijn technieken om de inzichten van Freud over het mentale leven empirisch te realiseren. Ze staan nu niet meer in de aandacht maar kunnen terugkeren. De TAT is bijzonder omdat Murray een model gemaakt heeft dat behoeften (*needs*) aan situatietekenen (*presses*) koppelde. Het was een trek-situatie instrument avant la lettre. De meeste instrumenten voor stoornissen hebben betrekking op individuele verschillen in de vorm van toewijzingen aan (stoornis)categorieën of in de vorm van een profiel op een aantal dimensies of variabelen variërend van 2 tot 64. De Rorschach blijkt tegen verwachting niet te verdwijnen. In de VS wordt er nog onderzoek mee gedaan. De kans dat het instrument veel gebruikt wordt in Nederland is klein. Het is een bewerkelijke procedure en de Amerikaanse versie zou voor Nederland

geadapteerd moeten worden. Dat is veel werk, waarvoor waarschijnlijk geen middelen verstrekt worden. Defensiemechanismen behoren tot het dagelijks taalgebruik maar zijn vrijwel uit de gereedschapskist van de diagnosticus verdwenen. Veerkracht is een theoretisch gefundeerd en te meten concept dat gedragsweerstand vaststelt. Het wordt in de praktijk zelden gemeten maar gebruikt door diagnostici in de *beschrijving* van kinderen en volwassenen. Depressie kan met veel instrumenten gemeten worden, van de DSM tot allerlei specifieke schalen. Er is zo veel te verkrijgen, alleen al in Nederland, dat een herordering van de PDs, bijvoorbeeld naar aanleiding van ervaring met- en onderzoek van de DSM-5, welkom zou zijn. De MMPI wordt nog veel gebruikt en er zijn cursussen om het instrument verantwoord te gebruiken voor klinische vraagstukken. De DSM-5 luidt mogelijk een nieuwe periode in het vaststellen van stoornissen in na het kennisnemen van ervaring van gebruikers en onderzoek met normale en klinische groepen. Het vaststellen van ernstige stoornissen gebeurt in instituties met forensische specialisten. Zij combineren deze instrumenten met observaties en interviews.

Instrumenten voor het vaststellen van ontwikkelingsstoornissen kunnen aansluiten bij Erikson en Loevingers stadia van persoonsontwikkeling. De nieuwere DSM versies vermelden het verloop van elke PD. De diagnosticus heeft daaraan enige steun om een PD vast te stellen maar is daarnaast op observatie en ondervraging aangewezen. De context theorie definieert in de gedragsmodificatie de omgeving als een (verstorende) stimulus, maar meestal leidt ook deze theorievorming tot instrumenten voor individuele verschillen, bijvoorbeeld de vreesvragenlijst van Wolpe en Lang, Interne- Externe controle en *Self-Efficacy*. Enkele instrumenten sluiten aan bij het meten van de context, voor zover die bijdraagt aan een stoornis. Dit geldt ook voor de CTQ-SF van Spinhoven et al. (2014). Vooral kenmerken van gezinnen zijn geoperationaliseerd en gemeten in relatie tot persoonlijkheid en prestaties.

3. Reflectie en evaluatie

Het categorie-dimensie onderscheid is een beperkt probleem voor de wetenschap. In de praktijk van het diagnosticeren is het echter een vraagstuk. Bij de DSM-IV kreeg de cliënt een label, een toeschrijving aan een categorie en dat was in sommige gevallen een opluchting voor hem en voor zijn directe omgeving. Bovendien maakte het de weg vrij voor behandelingen die vergoed werden. Een gevaar van labelen is hypostasering of reïficatie: wat niet meer is dan een naam, berustend op overeenstemming over symptomen en syndromen door experts, wordt een bestaande entiteit, een werkelijk bestaande ziekte. De labels/categorieën scheidde de cliënt van de normale populatie en men ging er abnormale condities voor aanvoeren, bijvoorbeeld in de genetische uitrusting en/of neurologisch afwijkende kenmerken (Hyman, 2010).

De DSM-5 bevat opmerkingen over een nieuwe aanpak: dimensioneel. Dit is enigszins misleidend voor psychologen en psychometrici, omdat de categorieën van de IV versie bijna alle overeind blijven. Er zijn geen latente dimensies gecreëerd met moderne psychometrie. De DSM-

5 'dimensies' zijn veeleer hermeneutische duidingen van onderliggende gelijkenis van comorbide stoornissen. Misschien is dit een tussenstap naar een dimensioneel systeem. Dat zal veel onderzoek en tijd vragen, gegeven de vele stoornissen en de specifieke groepen bij wie onderzoek moet worden verricht. En, als een dergelijk systeem er een keer is, moeten kritische waarden gedefinieerd en betrouwbaarheidsintervallen op een of meer dimensies bepaald worden. Deze activiteiten vereisen een schatting van de ernst, hetzij via een technische procedure of door middel van een klinisch oordeel. Er komt naast het gebruik van de diagnostische criteria voor de toekenning van het label de opdracht bij een 'ernst dimensie' te maken. Het oude systeem zal nog waarschijnlijk nog een tijd gebruikt worden. Hoewel het omslachtig is en tijd kost kan de DSM-5 in een *bootstrapping* procedure opgenomen worden: begin met een algemene screening: DSM-5 en ga verder met specifieke instrumenten voor PDs. Er zijn stoornis-specifieke instrumenten beschikbaar.

De diagnosticus kan buiten het categorie-dimensie en het *nature - nurture* debat van stoornissen blijven. Hij wel een interpretatie moeten kiezen. Hij moet de cliënt immers een verhaal kunnen vertellen over zijn stoornis. Als er een behandeling gevraagd wordt kan hij doorverwijzen naar de behandelaar. Hij mag voorsorteren voor een behandeling gegeven wat de cliënt aankan en wat 'op voorraad' en bewezen effectief (*evidence-based*) is. Is het een ziekte, is het voorbijgaand, is het pathologisch, is het een te sterke/zwakke gevoeligheid? Hij vormt hij zich een oordeel over de draaglast en draagkracht van de cliënt. Is hij passief, kan hij zijn gedrag beïnvloeden, hoe ziet hij zijn rol, hoe interpreteert hij zijn gedrag? Ten slotte is elke vraag, elk probleem ingebed in de sociale context: wat zijn de risicofactoren, welke zijn de mogelijkheden voor steun? Deze vragen vereisen een klinisch oordeel over- en een schatting van de ernst van een probleem. De DSM-5 biedt een opening voor een gewapend klinisch oordeel.

III Diagnose van intellectuele en cognitieve afwijkingen/stoornissen

Een van de eerste doelen van het meten van intelligentie was het vaststellen van mentale retardatie. Bij het deviatie IQ verwijst retardatie het naar de positie op de normaalverdeling, meestal twee SDs, 30 IQ punten verwijderd van het gemiddelde van $M = 100$. Bij Binet is retardatie een ontwikkelingsachterstand: het verschil tussen mentale en chronologische leeftijd, dat ongeveer 3 tot 4 jaar moet zijn om van achterstand te spreken. Geschiktheidsmeting stelt in staat leerlingen, studenten, rekruten en werknemers toe te wijzen aan scholen, opleidingen, legereenheden en banen. Onvoldoende leerprestaties worden onder meer geïnterpreteerd als gevolgen van leerstoornissen. Ze worden vastgesteld met SATs of Cito-toetsen en met gespecialiseerde instrumenten die aan processen van informatieverwerking gebonden zijn.

Welke opvattingen hebben leken over cognitieve afwijkingen of stoornissen? Wat zijn volgens hen de oorzaken? Kunnen afwijkingen/stoornissen gepast worden in de oriëntaties als individuele verschillen, ontwikkelingsachterstanden of -stoornissen of omgekeerd, een voorsprong, of als een effect van (on)gunstige sociale condities? Hoe worden de cognitieve afwijkingen, stoornissen geoperationaliseerd: als categorieën of extreme waarden op een of meer schalen, of als een onevenwichtige instabiele structuur van capaciteiten? Is een stoornis een vroegtijdig gestopte ontwikkeling of kan deze gedurende de hele levensloop verschijnen? Zijn er naast de bekende oorzaken van de biologische uitrusting en de falende context andere interpretaties van intellectuele of cognitieve stoornissen?

1. Impliciete theorie

In de 19^{de} eeuw werden persoonlijkheidsstoornissen (PDs) onderscheiden van cognitieve of mentale retardatie. Daarvoor werden mentaal geretardeerden waanzinnig genoemd. PDs kunnen gedurende de levensloop verschijnen en verdwijnen. Mentale retardatie is meestal vroeg in de levensloop te herkennen en wijzigt niet. Impliciete opvattingen over stoornissen zijn geen prominent onderzoeksthema. Het wordt als vanzelfsprekend of als een uitgemaakte zaak beschouwd dat leken stoornissen beschouwen als afwijkingen veroorzaakt door genetische kenmerken, complicaties rond de geboorte en verstoorte sociale omstandigheden, zoals alcoholisme, drugsverslaving, misbruik of armoede.

Afhankelijk van hoe een samenleving afwijkingen en verstoringen waardeert, wordt mentale retardatie openlijk erkend of verborgen gehouden. In de VS werd bijvoorbeeld veel onderzoeksgeld besteed aan het Down syndroom omdat een lid van de Kennedy clan het syndroom had. Er was meteen optimisme dat capaciteiten en het lot van deze kinderen te verbeteren waren. Er is een limiet aan de effecten van training, maar er zijn uitzonderingen: iemand met een MA graad en in Spanje is een film gemaakt met een jongeman met Down syndroom die goed functioneerde. Deze uitzonderingen geven hoop aan ouders.

Afhankelijk van religieuze overtuiging en geldende medische ethiek worden foetussen met ernstige afwijkingen geaborteerd of aan de zorgen van ouders en instellingen toevertrouwd. Er zijn opvattingen bij leken over cognitieve stoornissen, maar ze zijn door gebrek aan belangstelling niet empirisch in kaart gebracht.

Samenvatting en conclusie

Leken hebben opvattingen over de niveaus van gestoordheid en afwijkingen en over oorzaken en effecten van training. Ze zijn niet in kaart gebracht. Hoewel enkele uitzonderingen hoop geven op een zelfstandige toekomst van afwijkende of gestoorde personen hebben velen levenslang zorg nodig. Genen en omgeving worden als oorzaken aangewezen. Samenlevingen verschillen in de bereidheid tot- en wijze van erkennen en behandelen van achterstanden.

2. Expliciete theorie

De individuele verschillen benadering heeft het meeste onderzoek opgeleverd. De ontwikkelings- en context oriëntaties spelen een rol omdat men het disfunctioneren kan interpreteren als 'gestopte, gestagneerde ontwikkeling' en de context een functie geeft in het voorkomen of verbeteren.

Individuele verschillen worden vastgesteld in intelligentie en prestaties. Om beide te duiden wordt gebruik gemaakt van tests en informatieverwerkingsprocessen. Mentale retardatie is vanaf Binet geïnterpreteerd als lage intelligentie: mentale achterstand ten opzichte van zijn

chronologische leeftijd en daarna met het deviatie IQ, waar iedereen wordt vergeleken met de eigen normeringsgroep. Een verschil van 2.0 tot 3.0 SD ten opzichte van het gemiddelde is mentaal geretardeerd. Dat is ongeveer 1% tot 2.5% van de populatie. In Nederland wordt het aantal mensen met een verstandelijke beperking geschat op 1%. De groep is gemêleerd en gaat van mensen die zelfstandig kunnen wonen tot hen die residentieel moeten worden verzorgd (Scholten, geïnterviewd door Kindermans, 2015). De DSM-IV en DSM-5 (2013, pp. 33-36) maken op grond van *adaptive functioning and not IQ scores* de volgende categorieën: *mild, moderate, severe* en *profoundly retarded*. Dat wordt zo gedaan omdat het niveau van adaptief functioneren een indicatie is voor de ondersteuning die pupillen nodig hebben en omdat IQ metingen niet reiken tot de laagste regionen. Aan de andere zijde van de normaalverdeling staan de hoogbegaafden die men niet gestoord noemt, al worden ze soms als *silly smarts* en *nerds* beschouwd.

Een kind met een mentale leeftijd van zes, maar een chronologische van 10 kan het gewone onderwijs niet volgen. Het criterium voor ernstige retardatie is een achterstand van 3 à 4 jaar. Het is ondanks de DSM omschrijving gebruikelijk om mentale retardatie met behulp van IQs te differentiëren. Het deviatie IQ is de basis. De diepgestoorde groep leeft in geïndustrialiseerde landen in instituties en vraagt intensieve zorg. Om deze categorie te diagnosticeren volstaan de gewone IQ tests niet en zijn ook niet nodig. Er zijn specifieke procedures, bijvoorbeeld de Leiter. Deze vraagt observatie en beoordeling van de diagnosticus over het niveau van functioneren. De differentiatie in de Wechsler - de vier indicatoren - en het IQ passen niet voor deze groep. De test kan zelfs niet afgenomen worden vanwege de talige instructies.

Individuele verschillen in prestaties worden gebruikt om tekorten en voorsprongen te vast te stellen in het onderwijs. Het tekort of de achterstand kan geïnterpreteerd worden als het gevolg van een lage intelligentie. Als het IQ niveau lager is dan de prestatie spreekt men van overprestatie: *overachievement*, is het hoger dan is wordt het onderpresteren: *underachievement* genoemd. Achterstand in een bepaald gebied, bijvoorbeeld lezen, taal, rekenen, wereldoriëntatie of algemene kennis wordt omschreven als een leerstoornis: *learning disability*. Ze kunnen naast het gevolg van een IQ tekort of van gebrek aan vaardigheden zijn. Naglieri (1999) heeft kenmerken van de *special needs pupil, student* informatietheoretisch geformuleerd. Hij let daarbij op de aanwezigheid en niveaus van:

- (1) planning: het beschikbaar hebben van middelen om problemen op te lossen die aandacht, gelijktijdige en achtereenvolgende informatieverwerking, parate kennis en vaardigheden vereisen.
- (2) aandacht: het mentaal proces dat in staat stelt om zich selectief te richten op bepaalde stimuli en gedrag te onderdrukken dat naar concurrerende stimuli uitgaat.
- (3) gelijktijdig verwerken van stimuli: middelen gebruiken om een aantal stimuli in een groep onder te brengen door regels van logische en ruimtelijke aard te gebruiken.

(4) achtereenvolgens, stapsgewijs verwerken van stimuli: het organiseren van stimuli of taakkenmerken in reeksen, die een keten vormen en leiden naar de oplossing.

In Naglieri's concept staan uitvoerende (*executive*) functies centraal. Voor de meting van verwerking en van de functies, bijvoorbeeld het geheugen ontleent hij items aan IQ tests. Hun *Cognitive Assessment System* (CAS) (Das et al., 1994; Naglieri & Das, 1997) bevat ongeveer dezelfde processen:

(1) planning: nummers matchen in twee reeksen, gebruik van willekeurige codes en het leggen van zinvolle verbindingen.

(2) gelijktijdig verwerken van informatie in non verbale matrices, verwerken verbaal-ruimtelijke relaties en geheugen voor figuren.

(3) aandacht: manifeste aandacht, zichtbaar in gerichtheid op de taak, het ontdekken van getallen die verborgen zijn in een reeks en ontvankelijkheid voor stimuli, bijvoorbeeld door aandachtig te luisteren en te kijken.

(4) achtereenvolgens informatie verwerken: woordreeksen maken, zinnen herhalen, snelheid van spreken en relevante vragen kunnen stellen over een zin (afhankelijk van de leeftijd: 5-7 jaar of 8-17 jaar).

Vanaf de jaren 80-90 van de 20^{ste} eeuw worden informatieverwerking en uitvoerende functies gebruikt om leerstoornissen te analyseren. Voor inhoudelijke gebieden als rekenen en taal zijn praktijktheorieën gevormd. Deze zijn gebaseerd op de inhoud van het gebied en bevatten analyses van handelingen, vaardigheden en gemaakte fouten. Zo krijg je zicht op het waarom van succes en falen. Taken worden onderverdeeld in deeltaken. Telkens worden vaardigheden, nodig om de deeltaken te volbrengen, omschreven. Deze theorieën of conceptuele systemen maken gebruik van fouten en vergissingen, vertragingen, aarzelingen en tekortkomingen bij leerlingen. Bijvoorbeeld, individuele verschillen in lezen, die het gevolg zijn van dyslexie worden als volgt omschreven:

leesvaardigheid ligt achter bij de normgroep,
lage leessnelheid,
veel fouten van verschillende soort,
achterstand blijft ook na voldoende training en instructie,
een blijvend gebrek aan automatiseren, blijkend uit moeizaam decoderen en
regelmatig gokken welk woord er staat.

Cognitieve fouten worden toegeschreven aan het IQ, gebrek aan aandacht, vluchtig zijn, gebrek aan concentratie, afleidbaarheid, zwakke impulscontrole en een beperkt werkgeheugen. Efklides en Sideridis waren gastredacteuren van een speciaal nummer van het *European Journal*

of *Psychological Assessment* dat geheel gewijd is aan het diagnosticeren van cognitief falen en fouten (Volume 2, 2009).

Intellectuele en cognitieve achterstanden en stoornissen worden uitgelegd met individuele verschillen op G-factor en zelden aan de hand van een profiel, bijvoorbeeld op basis van Thurstone's PMA. Daarnaast staan informatieverwerkingsprocessen centraal in het beschrijven en verklaren van stoornissen en fouten in basisvaardigheden als lezen, schrijven, en rekenen. De bekende IQ tests zijn niet bruikbaar voor de ernstig en diep mentaal geretardeerden en dat vraagt een klinisch oordeel over de het niveau van adaptief functioneren, soms geholpen door gestandaardiseerde taken.

Ontwikkeling Individueel verschillen tests sluiten test-hertest betrouwbaarheidsbepaling in. Bij stoornissen en achterstanden wordt ervan uitgegaan dat testcores of het niveau van adaptief functioneren absoluut en relatief stabiel zijn. Gegeven de populatie zal het niet gemakkelijk zijn om de tests steeds volgens instructie af te nemen. Er zijn ons geen studies bekend over structurele, ipsatieve, proces en heterotypische stabiliteit bij mentaal geretardeerden of begaafden. Mogelijk wordt geen differentiatie en integratie op deze IQ- en functioneringsniveaus verwacht.

Zijn mentaal geretardeerden gevangen in, of blijven steken op een ontwikkelingsniveau? Is er versnelde ontwikkeling bij de begaafden of zijn de uitzonderlijke kwaliteiten er van meet af aan, of doen beide zich voor? Bij de studie van mentale retardatie is de individueel verschillen x ontwikkeling combinatie bestudeerd (Weisz & Ziegler, 1979). Het verschil tussen geretardeerde pupillen en normale leerlingen doet zich niet voor in het verloop van de ontwikkeling maar in het niveau dat de twee groepen bereiken. Weisz en Yates (1981) vergeleken in een meta-studie het verwerven van piagetiaanse concepten, als object permanentie, ruimtelijke waarneming, oorzaak-gevolg relaties, conservatie, serieel ordenen, *role-taking*, transitiviteit en contradicties bij normale en geretardeerde subjecten. Met uitzondering van de lichamelijk gehandicapte geretardeerden was er geen structureel verschil tussen de groepen. Smeets et al. (1980) beschreven bij ernstig en diepgestoorde residentiële geretardeerden vijf gerangordende stappen in de manier waarop ze met materialen omgaan:

0 alleen voor zelfstimulatie

1 combineren van twee objecten, bijvoorbeeld krassen met een pen op een papier

2 ordenen van twee objecten op een dimensie, bijvoorbeeld een van kleur, vorm of grootte

3 ordenen, maar nu in reeksen van twee, bijvoorbeeld steeds blauw-rood, blauw-rood

4 afmaken van een eenvoudige tekening of het leggen van een puzzel van drie elementen.

Elke stap is geoperationaliseerd door middel van drie tot zes taken met een totaal van 22 taken. De stappen waren empirisch geordend en vormden een Guttmanschaal. Ollendieck et al. (2001)

wezen erop dat de ontwikkelingsoriëntatie voor de praktijk van belang is omdat het helpt om een passende behandeling te kiezen. Zachor et al. (2006) verdedigen ontwikkelingscreening, omdat ouders daardoor beter weten wat ze van hun geretardeerde kind kunnen verwachten.

Sociale context Intelligentie, geschiktheden en prestaties bestaan niet tenzij in een sociale context. Leken, experts en de samenleving verschillen echter in de mate waarin zij aannemen dat natuurlijke en gemanipuleerde contexten effect hebben op de *maximum performance* van geretardeerden en begaafden. Het behaviorisme stond aan de wieg van programma's om de zelfstandigheid van geretardeerden te bevorderen. Met succes zijn allerlei vaardigheden aangeleerd van aankleden, eigen kleren opruimen tot tandenpoetsen. De ernstig en diep gestoorden verblijven voornamelijk in instellingen en ook daar wordt met enig succes geprobeerd ze handelingen aan te leren die hun welzijn en fysieke conditie bevorderen. Voortdurende zorg blijft nodig.

Speciaal onderwijs en scholing voor de *mild* en *moderate* geretardeerden kregen een impuls van programma's om de minderheidsgroepen te ondersteunen die beperkt toegang tot onderwijs hadden of zich er aan onttrokken. Deze programma's zouden het gemiddeld niveau verhogen en de verschillen (variantie) tussen socio-economisch verschillende groepen verkleinen. Het is een voorbeeld van het manipuleren van de sociale context om te voorkomen dat leerlingen ten onrechte onjuist geclassificeerd worden als geretardeerd, om het gemiddeld IQ te verhogen en om het verspillen van talent te voorkomen. In de VS was de lancering van de Sputnik door de Sovjet ingenieurs en natuurkundigen een reden om op zoek te gaan naar talent. Statistisch moest het meeste talent zich bevinden in de omvangrijke groepen die niet of weinig van scholing profiteerden. Voorbeeld:

Bierman et al. (2008) schreven over het effect van *Head Start REDI: REsearch based Developmentally Informed* in 44 klassen door het programma te vergelijken met de 'gewone praktijk'. De interventie bevatte korte lessen, helpen bij uitwerken van concrete taken, effectieve onderwijsstrategieën, enzovoort. Alle interventies waren *evidence-based*. Ze hadden hun effect in andere studies over socio-emotionele competenties, taalontwikkeling en -begrip bewezen, voor wat dat waard is. Er waren 356 vierjarige deelnemers die het programma gedurende één jaar volgden. De auteurs rapporteerden succes: significante vooruitgang op sociaal gedrag, woordenschat, taalbegrip, begrijpen van emoties, oplossen van conflicten en interesse in leren. Intelligentie was geen onderdeel van de studie. De effectgroottes waren bescheiden tot gemiddeld: gemiddelde *d*-waarde = 0,22 over 11 gedragingen. De waarden varieerden tussen 0,04 en 0,39 (p. 1811). Het valt op dat er geen resultaten over de *basics* - gemeten met SATs - vermeld worden: lezen, schrijven rekenen en taal: begrip en expressie. Wat sommigen 'bijvangst' zouden noemen (sociale en emotionele competenties) worden naar voren geschoven als successen. De grote verrijgings- of compensatieprogramma's zijn tussen de jaren 70 en 90 populair geweest en haastig geëntameerd.

Deze en andere, inclusief Nederlandse (Amsterdamse: Van Calcar en Rotterdamse: Slavenburg) evaluatiestudies leren dat

- (1) voor de start van het programma een (theoretisch) raamwerk uitgewerkt wordt, evenals de doelen en de gedragingen die men in welke mate wil verbeteren: uiteenzetten wat men precies te weten wil komen.
- (2) de implementatie van het programma nauwkeurig gemonitord wordt: bewaken van *program integrity*.
- (3) bestuurders, scholen, maar vooral leraren en ouders instemmen en meewerken.
- (4) een variëteit aan effectmaten gebruikt wordt: bijvoorbeeld naast de verplichte SATs ook metingen van sociale competenties.

Deze regels gelden ook voor programma's die over de relatie hersenontwikkeling - intelligent en sociaal functioneren gaan. Resultaten van deze massale programma's lijken niet te verschillen van grote infrastructurele projecten, zoals de metro in Amsterdam, de Betuwelijn, IT implementaties bij politie en overheid. De effecten van de interventies op het IQ zijn beperkt. Bovendien is niet meteen duidelijk wat de oorzaak van de vooruitgang is, gegeven de snelle rijping/ontwikkeling bij jonge deelnemers.

De natuurlijke sociale context wordt vaak aangewezen als bron van verbetering in intelligentie, geschiktheden en prestaties. Minder vaak wordt nagegaan of diezelfde context verantwoordelijk kan zijn voor achteruitgang of retardatie kan zijn (zie hoofdstuk 5 over schadelijke, versturende omgevingen). Er wordt ook van uit gegaan dat als gevolg van adequaat handelen door ouders en leraren IQ, geschiktheid en schoolprestaties toenemen.

Samenvatting en conclusie

De individuele verschillen oriëntatie is de basis voor het categoriseren en verklaren van intellectuele afwijkingen en stoornissen. Mentale retardatie en begaafdheid worden beschreven als niveaus van adaptief functioneren: diep, ernstig, matig en mild gestoord. Voor een deel loopt dit gelijk met de IQ schaal - al is dit in de DSM-5 *niet* het centrale criterium. In de lagere IQ range kan niet precies gemeten worden. Daar zijn specifieke procedures en klinisch oordelen voor nodig. G-verzadigde tests worden gebruikt, maar uitwerkingen van dezelfde tests in termen van informatieverwerkingscapaciteiten helpen om de stoornissen in kennisverwerving genuanceerd te beschrijven. Voor de diepgestoorden zijn er procedures die een beroep doen op observaties en oordelen van experts. Prestatie is gecorreleerd met IQ maar niet perfect en dit impliceert over- en onderpresteren op tests. Onvoldoende prestaties in curricula worden verbonden met IQ, planningsvaardigheden, gelijktijdige en achtereenvolgende verwerking van informatie. Voor specifieke leerstoornissen zijn praktijktheorieën ontwikkeld door inhoudelijk deskundigen en practici. Deze beschrijven bijvoorbeeld hoe een dyslecticus te werk gaat bij het lezen van een

tekst en hoe dyscalculie eruit ziet. Bij het verklaren van mentale retardatie speelde de individuele verschillen versus ontwikkeling controverserend een rol. Piagetiaanse taken zijn voorgelegd aan normale leerlingen en geretardeerde pupillen. Er was geen structureel, maar ontwikkelingsniveau verschil. De ontwikkelingsinterpretatie van retardatie wordt nuttig geacht voor leraren en ouders. Deze zou helpen om realistische verwachtingen te vormen over hun leerlingen of kinderen.

Intelligentie en cognitie bestaan in een context. Deze wordt gemanipuleerd in programma's om de cognitie van geretardeerden te verbeteren en variëren van gedragsmodificatie om tics af te leren of tandenpoetsen aan te leren tot grootschalige interventieprogramma's om kennis en vaardigheden te vergroten. Specialistische programma's zijn naar verhouding het meest succesvol. Grote interventie programma's zoals Head Start ontberen een theorie of referentiekader vooraf, zodat achteraf naar variabelen gezocht wordt die effecten gaan interpreteren als veroorzaakt door het programma. De Jensen en Rushton studies tonen dat er weliswaar een toename in gemiddeld IQ is over de jaren, maar het verschil tussen zwarte en blanke Amerikanen blijft ongeveer 1 SD.

3. Alternatieve theorie

Mentale retardatie en begaafdheid raken leken, professionals en de samenleving. Er is iets speciaals met zulke personen en het lokt een attitude ten opzichte van deze groepen uit. Ze wijken immers af in hun adaptief functioneren, IQ en ontwikkeling en ze reageren anders op de sociale context. Verschillen ze van het 'normale patroon? Ontwikkelen ze zich buiten het normale spoor? Heeft de context niet het gewone effect op hun gedragingen?

Mentale retardatie Vanaf de jaren 70-80 werden deze 'patiënten' beschouwd als variatie op het normale. Dit betekende dat het strikte regime van de instellingen werd losgelaten en professionals met 'bewoners' op voet van gelijkheid probeerden om te gaan. Sommige verlieten de instellingen ook al hadden ze jaren in die beschermde omgeving doorgebracht. Ze kregen onderdak in gewone huizen met professionele ondersteuning. Deze veranderde houding zorgde ervoor dat men anders tegen het gedrag van de patiënten van weleer aankeek en tegen wat ze maakten. De werken van de bezigheidstherapie werden tentoongesteld en verkocht. In sommige landen kregen ze een eigen TV programma. Dit bevorderde de aanvaarding van de mensen met een beperking, maar was ook aanleiding tot nieuwe dilemma's. Kunnen ze onafhankelijk wonen, deelnemen aan activiteiten, mogen ze kinderen krijgen? Jonge *mildly retarded* leerlingen worden soms opgevangen in het reguliere onderwijs met een speciaal programma. Deze zorgleerlingen leveren de school extra geld op. Meestal verandert na waardering in het begin de houding van schoolleiders, ouders en bestuurders. En de 'gewone' leerlingen accepteren de nieuwkomers niet zonder slag of stoot. De belasting voor leraren nam

toe en er zouden gespecialiseerde leraren moeten komen. De evaluatie of de geretardeerde leerling er voordeel bij heeft, zowel sociaal als intellectueel, moet nog verricht worden.

Als bij iedere verandering is er in het begin enthousiasme. Regelmatig worden verwachtingen echter niet ingelost en dan volgt kritiek en vermoeidheid. Daarna leidt dit soms tot een hernieuwd evenwicht, waarbij de zorg intensief is en de cliënt zoveel mogelijk vrij is om te werken in een beschermde omgeving. Ze leven in ieder geval buiten de vroegere instellingen die leken op kazernes en kloosters waar psychiaters, psychologen, groepsleiders, priesters, broeders en nonnen de dienst uitmaakten.

Begaafdheid kreeg in de jaren 70-80 in egalitaire samenlevingen weinig aandacht. Tegelijkertijd waren er natuurlijk scholen voor de elite, bijvoorbeeld in het VK en de VS en evenzeer in de vroegere USSR waar een hele stad was ingericht voor hoogbegaafde studenten die later allen voor de KGB gingen werken. Men ging er in egalitaire samenlevingen vanuit dat de begaafden voor zichzelf konden zorgen. Dat veranderde in de jaren na 80: hoogbegaafde kinderen werden door hun ouders beschreven als slachtoffers van het schoolsysteem dat op het gemiddelde kind gericht zou zijn. Er kwamen speciale scholen en enkele reguliere scholen boden deze leerlingen een verrijkt programma aan. Dit is ook doorgedrongen tot het HBO en de universiteit, waar de 'betere studenten' een *honors traject* kunnen volgen. Bij de overheid en in het bedrijfsleven selecteert men *high potentials*. Het is nu aanvaard dat er grote variatie tussen leerlingen is, zonder dat er een eensgezind en adequaat antwoord is op de vraag hoe daarmee om te gaan.

Subotnik et al. (2011) omschrijven in hun overzichtsstudie hoogbegaafdheid als de manifestatie van prestaties die duidelijk aan het uiterste liggen van de scoreverdeling, dat wil zeggen als een individueel verschil. Ze presenteren haar ook als een ontwikkelingsverschijnsel. Er is een potentieel dat betrekkelijk ongemoeid, zelfstandig en zonder veel aansporing en inmenging tot uitdrukking kan komen. Ze wijzen ook op de versnellende en remmende invloed van leraren, dat is een gestileerde sociale context. Hij beveelt aan om die leerlingen niet te sturen, maar te volgen en hen van nieuw en uitdagend materiaal te voorzien. In het VK en de VS zijn er privéscholen die aandacht hebben voor hoogbegaafdheid. In Nederland is er privéonderwijs maar dat is niet alleen gericht op hoogbegaafden. Er doen zich contraire tendenties voor: geretardeerden worden in het reguliere onderwijs opgevangen, terwijl hoogbegaafden naar speciale scholen gaan.

De ontwikkeling van hoogbegaafden wordt meestal opgevat als 'voorlijk': een niveau hoger, een stap verder. Tegenstanders van speciale training voor hoogbegaafden brengen naar voren dat ze geen harmonieus intellectueel en/of sociaal profiel tonen, bijvoorbeeld ze munten uit in een specifiek vak of activiteit, zoals wiskunde of omgaan met de computer. Daarnaast wordt gezegd dat er een gebrek aan evenwicht tussen cognitie en emotie is. Deze beweringen worden niet gestaafd door onderzoek.

Samenvatting en conclusie

Er is geen alternatieve theorie over intellectuele en cognitieve afwijkingen en stoornissen. Zowel retardatie als begaafdheid worden opgevat als variaties op een dimensie, vooral de G-factor. Als ze opgevat worden als variatie op het normale, is er geen speciale behandeling nodig. De attitude heeft ertoe geleid dat sommige instituties voor geretardeerden gesloten zijn. Er hoeven er geen speciale voorzieningen voor hoogbegaafden getroffen te worden. Begaafdheid wordt sinds Binet opgevat als een voorsprong op de eigen chronologische leeftijd en op die van de 'normale' groep. De houding tegenover de voorsprong was neutraal, dat wil zeggen ze kregen geen speciale voorzieningen. Soms werd er rekening mee gehouden door verrijkingsmateriaal te geven dat aansloot bij ontwikkelingsniveau en belangstelling van de begaafde. Er is geen alternatieve theorie over hoe de omgeving begaafdheid bevordert of belemmert.

4. Operationalisatie en meting

De theoretische oriëntaties bieden referentiekaders om retardatie en begaafdheid te operationaliseren met items uit intelligentietests, aan de hand van taken en door handelingen van subjecten te observeren om het niveau van adaptief functioneren te bepalen. De individuele verschillen oriëntatie resulteert in klassen van retardatie of van voorsprong, gedefinieerd met IQ scores of observaties van het niveau. Voor de laagste regionen zijn procedures gemaakt waarbij handelingen van subjecten geobserveerd worden. Hun gedrag bij eenvoudige taken wordt beoordeeld (zie bijvoorbeeld Smeets et al., 1980). Diepe stoornissen worden meestal beoordeeld na observatie van handelingen bij uitlokkende stimuli en taken. Begaafdheid is een categorie die gedefinieerd is als twee SDs boven het gemiddelde van een G-verzadigd instrument. Er is geen achterstand of voorsprong gedefinieerd aan de hand van profielen op multiple intelligentietests. Gardner voegt naast de *academic* vaardigheden andere toe, bijvoorbeeld kinesthetische intelligentie. Hij spreekt eerst van hoogbegaafdheid als er naast *high academic quality* sprake is van hoge scores op een niet *academic* capaciteiten.

Taken om ontwikkelingsachterstand of -voorsprong te operationaliseren zijn dezelfde als om iemand aan een ontwikkelingsstadium toe te wijzen. De sociale context wordt vermeld als een risicofactor voor IQ- en geschiktheidsscores en die ontwikkelingsstagnatie in stand houdt of stadiumovergangen versnelt. Meten wijkt niet af van die bij de normale ontwikkeling. Achterstand of voorsprong in prestaties wordt geoperationaliseerd met SATs aangevuld met observatie van informatieverwerkende processen, als geheugen, verwerkingssnelheid en serieel ordenen. De meting bestaat uit intervalschalen als ze onder het regime van de moderne testtheorie staat.

Instrumenten voor het bepalen van achterstand, voorsprong of een afwijking in intelligentie en geschiktheid verschillen niet van die voor de normale populatie: test en observatie van niveaus

van (zelfstandig) functioneren. Dat betekent dat intelligentietests als de Terman-Binet (zelden), Raven (wat meer), de Wechsler-schalen en de Kaufman test (veel) gebruikt worden. De meeste tests tonen een sterke eerste factor die te lezen is als een index voor de G. Voor begaafden zijn geen speciale tests of informatieverwerkingstaken ontworpen. Voor de ernstig en diep geretardeerden zijn speciale opdrachten gemaakt die in staat stellen de stoorniscategorie van diep en ernstig geretardeerd te bepalen. IQ tests worden gebruikt om matige en milde retardatie vast te stellen. Voor het vaststellen van leerstoornissen zijn taken gemaakt die in staat stellen om processen van informatieverwerking te diagnosticeren. Das en Naglieri hebben een viertraps-instrument ontworpen om de beperkingen bij de opeenvolgende processen te kunnen beschrijven. Vooral taken en omschrijvingen van de piagetiaanse stadia van de sensomotorische tot de postformele periode, vormen de gereedschapskist om voorsprong en achterstand vast te stellen.

School- en werkprestaties zijn voor de samenleving van belang. Er zijn dan ook veel en goede instrumenten beschikbaar, bijvoorbeeld tests en toetsen van semi- overheidsinstellingen, zoals het Cito en van grote bedrijven die voor een deel hun eigen testbatterijen en beoordelingsprocedures ontwerpen.

Samenvatting en conclusie

Om retardatie en begaafdheid te operationaliseren worden items uit IQ tests en observatie van niveaus van adaptief functioneren gebruikt, soms aangevuld met analyse van informatieverwerking bij geheugentaken en aan de hand van opdrachten die verschillende stappen vereisen. De IQ tests zijn overwegend G-verzadigd. Daarnaast worden de subtests van IQ tests (bijvoorbeeld de WISC) gebruikt om het profiel op een viertal intelligentiefacetten te beschrijven. Deze profielen worden een enkele keer gebruikt om afwijkingen of stoornissen te operationaliseren: het disharmonische profiel, bijvoorbeeld meer dan één SD verschil tussen verbale en performale intelligentie. Het meten wijkt niet af de gebruikelijke werkwijzen bij intelligentietest en het observeren en analyseren van processen van informatieverwerking. Voor diep gestoorde pupillen zijn speciale procedures ontworpen. Voor het operationaliseren van ontwikkelingsachterstand of -voorsprong worden dezelfde taken, opdrachten, proefjes gebruikt als bij het vaststellen van de normale ontwikkeling. Voorsprong en achterstand worden immers geïnterpreteerd als respectievelijk stagnatie in- of snelle voortgang door de stadia. Schoolprestaties worden geoperationaliseerd en gemeten met SATs en Cito-toetsen.

De gereedschapskist voor het bepalen van afwijkingen en stoornissen wijkt nauwelijks af van de instrumenten voor intelligentie, cognitie en prestatie in de normale populatie. De instrumenten hebben meestal een sterke eerste factor. Daarnaast zijn taken gemaakt om processen van informatieverwerking op de voet te volgen en bijvoorbeeld leerstoornissen bij lezen, rekenen,

enzovoort te omschrijven. Voor ernstig en diep geretardeerden zijn speciale procedures, taken en observaties nodig, want het gewone testen is met deze pupillen niet mogelijk.

5. Reflectie en evaluatie

Bij de individuele verschillen oriëntatie bestaat geen kwalitatief verschil tussen normaal en abnormaal of afwijkend intellectueel en cognitief functioneren. Het IQ wordt gebruikt om klassen van mentale retardatie (mild en matig) $IQ < 70-75$ en begaafdheid ($IQ > 130-135$) te bepalen, ook al legt de DSM-5 de nadruk op functioneren en adaptatie in de lage regionen van het IQ. Informatieverwerkingsprocessen worden benut om leerstoornissen te analyseren. De ontwikkeling x individuele verschillen combinatie keert terug bij het omschrijven mentale retardatie. Er zijn geen structurele verschillen gevonden. Er is een ontwikkelingsachterstand die niet goed te maken is. Begaafden kunnen, gegeven het Piagetiaans ontwikkelingskader, niets anders als sneller op de 'bestemming' aankomen en die is in de theorie gelijk voor ieder subject: het formeel operatoire stadium. Er is een postformele periode toegevoegd die een uitwerking is van het eindstadium. Deze is niet voor begaafden bedacht en zou moeten gelden voor de hele populatie. Er is nadruk op een gelijke basiskapitaal: bizar, abnormaal en gebrekkig mentaal functioneren is een variatie op het normale of een stagnatie in de ontwikkeling. Dit heeft gevolgen voor behandeling: men wil bereiken dat mentaal geretardeerden mee doen in de samenleving. Er zijn voor mild en matig geretardeerden programma's om te leren zoveel mogelijk dagelijkse taken zelfstandig uit te voeren. Dit impliceert dat het manipuleren van de sociale context van belang is voor hun functioneren. Er is een tijdlang gedacht dat het verschil normaal-afwijkend niet zo groot was en het verschil in het verleden versterkt was door institutionalisering. Er is nu een zekere balans door ervaringen van de begeleiders en gedragsdeskundigen met de gedragingen van geretardeerden in hun nieuwe rol in de samenleving: begeleid wonen in een 'gewone' wijk, dagbesteding, zorgen voor zichzelf, enzovoort.

In egalitaire samenlevingen wordt geen speciale aandacht aan hoogbegaafden besteed. Inzichten veranderen echter zo nu en dan. Er is nu weer aandacht voor hoogbegaafden: ze kunnen getest worden op speciale instituten, er is in de scholen ruimte voor buiten curriculaire onderwijs, er worden verrijkingstaken en -materialen aangeboden en er zijn enkele speciale scholen. Het is aanvaard om te spreken over 'excellente scholen'. Op de HBO's en universiteiten zijn er *honors trajecten* voor studenten die goede resultaten behalen.

IV Gestoorde en verstorende fysische en sociale contexten

Gevaarlijke contexten zijn vanuit het perspectief van de burger no-go-areas in steden, onveilige stadions, wegen, achterbuurten en slums waar gangs de dienst uitmaken. Je gaat in het donker niet de straat op in buurt X. Gestoorde of verstorende contexten ziet je terug in uitdrukkingen als foute vrienden, het zwarte schaap in de familie, Tokkie gezinnen, enzovoort. Vooral in de pedagogiek is er aandacht voor gestoorde gezinsconstellaties. Meestal worden ad hoc geformuleerde contextkenmerken in verband gebracht met ongewenst gedrag: omgevingskenmerken zijn 'oorzaak' van onproductief en onaangepast gedrag. Verandering of ontwikkeling van de fysische of sociale omgeving is 'gestoord' als die chaotisch is en geen richting heeft, maar ook als die stabiel, maar gestoord is. De invloed van de ene gestoorde omgeving op andere ligt voor de hand: besmetting, contaminatie, co-morbiditeit van gestoorde en onvoorspelbare omgevingen. Mensen blijken de voorkeur te geven aan een gestoorde omgeving boven een onvoorspelbare.

Hoe beschrijven leken gestoorde contexten, hoe worden verstoringen in expliciete theorieën gekarakteriseerd? Wat is de relatie met cognitie en aanpassing?

1. Theorie, operationalisatie, meting en instrumentatie

Leken en professionals schrijven (on)gewenst gedrag onder meer toe aan de omgeving. Misdaad, ADHD, onveilige hechting, autisme, enzovoort zijn bescheiden tot gemiddeld gecorreleerd met omgevingskenmerken: gezin, familie, buurt, wijk, enzovoort. Er is kans op de fundamentele attributiefout: gedrag van anderen wordt gezien als gevolg van zijn disposities, maar dat van onszelf - vooral als het niet gunstig uitpakt - als een gevolg van de context. Bijvoorbeeld: als je zo moe bent van het werken, zal je dat werk ook wel graag doen: het ligt in je karakter. En als dat niet uitkomt kun je het aan de context wijten: ik werk zo hard, omdat de economische situatie onzeker is. Wat zijn kenmerken van versturende contexten? Hoe ontwikkelen gezinnen, leeftijdgenoten, scholen, buurten en werkomgevingen zich zo, dat ze versturend zijn, hoe zijn versturende contexten op elkaar betrokken?

Fysische contexten Regeringen, bedrijven en instellingen formuleren criteria om gevaarlijke fysische contexten, zoals gebouwen en werkomgevingen waarin met gevaarlijk materiaal gewerkt wordt, te identificeren. Er zijn wettelijke veiligheidsprocedures die ontworpen zijn na strijd of overleg met vertegenwoordigers van werknemers. Er zijn criteria voor de hoeveelheid gif, vervuilde lucht in de steden, scholen en kantoren. Er is een *sick building syndroom* gesuggereerd, dat zich zou voordoen in volledig airconditioned gebouwen. Het zou hoofdpijn en vermoeidheid veroorzaken. De hoeveelheid toegestaan lawaai is vastgelegd in het aantal dBs. Er zijn criteria voor stankoverlast van bedrijven en gebouwen. *Crowding* verwijst naar het aantal personen in een ruimte en is dat niet standaard vast gelegd. Hoe groot moet bijvoorbeeld de afstand tussen bureaus van drie medewerkers op een universiteitskamer van 15m² zijn of hoeveel ruimte tussen de stoelen in boardrooms? Is dat eerder het gevolg van macht of speelt de psychologische overweging van een 'eigen plek' met voldoende contacten met collega's een rol? Wanneer is een schoolklas *crowded*? Mogen er drie, vier kinderen in een bank zitten, zoals kort na WO II in de grote Nederlandse steden? Een schoolklas op het Indiase platteland noemen we in het Westen *crowded*.

Er kunnen criteria beschreven worden om behuizing versturend te noemen: onveilig, geen privacy, niet droog, warm en teveel mensen op een plek. De SES van een gezin correleert met kenmerken van de fysische omgeving: buurt en behuizing.

Er zijn in de grote steden parken en groene zones, van het Central Park in New York, het Hyde park in Londen tot het Yasser Arafat plein in Gaza stad. Deze bevatten elementen voor herstel van vermoeidheid, bieden kans op reflectie en zijn vaak het startpunt van revoluties zoals in het Midden Oosten en de Oekraïne. Kaplan (1995) vond empirisch steun voor het feit dat parken en pleinen helpen zich te concentreren, iemand het gevoel bezorgen eruit te zijn, interesse in natuurverschijnselen te vergroten en de aandacht te richten op de 'vogels en de bloemen'. Empirische studies laten bescheiden samenhangen zien tussen het verblijf in parken en

fysiologisch herstel en cognitief functioneren (Hartig, 2004), zelfdiscipline (Taylor et al., 2002) en zelfregulatie (Baumeister & Vohs, 2004). Vrouwen die in een groene omgeving wonen zijn minder agressief tegenover hun partners dan zij die omringd zijn door stenen pleinen en flats (Kuo & Sullivan, 2001). Dit verschil kan voor een deel ook berusten op met de omgeving gecorreleerde SES van de twee groepen. Fysische omgevingen kunnen dus zowel gedrag verstoren als bijdragen aan herstel. Ontwerpers doen voorstellen om grote steden leefbaar te maken: ze proberen de omgeving zo in te richten dat er balans is tussen rust en privacy en aangename drukte en levendigheid, gegeven het dicht op elkaar wonen en het drukke sociale en economische verkeer. De gepresenteerde studies tonen een S→R schema. Verschillen in verstoorte omgevingen veroorzaken verschillen in gedrag dat wil zeggen in prestaties en typerend gedrag en beleven. Fennis en Wiebenga (2015) pakken het anders aan en proberen de mate van verstoring van een omgeving te manipuleren door plaatjes aan te bieden: een chaotisch en lawaaierig grote stadstafereel, wanordelijk verspreide objecten, geordende omgevingen, bijvoorbeeld een supermarkt en neutrale tafereelen. Zij gaan de gevolgen van deze manipulatie na op de doelen die mensen zich stellen: hoe chaotischer de omgeving hoe gemakkelijker ze Cartesiaans klare en heldere doelen stellen; zelfs doelen die niet met het opheffen van de verstoring te maken hebben. Dit komt door de sterke tendens van mensen om in een geordende omgeving te willen leven. Chaos is vaak een kans om mensen aan nieuwe doelstellingen te helpen. Sommigen creëren chaos om hun eigen doelen te verwezenlijken.

Sociale contexten: individuele verschillen Voorbeelden van individuele verschillen tussen gezinnen zijn hiervoor vermeld. Hechtings- en opvoedingsstijlen en gezinsklimaat hangen samen met sociale aanpassing en prestaties. Verschillen tussen scholen, organisaties, instituties en culturen hebben invloed op sociaal gedrag en prestaties. In de beschrijving van dat onderzoek is niet ingegaan op wat verstorende elementen in scholen en culturen zijn. Belangstelling voor verstoorte gezinnen is er steeds geweest. Het is immers een belang van de samenleving dat gezinnen functioneren. De laatste tijd liggen sommige organisaties en instellingen onder vuur omdat ze individuen en de samenleving bedreigen, denk bijvoorbeeld aan de bankencrisis. Als verstoringen besproken worden vermelden media en professionals graag extreme voorbeelden, zoals verbod op onderwijs voor meisjes, kindsoldaten, uitsluiten van groepen op grond van sekse, religie of afkomst. Bij studie van de gezinscontext ontkomt men niet aan beschrijven van ontsparing van een gezin. Voorbeelden:

(1) Hechtingsstudies kregen een *boost* door het werk van Anna Freud (verzameld werk, 1973). Haar minutieuze observaties van kinderen die terugkeerden uit de Duitse concentratiekampen en beschrijving van hun socio-emotionele ontwikkeling zonder ouders werd 'overruled' door Bolwby en zijn onderzoeksgroep (zie bijvoorbeeld hun 1982 overzicht). De studies kreeg in de VS een impuls door de observaties van Ainsworth et al. (1978). Zij ontwikkelden een proefopzet waarmee het mogelijk was om

baby's en kinderen in hechtingscategorieën onder te brengen: veilig, onveilig, onzeker, vermijdend en ambivalent of ambigu gehecht. Later werden hechtingsstoornissen opgenomen in de DSM. De stoornis was zo'n 'succes' dat er ook bij andere populaties (bijvoorbeeld adoptiekinderen) en andere leeftijdscategorieën, bijvoorbeeld adolescenten en volwassenen onderzocht werd of er van een dergelijke stoornis sprake was. Het *Adult Attachment Interview* bevat 90 items en leidt tot een categorisering van hechting. Het is een half-gestructureerd interview, waarbij deelnemers hun ouders beschrijven, uitleg geven voor die beschrijving, weergeven hoe hun ouders reageerden op stress en hun huidige relatie met hun ouders toelichten. Er is bescheiden tot gemiddelde empirische steun dat onveilige en ambivalente hechting samenhangt met socio-emotionele ontwikkeling. Het attachment type werd aanvankelijk vooral verbonden met de sensitiviteit van de moeder/verzorger voor de noden van het kind. De conclusie om de verantwoordelijkheid voor onveilige hechting bij de koude, niet-responsieve moeder te leggen bleek te eenvoudig. Baby's en kinderen verschillen in temperament en gevoeligheid voor aandacht en zorg (Stevenson-Hinde & Verschueren, 2004). Bovendien liggen de relaties niet zo rechtlijnig: Masai kinderen die gedrag vertoonden dat Ainsworth en Stroufe onveilig gehecht zouden noemen, wisten aandacht en voedsel af te dwingen waardoor hun overlevingskans toenam. Hiervoor is erop gewezen dat de generalisatie dat veilige hechting een *conditio sine qua non* voor het goede leven is, niet altijd en overal geldt.

(2) Opvoedingsstijlen worden niet neutraal geformuleerd. Na de WO II vroegen Amerikaanse en naar de VS gevluchte Europese onderzoekers zich af hoe het mogelijk was dat onder meer toegewijde huisvaders en vriendelijke verpleegkundigen moordenaars konden worden op de slagvelden en in de concentratiekampen. Er werd een *Fascism Scale* gemaakt die onder andere een indicator was voor hoe gemakkelijk men bevelen opvolgt van hogeren in rang. De opvolgers van die bevelen werden zelf overigens ook brutaal en hard behandeld. Dit was geleerd, dacht men, in de gezinnen met een *autoritaire* opvoedingsstijl. Dit zou die angst, wantrouwen, gemeenheid en agressie induceren bij kinderen. Er was een voorkeur voor de *autoritatieve stijl* die gekenmerkt is door uitleg en redenen geven aan kinderen en op een heldere manier grenzen stellen. De stijl lijkt een late uitloper van het Verlichtingsdenken: de nadruk ligt op rationaliteit, redelijkheid, gerechtvaardigde en verstandige grenzen stellen. Een *laissez faire* stijl geeft veel vrijheid aan de kinderen maar weerspiegelt ook desinteresse van opvoeders in wat ze doen en laten. Sommigen wijten dit aan Rousseau. Ouders die in communes leefden zoals van de Bhagwan of Israëliische Kibboetsiem werden later door hun kinderen beschuldigd van desinteresse en gebrek aan verantwoordelijkheid voor hun welzijn en opleiding. De verwijten lijken op die welke kinderen van kunstenaars en een enkele professor hun ouders maken. Het gaat immers om hen zelf, hun eigen creativiteit en hun onmisbare bijdrage aan het welzijn en zelfinzicht van de mensheid. Dit verschijnsel heeft zich voorgedaan in communes en antiautoritaire crèches in sommige Europese steden, bijvoorbeeld de Kopenhaagse en Berlijnse commune en de Amsterdamse 'kresj'. Achteraf gezien faalden deze communes en bewegingen omdat kinderen grenzen en structuur nodig hebben in de omgang met andere kinderen en volwassenen en met de zaken die ze moeten leren. Er zijn documentaires die het falen van deze communes en bewegingen laat zien.

(3) Het gezinsklimaat is onder meer beschreven met behulp van de schalen van Moos (1986, 1994) en Olson et al. (2000). Deze vragenlijsten brengen de risico's in kaart die kunnen leiden tot onaangepast en gestoorde gezinsverhoudingen. Gezinnen verschillen in cohesie, openheid en de mogelijkheid zich te

ontwikkelen. Deze voorspellen bescheiden onaangepastheid, jeugddelinquentie en schooluitval. In Olsons systeem (de circumplex) zijn gestoorde gezinnen gekenmerkt door extreme waarden op de dimensies Adaptatie en Cohesie. Vier van de 16 typen noemen ze gestoord:

- a. Chaotically-disengaged
- b. Chaotically- enmeshed
- c. Rigid-disengaged
- d. Rigid-enmeshed

(4) Fok et al. (2011) construeerden de *Family Environment Scale* in navolging van de onderscheidingen die Moos heeft gemaakt. Ze gebruikten de relatiedimensies: Cohesie, Expressiviteit en Conflict en daarmee vergeleken ze adolescenten uit westerse gezinnen in Canada en Eskimo adolescenten in Alaska. Met CFA vonden ze steun voor de relatiedimensies in een steekproef van 284 twaalf- tot achttienjarige Eskimo's. De handleiding rapporteert hoge interne consistentie waarden voor Cohesie (*my family members really support each other*) en Conflict (*in our family we argue a lot*) bij de Eskimo jongeren. De consistentie voor Expressiviteit (*in our family we can talk openly in our home*) was lager dan in de westerse steekproef. Dit suggereert een cultureel verschil. De correlaties met onaangepastheid zijn zwak en co-morbide met andere factoren: bijvoorbeeld armoede en een lage SES. Er zijn meer risico factoren voor onaangepastheid en die zijn niet alleen met het gezin verbonden, zoals ras, leeftijd en sekse.

Voor de diagnosticus zijn sommige risicofactoren in gezinnen zichtbaar: drugsgebruik, verwaarlozing, ontbreken van toezicht, enzovoort. Er zijn ook subtielere risico's voor de gedrags- en emotionele ontwikkeling: onveilig gehecht zijn, autoritaire opvoedingsstijl en chaotische - loszand gezinnen. Deze risico's zijn soms co-morbide.

Scholen verschillen in onderwijsstijlen, curricula en regimes. Ze worden vooral vergeleken op prestaties met SATs en Cito-scores. Sommige scholen presteren onder de maat en worden 'zwakke' scholen genoemd. De directies worden verzocht om plannen voor verbetering te maken. Zo'n kwalificatie heeft effect op het aantal leerlingen, als de ouders de mogelijkheid hebben om te kiezen en op de motivatie van de leraren en de schoolleiding. De 'zwakke scholen' worden aangetroffen in de arme wijken en in kleine steden en dorpen, maar niet noodzakelijk.

Er zijn agressiereductieprogramma's, pestprotocollen, etc. ontworpen om de leeromgeving veilig te doen zijn. De kerningrediënten van een veilige schoolomgeving verdienen meer analyse. Zou ook hier de 'niets te' regel gelden met betrekking tot prestatiedruk, tot populair zijn, voor zichzelf opkomen (assertiviteit), accepteren van complex samengestelde klassen qua culturele achtergrond en intellectueel niveau, enzovoort?

De analyse van *organisaties, bedrijven en instituties* is hoofdzakelijk geïnspireerd door het streven om de productiviteit te verhogen; dit geldt als gevolg van het heersend neoliberalisme ook voor non profit instellingen als woningbouwcorporaties, ziekenhuizen, ziektekostenverzekeraars, universiteiten, hogescholen en overheidsbedrijven. Grote bedrijven staan meer onder druk van aandeelhouders dan familiebedrijven. Bij de laatste is het voortbestaan van het bedrijf een doel, dat wil zeggen het gaat niet alleen om korte termijn winst. Non profit instellingen zijn ook uit hun aard meer op voortbestaan van dienstverlening uit, soms zelfs ook nog als de doelen al bereikt zijn. Voortbestaan heeft in dat geval de functie voor topfunctionarissen om hun posities te behouden en versterken: de organisaties worden functioneel autonoom. Productiviteit hangt samen met de doelen van het bedrijf, de behandeling van het personeel en de klanten, de geschiedenis en stabiliteit van het bedrijf en zijn waarden. Als voorbeeld worden *extremen* beschreven van gedrag van commerciële bankiers voor en gedurende de crisis van 2008/2009 en volgens Luyendijk (2014) ook daarna:

Doelen: geld 'maken' als gokkers. Als ze failliet gaan redt de overheid en dat gaat ten koste van de burgers tegenover een saaie bank die de belangen van klanten dient.

Waarden: dienst verlenen aan het publiek, kwaliteitsproducten aanbieden tegenover verkopen, doet er niet toe wat het is, bijvoorbeeld opzettelijk ondoorzichtig gemaakte producten als woekerpolissen die hoge bonussen opleveren.

Behandeling van het personeel: management by fear door te dreigen met ontslag: 'voor tien van u een nieuwe computer' of door perverse prikkels: bonussen, geen verantwoordelijkheid bij werknemers leggen of ze onterecht verantwoordelijk maken voor de crisis. Het boek van Gotlieb (2014) over de NZa vermeldt voorbeelden over hoe personeel vernederd en op het schild geheven wordt al naar gelang het MT (Management Team) het uitkomt. Luyendijk (2014) meldt dat men in het financieel centrum van Londen City het bureau van werknemers leeghaalt zodat ze binnen 10 minuten op straat staan.

Behandeling van klanten: realistische informatie verstrekken over producten en diensten tegenover veel beloven en klanten voor onaangename verrassingen plaatsen: 'onderwater' hypotheek en woekerpolissen. De protesterende klant wordt daarna van het kastje naar de muur gestuurd.

Groei: andere bedrijven overnemen om machtiger te worden en aanzien te verwerven tegenover het juiste volume vinden, gegeven de omvang van een land en de diensten en producten voor klanten.

Stabiliteit: ontwerpen van lange termijn planning en innoveren tegenover instabiliteit: korte termijn winsten, overleven, zich uitleveren aan de hoogste bidder.

Organisaties, bedrijven en instellingen kunnen gestoorde en verstorende contexten zijn voor werknemers en burgers. Banken kunnen landen en staten destabiliseren. Onderzoek naar gedrag van goed betaalde bankwerknemers haalde het prestigieuze *Nature*. Cohn et al. (2014) onderzochten in Zwitserland ruim 200 managers/werknemers (eertijds 'bankbedienden' geheten, nu *sales managers* en denkers in het *back office*) met een *priming* experiment. De deelnemers namen deel aan een gokexperiment deel. Ze moesten 10 keer een munt opgooien

en konden met elke kop 20 dollar verdienen. Bij een 'eerlijke munt' levert dat vijf keer kop en vijf keer munt over een redelijk aantal deelnemers. Bij de ene groep werd navraag gedaan over hun werk bij de bank en het prestige van hun (m/v) baan ('geld *priming*'), de andere vergelijkbare groep werd ondervraagd over hun vrijetijdsbesteding ('neutrale *priming*'). Het gooien met de munt deden ze zonder toezicht en ze rapporteerden het aantal keren kop. Degenen die het over hun werk ondervraagd waren, tilden de zaak vaker dan zij die naar het doorbrengen van hun vrije tijd gevraagd waren. Bij de eerste groep werd door de *priming* het idee van 'geld is goed' en 'er is een positieve correlatie tussen status en financieel succes' op de voorgrond gezet en dat gaf aanleiding dat deze groep het niet zo nauw nam met de kanswetten en dat wil in dit geval zeggen met de waarheid.

Integriteit van werknemers wordt onderzocht: 'Vertrouwen is goed maar X... is beter' heet het in de reclamespotjes op de radio. Het is nu zover dat de integriteit van CEOs en bezoekers van de *boardrooms* onderzocht wordt. Voorbeelden van gestoorde bedrijven en instellingen die veel gebieden in de samenleving raken zijn banken in de VS en de EU, olie- en gasbedrijven in de Russische Federatie, corrupte bouwfirma's over de hele wereld, onzorgvuldige accountantskantoren, faillissement fraudeurs, arbeidsbemiddelaars, belwinkels, enzovoort. De box hieronder geeft een voorbeeld van een recent stereotype (en dus met beperkte validiteit) van de machtigen in het bedrijfs- en maatschappelijk leven.

Box Misdad, Integriteit en Sociaal Economische Status

Misdad en gebrek aan integriteit worden onder meer sinds de industriële revolutie gekoppeld aan een lage SES. Charitatieve instellingen probeerden de *defective moral* van de onderklassen te herstellen en ze te verheffen. Ze zouden geen normen en waarden kennen in vergelijking tot de rustige middenklasse, laat staan tot de elite die in alle opzichten excelleert. Op de TV 27/11/2015 weet een bestuurder van een hockeyclub de toenemende verruwing van het spel en van het publiek aan de toestroom van leden uit de midden en lagere sociaal economische klasse.

Misdad en armoede waren in de 19^{de} eeuw verbonden. Marx draaide dit om: misdaden worden bedreven door de rijken die de productiemiddelen bezitten. Ze zullen uit zichzelf niet veranderen, daar is een revolutie voor nodig. Hij zag geen heil in 'verscherpt toezicht' door een of andere autoriteit. Hun charitatief werk en het geloof waren 'opium van het volk'. Gegevens over gedrag van CEOs van banken, bestuurders van landen en bedrijven, ziekenhuizen, woningbouwcorporaties en zelfs van non profit instellingen als instellingen voor zorg veranderen het beeld dat misdad vooral in de onderklasse gezocht moet worden, Theodore Dalrymple ten spijt, de psychiater die onverantwoordelijk gedrag graag bindt aan de onderklasse.

Dutton (2011) benadrukt in zijn boek *The wisdom of Psychopaths* dat de meeste psychopaten niet gewelddadig zijn. Ze zijn roekeloos, schaamteloos, rustig onder druk, charismatisch, geconcentreerd, niet-empathisch, gewetenloos en onbevreesd, dat wel, maar niet openlijk agressief. Ze gebruiken andere middelen om hun doel te bereiken. Als het ontbreken van agressie gecombineerd is met een hoog IQ kan men succes behalen in zaken, de politiek, het militair bedrijf *en* in de misdad. Een succesvolle

psychopaat is gedisciplineerd en gecontroleerd en komt tot bloei in situaties met machtsverschillen. Dutton heeft een lijst gemaakt met de meest en minst psychopathische beroepen. Bij de eerste is de rangorde: CEOs, advocaten, tycoons van de massamedia, presentatoren, verkopers, chirurgen, journalisten, politieofficieren, priesters, afdelingschefs en hoge ambtenaren. De minst psychopathische zijn volgens hem: maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, handwerkslieden, *charity workers*, kunstenaars, huisartsen en administratieve medewerkers. Dit is een categorisering uit de losse pols en er is altijd overlap maar het laat zien dat we psychopathie niet in een bepaalde sociale klasse hoeven te zoeken.

Om steun te verkrijgen, of beter om tegenspraak te organiseren, kun je men naar de empirisch onderzoek kijken en die pakt soms anders uit dan verondersteld. Een studie van Akhtar et al. (2013) suggereert dat het geloof dat entrepreneurs, ondernemers psychopaten zijn voor een groot deel een stereotype is. De auteurs berekenden de correlatie tussen *entrepreneurship* en psychopathie. Ze verzamelden gegevens bij 435 volwassen werknemers (224 mannen) vooral in het VK ($M = 30.3$ jaar, $SD = 12.0$ jaar). En, als meestal, is er een bescheiden correlatie en dus beperkte steun voor het *corporate psychopath* stereotype: primaire psychopathie (PP) en secundaire psychopathie (SP) correleerden met een r van .39. Beide waren negatief geassocieerd met leeftijd: $r = -.27$ en $r = -.22$ en laag, maar positief met sekse: mannen tonen meer PP en SP dan vrouwen: $r = .19$ en $r = .14$. De bivariate correlaties tussen de psychopathiekenmerken en ondernemerschap varieerden tussen de .36 (PP) met Vision en $-.05$ met *corporate entrepreneurship*. Een complex structureel vergelijkingsmodel toonde bescheiden, zwakke en ontbrekende relaties. Psychopathie bevat in hun studie vier persoonlijkheidsfacetten: Interpersoonlijke relaties (anderen manipuleren, narcisme, oppervlakkigheid), Niveau van diepgang (gevoelloos, geen verantwoordelijkheid nemen, gebrek aan empathie en schuldgevoel), Levensstijl (impulsief, sensatiezoeken en parasiteren op anderen) en Antisociale tendensen (ongrijpbaarheid, delinquentie en recidiveren). De eerste twee vormen de PP en de laatste de SP. Alleen PP hing samen met ondernemersactiviteiten. De correlaties varieerden van verwaarloosbaar tot bescheiden. In Nederland is in een rapport gesuggereerd dat CEOs, onder meer van banken, ziekenhuizen, voedingsconcerns en dergelijke, die narcistisch zijn, uit een lage sociaal economische laag komen en herhaald gescheiden zijn, een risico vormen. De organisatiepsycholoog Van Luijk (2014) vraagt zich af waarom er zo weinig is onderzocht over het diagnosticeren van managers die in de fout gaan. Hij vond niet veel in de literatuur en formuleert vuistregels, zoals 'houd bonussen beperkt; let op bij cumulatie van succes'. Hij beschrijft enkele casussen van ontspoorde loopbanen van CEOs. Het boek berust niet op psychologisch onderzoek van deze tycoons maar benutte via de media toegankelijke informatie over hun bedrijfsvoering en hun biografie. Voor het vinden van samenhangen is meer onderzoek nodig zegt Van Luijk. Dutton en Van Luijk suggereren wellicht te gemakkelijk dat er robuuste samenhangen zijn tussen psychopathische trekken en bepaalde beroepen en bijbehorende managers van bedrijven en instellingen.

Individuele verschillen tussen *culturen* lokken een waardeoordeel uit: collectief-individueel, tolerant-controlerend, hiërarchisch-egalitair, democratisch-dictatoriaal. Sommigen landen of culturen worden 'schurkstaten' genoemd. Het is tricky om culturen als gestoord te betitelen. Dit is al gauw ethnocentrisme. Er worden echter ook subtieler waardeoordelen gegeven. Wat te

denken van het verschil in holistisch en logisch-analytisch denken? Als de ene cultuur (religie) zich beter acht dan de ander dan kan er tegen die ander opgetreden worden bijvoorbeeld door met het zwaard democratie en vrede te willen brengen. Wellicht is het enige criterium voor een waardering en vergelijking van culturen de mate van het zich houden aan de mensenrechten. Worden mensenrechten niet gerespecteerd dan kun je misschien van een gestoorde en verstorende natie, cultuur of staat spreken. Dat wordt zelfs soms betwist. Zijn die rechten werkelijk universeel; gelden ze in elk land, voor ieder volk en onder alle omstandigheden?

Verschillen tussen contexten kunnen vrijwillig aanvaard of afgedwongen worden. Een tussenvorm is dat ze subtiel opgelegd worden, bijvoorbeeld bij het krijgen van een nieuwe baan, (moeten) verhuizen, naar een andere school (moeten) gaan. Deze veranderingen worden gemotiveerd met het argument van verbetering in condities van personen. Het manipuleren van omgevingen is aan wettelijke en ethische regels gebonden. Verstorende sociale condities worden komen wel degelijk voor, bijvoorbeeld de ontvolking van het platteland, waar ouderen en kinderen achterblijven, terwijl de ouders ver weg in de steden moeten werken en hun gezin een of twee keer per jaar zien (China). Dit geldt ook voor (burger)oorlogen, gevangenis (Guantánamo Bay) waarin een morbide inventiviteit wordt aangetroffen om storende en gestoorde fysische en sociale omstandigheden te creëren. Gestoorde fysische omgevingen doen zich ook voor als niet voorziene consequenties van ingrepen, bijvoorbeeld huizenbouw, wegeaanleg en gevaarlijke industrieën. De pretentie van het succes van ingrepen die aanpassing en prestaties verbeteren is te groot, gegeven de zwakke en bescheiden effecten van ingrepen en de kans op Mattheus- en iatrogene effecten.

Sociale context: ontwikkeling Het bestaan en het ontsporen van gezinnen met verloop van tijd kunnen geconceptualiseerd worden als afwijkende of verstoorde ontwikkeling. Een ontsparing is soms verbonden met een ingrijpende levensgebeurtenis, bijvoorbeeld de dood van een kind, een ouder en door conflicten op kleinere schaal, bijvoorbeeld huwelijksconflicten, scheiding, armoede en op grote schaal, bijvoorbeeld groeiende radicalisering van etnische groepen in een land of natie. De gevolgen van gestoorde ontwikkeling op kleine schaal zijn bekend. Er zijn bescheiden tot gemiddelde effecten op het functioneren van het gezin, de socio-emotionele status en de prestaties van kinderen. Effecten van verstoringen op grote schaal zijn bijna niet nauwkeurig bestuderen, zoals de gevolgen van burgeroorlogen, het opgangkomen van vluchtelingenstromen waarbij er op korte termijn geen zicht is op terugkeer. Er worden wel hoge percentages PTSS genoemd, maar dat zijn schattingen.

Sociale context: een context tussen andere contexten Het gezin is een context te midden van andere, bijvoorbeeld een *extended family*, school, buurt, stad. Er kan een ondersteunende, neutrale of conflictueuze relatie tussen contexten bestaan. Omdat de effecten alle kanten op

kunnen gaan, is het gemiddeld effect meestal neutraal. De verhouding tussen de contexten kan harmonieus maar ook conflictueus zijn, bijvoorbeeld tussen die tussen werk en gezin. Contexten kunnen elkaar besmetten, dat wil zeggen dat ze verstoringen op elkaar overbrengen, bijvoorbeeld agressieve gedragingen thuis zetten zich voort op school en versterken elkaar. De wijze waarop chefs met personeel omgaan kan besmettelijk zijn voor gedragingen thuis of op de sportclub. Het kan zich ook voordoen dat een context alle andere domineert, zoals religie dat gedaan heeft of de staat, bijvoorbeeld in de vroegere DDR. Voor een normaal, niet gestoord intellectueel en sociaal functioneren hebben mensen complexiteit, variatie in contexten nodig. Het is niet aan de wetenschap en diagnosticus om waarde oordellen te vellen. Er kan wel nagegaan worden welke contexten voor de cliënt van betekenis zijn en hoe ze zich verhouden tot zijn probleem of vraag. Omgevingen bevatten risico- en beschermende factoren. Deze kunnen elkaar opheffen, maar ook besmetten en versterken.

Er is geen alternatieve psychologische theorievorming over verstorende contexten. Er zijn lijsten met gevaarlijke contexten en stresserende factoren. Coping is een verzamelnaam voor hoe daar mee om te gaan. Kun je er iets aan doen: controle op de fysische en sociale context of onderga je dat als onvermijdelijk (Schreurs et al., 1993). Soms wordt een combinatie beschreven, bijvoorbeeld bij chronische ziekte. Eerst verdragen: *enduring* en daarna met het lijden omgaan: *suffering*. Er zijn geen voorbeelden van *integratie*. Het onderzoek is gefragmenteerd. De biologie biedt aanknopingspunten voor een ander concept omdat gedrag en context in dat vak altijd verbonden zijn. Elk levend wezen heeft zijn ecologische niche, zijn biotoop.

Diagnosticus hebben kennis nodig over de gevaren, stressoren in de fysische en sociale context van de cliënt en de wijze waarop hij daar mee omgaat. Hij moet het risico van verstorende en gestoorde contexten voor het probleem of de vraag inschatten. Zijn mogelijkheden om contexten te veranderen zijn beperkt. Een ingreep is een complexe operatie waar weinig eer aan te behalen is, bijvoorbeeld voorstel tot scheiding, uithuisplaatsing en veranderen van school.

Samenvatting en conclusie

Er zijn instellingen die verstorende, onveilige kenmerken van de fysische omgeving beschrijven, bijvoorbeeld de Raad voor de Veiligheid. Dit valt buiten het werk van de diagnosticus. Met verstorende factoren, zoals werken in gevaarlijke omgevingen en bedrijven heeft hij als ergonomoom en bedrijfspsycholoog te maken. Kenmerken van contexten als *crowding*, slechte behuizing, lawaai van omgevingen zijn voor de diagnosticus te achterhalen en kunnen een rol spelen in het gedrag van de cliënt. Hij kan daar meestal niets aan doen en slechts de gevolgen proberen te beperken. Bezoeken aan parken, groene zones en recreatiegebieden worden gunstig genoemd voor herstel van vermoeidheid, zelfdiscipline en gelegenheid tot reflectie (als de mobile het even niet doet). Er is aandacht voor gestoorde en ontspoorde gezinnen. Deze

worden met behulp van een aantal kenmerken omschreven en blijken risicovol voor de socio-emotionele en cognitieve ontwikkeling. Onveilige hechting zou tot een hechtingsstoornis kunnen leiden die over de levensloop sporen zou nalaten. Hechtingsstoornis is een DSM-IV en DSM-5 categorie. Voor het tot stand komen van zo'n stoornis is aanvankelijk gekeken naar het gebrek aan gevoeligheid bij de moeder voor signalen van het kind. Het is per definitie een relationeel construct en dat betekent dat er minimaal twee bijdragen aan een hechtingsstoornis. Een gestoorde opvoedingsstijl is wel de autoritaire genoemd want leidt tot valse gehoorzaamheid en gemeenheid. De antiautoritaire stijl was een antipode die volgens de zo opgevoede kinderen kenmerken van desinteresse en stuurloosheid vertoonde. De door pedagogen aanbevolen stijl is autoritatief. Die komt erop neer dat ouders de leiding nemen, respect tonen en hun maatregelen uitleggen: de Verlichting ijlt na tot in het huidige gezin. De mate van Aanpassing en van Cohesie in gezinnen wordt geoperationaliseerd aan de hand van vragenlijsten. Dit leidt tot categorieën gestoorde gezinnen: *chaotically disengaged* of *chaotically enmeshed* en *rigidly disengaged* en *rigidly-enmeshed*. Er zijn bescheiden tot gemiddelde verbanden van deze gezinskenmerken met onaangepastheid, schooluitval en jeugdcriminaliteit. Er zijn dus ook andere werkzame factoren zoals leeftijd, sekse, mobiliteit, migratie, sociale en cognitieve vaardigheden.

Scholen, organisaties, instituties, bedrijven en culturen vertonen individuele verschillen, veranderen door de tijd heen en ondergaan invloeden van andere contexten. Scholen worden afgerekend op prestaties en het zich houden aan de wet. Een school kan een gestoorde omgeving zijn waar alles geoorloofd is om een doel te bereiken. Dat komt zelden voor, maar scholen verschillen in de mate van veiligheid die ze leerlingen en personeel bieden en die deze waarnemen, ervaren. Organisaties kunnen doelen nastreven die de middelen heiligen, bijvoorbeeld corrupte en dictatoriale regimes en grote bedrijven van banken, olie- en gas- en tot bouwbedrijven. Voor een deel is dit doorgedrongen in non profit organisaties die zich als een bedrijf zien als gevolg van de neoliberale gedachte van de zegen van marktwerking. Hoewel het niet bij wetenschap en professionaliteit hoort om over goed of slecht te spreken, kan een diagnosticus zich niet de naïviteit veroorloven dat zulke condities niet aan de orde zouden kunnen zijn bij een cliënt en geen invloed zouden hebben op zijn gedrag.

Culturen en naties verschillen op dimensies en men verbindt er gemakkelijk een waardering aan. Dat gebeurt ook bij culturele verschillen van informatieverwerken en persoonlijkheid, bijvoorbeeld geheugen voor details of de grote lijn: analytisch versus holistisch. Dit is tricky want er is gauw sprake van ethnocentrisme. De economisch en militair machtigste culturen en religies willen hun systeem soms opleggen aan andere. De Verklaring van de Rechten van de Mens bevat criteria om doordachte waardeoordelen uit te spreken.

Gezinnen, scholen, buurten, bedrijven, instellingen en culturen veranderen en ontwikkelen, en er kan zich gestoorde ontwikkeling voor doen. Deze contexten bevinden zich te midden van

andere contexten. Ze zijn immers niet geïsoleerd. Soms kan er zich besmetting voordoen, maar ook compensatie (bijvoorbeeld thuis versus school). Om besmetting te voorkomen kunnen mensen zich isoleren, bijvoorbeeld gezinnen, bepaalde gemeenschappen en bedrijven en culturen. Op de lange termijn lukt dat niet, mede als gevolg van toenemende communicatiemogelijkheden.

De ontwikkeling van gezinnen is het meest beschreven. Ingrijpende levensgebeurtenissen kunnen de ontwikkeling van een gezin doen ontsporen, bijvoorbeeld overlijden, scheiding of een conflict. De relatie met andere contexten, bijvoorbeeld de *extended family* kan zowel een risico- als een beschermende factor zijn. Omdat de effecten alle kanten op kunnen gaan, is het netto effect nul, terwijl er op individueel niveau verstoringen kunnen zijn.

De diagnosticus heeft meestal geen instrumenten om verschillen en ontwikkeling vast te stellen die tot gestoorde omgevingen leiden en nadelig uitwerken op het gedrag van de cliënt. Hij heeft daarom eigen waarneming en ervaring nodig om de ernst van de gestoordheid in te schatten en de gevolgen daarvan voor de cliënt: in de DSM-5 is dat de inschatting van de lijdensdruk.

2. Reflectie en evaluatie

Vier activiteiten vallen op bij het vaststellen van fysieke en sociale contexten:

(1) Het verbeteren van de fysieke en sociale omgeving om socio-emotionele ontwikkeling te bevorderen en cognitieve prestaties te verhogen. Kenmerken van omgevingen worden ad hoc gedefinieerd door experts en leken die in die contexten verblijven.

(2) Psychometrische kenmerken van omgevingsvariabelen worden vervolgens beoordeeld, 'gemeten', soms zonder betrouwbaarheids- en validiteitsanalyses te verrichten. De gedragingen die onder controle zouden staan van contexten worden gemeten met bestaande test en vragenlijsten, waarvan psychometrische kenmerken bekend zijn.

(3) Het belang van het diagnosticeren van contexten wordt bevorderd door de wens zich aan te passen aan maatschappelijke eisen. Het omgevingssysteem wordt opgevat als een bron van verstoringen en stressoren maar ook als een bron van steun vanuit het gezin, de school, organisatie en cultuur. De persoon is uitgerust met kennis en vaardigheden en kent een waardepatroon dat een passing met de contexten mogelijk maakt. De emotionele en cognitieve waarneming van de stressoren leidt tot coping gedrag.

(4) De context-gedrag relatie is in onderzoek meestal unidirectioneel vormgegeven. Er wordt lippendienst bewezen aan interactie: bidirectionaliteit en transactie. Er zijn complexe technieken die deze kunnen beschrijven en toetsen. Hier geldt evenwel Wittgensteins opmerking dat er in de psychologie methoden zijn en conceptuele verwarring. Verwarring is misschien te veel gezegd, maar er is geen specifiek en gearticuleerd conceptueel kader.

Er zijn voldoende instrumenten en procedures om praktische vragen over de gevolgen van de context voor gedrag te beantwoorden. De instrumenten kunnen individuele verschillen tussen

en binnen gezinnen vaststellen. Bij het bepalen van verschillen tussen scholen wordt gebruik gemaakt van SAT scores en Cito-toetsen. Er zijn ook onderscheiden naar pedagogisch klimaat, samenstelling van de leerling populatie en schoolklimaat. Bij meting wordt aandacht besteed aan de beleving van scholen door leerlingen en leraren. Vragen uit de praktijk hebben geleid tot instrumenten om individuele verschillen tussen bedrijven en organisaties vast te stellen met als doel de productie (inkomen en macht van de leiding) en de kans op hun voortbestaan te vergroten.

Versillen tussen culturen zijn beschrijvend vormgegeven. Een cultuur wordt in een groep, land of natie vanzelfsprekend aanvaard of afgedwongen. Als een cultuur zo vormgegeven is dat mensenrechten geschonden worden kan men spreken van een gestoorde en versturende cultuur. Bij vergelijking van culturen liggen cultuur-centrische vooroordelen op de loer.

Een diagnosticus heeft te maken met de vraag van de cliënt die kan lijden onder de verstoring. Daarnaast kunnen ook gezinnen, instellingen en bedrijven lijden onder verstoringen. Diagnostiek van een dergelijke verstoring kan oneigenlijk zijn: niet om een stand van zaken in kaart te brengen maar om een doel te bereiken, bijvoorbeeld om een lastig personeelslid uit te sluiten. Hij heeft te maken de vraag of en in hoeverre de fysische en sociale context een oorzaak of covariaat is van het probleem. In hoeverre is een fysische context een gevaar? Zijn er kenmerken in het gezin en in de interacties die het probleem veroorzaken en in stand houden? Is een organisatie doorgeschoten? Waardeert zij het personeel niet en biedt zij een onveilige werkomgeving? Is een nieuwe cultuur voor een cliënt een moeilijk te nemen hindernis? Deze vragen kunnen niet beantwoord worden zonder een opvatting van wat 'goede' en 'slechte' contexten zijn. Bovendien moet de diagnosticus een inschatting maken van de ernst van de verstoringen die contextkenmerken bij zijn cliënt te weeg brengen. Vervolgens kan hij vaststellen of er iets aan gedaan kan worden. Soms rest hem niets dan de cliënt weerbaar maken.

Contexten werken grillig uit omdat het gaat om bidirectionele en transactionele relaties. Het probleem is niet gelokaliseerd *in* de cliënt: het is per definitie relationeel. Onderzoek en instrumentontwikkeling hebben geen eenvoudige en goed te interpreteren procedures opgeleverd om dat standaard in kaart te brengen. Contexten, denk aan buurten in de oude steden, zijn zo complex dat dat bijna onmogelijk is. De diagnosticus heeft zijn vaardigheden (observatie, anamnese, interview) en kennis van de sociale geografie en zijn instrumenten nodig om de hechting, kwaliteiten van ouders, opvoedingsstijlen, school- en organisatieklimaat en de samenstelling van buurten in kaart te brengen. Daarnaast is er klinisch talent - omstrepen, maar je kunt er niet omheen - nodig om de ernst van de verstoringen en de lijdensdruk van de cliënt in te schatten.

In de DSM-5 is ruimte voor een klinisch oordeel over de ernst van een stoornis. Het formuleren van een rijke probleemdefinitie heeft als gevolg dat het informatieverwerkingsstelsel van de

diagnosticus belast wordt. Er spelen immers veel kenmerken van verschillende contexten een rol bij een probleem.

Organisaties huren diagnostici in om het typerend gedrag en prestaties van werknemers te bepalen, onder meer hun integriteit met als doel verhoging van productiviteit. Kennis van organisatiekenmerken is nodig. De diagnosticus heeft onafhankelijke positie nodig want het management team (MT) zit niet te wachten op kritiek als het in een bedrijf minder goed gaat. Hij kan geconfronteerd worden met cliënten uit verschillende (sub)culturen en met ethnocentrisme van staf en personeel. Er is geen protocol om dit vast te stellen. En er is onder zulke omstandigheden niet aan een waardeoordeel te ontkomen.

De diagnosticus heeft te maken met een gemêleerde populatie. Een cliënt kan te veel verwachten van therapie, behandeling of interventie, terwijl een diagnose meestal is niet beslissend over de interventie en bovendien niet voor eens en altijd gegeven kan worden. Psychologische rapporten hebben een beperkte houdbaarheid. De effecten van behandelingen zijn op het niveau van de steekproeven in onderzoek bescheiden tot gemiddeld. Zulke effecten zijn een feit en wijken soms niet af van placebo's.

De analyse van gestoorde sociale en fysische contexten biedt feiten over relaties tussen extreme kenmerken van contexten en de gevolgen voor de aanpassing en prestaties van cliënten. Het gaat over gevolgen, niet over interacties en transacties. De samenhangen/ effecten van gedrag met storende contexten zijn bescheiden. De bepaling van samenhangen in steekproeven is ook beperkt door het verschijnsel van regressie naar het gemiddelde, bij herhaalde bepaling van samenhangen en met *restriction of range* omdat de scores op de contextvariabelen geselecteerd zijn uit het hoogste of laagste gebied van de scoreverdeling. De diagnosticus heeft voor het bepalen van de gevolgen van storende omgevingen voor de cliënt geen kant en klaar pakket aan wetenschappelijke bevindingen dat laat zien wat de verstorende ingrediënten zijn voor zijn cliënt. Dat moet hij zelf achterhalen door observatie, interview en anamnese. Omdat subjecten geen standaardreacties op stoornissen in gezin, school, organisatie, buurt en zelfs cultuur tonen is hij op zijn klinisch oordeel over de aard en ernst van de verstoring en de gevolgen voor gedrag aangewezen. Dat vraagt om professioneel handelen, dat wil zeggen duidelijkheid, openheid en onpartijdigheid. De diagnosticus kan bij analyse van de problematiek van contexten niet om een waardeoordeel heen: wat is goed of fout, wat kan nog en wat niet meer?

Onderwerpen en namen Hoofdstuk I, II, III, IV

Persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheidsvragenlijsten:

individuele verschillen,
ontwikkeling,
sociale context

Interview, observatie, anamnese, ondervraging van 'significante' anderen.

Projectieve technieken: TAT, Rorschach, ZALC

DSM-IV tegenover DSM-5 en relatie met de Big Five

Normaal tegenover abnormaal, gestoord

AS I en As II van de DSM-IV

MMPI

Defensiemechanismen

Veerkracht, over- en ondergecontroleerd

Depressie

Intellectuele en cognitieve afwijkingen

Comorbiditeit

Mentale retardatie: individuele verschillen, ontwikkeling en context

Begaafdheid

Head Start

Gestoorde en verstorende fysische en sociale contexten

Nadelige effecten van de fysische omgeving:

vergif

lawaai

crowding

slechte behuizing

latroge effecten van interventies

Mattheus effect

Fragmentatie van kennis over context-gedrag samenhangen.

Slotbeschouwing

Persoonlijkheidsstoornissen intrigeren en roepen bij leken emoties op die variëren van verwondering, verbazing tot angst. Leken en professionals verschillen in hun geloof in de mate waarin stoornissen te beïnvloeden zijn en dat heeft invloed op advisering en behandeling. Een professional zal behandeling bijna nooit uitsluiten. Er is geen één op één relatie tussen diagnose en behandeling, waarschijnlijk minder dan in de geneeskunde. Ook daar is er geen één op één relatie: niet ieder reageert gelijk op een medicijn en zeker niet op een dokter. De interpretatie van de oorzaken voor afwijkingen is (te) eenvoudig en dichotoom: genen en omgeving. De stoornissen zijn voornamelijk geanalyseerd als individuele verschillen, minder als ontwikkeling en weer wat meer als een functie van sociale condities. Het definiëren van de aan- of afwezigheid van een stoornis is mede geconditioneerd door de cultuur. Binnen een cultuur is de scheidslijn tussen gestoord en niet-gestoord al niet gemakkelijk te trekken, laat staan tussen culturen. Zelfs een onwrikbare diagnose als depressie kan opgevat worden als adaptatiemechanisme. Er zijn instrumenten ontwikkeld om stoornissen te operationaliseren en te meten. Daar ligt de nadruk - als steeds - op individuele verschillen. Omdat er veel belangen spelen rond de diagnoses zijn instrumenten cruciaal. De strijd tussen de DSM-IV en de DSM-5 is niet alleen een wetenschappelijk probleem maar ook en misschien zelfs vooral een maatschappelijk en commercieel vraagstuk. De strijd is daarom niet verrassend maar gegeven de inhoudelijke verschillen niet nodig.

Na kennisneming van theorievorming en enkele empirische resultaten - het kennisbestand van de psychologie - kan een diagnosticus zich vrij voelen zijn keuze te maken: een theorie, of een combinatie, want de oriëntaties co-existeren.

Goethe (1749-1832) zei eens *...höchstes Glück der Erdenkinder sei nur die Persönlichkeit*. Hij bedoelde uiteraard niet de stoornissen maar wees op de rijkdom en het multi-interpretabele karakter van gedragingen, denken, beleven van de persoon door de diagnosticus en de persoon zelf. Dit daagt de diagnosticus uit om objectief te zijn, dat wil zeggen recht doen aan de gedragingen van de cliënt. Dat betekent in deze tekst het geven van een rijke beschrijving en genuanceerde analyse van een vraag of probleem over zijn typerend en intellectueel gedrag. Daarbij houdt hij niet vast aan een epistemologische opvatting of een methodologie vast. Naast de empirisch analytische staat hij de interpretatieve, hermeneutisch aanpak en zelfs de kritische opvatting toe, zoals die in de alternatieve benadering van typerend gedrag beschreven zijn door onder meer de sociaal constructivisten.

Intelligentie en cognitie zijn de meest onderzochten onderwerpen van de psychologie. Stoornissen hebben dan ook volop aandacht ook al omdat 'intelligent zijn' status geeft aan de cliënt. Er doen zich ook daar stoornissen en afwijkingen voor. Niet 'normaal' kunnen denken wordt doorgaans bij persoonlijkheidsstoornissen ondergebracht. Stoornissen in intelligentie gaan twee kanten op. Mentale retardatie wordt als individueel verschil, als gestrande

ontwikkeling en als gevolg van fysische (drugsverslaving, phenylketonurie) omgeving opgevat. Begaafdheid wordt uiteraard in dank (niet altijd, je ziet jezelf graag als eigenaar en veroorzaker van je intelligente vermogens) aanvaard. Er wordt bij begaafden wel gewezen op een disharmonische profiel en het *silly smarts* verschijnsel. Dat is gegeven het onderzoek overtrokken. *Idiots savants* zijn grote uitzonderingen, een speling van de natuur, van het lot en van grote (en eenzijdige) inspanningen van de betreffende persoon. De instrumentatie voor gestoorde en uitzonderlijk lage en hoge intelligentie blijft achter bij de test voor 'normaal' functionerende intelligentie en cognitie. De moderne testtheorie kan daar verbetering in brengen, maar het is meestal zonder testen wel duidelijk. Hier geldt dat de diagnosticus vaardigheid als observator en ondervrager nodig heeft.

Aan het belang van de context wordt meestal lippen dienst gegeven. Analyse van de context van de cliënt is echter onontkoombaar voor de diagnosticus want iedere cliënt leeft in een fysische en sociale context. Je kunt hem niet anders beschrijven als met contexten van gezin, broers en zussen, familie, school, organisaties en instellingen, bedrijven, de samenleving, de cultuur. Gezien vanuit kennisverwerving over wat en wie de cliënt is, is dit noodzakelijk want alle kennis over de persoon is gesitueerd: het gedrag van de cliënt moet in de relevante context beschreven, voorspeld en gecontroleerd worden. Wat wel of niet tot de relevante context behoort, moet ingeschat worden. dat staat nergens precies. Een klinisch en soms ook een waarde oordeel maken daar deel van uit. Daarbij komt dat gedrag naast een consequentie van contextkenmerken te zijn, zelf ook gevolgen heeft voor de context van het gezin, de relatie met broers en zussen, school, enzovoort. Dat geldt ook voor het antwoord/oplossing van de vraag/probleem. De context is zowel deel van het probleem als van de oplossing. De diagnosticus zal moeten afbakenen met welke omgevingscategorieën en -kenmerken het probleem verbonden is. Dat is onontkoombaar een *educated guess*, een weloverwogen inschatting want de omgrenzing kan niet definitief bepaald worden. Het is een voorbeeld van zoveel willen weten dat het *sufficient* is voor een antwoord op de vraag/het probleem. Een gedragsprobleem is geen wiskundevraagstuk dat gevangen is in- en oplosbaar is met eigen regels. Contextkennis is voor diagnosticus zicht op de micro-samenleving van het gezin maar ook met beide benen op de grond staan in de meso- (scholen, buurt, wijk, stad) en macro- (cultuur, economie, instelling, bedrijf) samenleving van cliënt en hemzelf.

De S-zijde van de $S \rightarrow R$ relatie de fysische en sociale contexten is vooral uitgewerkt als individuele verschillen tussen contexten met behulp van categorieën en dimensies. Dat is een groot en gedetailleerd gebied en varieert van gezin tot de cultuur. De diagnosticus moet zelf uitmaken wat van dat scala aan contextkenmerken van belang is voor de beantwoording van de vraag. Aan de R-zijde van de $S \rightarrow R$ relatie staan gedragingen, die praktisch van belang zijn: succes, gedrag dat ons bang maakt en waar we medelijden mee hebben. Er zijn vragenlijsten en tests te over die deze gedragingen vaststellen. Er is minder aandacht voor de ontwikkeling van

contexten en de beïnvloeding door andere contexten. De diagnosticus moet het doen met veel bescheiden correlaties en effectgroottes over respectievelijk samenhang en oorzaken van contextkenmerken met gedragingen. De kenmerken van steekproeven nemen een beperkt deel van de variantie in gedrag voor hun rekening. Er zijn daarnaast andere factoren werkzaam, ook toevalsfactoren die niet gebonden worden door een context- of persoonskenmerk. Dit is de situatie waar de diagnosticus mee geconfronteerd wordt: hij moet uitvinden welke combinatie van omgevingskenmerken en gedragingen met de vraag of het probleem te maken hebben. Als hij daar in slaagt, kan hij tegen het feit aan lopen dat er omgevingskenmerken zijn waar hij geen invloed op kan uitoefenen. Er blijft dan over de cliënt weerbaar te maken tegen kenmerken van de context, die aanleiding zijn voor zijn probleem.

Gestoorde en versturende contexten worden omschreven vanuit de im- en expliciete theorie. Dat levert gefragmenteerde kennis op omdat contexten niet als bijvoorbeeld persoonstrekken en -kenmerken in kaart gebracht zijn. De diagnosticus moet het doen met voor de hand liggende categorieën, zoals het gezin, de school, de buurt, de instelling of organisatie en zelfs de cultuur. Gestoorde gezinnen zijn een aandachtsgebied van pedagogen. Er zijn voldoende kenmerken beschreven en deze hebben gevolgen op de sociale aanpassing en prestaties van de gezinsleden. Gestoorde instellingen of zelfs culturen liggen buiten het vakgebied van de psychologie als hofleverancier van het kennisbestand voor de diagnosticus. Recente gebeurtenissen met neoliberale instellingen van banken tot non profit zorginstellingen laten zien dat ook deze organisaties versturend en gestoord kunnen zijn. Het is gevaarlijk om culturen gestoord te noemen. Een zinvol criterium is misschien erkenning en handhaving van de rechten van de mens. Ook dat kun je betwijfelen, want geldt dat onder alle ook onvoorziene en onverwachte omstandigheden. Het is te verdedigen dat de diagnosticus de analyse en diagnose van stoornissen bij de cliënt:

eclecticus is

de proliferatie van constructen ziet als obstakel en niet als teken van vooruitgang want er is veel semantische gelijkheid (Smedslund, 1997, 1999, 2009),

beperkt steun en inspiratie zoekt bij andere disciplines. De bijdrage van biologische, neurologische en biologische parameters aan het voorspellen en verklaren is beperkt (Meyer et al., 2001),

zich bewust is van beperktheid en eenzijdigheid van constructen en meetinstrumenten voor (afwijkende) gedragskenmerken,

zich bewust is van het probabilistische karakter van zijn antwoord op vragen van de cliënt door de bescheiden tot gemiddelde validiteit van voorspellingen en van voorstellen om gedrag te controleren. Hij kan geen zekerheid geven. Hij is op de hoogte van de fraude en van de bezinning op wat onderzoekers en practici kunnen. De sociaalpsycholoog Naomi Ellemers (2013) zegt het zo: *'...in ons vakgebied bestaan geen definitieve antwoorden op eenduidige vragen'* (p. 12): zekerheid die de *evidence-based* factoren c.q. behandelingen bieden is beperkt. Hij bestaat nog minder op individueel niveau.

zich bewust is dat veel weten over individueel verschillen variabelen niet gelijk is aan veel weten over de individuele cliënt,

zich bewust is dat hij zich een oordeel over de ernst van stoornissen voor de cliënt, voor zijn directe omgeving en voor de samenleving moet vormen,

zich bewust is dat staande en aanvaarde omschrijvingen over wat gestoord is en wat niet, over welke methode de beste is en over de rol van de cultuur bij toekenning van een persoonlijkheidsstoornis af en toe herzien worden. Het is goed om daarbij de rol van inzichten, ontleend aan de tijdgeest te onderscheiden van empirische feiten over stoornissen.

Referenties en geraadpleegde literatuur

Ten geleide en Diagnose van persoonlijkheidsstoornissen

- Abrahams, R.E. (1997). *Het ontwikkelingsprofiel en psychodynamische diagnose van de Persoonlijkheid*. Assen: Van Gorcum.
- Adolph, K.E., Young, J.W., Robinson, S.R. & Gill-Alvarez, F. (2008). What is the shape of developmental change? *Psychological Review*, 115, 3, 527-543.
- Anderson, J.L., Selbom, M., Ayearst, L., Quilty, L.C., Chmielewski, M & Bagby, R. M. (2015). Associations between DSM-5 Section III Personality Traits and the MMPI-2-restructured form scales in a psychiatric sample. *Psychological assessment*, 27, 3, 801-815
- Andrews, G, & Hobbs, M.J. (2010). The effect of the draft DSM-5 criteria for GAD on prevalence and severity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 784-790.
- Andrews, P.W. & Thomson, Jr. J.A. (2009). The bright side of being blue: depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychological Review*, 116, 3, 620-654.
- Andriessen, J.H.T.H. (1962, 1972). Bewerking van Rotters Internal-External Control Scale. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 27, 192-198.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. In L.A. Pervin & O.P. John. *Handbook of Personality Theory and Research*. New York: The Guilford Press. (pp. 154-197).
- Barelds, D.P.H. & Luteijn, F. (2002). Measuring Personality: A comparison of three personality questionnaires in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 33, 499-510.
- Barlow, D.H. (2010). Negative effects from psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 1, 13-20.
- Barry, Ch.T. & Lee-Rowland, L.M. (2015). Has there been a recent increase in adolescent narcissism? Evidence from a sample at-risk adolescent (2005-2014). *Personality and Individual Differences*, 87, 153-157.
- Batstra, L. & Thoutenhoofd, E. (2013). Overleeft de psychiatrie de DSM-5? (Will psychiatry survive the DSM-5?). *De Psycholoog*, 48, 3, 10-17. (The Psychologist: Journal of the Dutch Psychological Association).
- Block, J. (1971). *Lives through time*. Berkeley, CA: Bancroft Books.
- Block, J. (1982). Assimilation, Accommodation, and the dynamics of personality development. *Child Development*, 53, 281-295.
- Bornstein, M.H. (2014). Human Infancy...and the rest of the Lifespan. *Annual Review of Psychology*, 65, 121-158.
- Bouman, T.K. Albersnagel & Van de Ploeg, F.E.A. (1985). Enige ervaringen met de Bech Depression Inventory: BDI. *Gedrag*, 13, 13-24., F.A. V.
- Bronfenbrenner U. & Ceci, S.J. (1994). Nature - Nurture re -conceptualized in developmental perspective: a bio-ecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental processes. In: *Handbook of Child Psychology, Fifth Edition, Volume I*. W. W. Damon (Editor in chief). R.M. Lerner Volume Editor. New York: J. Wiley & Sons (pp. 993-1029).

- Brugman, G.M. & Laak, J. ter (2004). Narrative change, an analysis of the narratives of three confirmed Russian communists after the collapse of the Soviet Union. *Dutch Journal of Developmental Psychology*, 25, 1, 43- 58.
- Brunswik, E. (1958). Representative design and probabilistic theory in a functional psychology. *Psychological Review*, 62, 193-217.
- Burt, S.A. (2009). Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: A meta-analysis of shared environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135, 4, 608-637.
- Calhoun, R.G. & Tedeschi, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: conceptual foundation and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1, 1-18.
- Caplan, R.D. & Van Harrison, R. (1993). Person-Environment fit theory: some history recent developments, and future directions. *Journal of Social Issues*, 49, 253- 275.
- Caspi, A. (2000). The child is the father of the Man: Personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78,1,158-172.
- Caspi, A. & Bem, D.J. (1990). Personality continuity and Change across the life course. In: Pervin L A. (Ed.). *Handbook of Personality: Theory and Research*, (pp. 549-570). New York: The Guilford Press.
- Caspi, A. & Roberts, B.W. (2001). Personality development across the life course. The argument for change and continuity. *Psychological Inquiry*, 12, 1, 49-66.
- Caspi, A & Shiner, R.L. (2006). Personality Development, *Handbook of Child Development, Vol. 3: Social, Emotional and Personality Development* (N. Eisenberg & Ross D. Parke, R. Buriel (Volume Eds.)). New York: Wiley (pp. 429-505).
- Cicchetti, D. (1993). Developmental Psychopathology: reactions, reflections, projections. *Developmental Review*, 13, 3, 471-502.
- Cicchetti, D., (2014). Illustrative developmental psychopathology perspectives on precursors and pathways tot personality disorder: commentary on the special issue. *Journal of Personality Disorders*, 28, 1, 172-179.
- Cichetti, D. & Toth, S.L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 16-25.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of Personality Disorder: Perennial issues and emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257.
- Cleverley, K., Szatmari, P., Vaillancourt, T., Boyle, M. & Lipman, E. (2012). Developmental trajectories of physical and indirect aggression from late childhood to adolescence: sex differences and outcomes in emerging adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 51, 10, 1037-1051.
- Cohen, I. (1988). Het 'Comprehensive system'. Een nieuw scorings- en interpretatiesysteem voor de Rorschach. *De Psycholoog*, 23, 302-307.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis in the behavioral sciences* (revised edition). New York: Academic Press.
- Collins, O.F., Andershed, H., Frogner, L., Lopez-Romero, L & Veen, V. (2014). A new measure to assess psychopathic personality in children: The Child Problematic Traits Inventory. *Journal of Psychopathological Behavioral Assessment*, 36, 4, 4-21.

Corry, N., Davis Merritt, R., Mrug, S. & Pamp, B. (2008). The factor structure of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 90, 6, 593-600.

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1985). *The NEO PI personality inventory*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 3, 343-359.

Cramer, A.O.J., Borsboom, D., Aggen, S.H. & Kendler, K.S. (2012). The pathoplasticity of dysphoric episodes: Differential impact of stressful life events on the pattern of depressive symptoms inter-correlations. *Psychological Medicine*, 42, 957- 965.

Cramer, A.O.J., Waldorp, L.J., Van der Maas, H. & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 33, 137-150.

Crowell, J.A., Waters, E., Treboux, D., O'Connor, E., Colon-Dawns, C. & Feider, O. (1966). Discriminant validity of the Adult Attachment Interview. *Child Development*, 67, 2584-2599.

Crowne, D & Marlow, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 4, 349-354.

Das, J.P. & Naglieri, J.A. (1995). Individual differences in cognitive processing and planning: A personality variable? *Psychological Record*, 35, 6, 335-352.

Deary, I.J., Ferguson, K.J., Bastin, M.E., Barrow, G.W.S., Reid, L.M., Seckl, J.R., Warllaw, J.M. & MacLulich, A.M.J. (2007). Skull size and intelligence, and King Robert Bruce's IQ. *Intelligence*, 35, 519-525.

De Bruyn, E.E.J., Ruijsenaars, Pameijer, N.K. & Van Aarle, E.J.M. (2003/ 2015). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Leuven/Amersfoort: Acco.

De Fruyt, F., De Clercq, B.J., Van de Wiele, L. & Van Heeringen, K. (2006). The validity of Cloningers's psychobiological model versus the Five-factor model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: Domain facet and residual facet descriptions. *Journal of Personality*, 74, 2, 379-410.

De Groot, A.D. (1961, Methodologie: Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen de 12 druk 1994. Den Haag: Mouton.

Dekker, M.C., Ferdinand, R.F., Van Lang, N.D.J., Bongers, I.L., Van der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2007). Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: Gender differences and adult outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 7, 657-666.

De Pauw, S.S.W., Mervielde, I. & Van Leeuwen, C. (2009). How are traits related to problem behavior in preschoolers? Similarities and contrasts between temperament and personality. *Journal Abnormal Psychology*, 37, 2, 309-325.

Derksen, J.L.L., De Mey, H.R.A., Sloore, H. & Hellenbosch, G. (1995). *MMPI Handleiding bij de afname. Scoring en interpretatie* (2^e druk). Nijmegen: PEN test Publishers.

De Waal, F. (2015). *Bonobo en de tien geboden*. Amsterdam: Uitgeverij Atlas Contact.

De Wit, C.A.M. (1987). *Depressie vragenlijst voor kinderen, DVK en KDVK*. Handleiding. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th Ed. Text Revised). American Psychiatric Association (1995, 1997, 2000). DSM-IV TR Washington DC: APA.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5tm (5th Ed.). American Psychiatric Association (2013). Washington DC: APA.

Dick, D.M. (2011). Gene-Environment Interaction in psychological traits and disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 383-409.

Digdon, N., Powell, R.A. & Harris, B. (2014). Little Albert's alleged neurological impairment. *History of Psychology*, 17, 4, 312-324.

Duijssens, I.J., Spinhoven, Ph. Verschuur, M. & Eurlings-Bontekoe, E.H.M. (1999). De ontwikkeling van de Nederlandse verkorte Temperament en karakter vragenlijst (TCI-105). *Nederlands tijdschrift voor de psychologie*, 54, 276-283.

Duijssens, I.J. & Spinhoven Ph. (2000). *Nederlandse TCI handleiding*. Leiderdorp: DATEC.

Dweck, C.S., Hong, Y. & Chiu, C. (1993). Implicit theories: individual differences in the likelihood and meaning of dispositional inference. *PSPB*, 19, 5, 644-656.

Edmundson, M., Lynam, D.R., Miller, J.D., Gore, W.L. & Widiger, Th.A. (2011). A Five-Factor measure of schizotypal Personality traits. *Assessment*, 18, 3, 321-334.

Ellemers, N. Terug naar de grote lijn. *De Psycholoog*, December, 2013, pp. 12-20.

Endler, N.S. (1976). The role of the person by situation interaction in personality theory. In: F. Weizman & C. Uzgiris (Eds.). *The structuring of experience*. New York: Plenum Press.

Endler N.S. & Magnusson, D. (1976). Toward an interactional psychology of personality. *Psychological Bulletin*, 83, 7, 956-979.

European Journal of Personality, 28, (pp. 213-310). Heel nummer gewijd aan 'Personality Development'.

Evers, A., Van Vliet-Mulder, J & Groot, C. (2000) *Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Deel I en Deel II*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Exner, J.E. (1991). *The Rorschach: A comprehensive system. Vol. 2: Interpretation*. New York: Wiley.

Exner, J.E. (2001). *A Rorschach workbook for the comprehensive system*. Ashville NC: Rorschach Workshops. (5th Edition).

Eysenck, H.J. (1994). *The importance of a theory in a science of personality*. Abstract 39th Kongress der Deutsche Gesellschaft für Psychologie. Hamburg: Psychologisches Institut der Universität Hamburg (pp. 152-153).

Eysenck, H.J. & Eysenck, M.W. (1985). *Personality and individual differences: a natural science approach*. New York: Plenum Press.

Fraley, R.C., Vicary, A.M., Brumbaugh, C.C. & Roisman, G.I. (2011). Patterns of stability in adult attachment: An empirical test of two models of continuity and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 5, 974-992.

Frances, A.J. & Widiger, Th. (2012). Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV past, and cautions for the DSM-5 Future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 317-344.

Freud, S. (1961). The Ego and the Id. In: J. Strakey (Ed. and translator). *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud. (vol. 19, 1-66)*. London: Hogarth Press. (originally published in 1923).

Freud, A. (1973). The concept of developmental lines. In: S. Sapir & A. Nitzburg (Eds.). *Children with learning problems: Readings in a developmental interaction approach*. New York: Brunner/Mazel.

- Furnham, A., Guenole, N., Levine, S.Z. & Chamorro-Premuzic, T. (2012). The NEO-Personality inventory revised: Factor structure and gender invariance from exploratory structural equation modelling analyses in a high-stakes setting. *Assessment*, XX(X) 1-10. DOI: 10.1177/1073191112448213.
- Furnham, A. & Taylor, L. (1990). Lay theories of homosexuality: etiology, behaviors and 'cures'. *British Journal of Social Psychology*, 29, 1, 135-147.
- Furnham, A. & Wardley, Z. (1990). Lay theories of psychotherapy I: Attitudes toward, and beliefs about, psychotherapy and therapist. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 878-890.
- Furnham, A. & Wardley, Z. (1991). Lay theories of Psychotherapy II: The efficacy of different therapies and prognosis for different Problems. *Human Relations*, 44, 1197-1211.
- Gergen, K.J., Gloger-Tippilt, G. & Berkowitz, P. (1990). The cultural construction of the developing child. In: Semin, G.R. *Everyday understanding: social and scientific implications*. London: Sage Publications (pp. 108-127).
- Gibbons, P., Collins, M. & Reid, C. (2011). How useful are indices of personality pathology when assessing domestic violence perpetrators? *Psychological Assessment*, 23, 1, 164-173.
- Gigerenzer, G. (2000). *Adaptive thinking: Rationality in the real world*. New York: Oxford University Press.
- Gigerenzer, G. (2008). *Rationality for mortals: How people cope with uncertainty*. Oxford: Oxford University Press.
- Gilovitsch, Th., Griffin, D. & Kahneman, D. (Eds.) (2002). *Heuristics and Biases: The Psychology of intuitive judgment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gray, J. (2011). The chasm within: My battle with personality disorder. *PPP/ Vol. 18, 3*, 185-189.
- Grossman, S.D. (2015). Millon's evolutionary model of personality assessment: a case for categorical/dimensional prototypes. *Journal of Personality Assessment*, 97, 5, 436-445.
- Hahn, J.C.G. (1980). Vertaling van 'Phaenomenologie des Geistes' van G.W.F. Hegel als: *De zelfverantwoording van de geest*. Uitgeverij Futile.
- Hanssen, L. (2003). Menno ter Braak, geciteerd in L. Hanssen: Biografie Deel II: *Sterven als polemist*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Harkness, A. R. (2007). Personality traits are essential for for a complete clinical science. In S.O. Lilienfield & W.T. O'Donohue (Eds.). *The Great Ideas of Clinical Science: 17 principles that every mental health professional should understand*. (pp. 263-290). New York: Routledge & Taylor & Frances group.
- Harkness, A.R. (2009). Theory and measurement of personality traits. In J.N. Butcher (Ed.). *Oxford Handbook of Personality Assessment*. (pp. 150-162). New York, NY: Oxford University Press.
- Harkness, A.R., Reynolds, S.M. & Lilienfield, S.O. (2014). A Review of Systems for Psychology and Psychiatry: Adaptive Systems, Personality Psychopathology Five (PSY-5), and the DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 96, 2, 121-139, Doi: 10.1080/00223891.823438.
- Harris, J.R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102, 3, 458-489.
- Hearn, S., Saulnier, G., Strayer, J., Glenham, M., Koopman, R. & Marcia, J.E. (2012). Between integrity and despair: toward construct validation of Erikson's Eight stage. *Journal of Adult Development* 19: 1 DOI: 10.1007/s 10804-011-9126y.

- Heath A.C., Cloninger, C.R. & Martin, N.G. (1994). Testing a model of genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 762-775.
- Heidegger, M. (1927; 1986). *Sein und Zeit* (Time and Being). Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Hogan, R. (2009). Much ado about nothing: The person-situation debate. *Journal of Research in Personality*, 43, 249.
- Honderich, T. (Ed.) (2005). *The Oxford Companion to Philosophy. New Edition*. London: Oxford University Press.
- Hyman, S.E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.
- Jones, D.N. Paulhus, D.L. (2014). Introducing the Short Dark Triad (SD3): a brief measure of Dark Personality Traits. *Assessment*, 21, 1, 28-41.
- Karelaia, N. & Hogarth, R.M. (2008). Determinants of linear judgment: A meta-analysis of lens model studies. *Psychological Bulletin*, 134, 3, 404-426.
- Koch, K. (1954). *Der Baumtest* (zweite Auflage). Bern: Huber.
- Kolfschoten, F. (2012). *Ontspoorde wetenschap: Over fraude, plagiaat en academische mores*. Amsterdam: Uitgeverij De Kring.
- Kraepelin, E. (1907). *Clinical Psychiatry*. New York: MacMillan.
- Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D. & Skodol, A.E. (2011). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*. Advance online publication. Doi: 10.1017/S003329171002674.
- Kuhn, T.S. (1962). The Structure of Scientific Revolutions. *International Encyclopedia of Unified Science (Vol. 2)*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kupfer, D.J., First, M.B. & Regier, D.A. (2012). Introduction. In: D.J. Kupfer, M.B. First & D.A. Regier (Eds.). *A research agenda for DSM-5* (pp. xv-xxiii). Washington: American Psychological Association.
- Laak, Jan J.F. ter (2015). *Psychologische diagnostiek is diagnostiek van de psychologie*. Utrecht: De Lekstroom.
- Laak, J.J.F. ter (2011). *Elementair begrip van de psychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson BV.
- Laak, J. ter, De Goede, M & Brand, N. (2000). Construct en predicatieve validiteit van de FFPI bij 1^{ste} jaars psychologiestudenten. *Diagnostiekwijzer, Tijdschrift voor de Gezondheidszorg*, 7, 3, 124-139.
- Larner, B. & Blow, A. (2011). A model of meaning-making coping and growth in combat veterans. *Review of General Psychology*, 15, 3, 187-197.
- Larson, L.M., Rottinghaus, P.J. & Borgen, F.H. (2002). Meta-analyses of big six interests and big five personality factors. *Journal of Vocational Behavior*, 61, 2, 217-239.
- Lilienfeld, S.O., Waldman, I.D., Landfield, K., Watts, A.L., Rubenzer, S. & Faschinbauer, Th.R. (2012). Fearless dominance and the U.S. presidency: Implications of psychopathic personality traits for successful and unsuccessful political leadership. *Journal of Personality and Social Psychology*, DOI: 10.1037/a0029392. Pp. 1-17.

- Lilienfeld, S.O., Watts, A.L., Smith, S.F. (2015). Successful Psychopathy: a scientific status report. *Psychological Science*, 24, 4, 298-203.
- Loeber, R. & Burke, J.D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *Journal of Research in Adolescence*, 21, 1, 34-46.
- Loevinger, J. (1976). *Ego Development: Conceptions and Theories*. San Francisco: Jossey Bass.
- Loevinger, J. (1997). Stages of Personality Development. In: R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds.). *Handbook of Personality Psychology*. New York: Academic Press (pp. 199-208).
- Loughin, M. (2011). Psychologism, Overpsychologism, and Action. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 17, 4, 305-309.
- Luteijn, F., Starren, J. & Van Dijk, H. (1985). *Handleiding NPV: herziene uitgave*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Luteijn, F. Starren, J & Van Dijk, H. (1985). *Handleiding Nederlandse Persoonlijke Vragenlijst (herziene uitgave)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lynam, D.R., Gaughan, E.T., Miller, J.D., Miller, D.J., Mullins-Sweatt, S. & Widiger, Th.A. (2011). Assessing the basic traits associated with psychopathy: development and validation of the elemental Psychopathy Assessment. *Psychological Assessment*, 23, 1, 104-124.
- Magnusson, D. & N.S. Endler (Eds.) (1987) *Personality at the cross roads: Current issues in International Psychology*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Magnusson, D. & Stattin, H. (2006). The person in context In: *Handbook of Child Psychology*. R.M. Lerner volume I Editor. New York: J. Wiley & Sons. (pp. 400-465).
- Marková, I.S. & Berrios, G.E. (2011). Awareness and insight in psychopathology: An essential distinction? *Theory and Psychology*, 21, 4, 421-437.
- Masten, A.S., Roisman, G.I., Long, J.D., Burt, K.B., Obradovic, J. Riley, J.R., Boelke-Stennis, K. & McCoul, M.D. & Haslam, N. (2001). Predicting high risk sexual behavior in heterosexual and homosexual men: the roles of impulsivity and sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 37, 1303-1310.
- McWilliams, N. (2011). The Psychodynamic Diagnostic Manual: An effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *Journal of Personality Assessment*, 93, 2, 112-122.
- Meester, R. (2014). *Arrogant: waarom wetenschappers vaak minder weten dan ze denken*. Utrecht: Ten Have.
- Merleau-Ponty, M. (1945. 1958 translation by Colin Smith). *Phenomenology of Perception*. London and New York: Routledge Classics.
- Mewton, L., Slade, T., McBride, O., Grove, R. & Teesson, M. (2011). An evaluation of the proposed DSM-5 Alcohol use disorder criteria using Australian national data. *Addiction*, 106, 941-950.
- Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., Eisman, E.J., Kubiszin, T.W., & Reed, G.M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 2, 128-165.
- Millon, Th. (2012). On the history and future study of Personality and its disorders. *Annual Review Clinical Psychology*, 8, 1-18.
- Miller, T.R. (1991). The psychotherapeutic utility of the five factor model of personality: a Clinician's experience. *Journal of Personality Assessment*, 57, 3, 415-433.

- Miller, J.D., Gaughan, E.T., Maples., J. Gentile, B. Lynam, D.R. & Widiger, Th. A. (2011). Examining the construct validity of the Elemental Psychopathy Assessment. *Assessment*, 18, 1, 106-114.
- Miller, J.D., Price, J. & Campbell, W.K. (2011). Is the narcissistic personality inventory still relevant? A test of independent grandiosity and entitlement scales in the assessment of narcissism. *Assessment*, XX(X) 1-6. DOI: 10.1177/107319111429390.
- Moos, R. (1987). *Correctional Institutions Environmental Scale Manual (2nd Ed.)*. Palo Alto CA: Consulting Psychology Press.
- Murray, H.A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Murray, H.A. (1953). *The Thematic Apperception Test: Manual*. Cambridge MA.: Harvard University Press.
- Nijhoff, M. (1963). *Verzamelde Gedichten*. (2^{de} druk) Den Haag, Bert Bakker/ Daamen BV.
- Noftle, E.E. & Shaver, P.R. (2006). Attachment dimensions and the big five personality traits: associations and comparative ability to predict quality. *Journal of Research in Personality*, 40, 2, 179-208.
- Parker, J.D.A., Majeski, S.A. & Collin, V.T. (2004). ADHD symptoms and Personality: relationships with the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 36, 6, 977-987.
- Passchier, J en Verhage, F. (1986). The defense mechanism Inventory: preliminary findings on reliability of the Dutch translation. *Gedrag en Gezondheid*, 14, 119-124.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Perry, J.C. & Cooper, S.H. (1989). An empirical study of defense mechanisms: I. Clinical interview and life vignettes ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46, 444-460.
- Piedmont, R.L., Sherman, M.F., Dy-Liacco, G.S., Sherman, N.C. & Williams, J.E.G. (2009). Using the five factor model to identify a new personality disorder domain: the case for experiential permeability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 6, 1245-1258.
- Publication Manual of the American Psychological Association*. (2010, 6th Edition). Washington: APA.
- Ramos, R.T., Sassi, R.B. & Piquera, J.R.C. (2011). Self-organized criticality and the predictability of human behavior. *New Ideas in Psychology*, 29, 38-48.
- Rothschild, L., Haslam, N., Cleland, C. & Zimmerman, M. (2003). A taxometric study of borderline personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 4, 657-666.
- Rotter, J.B. (1982). *The development and applications of social learning theory: selected papers*. New York: Praeger.
- Rushton, J.P., Bons, T.A. & Hur, Y.M. (2008). The genetics and evolution of a general factor of personality. *Journal of Research in Personality*, 42, 1173-1185.
- Rushton, J.P. & Irwing, P. (2009). A general factor of personality (GFP) from the multidimensional personality questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 47, 571-576.
- Sahdra, B.K., Shaver, P.R. & Brown, K.W. (2010). A scale to measure nonattachment: A Buddhist complement to Western research on attachment and adaptive functioning. *Journal of Personality Assessment*, 92, 2, 116-127.

- Schipper, K. (1988, 1st Edition; 4th edition: 1998). *Tao: de levende religie van China*. (Tao: the living religion of China). Amsterdam: Meulenhoff. Original title: *Le corps Taoïste*: (Paris: Librairie Arthème Fayard, 1982).
- Searle, J. (1984). *Minds, Brains and Science: Can computers think*. Harvard University Press: Cambridge Massachusetts (pp. 28-41).
- Sellbom, M., Bagby, R.M., Kushner, S., Quilty, L.C. & Ayearst, L.E. (2011). Diagnostic construct validity of MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) scale scores. *Assessment XX(X) 1-11*. DOI: 10.1177/107319111428763.
- Shaver, Ph. R. & Brennan, K.A. (1992). Attachment styles and the 'Big Five' personality traits: Their connections with each other and with romantic relationship outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18*, 535-545.
- Shinn, C.J. & Toohey, P. (2002). The context minimization error. *Annual Review of Psychology, 54*, 427-459.
- Simonton, D.K. (2004). Psychology's status as a scientific discipline: Its empirical placement within a hierarchy of the sciences. *Review of General Psychology, 8*, 59-67.
- Simonton, D.K. (2009). Varieties of (scientific) creativity. A hierarchical model of domain-specific disposition, development, and achievement. *Perspectives on Psychological Science, 4*, 5, 441-453.
- Simms, L.J. (2007). The big seven model of personality and its relevance to personality pathology. *Journal of Personality, 75*, 1, 65-94.
- Skinner, B.F. (1938). *The Behavior of Organisms*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skodol, A.E. (2012). Personality Disorders in DSM 5. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 17-44.
- Smedslund, J. (1997). *The Structure of Psychological Common Sense*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Smedslund, J. (1999). Psychology and the study of memory. *Scandinavian Journal of Psychology, 40*, 4, 3-17.
- Smedslund, J. (2009). The mismatch between current research methods and the nature of psychological phenomena: What researchers must learn from practitioners. *Theory & Psychology, 19*, 778-794.
- Smit, S.C.M. (1993). *Pedagogische antedenten van taakgericht gedrag en schoolvorderingen*. Utrecht: ISOR.
- Smith, S.F. & Lilienfeld, S.O. (2015). The response modulation hypothesis of psychopathy: A meta-analytic and narrative analysis. *Psychological Bulletin, dx.doi.org/10.1037/bul0000024*.
- Smith, K.D., Smith, S.T. & Christopher, J.C. (2007). What defines the good person? Cross-cultural comparisons of experts' models with lay prototypes. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*, 3, 333-360.
- Smith, J.L., Geise, A.C., Roberts, B.W. & Robins, R.W. (2009). Narrating personality change. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*, 3, 679-689.
- Spearman, C. (1904). 'General intelligence objectively determined and measured. *American Journal of Psychology, 15*, 2, 210-293.
- Spearman, C. (1927). *Abilities of Men: Their Nature and Measurement*. New York: Macmillan.
- Spinhoven, Ph., Penninx, B.W., Hickendorff, M., Van Hemert, A.M., Bernstein, D.P. & Elzinga, B.M. (2014). Childhood Trauma Questionnaire: Factor Structure, Measurement Invariance, and Validity across Emotional Disorders. *Psychological Assessment, 26*, 3, 717-729.

Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E.A. & Collins, W.A. (2005). *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York: The Guilford Press.

Standards for Educational and Psychological Testing. (1999). Washington: American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education.

Stanfill, M. L., Viglione, D.J. & Resende, Chr. (2013). Measuring psychological development with the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 95, 2, 174-186.

Strasser, S. (1961/1964). *Fenomenologie en empirische menskunde. Bijdrage tot een nieuw wetenschapsideaal*. Arnhem: Van Loghum Slaterus.

Strasser, S. (1974). De dialogische dimensie der waarheid. *Tijdschrift voor Filosofie*, 36, 399-417.

Syed, M. & Seiffge-Krenke, I. (2012). Personality development from adolescence to emerging adulthood: Linking trajectories of Ego development to the family context and identity formation. *Journal of Personality and Social Psychology*, DOI: 10.1037/a0030070 . 1-14.

Szasz, T. (1987). *The myth of mental illness: the foundations of a theory of personal contact*. London: Grafton Books.

Timbremont, H. & Braet, C. (2002) *Handleiding Childres Depression Inventory*. Lisse: Swets en Zeitlinger.

Timpano, K.R., Exner, C., Glaesmer, H., Rief, W.Keshaviah, A., Brähler, E., & Wilhelm, S. (2011). The epidemiology of the proposed DSM-5 Hoarding disorder: Exploration of the acquisition Specifier, associated features, and distress. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 780-786.

Tissaw, M.A. A critical look at the (neo) personalism: Unitas multiplex and the 'person' concept. *New Ideas in Psychology*, 28, 159-167.

Van Baardewijk, Y., Stegge, H., Andershed, H. & Thomaes, S. (2008). Measuring Psychopathic Traits in children through self-report. The development of the Youth Psychopathic Traits Inventory-Child version. *International Journal of Law and Psychiatry*, (2008), doi: 10.1016/j.ijlp. 2008.04.04.

Vaidya, J.G., Gray, E.K., Haig, J.R., Mroczek, D.K. & Watson, D. (2008). Differential stability and individual trajectories of Big Five and affective traits during young adulthood. *Journal of Personality* 76, 2, 267-304).

Van Dijk, J.S., Cornelissen, A.J.T. & Derksen, J.L.L. (2000). *MMPI-A Handleiding bij afname, scoring en interpretatie*. Nijmegen: PEN Test Publishers.

Van Dijk, L. & Wilthagen, J. (2014). The horizontal world view. A Wittgensteinian attitude towards scientific psychology. *Theory and Psychology*, 24, 1, 3-18.

Van Lieshout, C.F.M., Scholte, R.J.H., Van Aken, M.A.G., Haselager, G.J.T. & Riksen-Walraven, J.M. (2000). The gifted personality: Resilient children and adolescents, their adjustment and their relationships. In: C.F.M. van Lieshout & P.G. Heymans: *Developing Talent across the life Span*. Sussex UK: Psychology Press.

Vazire, S. & Carlson, E.N. (2011). Others sometimes know us better than we know ourselves. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 2, 104-108.

Walters, G.D., Wilson, N.J. & Glover, A.J.J. (2011). Predicting recidivism with the Psychopathy Checklist: Are factor score composites really necessary? *Psychological Assessment*, 23,552-557.

- Warnaar, H. (1987). Over vlekjes, die zich niet laten wegwerken. De hernieuwde belangstelling voor de Rorschach. *De Psycholoog*, 22, 565-569.
- Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 2, 158-277.
- Watson, D. (2005). Rethinking the Mood and Anxiety Disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 4, 522-536.
- Watson, J.B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Westbroek, P. (2013). *De ontdekking van de aarde* (The discovery of the earth). Balans Uitgeverij: The Netherlands.
- Westenberg, P.M., Drewes, M.J., Siebelink, B.M., Treffers, Ph.D., Jonckheer, J. & Goedhart, A.W. (2000). *ZinAanvullijst Curium (ZALC). Een instrument voor het meten van Ego-ontwikkeling. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Widiger, T.A. (2015). Assessment of DSM-5 Personality Disorder. *Journal of personality assessment*, 97, 5, 456-466.
- Widiger, T.A. & Mullins-Sweatt, S.N. (2010). Clinical utility of a dimensional model of Personality Disorder. *Professional Psychology, Research and Practice*, 41, 6, 488—494.
- Widiger, T.A. & Mullins-Sweatt, S.N. (2009). Five-Factor Model of Personality Disorder: A proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 197-220.
- Winter, D.G. (1996). *Personality analysis and the interpretation of lives*. New York: McGraw-Hill.
- Witteman, C., Van der Heijden, P. & Claes, L. (2014). *Psychodiagnostiek: het onderzoeksproces in de praktijk*. Zoetermeer: De Tijdstroom.
- Wittgenstein, L. (1953; translated 1999). *Philosophical Investigations*. Translated by G.E.M. Anscombe. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Woodley, M.A. (2010). Are high-IQ individuals deficient in common sense? A critical examination of the 'clever sillies' hypothesis. *Intelligence*, 38, 471-480.
- Wortman, C.B. (2004). Posttraumatic growth: progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15, 1, 81-90.
- Zachar, P. (2011). The clinical nature of personality disorders: Answering the Neo- Szaszian critique. *Philosophy Psychiatry Psychology (PPP)*. Vol. 18, 3, 191-202.
- Zachar, P. & Potter, N.N. (2010). Personality disorders: Moral of medical kinds- or both. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17, 2, 101-117.

Diagnose van intellectuele en cognitieve afwijkingen/stoornissen

- Bierman, K.L., Domitrovitch, R.L., Nix, R.L., Gest, S.D., Welsh, J.A., Greenberg, M.T., Blair, C., Nelson, K.E. & Gill, S. (2008). Promoting academic and socio-emotional school readiness: The Head Start REDI program. *Child Development*, 79,6,1802-1817.

- Ceci, S.J. (1991). How much does schooling influence general intelligence and its cognitive components? A reassessment of the evidence. *Developmental Psychology*, 27, 5, 703-722.
- Ceci, S.J. (1996) *A bio-ecological treatise on intellectual development*. Cambridge MS: Harvard University Press.
- Covey, S.R. (2005). *The seven habits of high effective people*. New York: Free Press.
- Cronbach, L.J. & Snow, R.E. (1977). *Aptitudes and Instructional Methods*. New York: Wiley.

Das, J.P., Naglieri, J.A. & Kirby, J.R. (1994). *Assessment of cognitive processes*. Needham Heights MA: Allyn & Bacon.

Das, J.P. & Naglieri, J.A. (1995). Individual differences in cognitive processing and planning: A personality variable? *Psychological Record*, 35, 6, 335-352.

Deary, I.J. (2012) Intelligence. *Annual Review of Psychology*, 63, 453-482.

Deary, I.J. (2014). The stability of intelligence from childhood to old age. *Current Directions in Psychological Science*, 23 (4) 239-245.

Deary, I.J., Penke, L. & Johnson, W. (2010). The neuroscience of human intelligence. *Nature Reviews Neuroscience*, 11, 201-211.

Deary, I.J., Lawn, M., Bartholomew, D.J. (2008). A conversation between Charles Spearman, Godfrey Thomson and Edward L. Thorndike: The international examinations inquiry Meeting 1931 -1938. *History of psychology*, 11, 2, 122-142.

Dutton, E. & Lynn, R. (2013)., A negative Flynn effect in Finland, 1997-2009, *Intelligence* (2013). <http://dx.doi.org/10.1016/j.intell.2013.05.008>.

European Journal of Psychological Assessment (whole number 2, 2009): *Assessing cognitive Failures* (Guest Eds.: A. Efklides and G.D. Sideridis).

Furnham, A.F. (2001). Self-estimates of intelligence: culture and gender difference in self and other estimates of both general (G) and multiple intelligences. *Personality and Individual Differences*, 31, 1381-1405.

Gotlieb, A. (2014). *Operatie 'werk Arthur de deur uit'*. Onder redactie van Joep Dohmen & Jeroen Wester. Amsterdam: Bertram+deLeeuw Uitgevers.

Hegel, G.W.F. *Phaenomenologie des Geistes*. (Phenomenology of the Mind). Dutch translation of J. Hahn 'De zelfverantwoording van de Geest'. Utrecht: The Netherlands: Futile.

Heidegger, M. (1927; 1972). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag (Time and Being).

Hong, Y, Morris, M.W., Chiu, C. & Martmez, V.B. (2002). Multicultural Minds: a dynamic constructivist approach to culture and cognition. *American Psychologist*, 55, 709-720.

Jensen, A.R. (1998). The G-factor. *The Science of Mental Ability*. Westport CT, Praeger Publishers.

Jensen, A.R. (2011). The theory of intelligence and its measurement. *Intelligence*, 39, 171-177.

Kan, K.J. (2011). *The nature of nurture: The role of gene-environment interplay in the development of intelligence*. PhD dissertation: Universiteit van Amsterdam.

Kendler, K.S. (2005). A gene for... The nature of gene actions in psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1243-1252.

Kiep, M. & Spek, A.A. (2015). De AQ (Autism-Spectrum Quotiënt) bij Nederlandse mannen en vrouwen met en zonder ASS (Autismespectrumstoornissen). *De Psycholoog*, Maart 2015, 41-49.

Kievit, R.A. (2014). *Turtles all the way down? Psychometric approaches to the reduction problem*. PhD thesis Universiteit van Amsterdam. Enschede: Ipskamp drukkers.

Kievit, R.A., Van Rooijen, H. Wicherts, J.M., Kan, K.J. Waldorp, L.J., Scholte, H.S. & Borsboom, D. (2012). Intelligence and the brain: A model-based approach. *Cognitive Neuroscience*, 3, 89-97.

Kim, K.H. (2005). Can only intelligent people be creative? *Journal of Secondary Gifted Education*, 16, 1, 57-66.

Kramer, D. (1983). Post-formal operations? A need for further conceptualization. *Human Development*, 26, 91-105.

Kraus, M.W., Piff, P.K., Mendoza-Denton, R., Rheinschmidt, M.L. & Keltner, D. (2012). Social class, Solipsism, and Contextualism: How the rich are different from the poor. *Psychological Review*, 119, 3, 546-572.

Kuhn, T.S. (1962). The structure of scientific revolutions. *International Encyclopaedia of Unified Science (Vol. 2.2)* Chicago: The University of Chicago Press.

Lynn, R. (2011). *The chosen people: A study of Jewish intelligence and achievements*. Washington: Summil Publishers Augusta GA978-1-59368-036-7408.

Lynn, R. & Vanhanen, T. (Eds.). (2002). *IQ and the wealth of nations. Human evolution, behavior, and intelligence*. Westport: Praeger Publishers.

Lynn, R. & Vanhanen, T. (2012). *Intelligence: a unifying explanatory construct for the social sciences*. Bristol, UK: Ulster Institute for Social Research. (530 pp., paperback). ISBN: 978-0-958811-8-2.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la Perception*. Paris Gallimard: translated by Colin Smith 'Phenomenology of Perception' (1958). London: Routledge Classics.

Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L, Dies, R.R., Eisman, E.J., Kubiszin, T.W. & Reed, G.M. (2001). Psychological testing and psychological assessment. A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 2,128-165.

Mihura, J.L., Meyer, G.J., Dumitrascu, N. & Bombel, G. (2012). The validity of individual Rorschach variables: Systematic reviews and meta-analyses of the Comprehensive System. *Psychological Bulletin* DOI: 10.103/a0029406 (pp. 1-58).

Mikolajczak, M., Balon, N. Ruosi, M. & Kotsou, I. (2012). Sensitive, but not sentimental: Emotionally Intelligent people can put their emotions aside when necessary. *Personality and Individual Differences*, 52,537-540.

Naglieri, J.A. (1999). *Essentials of CAS Assessment*. New York: Wiley.

Naglieri, J.A. & Das, J.P. (1997). *Das-Naglieri Cognitive Assessment System*. Ithaca, IL: Riverside.

Ollendieck, T.H., Grills, A.E. & King, N.J. (2001). Applying developmental theory to the assessment and treatment of childhood disorders: Does it make a difference. *Child Psychology and Psychotherapy*, 8, 2, 304-314.

Oppenheim, P & Putnam, H. (1958). Unity of science as a working hypothesis. *Minnesota studies in the Philosophy of Science*, 2. 3-36.

Piaget, J. (1969). *Structuralism*. Meppel: Boom. (1970: English Edition: Structuralism. New York: Harper & Row).

Piaget, J. (1970). Piaget's Theory. In: *Carmichael's Manual of Child Psychology, 3rd Vol.* (pp. 703-733). New York: John Wiley & Sons Inc.

Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from Adolescence to Adulthood. *Human Development, 15, 1, 1-12*.

Plato. Nederlandse vertaling van zijn *Verzameld werk* (1980): Baarn.

Putnam, H. (1967). The nature of Mental states. Reprinted in N. Block (Ed., 1980). *Readings in the philosophy of psychology* (pp. 223-236). London: Methuen.

Rattan, A., Savani, K., Naidu, N.V.R. & Dweck, C.S. (2012). Can everyone become highly intelligent? Cultural differences in and societal consequences of beliefs about the universal potential for intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology, DOI: 10.1037/a00229263*. 1-17.

Rushton, J.P. (1999). Secular gains are not related to the g factor and inbreeding depression – unlike Black-White differences: A reply to Flynn. *Personality and Individual Differences, 26*, 381-389.

Rushton, J.P. & Jensen, A.R. (2010). The rise and fall of the Flynn effect as a reason to expect a narrowing of the Black-White IQ gap. *Intelligence, 38*, 213-219.

Scholten, Y. (2015), geïnterviewd door G. Kindermans. Werken met mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen. *De Psycholoog, Maart, 2015, 33- 37*.

Smeets, P.M. Laak, J. ter, Jansen, J.C. & Hakker, A. ((1980). A scalogram analysis of behavioral strategies in severely and profoundly retarded adults. *The Journal of Genetic Psychology, 137*, 199-210.

Stolarski, M., Zajenkowski, M. & Meisenberg, G. (2013). National Intelligence and personality: Their relationship and impact on national economic success. *Intelligence, 41*, 94-101.

Van Dijk, H. (2008a). *De NIO en de PRO*. Amsterdam: Boom test uitgevers.

Van Dijk, H. (2008b). *NIO en Dyslexie*. Amsterdam: Boom test uitgevers.

Von Stumm, S. & Plomin, R. (2015). Socioeconomic status and the growth of intelligence from infancy to adolescence. *Intelligence, 48*, 30-39.

Wechsler, D. , Kaplan, E., Fein, D., Kramer, J., Delis, D. & Maerlander, A. (2004). *Wechsler Intelligence scale for Children- Fourth edition-Integrated*. San Antonio, TX: Harcourt.

Weisz, J.R. & Yeates, O.W. (1981). Cognitive development in retarded and non retarded persons: Piagetian tests of the similar structure hypothesis. *Psychological Bulletin, 90, 1*, 153-178.

Weisz, J.R. & Zigler, E. (1979). Cognitive development in retarded and non retarded persons: Piagetian test of the similar sequence hypothesis. *Psychological Bulletin, 86*, 832-851.

Widiger, T.A. & Samuel, D.B. (2005). Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychological Assessment, 53, 2*, 278-287.

Diagnose van gestoorde en versturende fysische en sociale contexten

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum.

Akhtar, R. Ahmetoglu, G. & Chamorro-Premuzic (2013). Greed is good? Assessing the relationship between entrepreneurship and subclinical psychopathy. *Personality and Individual Difference*, 54, 420-525.

Barendregt, J. (1965). 'Ingezonden' en P.C. Kuiper, 'Ingezonden'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 109, 1736.

Barendregt, J. (1974). De relatie van diagnostiek en therapie binnen het fobien project. *De Psycholoog*, 9, 295-308.

Baumeister, R.F. & Vohs, K.D. (2004). *Handbook of self-regulation. Research, theory and application*. New York: Guilford Press.

Berge, M. A. ten (2001). *Freebooters and Prosperity: The structure of situations from a trait psychological perspective*. PhD thesis R.U. Groningen, the Netherlands: Drukkerij de Regenboog.

Berge, M. ten & De Raad, B. (2001). The construction of a joint taxonomy of traits and situations. *European Journal of Personality*, 15, 253-276.

Berge, M.A. ten & De Raad, B. (2002). The structure of situations from a personality perspective. *European Journal of Personality*, 16, 81-102.

Blankers, M., Donker, T. & Riper, H. (2013). E-Mental Health in Nederland (E-Mental Health in the Netherlands). *De Psycholoog* (The Psychologist: Magazine of the Dutch Psychological Association). September, 2013, pp. 13-23.

Boelema, S. (2014). *Alcohol use in adolescence. A longitudinal study of its effect on cognitive functioning*. Academisch Proefschrift Universiteit Utrecht.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: The Hogarth Press.

Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1984). *Invisible loyalties: reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Brugman, G. M & ter Laak, J.J. (2002). Moral atmosphere in the Russian family and society and moral reasoning in early adolescence. In: D.Brugman (Ed.). *Moral atmosphere and moral self in secondary school students*. Report project 047.007.010. The Netherlands Organization of Scientific Research (NWO). (pp. 103-137).

Buurmeijer, F.A., Hermans, P.C. (1988). *Gezins Dimensie Schalen*. Handleiding en Vragenlijst. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Caldwell, B. & Bradley, R. (1984). *Home observation for measurement of the environment*. Little Rock: University at Arkansas at Little Rock.

Carlbring, P. Apelstrand, M., Sehlin, A. Amir, N., Rousseau, A. et al. (2012). Internet-delivered attention bias modification training in individuals with social anxiety disorder- a double blind randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, e66.

Chambles, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirical supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-761.

Cohen, L. (1988). Het 'Comprehensieve Systeem' Een nieuwe scorings- en interpretatiesysteem voor de Rorschach. *De Psycholoog*, 23, 302-307.

Cohn, A. et al. (2014). Business culture and dishonesty in the banking culture. *Nature*, doi:101038/nature13977.

Craik, K.H. (1973). Environmental Psychology. In: P.H. Mussen & M.R. Rosenzweig (Eds.). *Annual Review of Psychology*, 20, 402-423. Pal o Alto CA.: Annual Reviews.

Cuijpers, P., Donker, T., Van Straten, A. Yuan, L. & Anderson. G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face therapy? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 21, 1-15.

Cuijpers, P., Van Straaten, A. & Andersson, G. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 6, 909-922.

De Graaf, R., Ten Have, M. & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. (Mental Health of the Dutch population). *Nemesis-2: Opzet en Eerste Resultaten*. Trimbos-Instituut, Utrecht, Nederland.

Delsing, M.J.M.H., Oud, J.H.L. & De Bruyn E. (2005). Assessment of bidirectional influences between family relationships and adolescent problem behavior. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 4, 226-231.

Dijkhuis, J. Interview met Jos Dijkhuis, gehouden op 12-11-1987, door Trudy Dehue en Ellen Stadman. Interview collectie ADNG.

Dijksterhuis, A., Van Knippenberg, A. & Veling, H. (2014). Newell and Shanks' approach to psychology is a dead end. *Behavioral and Brain Sciences*, 37, p. 25.

Dodge, K.A. (2011). Context matters in child and family policy. *Child Development*, 82, 1, 433-442.

Endler, N.S. (1976). The role of the person by situation interaction in personality theory. In: F. Weizman & I. C. Uzgiris (Eds.). *The structuring of experience*. New York: Plenum Press.

Evans, G.W. (2006). Child Development and the Physical Environment. *Annual Review of Psychology*, 57, 423-451.

Evers, A., Van Vliet-Mulder, J. & Groot, C. (2000). *Documentatie van Tests en Test Research in Nederland*. Assen/Maastricht: van Gorcum- Amsterdam: NIP.

Fennis, B.M. & Wiebenga, J.H. (2015). Disordered environments prompt mere goal pursuit. *Journal of Environmental Psychology*, 43, 226-237.

Fok, C.C.T., Allen, J. Henry, D. & People Awakening Team (2011). The brief family relationship scale: A brief measure of the relationship dimension in family functioning. *Assessment*, XX(X) 1-6.

Freud, A. (1973). *The writings of Anna Freud. Vol. III: 1939-1945*. New York: International Universities Press, Inc.

Freud, S. (1969-1975). *Das Unbehagen in der Kultur*. In: *Freud-Studien-Ausgabe*. Frankfurt /M: Fischer 1969-1075, Band IX, pp. 191-270.

Fukkink, R.G. & Lont, A. (2007). Does training matter? A meta-analysis and review of caregiver training studies. *Early Childhood Research Quarterly*, 22, 2, 294-311.

Gini, C. (1912). *Variability and Mutability*. Bologna: C. Cuppini.

Gjerde, P.F. (2004). Culture, power, and experience: Toward a Person-centered cultural psychology. *Human Development*, 47, 1, 138-157.

Greenfield, P.M. (2003). Cultural pathways through universal development. *Annual Review of Psychology*, 54, 461-490.

Greenfield, P.M. (2009). Linking social change and developmental change: Shifting pathways of human development. *Developmental Psychology*, 45, 2, 401-418.

Hardin, E.E., Robitscheck, C., Floes, L.Y., Navarro, R.L. & Ashton, M.W. (2014). The cultural lens approach to evaluating cultural validity of psychological theory. *American Psychologist*. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036532>.

Hartig, T. (2004). Restorative environments. In C. Spielberger (Ed.). *Encyclopedia of Applied Psychology*. Vol. 3. San Diego: Academic Press. (pp. 273-279).

Hartnell, C.A., Yi Ou, A. & Kinicki, A. (2011). Organizational culture and organizational effectiveness: A meta-analytic investigation of the competing values framework's theoretical presuppositions. *Journal of Applied Psychology*, 96, 4, 677-694.

Hassard, J.S. (2012). Rethinking the Hawthorne studies: The Western Electric research in its social, political and historical context. *Human Relations*, 65, 1, 1431-1461.

Haveman, B.C. (2014). Honderd jaar behaviorisme: Hiep, Hiep Hoera? *De Psycholoog*, januari 2014 27-33.

Hawcroft, L.J. & Milfont, T.L. (2010). The use (and abuse) of the new environmental paradigm scale over the last 30 years: a meta-analysis. *Journal of Environmental Psychology*, 30, 143-158.

Hazell, P.D., O'Connell, D., Heathcote, D. & Henry, D. (2000). Tricyclic drugs for depression in children and adolescents (*Cochrane Review*) *In the Cochrane Library*. Issue 4. Oxford: Update Software.

Heck, G.L. van (1989). Situation concepts: definitions and classifications. In: P.J. Hettema (Ed.): *Personality and Adaptation: Assessment of Human Adaptation*. New York: J. Wiley.

Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations. Software of the Mind*. London: McGraw Hill.

Hofstede, G., Arindell, W.A., Best, D.L., De Mooij, M., Hoppe, M.H., Van de Vliert, E., Van Rossum, J.H.A., Verweij, J., Vunderink, M & Williams, J.E. (1998). *Masculinity and Femininity: the taboo dimensions of national cultures*. Thousand Oaks CA: Sage.

Hong, Ying-yi, Fang, Y., Yang, Y & Phua, D.Y. (2013). Cultural attachment: a new theory and method to understand cross-cultural competence. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, XX (X) 1-21. DOI: 10.1177/00220221 13480039.

Jansma, J.B.M. & De Coole, R.L. (1996). *GKS-II, Gezins Klimaat Schaal*. Handleiding: Lisse: Swets & Zeitlinger.

Jenkins, J.M., Rasbash, J. & O'Connor, Th.G. (2003). The role of shared family context in differential parenting. *Developmental Psychology*, 39, 1, 99-113.

Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature. Towards an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 2, 169-182.

Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. New York: Cambridge University Press.

- Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for children and Adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-276.
- Kazdin, E.A. (2011). Evidence-based treatment Research: Advances, limitations, and next steps. *American Psychologist*, 66, 8, 682-698.
- Kenney, D.A. (2005). The SRM approach to family assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 4, 216-225.
- Kenney, D.A. & Voie, L. (1984). The social relations model. In L.Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology*, Vol. 18. New York: Academic Press. (pp. 141-182).
- Kiatpongsan, S. & Norton, M.I. (2014). How much (more) should CEOs make? A universal desire for more equal pay. *Psychological Science*, 96, 6, 587-593.
- Konijn, C. (Redactie) (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de Jeugdzorg*. Utrecht, april 2003: NIZW.
- Kouwer, B.J. (1973). *Existentiële psychologie: Grondslagen van het psychologisch gesprek* (Existential psychology and the foundations of psychological conversation). Boom: Meppel, The Netherlands.
- Kratochwill, T.R. & Levin, J.R. (2010). Enhancing the scientific credibility of the single-case intervention research: Randomization to rescue. *Psychological Methods*, 15,2, 124-144.
- Kraus, M.W., Piff, P.K. & Keltner, D. (2011). Social class as a culture: the convergence of resources and rank in the social realm. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 4, 246-250.
- Kuiper, P.C. (1965). Bespreking van B.J. Kouwers *Het spel van de persoonlijkheid*. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 1736.
- Kuo, F.E. & Sullivan, W.C. (2001). Aggression and violence in the inner city. Effects of environment via mental fatigue. *Environment and Behavior*, 33, 4, 543-571.
- Lehman, D.R., Chiu, C. & Schaller, M. (2004). Psychology and Culture. *Annual Review of Psychology*, 55, 689-714.
- Leijten, P., Raaijmakers, M.A.J., Orobio de Castro, B. & Matthys, W. (2013). Does Socio-Economic-Status matter? A meta-analysis on parent training effectiveness for disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. DOI: 10.1080/15374416.2013.769169.
- Lilienfield, S.O., Garb, H.N. & Wood, J.M. (2011). Comment: Unresolved questions concerning the effectiveness of psychological assessment as a therapeutic intervention: Comment on Poston and Hanson (2010). *Psychological Assessment*, 23, 4, 1047-1055.
- Lyons. K.S. & Sayer, A.G. (2005). Longitudinal dyads in family research. *Journal of Marriage and the Family*, 67, 8, 1048-1060.
- MacMillan, R. & Copher, R. (2005). Families in the life course: interdependency of roles, role configurations, and pathways. *Journal of Marriage and the Family*, 67, 6, 858-879.
- Magnusson, D. & Stattin, H. (1998). Person-Context interaction theories. In: *Handbook of Child Psychology* (5th Edition) , Volume I. W. Damon (Editor-in-chief). R.M. Lerner, Volume Editor. New York: Wiley and Sons. (pp. 685-760).
- McHugh, R.K. & Barlow, D. (2010). The dissemination and implementation of Evidence-Based Psychological Treatments. *American Psychologist*, 65, 2, 73-84.

- Mendola, D., Scuderi, R. & Lacagnina, V. (2012, 19th of January). Defining and measuring the development of a country over time. *Quality and Quantity*. DOI: 10.1007/s11135-012-9665-8.
- Merton, R. (1968). The Matthew effect in science. *Science*, 159, 56-63.
- Mitchell, G. (2012). Revising truth or triviality: the external validity of research in the psychological laboratory. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 2, 109-117.
- Moos, R.H. (1976). *The human context: Environmental determinants of behavior*. New York: Wiley.
- Moos, R. (1986). Group Environmental Scale Manual (2nd edition). *Military Environmental Inventory Manual; Work Environmental Scale Manual* (2nd edition). Palo Alto CA.: Consulting Psychology Press.
- Moos, R.H. (1991). Connection between school, work and family settings. In B.J. Fraser & H.J. Walberg (Eds.) *Educational Environments: Evaluation, Antecedents and Consequences*. New York: Pergamon Press (pp. 29-53).
- Moos, R.H. & Lemke, S. (1984). *Multiphasic Environmental Assessment Procedure: Manual*. Palo Alto, CA: Social Ecology Laboratory. VA and Stanford University Medical Center.
- Murray, H.A. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- Murray, H.A. (1935/1943). *Thematic Apperception Test*. Cambridge: Harvard University Press.
- Neufert, E. and P. (2012). *Architects' Data* (4th Edition). New York: Wiley-Blackwell.
- Nisbett, R.E., Peng, K., Choi, I. & Norenzayan, A. (2001). Culture and systems of thought: holistic versus analytic cognition. *Psychological Review*, 108, 2, 291-210.
- Nolan, M & Carr, A. (2000). Attention deficit hyperactive disorder. In A. Carr (Ed.) *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London / New York: Routledge. (pp. 65-101).
- Olson. D.H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 1, 144-167.
- Olson. D.H., Russell, C.S. & Sprenkle, D.H. ((1989). *Circumplex model: Systematic assessment and treatment of families*. New York: Haworth Press.
- Ortega, D.M. (2002). How much support is too much? Parenting efficacy and social support. *Children and Youth Services Review*, 24, 11, 853-876.
- Oyserman, D. & Lee, S.W.S. (2008). Does culture influence what and how we think: Effects of priming Individualism and Collectivism. *Psychological Bulletin*, 134, 2, 311-342.
- Parke, R.D. (2004). Development in the Family. *Annual Review of Psychology*, 55, 365-399.
- Pickard, H. (2011). Responsibility without blame: empathy and effective treatment of Personality Disorder. *PPP Vol. 3, September, 2011*, 209-222.
- Ponteretto, J.G. (2010). Multicultural personality: an evolving theory of optimal functioning in culturally heterogeneous societies. *The Counseling Psychologist*, 38, 5, 714-758.
- Ponteretto et al. (2014). Development and initial validation of the multicultural Personality Inventory: MPI. *Journal of Personality Assessment*, 96, 5, 544-558.
- Poston, J.M. & Hanson, W.E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as therapeutic treatment. *Psychological Assessment*, 22, 203-212.

- Rauthmann, J.F., Guillaume, E.M., Todd, E., Sherman, R.A., Bell Jones, A., Gallardo-Pujol, D., Nave, C.S., Ziegler, M. & Funder, D. (2014). The situational Eight DIAMONDS: A taxonomy of major dimensions of situation characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, <http://dx.doi.org/1.1037/a0037250> (pp. 1-42).
- Reinecke, M.A., Ryan, N.E. & Dubois, D.L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 1, 26-34.
- Reiss, H.T. (2008). Reinvigorating the concept of situation in social psychology. *PSPR*, *12*, 4, 311-329.
- Renkewitz, F., Fuchs, H. & Fiedler, S. (2011). Is there evidence of publication bias in JDM (judgment and decision making) research? *Judgment and Decision Making*, *60*, 870- 881.
- Rhoades, K.A. (2008). Children's responses to inter-parental conflict: a meta-analysis of their associations with child adjustment. *Child Development*, *79*, 6, 1942-1956.
- Robitschek, C., Ashton, M.W., Spering, C.C., Geiger, N., Byers, D., Schotts, G.C. & Thoen, M.A. (2012). Development and psychometric evaluation of the Personal Growth initiative Scale-II. *Journal of Counseling Psychology*, *56*, 321-329. Doi: 10.1037/a0013954.
- Roethlisberger, F. & Dickson, W. (1939). *Management and the Worker*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rossano, M.J. (2012). The essential role of ritual in the transmission and reinforcement of social norms. *Psychological Bulletin*, DOI: 10.1037/a0027038.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van der, Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). *Handleiding Utrechtse Copinglijst (UCL (herziene versie))*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schwartz, S.H. (1994). Beyond Individualism-Collectivism: New cultural dimensions of values. In U. Kim, C. Kagitcibasi, H. Triandis & G. Yoon (Eds.). *Individualism and Collectivism*. Newbury Park, CA: Sage.
- Sells, J.B. & James, L.R. (1988). Organizational climate. In: J.R. Nesselroade & R.B. Cattell. *Handbook of Multivariate Experimental Psychology*. New York: Plenum Press.
- Shader, M. (2002). *Risk factors for delinquency: An overview*. Washington: Office of Justice Programs.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. & Philips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *126*, 4, 512-529.
- Shanks, D.R., Newell, B.R., Lee, E.H., Balakrishnan, D., Ekelund, L. et al. (2013). Priming intelligent behavior: an elusive phenomenon. *Public Library of Science (Plos One)*, doi:10.1371/journal.pone.0056515.
- Shirk, S.R. & Karver, M. (2003) Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 3, 452-464.
- Skinner, B.F. (1938). *Behavior of Organisms*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, R. & Toohey, B. (2003). The context minimization error. *Psychological Bulletin*, *54*, 427-459.
- Smedslund, J. (2004). *Dialogues about a new psychology*. Mahwah HJ.: L. Erlbaum.
- Smedslund, J. (2009). The mismatch between current research methods and the nature of psychological phenomena. *Theory and Psychology*, *19*, 6, 778-794.

- South, S.J. Messner, S.F. (2000). Crime and demography: Multiple linkages, reciprocal relations. *Annual Review of Sociology*, 26, 83-106.
- Stevenson-Hinde, J. & Verschueren, K. (2004). Attachment in childhood. In P.K. Smith & C.H. Hart (Eds.). *Blackwell Handbook of Childhood Social Development*. Oxford UK: Blackwell Publishing.
- Swim, J.K., Stern, P.C., Doherty, Th.J. Clayton, S., Reser, J.P., Weber, E.U., Gifford, R. & Howard, G.S. (2011). Psychology's contributions to understanding and addressing global climate change. *American Psychologist*, 66, 4, 241-250.
- Ten Haaf, P.G.J., Janssens, J.M.A.M. & Gerris, J.R.M. (1994). Child-rearing measures: Convergent and Discriminant Validity. *European Journal of Assessment*, 10, 2, 111-128.
- Tolman, E.C. (1958). *Behavior and Psychological man*. Berkeley/ Los Angeles: University of California Press.
- Toohey, M. & Shinn, S.M. (2003). Community context and human welfare. *Annual Review of Psychology*, 54, 427-460.
- Torelli, C.J. & Shavitt, S. (2010). Culture and the concepts of power. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 4, 703-723.
- Triandis, H.C. (1994). *Culture and Social Behavior*. New York: McGraw Hill.
- Triandis, H.C. & Suh, E.M. (2002). Cultural influences on personality. *Annual Review of Psychology*, 53, 1, 133-160.
- Van Biessen, P.G.A. (1991). *Oog voor de menselijk factor*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Van der Zee, K.I. & Oudenhoven, J.P. van. (1999). *De Multiculturele Persoonlijkheids Vragenlijst voor multiculturele effectiviteit. Handleiding*. Groningen: RUG, Vakgroep psychologie.
- Van Leest, P.F. (1997). *Persoonlijkheidsmeting bij allochtonen. De gebruikswaarde van persoonlijkheidsvragenlijsten bij allochtonen*. Utrecht: Landelijk Bureau voor Racisme bestrijding. LBR-serie nr 11.
- Van Leeuwen, K.G., Fouchier, A. & Strauss, M.A. (2012). Assessing dimensions of parental discipline. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 216-231.
- Van Luijk, F. (2014). *De ontspoorde manager. Waarom mensen aan de top de weg kwijtraken*. Amsterdam: Business contact.
- Van Straten, A., Cuijpers, P. & Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety and stress: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10, e7.
- Versluis, A., Maric, M. & Peute, L.J.M. (2014). N = 1 studies in onderzoek en praktijk. *De Psycholoog*, maart, 2014 (pp. 11-20).
- Volling, B.L. (2012). Family transitions following the birth of a sibling: an empirical review of changes in the firstborn's adjustment. *Doi: 10.1037/a0026921*.
- Voydanoff, P. (2005). Toward a conceptualization of perceived work-family fit and balance: A demand resources approach. *Journal of the Marriage and the Family*, 67, 6, 822-836.

Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited; a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 3, 450-468.

Weisz, J.R., Doss, A.J. & Hawley, K.M. (2005). Youth Psychotherapy outcome research: A review a critique of the Evidence Base. *Annual Review of Psychology*, 56, 2, 337-363.

Weisz, J.R., McCarty, C.A. & Valeri, S.M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 1, 132-149.

White, M.P., Pahl, S., Ashbulby, K., Herbert, S. & Depledge, M.H. (2013). Feelings of restoration from recent nature visits, *Journal of Environmental Psychology* (2013), doi: 10.1016/j.enep.2013.04.002.

Woodley, M.A. & Meisenberg, G. (2013). In the Netherlands the anti-Flynn effect is a Jensen effect. *Personality and Individual Differences* (2013). <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.12.022>.

Yang, Y., Read, S.J. & Miller, L.C. (2006). A taxonomy of situations from Chinese idioms. *Journal of Research in Personality*, 40, 750-778.

Auteur

Jan J.F ter Laak (1944) was werkzaam aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de universiteiten van Nijmegen, Tilburg, Leiden en Utrecht. Bij de afdeling Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Utrecht was hij gedurende bijna 20 jaar docent psychologische diagnostiek. Hij was praktisch werkzaam in selectie en schooladvieswerk te Enschede, Haarlem en Breda. Hij was lid van het hoofdbestuur van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) voor psychologische diagnostiek, lid en voorzitter van de Commissie Testaangelegenheden van het NIP (de Cotan) en voorzitter van de sectie Kinder & Jeugd van het NIP.