

# OPV

## Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst

Handleiding voor de klinische praktijk

© Stichting Ontwikkelingsprofiel  
[www.ontwikkelingsprofiel.nl](http://www.ontwikkelingsprofiel.nl)

Auteurs: Theo Ingenhoven, Marike Polak, Laura van Riel, Han Berghuis en Rien Van  
Conceptversie: 29 september 2018

Contact via: [www.ontwikkelingsprofiel.nl](http://www.ontwikkelingsprofiel.nl)

## **Inhoudsopgave**

Inleiding blz 3

Ontwikkeling van de OPV blz 4

Aspecten van betrouwbaarheid en validiteit blz 5

Ontwikkelingsniveaus blz 7

Therapeutische consequenties blz 10

Normering OPV blz 17

Een voorbeeld uit de praktijk blz 20

Gebruikte literatuur blz 22

Appendix 1: Ontwikkelingsniveaus en domein passend bij elk item van de vragenlijst blz 23

Appendix 2: Informatie ten behoeve van ROM blz 30

Appendix 3: OPV vragenlijst PDF blz 33

## Inleiding

De Ontwikkelingsprofielvragenlijst (OPV) is ontwikkeld als een hulpmiddel om middels een vragenlijst de psychodynamische aspecten van iemands huidige functioneren in kaart te brengen. Hierbij worden zowel de adaptieve of “gezonde” aspecten van het functioneren in beeld gebracht als ook de disadaptieve patronen in het voelen, denken en handelen, zoals deze zich uiten op verschillende levensgebieden. De OPV draagt daarmee bij aan een sterkte-zwakteanalyse van het persoonlijkheidsfunctioneren, hetgeen gebruikt kan worden in het proces van diagnostiek van psychische problemen, bij de indicatiestelling voor passende behandeling, voor het sturen van het behandelproces, en voor het monitoren van het psychodynamisch functioneren in de loop van de tijd. De OPV is zowel bruikbaar voor de behandelpraktijk als voor wetenschappelijk onderzoek. De OPV ontleent haar referentiekader aan het Ontwikkelingsprofiel (OP) zoals die in Nederland is ontwikkeld door prof. RE Abraham (1997, 2005). Ten behoeve van de OPV vragenlijstmethode is het referentiekader van het OP in enkele opzichten aangepast en zijn de ontwikkelingslijnen samengevoegd tot drie domeinen: *Zelf*, *Interpersoonlijk functioneren* en *Probleemoplossende strategieën*. De vragenlijst genereert scores over negen Ontwikkelingsniveaus: drie *adaptieve* niveaus (Individueelheid, Verbondenheid en Generativiteit/Rijpheid) en zes *disadaptieve* ontwikkelingsniveaus (Structuurloosheid, Fragmentatie, Egocentriciteit, Afhankelijkheid, Verzet en Rivaliteit). Voor elk van deze negen Ontwikkelingsniveaus in de OPV zijn voor ieder van deze drie domeinen telkens vier items in de vragenlijst voorhanden, samen dus 12 items per ontwikkelingsniveau. Daarmee beslaat de gehele OPV in totaal 108 items.

In tegenstelling tot de interviewmethode van het Ontwikkelingsprofiel, welk gebaseerd is op een “klinische normering” (waarbij de beoordelaar zowel kwalitatief als kwantitatief de scores bepaalt), is op de OPV een “statistische normering” van toegepast. Hiertoe wordt de ruwe score per Ontwikkelingsniveau vergeleken met de scores op basis van een normgroep uit de algehele bevolking en een normgroep bestaande uit GGz- patiënten. De hierdoor genormeerde (zeer) lage, gemiddelde of (zeer) hoge scores op de afzonderlijke negen Ontwikkelingsniveaus geven gezamenlijk een profiel. Dit profiel kan vervolgens op zijn klinische betekenis worden geïnterpreteerd.

Bij de vragenlijstmethode geeft de persoon in kwestie zelf een oordeel over zijn of haar functioneren, dit op basis van een reeks items welke in meer of mindere mate op de eigen persoon van toepassing worden geacht. Deze werkwijze kent een aantal belangrijke beperkingen. Scores op bepaalde schalen kunnen beduidend hoger of beduidend lager worden afgegeven dan op grond van het oordeel van een competente buitenstaander zou worden beoordeeld, of op basis van andere diagnostische methoden kan worden vastgesteld. Een vragenlijst vervangt dan ook nooit een afgewogen klinisch oordeel op basis van integratie van diagnostische informatie door een daarvoor opgeleide en competente diagnosticus. De vragenlijstmethode kan aan het diagnostisch proces zodoende een beperkte maar wel zeer waardevolle bijdrage leveren.

Deze handleiding geeft een overzicht over de achtergronden van het Ontwikkelingsprofiel en de Ontwikkelingsprofielvragenlijst. Ook wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste aspecten van betrouwbaarheid en validiteit zoals die tot op heden zijn verkregen op basis van empirisch onderzoek met de OPV.

Informatie wordt gegeven over de referenties op basis van verkregen (voorlopige) normgetallen. De betekenis die kan worden gegeven aan de afzonderlijke negen adaptieve en disadaptieve Ontwikkelingsniveaus wordt beschreven, evenals de specifieke therapeutische aspecten die daarbij van toepassing kunnen worden geacht.

## Ontwikkeling van de OPV

De OPV is direct afgeleid van het Ontwikkelingsprofiel (Abraham, 1997, 2005) met zijn semi-gestructureerde interviewmethode en scoringsprotocol (zie voor een overzicht: Ingenhoven & Abraham, 2010; Polak et al., 2010). De items voor de OPV zijn opgesteld door vier experts (R. Abraham, R. Van, M. Polak en T. Ingenhoven). Ten behoeve van de OPV vragenlijstmethode is het referentiekader van het OP in enkele opzichten aangepast. Zo zijn de twee meest “rijpe” ontwikkelingsniveaus (Generativiteit en Rijpheid) van het Ontwikkelingsprofiel samengevoegd, is de ontwikkelingslijn van de “Cognities” van het OP buiten beschouwing gelaten, en zijn de overige ontwikkelingslijnen samengevoegd tot drie domeinen: *Zelf*, *Interpersoonlijk functioneren* en *Probleemoplossende strategieën*. Voor elk van de negen Ontwikkelingsniveaus in de OPV zijn voor ieder van deze drie domeinen telkens vier items in de vragenlijst voorhanden, samen dus 12 items per ontwikkelingsniveau. Daarmee beslaat de gehele OPV in totaal 108 items.

De OPV genereert scores over negen Ontwikkelingsniveaus: drie *adaptieve* niveaus (Individuatie, Verbondenheid en Generativiteit/Rijpheid) en zes *disadaptieve* ontwikkelingsniveaus (Structuurloosheid, Fragmentatie, Egocentriciteit, Afhankelijkheid, Verzet en Rivaliteit). De zes disadaptieve ontwikkelingsniveaus zijn bovendien verdeeld in een *primitief* cluster en een *neurotisch* cluster.

Ter inspiratie voor het ontwikkelen van relevante items is een review uitgevoerd van een groot aantal reeds bestaande vragenlijsten die bepaalde domeinen van het persoonlijkheidsfunctioneren in kaart brengen, zoals de NEO-PI-R, TCI, IPO, SDQ, SMI, GAPD, DAPP, SIPP en de ADP-IV. Hierbij werden items uit deze lijsten geselecteerd die specifiek verwijzen naar het psychodynamisch functioneren passend bij een van de Ontwikkelingsniveaus. Bovendien is er een inventarisatie gemaakt van reeds bestaande items die op basis van het Ontwikkelingsprofiel al waren verzameld, bijvoorbeeld afkomstig zijn uit het OP-scoringsprotocol en van uitspraken van cliënten uit interviews bekend bij de opstellers van de OPV. Op basis van deze samengestelde lijst met gevonden items werd een selectie gemaakt van voor de OPV meest relevante items. Geschikte items werden vervolgens tekstueel geherformuleerd ten behoeve van gebruik in de OPV.

Uiteindelijk resulteerde dit in een lijst van 108 items die het meest passend leken bij de respectievelijke Ontwikkelingsniveaus en die voldoende leken te passen bij de drie domeinen *Zelf*, *Interpersoonlijk functioneren* en *Probleemoplossende strategieën*. Deze lijst is vervolgens voorgelegd aan een aantal professionals die getraind zijn in het afnemen en scoren van het Ontwikkelingsprofiel. Op basis van hun feedback zijn de items verder bijgesteld, hetgeen uiteindelijk resulteerde in de huidige vragenlijst.

### *Onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit*

Het eerste onderzoek naar aspecten van de betrouwbaarheid en validiteit van de OPV is beschreven in de publicatie van Polak et al. (2018). Resultaten worden hieronder samengevat.

### *Normering van de OPV*

Ten behoeve van een voorlopige normering is de OPV afgenomen bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en gezonde controles. De gemiddelde scores op de verschillende schalen van de OPV dienen als referentiepunt voor de interpretatie van de uitkomsten, maar dienen vooralsnog met terughoudendheid als normscores worden geïnterpreteerd.

### *Vertaling OPV*

Nadat in het buitenland belangstelling is getoond voor de OPV is deze vanuit het Nederlands vertaald, en ten behoeve van de validering terugvertaald, in het Engels en in het Noors.

## Aspecten van betrouwbaarheid en validiteit OPV

Het eerste onderzoek naar aspecten van de betrouwbaarheid en validiteit van de OPV is beschreven in de publicatie van Polak et al. (2018). Voor dat onderzoek was de OPV afgenomen bij patiënten in psychotherapie voor een persoonlijkheidsstoornis (N = 179) en controles uit de algemene populatie (N = 228). Hieronder volgt een beknopte weergave van de resultaten van dit onderzoek.

De test-hertest betrouwbaarheid voor de negen respectievelijke Ontwikkelingsniveaus (subschalen) was goed (intraklassecorrelaties: 0.73 tot 0.91). Herhaaldelijk afnemen van de OPV zonder tussenliggende interventie leidt dus tot overeenstemmende scores, wat duidt op stabiliteit van de metingen. Ook de interne consistentie betrouwbaarheid van de subschalen bleek adequaat. De waarden van Cronbach's alpha waren "redelijk" tot "goed" in de OPVen van de groep patiënten ( $\alpha$ : 0.67 tot 0.88), en "voldoende" tot "goed" bij de proefpersonen in de algemene bevolking ( $\alpha$ : 0.71 tot 0.91). Bovendien duiden de gemiddelde item-rest correlaties op interne consistentie van de subschalen (gemiddelde  $r_{it}$ : 0.30 tot 0.50). Per Ontwikkelingsniveau dragen de verschillende items dus voldoende bij aan de totaalscore van die subschaal.

De veronderstelde factorstructuur van de OPV, met zijn negen Ontwikkelingsniveaus onderverdeeld in de clusters adaptief, neurotisch en primitief, werd goeddeels bevestigd middels een confirmatieve factoranalyse ( $\chi^2/df = 2.37$ , *root mean square error of approximation* = 0.060, *root mean residual square* = 0.078, en *comparative fit index* = 0.630, waarbij voor elk Ontwikkelingsniveau ten minste 80% van de items een gestandaardiseerde factor lading boven de 0.30 had).

De OPV bleek bovendien ook goed in staat om de twee genoemde onderzoekspopulaties op betekenisvolle wijze van elkaar te onderscheiden. Proefpersonen uit de algemene bevolking hadden conform verwachting significant meer adaptieve scores op Individueelheid, Verbondenheid en Generativiteit/rijpheid. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis hadden juist significant hogere scores op de disadaptieve patronen op Rivaliteit, Verzet, Afhankelijkheid, Fragmentatie en Structuurloosheid. Alleen op Egoцентрисiteit werd geen significant verschil gevonden.

Vergelijking van de scores van de OPV met andere persoonlijkheidsvragenlijsten (Severity Indices of Personality Problems, SIPP-118, Verheul, Andrea, & Berghout, 2008; the Personality Diagnostic Questionnaire 4+, PDQ-4+, Hyler, 1994) en een klachtenlijst (Outcome Questionnaire, OQ-45, De Jong, Nugter, Polak, Wagenborg, Spinhoven, & Heiser, 2007) gaven een eerste positieve indruk van de convergente en discriminante validiteit van de OPV. Kort samengevat, hingen hogere scores op de disadaptieve niveaus samen met hogere PDQ-totaalscores (meer kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-IV criteria) en hingen hogere scores op de adaptieve niveaus, met uitzondering van Generativiteit, juist samen met *lagere* PDQ-totaalscores. Belangrijk is dat dit patroon ook werd gevonden voor de samenhang met de OQ-45 -d.w.z. meer disadaptiviteit ging gepaard met meer klachten, waar meer adaptiviteit samenhang met minder klachten-, maar dat deze relaties zwakker waren dan bij de PDQ-4+ (zie Tabel 1, cf. Polak et al., 2018, p. 249). Dit laatste duidt erop dat dat OPV meer persoonlijkheidskenmerken meet dan louter psychiatrische symptomen of psychische klachten. Over het algemeen werden bovendien de voorspelde relaties met de SIPP-domeinen bevestigd, hoewel het niveau Generativiteit relatief zwakke correlaties vertoonde met de SIPP-domeinen. Zo rapporteren Polak et al. bijvoorbeeld sterke correlaties tussen Individueelheid en Identiteitsintegratie,  $r(96) = 0.52$ ,  $p <$

0.01 en tussen Verbondenheid en de domeinen Relationele Capaciteiten,  $r(96) = 0.61$ ,  $p < 0.01$ , en Sociale Concordantie  $r(96) = 0.47$ ,  $p < 0.01$ .

Tabel 1. Correlaties tussen de OPV, PDQ-4+ Syndromen en totaalscore en de OQ-45 totaalscore (N = 98)

DPI Scales	Personality Disorder Symptom Counts										PDQ-4+	OQ-45
	SZT	PAR	SZD	BPD	NAR	ANT	HIS	DEP	AVD	OCD	Total score	Total score
<b>Adaptive</b>	-0.26*	-0.22*	-0.50**	-0.28**	0.05	-0.20	0.17	-0.17	-0.44**	-0.08	-0.34**	-0.30*
Generativity	-0.04	-0.05	-0.26*	-0.11	0.00	-0.14	0.08	0.06	-0.10	0.13	-0.07	-0.14
Solidarity	-0.29**	-0.27**	-0.55**	-0.25*	0.03	-0.19	0.27*	0.00	-0.37**	-0.22*	-0.32**	-0.24
Individuation	-0.27**	-0.19	-0.35**	-0.28**	0.07	-0.14	0.03	-0.46**	-0.56**	-0.07	-0.39**	-0.32**
<b>Neurotic</b>	0.37**	0.31**	0.21*	0.30**	0.39**	0.26*	0.43**	0.61**	0.55**	0.35**	0.65**	0.31**
Rivalry	0.25*	0.18	0.16	0.28**	0.49**	0.29**	0.44**	0.48**	0.37**	0.25*	0.57**	0.33**
Resistance	0.44**	0.35**	0.21*	0.26*	0.20	0.19	0.20	0.44**	0.55**	0.35**	0.55**	0.25*
Dependence	0.26*	0.24*	0.16	0.19	0.26*	0.17	0.41**	0.60**	0.45**	0.28**	0.48**	0.20
<b>Primitive</b>	0.47**	0.39**	0.27*	0.40**	0.47**	0.33**	0.37**	0.37**	0.33**	0.34**	0.63**	0.30*
Egocentricity	0.22*	0.09	0.08	0.19	0.48**	0.29**	0.22*	0.06	0.03	0.27**	0.32**	0.17
Fragmentation	0.45**	0.44**	0.25*	0.41**	0.39**	0.26*	0.40**	0.39**	0.33**	0.26*	0.61**	0.31*
Lack of Structure	0.48**	0.40**	0.31**	0.41**	0.37**	0.29**	0.30**	0.41**	0.36**	0.33**	0.62**	0.27*

*Voetnoot.* OPV = Ontwikkelingsprofielvragenlijst, PDQ-4+ = Personality Diagnostic Questionnaire 4+, OQ-45 = Outcome Questionnaire-45;

SZT = Schizotypal, PAR = Paranoid, SZD = Schizoid, BPD = Borderline, NAR = Narcissistic, ANT = Antisocial, HIS = Histrionic, DEP = Dependent, AVD = Avoidant, OCD = Obsessive-Compulsive personality disorder

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

Nader onderzoek naar verschillende vormen van validiteit van de OPV is gewenst, zoals bijvoorbeeld onderzoek naar de voorspellende waarde (predictieve validiteit) van de OPV. Nader onderzoek moet ook duidelijk maken in welke mate de OPV daadwerkelijk geschikt is om veranderingen in het psychodynamisch persoonlijkheidsfunctioneren in de loop van de tijd in beeld te brengen, bijvoorbeeld om het effect van een psychotherapeutische behandeling te meten.

## Ontwikkelingsniveaus

De OPV genereert scores over negen Ontwikkelingsniveaus, drie adaptieve niveaus (Individuatie, Verbondenheid en Generativiteit/Rijpheid) en zes disadaptieve Ontwikkelingsniveaus (Structuurloosheid, Fragmentatie, Egocentriciteit, Afhankelijkheid, Verzet en Rivaliteit). Geaggregeerd scores worden verkregen door de som van de drie adaptieve niveaus: ADAP, en de som van de zes disadaptieve niveaus: DISADAP. De disadaptieve niveaus kunnen bovendien verder worden onderverdeeld middels de som van de drie “neurotische” niveaus (Rivaliteit, Verzet & Afhankelijkheid): NEURO, en respectievelijk de som van de drie “primitieve” niveaus (Structuurloosheid, Fragmentatie en Egocentriciteit): PRIM. De vragenlijst genereert scores over negen Ontwikkelingsniveaus: drie *adaptieve* niveaus (Individuatie, Verbondenheid en Generativiteit/Rijpheid) en zes *disadaptieve* ontwikkelingsniveaus (Structuurloosheid, Fragmentatie, Egocentriciteit, Afhankelijkheid, Verzet en Rivaliteit).

Adaptief (ADAP)		Generativiteit/rijpheid
		Verbondenheid
		Individuatie
Disadaptief (DISADAP)	Neurotisch (NEURO)	Rivaliteit
		Verzet
		Afhankelijkheid
	Primitief (PRIM)	Egocentriciteit
		Fragmentatie
		Structuurloosheid

Elk ontwikkelingsniveau bestrijkt drie domeinen: *Zelf*, *Interpersoonlijk functioneren* en *Probleemoplossende strategieën*. Voor elk van de negen Ontwikkelingsniveaus in de OPV zijn voor ieder van deze drie domeinen telkens vier items in de vragenlijst voorhanden, samen dus 12 items per ontwikkelingsniveau.

## DISADAPTIEVE ONTWIKKELINGSNIVEAUS

We bespreken hier de Ontwikkelingsniveaus van “onder naar boven”, van het meest disadaptieve en primitieve niveau (Structuurloosheid) tot het meest rijpe Ontwikkelingsniveau (Generativiteit/Rijpheid).

### Structuurloosheid: Ontbreken van basale psychologische vaardigheden

- **Zelf:** zichzelf niet kunnen beleven als een begrensde eenheid, of als een samenhangend geheel met een eigen innerlijke belevingswereld van intenties, emoties en gedachten. Een ontbrekend zelfgevoel of het gevoel zichzelf in contact met anderen volledig te zullen verliezen, uit elkaar te vallen. Onvermogen basale emoties te voelen en te verwoorden (alexithymie) of sturing te geven aan het eigen gedrag (direct impulsief afreageren zonder enige reflectie).
- **Interpersoonlijk gedrag:** geen behoefte aan intieme relaties, een (schizoïde of autistiform) onvermogen om wederkerigheid in contact vorm te geven. Er kan sprake zijn van normloos (psychopatisch of pervers) gedrag of van ongeremde directe behoeftebevrediging.
- **Probleemoplossend gedrag bij stress:** zich massief terugtrekken of afhouden van contact; realiteitsvervalsing (paranoïdie); verlies van ordening in het denken, verwardheid, bizar of oninvoelbaar gedrag (schizotypie); buitenproportioneel impulsief of agressief gedrag.

### Fragmentatie: Ontbreken van eigen innerlijke structurering

- **Zelf:** Identiteitszwakte (identiteitsdiffusie), vaag zelfbeeld, innerlijke leegte, prikkelhonger, zwart-wit denken, wisselvallig doelen stellen, wisselende standpunten innemen of een dubbele moraal.
- **Interpersoonlijk gedrag:** Ander nodig als kader voor innerlijke structuur; wisselvalligheid in contactname; afwisselend idealiseren en devalueren.
- **Probleemoplossend gedrag bij stress:** externaliseren, splitsen, projectieve identificatie, acting-out en dissociatie

**Egocentriciteit:** Onvermogen rekening te houden met de legitieme wensen, belangen of meningen van anderen.

- **Zelf:** Overwaardig (grandioos) zelfbeeld, met zelfzuchtige normen en een egocentrische attitude
- **Interpersoonlijk gedrag:** Egoïstisch gedrag of solistisch attitude, gebruikmakende of instrumentele relaties, gebrek aan empathie, kilheid. Behoefte eigen grootheid te spiegelen aan anderen
- **Probleemoplossend gedrag bij stress:** zelfoverschatting, verwerpen (devalueren) van de ander, ofwel geïdealiseerd spiegelen aan de ander

**Afhankelijkheid:** Onvermogen om zelfstandig te functioneren en voor zichzelf te zorgen.

- **Zelf:** Eigenwaarde sterk afhankelijk van goedkeuring en waardering van anderen; moeilijk alleen kunnen zijn of zelfstandig beslissingen durven nemen; passieve liefdesbehoefte; gebrek aan basisvertrouwen
- **Interpersoonlijk gedrag:** Zorgbehoefstig, claimend, aanklampend gedrag of een veeleisende attitude.
- **Probleemoplossend gedrag bij stress:** passief vermijden, opgeven als het moeilijk wordt, aanklampen en meeliften, of juist volledig onthechten.

**Verzet:** Een gebrek aan innerlijke vrijheid.

- **Zelf:** Een gebrek aan autonomie, negatief zelfgevoel dat onderworpen is aan (het al dan niet kunnen voldoen aan) verinnerlijkte strenge eisen of straffende normen.
- **Interpersoonlijk gedrag:** De ander wordt als machtig en overheersend beleefd, gepaard gaande met angst om vernederd of gemanipuleerd te zullen worden.
- **Probleemoplossend gedrag bij stress:** rationaliseren, affectisolatie, actief vermijden (vluchten) of in opstand komen (vechten), rebelleren, passief-agressief verzet, met de geneigdheid boosheid (agressie) op zichzelf te richten (zelf-bestrafend of masochistisch gedrag).

**Rivaliteit:** Onzekerheid over het vermogen om als volwassen man/vrouw te functioneren.

- **Zelf:** Voortdurende angst om niet te zullen voldoen aan vermeende hoge eisen aan het Zelf (perfectionisme) of hooggespannen verwachtingen van anderen. Nastreven van aanzien, status, potentie. Faalangst, angst om door de mand te vallen.
- **Interpersoonlijk gedrag:** Overmatige neiging tot vergelijken, rivaliseren, behoefte om de ander te overtreffen, te triomferen. Een imponerende of verleidend erotiserende/seksualiserende stijl van contact leggen.
- **Probleemoplossend gedrag bij stress:** voorwenden van bijzondere capaciteiten of eigenschappen (pretenderen), onzekerheden ontkennen of overdekken door het tegendeel, overdrijven, etaleren van capaciteiten en successen.

## ADAPTIEVE ONWIKKELINGSNIVEAUS

**Individuatie:** Daadwerkelijk verwezenlijken van eigen strevingen, realistisch rekening houdend met eigen mogelijkheden en beperkingen, en met de legitieme belangen van anderen.



- **Zelf:** Ervaart zichzelf als een autonoom individu met eigen identiteit, een realistisch en gepast positief gevoel van eigenwaarde, met eigen waarden en normen; is in staat tot zelfbeschouwing en het op realistische wijze verwezenlijken van zelfgekozen doelen.
- **Interpersoonlijk gedrag:** Gaat op respectvolle wijze om met anderen, die als autonoom en gelijkwaardig worden beleefd.
- **Probleemoplossend gedrag bij stress:** komt op gepaste assertieve wijze op voor eigen mening en eigen belangen; verdragen van controversiële aspecten en ambivalenties, zowel binnen zichzelf als in relatie tot de ander.

**Verbondenheid:** Daadwerkelijk realiseren van wederkerigheid en intimiteit in relaties.

- **Zelf:** Geeft blijk van intieme relaties in de vorm van persisterende vriendschappen of liefdesrelatie. Leeft op onderling afgestemde wijze samen, of maakt volwaardig deel uit van een groep.
- **Interpersoonlijk gedrag:** Houdt op empathische wijze rekening met de belangen van de ander, werkt samen, en doet indien nodig op gepaste wijze een beroep op de hulp van de ander.
- **Probleemoplossend gedrag bij stress:** samenwerken, elkaar helpen en aanvullen, respecteren van controversiële aspecten van de ander, verdragen van ambivalenties, hulp vragen waar dat nodig blijkt.

**Generativiteit/Rijpheid:** Onderdeel uit maken van een groter verband en het overstijgen van de eigen persoonlijke belangen.

- **Zelf:** Draagt daadwerkelijk zorg voor anderen of neemt maatschappelijke verantwoordelijkheid. Zingeving en levensbeschouwing. Eindigheid van het leven onder ogen kunnen zien. Tijdig terug kunnen treden en taken over kunnen dragen.
- **Interpersoonlijk gedrag:** Ingegeven door zorgzaamheid, onbaatzuchtigheid en altruïsme. Verantwoordelijkheid dragen en taken tijdig over kunnen dragen.
- **Probleemoplossend gedrag bij stress:** Reorganiseren en herstructureren, innoveren, waar mogelijk zoeken naar oplossingen die de uiteenlopende of tegengestelde belangen respecteren of overstijgen.

# Therapeutische consequenties

## Kernproblemen en specifieke behandeldoelen

Binnen het proces van behandeling zal iedere cliënt vroeger of later kunnen stuiten op specifieke stagnaties in de verdere ontwikkeling van zijn persoonlijkheid (Abraham, 1997, 2005). De thema's van deze specifieke "kernproblemen" of "kernconflicten" zijn terug te vinden op de zes disadaptieve ontwikkelingsniveaus van het Ontwikkelingsprofiel. Op basis van ieder ontwikkelingsniveau kan worden beschreven:

- Hoe deze *kernproblematiek* in het dagelijks functioneren tot uitdrukking komt;
- Hoe een bijbehorend *behandelfocus* kan worden gekozen;
- Hoe het *behandelingsproces* zich naar verwachting zal ontvouwen (de wijze waarop men de cliënt bij het proces kan proberen te betrekken; aspecten van de aard van de therapeutische relatie; te verwachten overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen);

Bij een cliënt kunnen verschillende thema's in meer of mindere mate van toepassing zijn. De uitslagen van het Ontwikkelingsprofiel en de OPV zijn behulpzaam om het focus van de behandeling te bepalen en ook om realistische doelen voor verbetering te stellen. Het Ontwikkelingsprofiel biedt een sterkte-zwakke-analyse. In de behandeling kan men er voor kiezen om het disadaptieve functioneren te verminderen, maar ook om (eerst) het adaptieve functioneren te versterken. In het algemeen lopen mensen echter vooral vast door sterke problematiek op een of meerdere van de disadaptieve niveaus en zal dat het belangrijkste focus van behandeling zijn.

## **Thema: Structuurloosheid. Doel behandeling: stabilisatie en pacificatie**

**Kernproblematiek:** Cliënten die grotendeels op het niveau van Structuurloosheid functioneren en nagenoeg geen adaptieve patronen hebben ontwikkeld, vallen buiten het indicatiegebied van een persoonlijkheidsgerichte vorm van psychotherapie. Dat betreft bijvoorbeeld mensen met een ernstige paranoïde-, schizoïde- of schizotypische-persoonlijkheidsstoornis (Cluster A, DSM-5). Deze cliënten functioneren op (rand)psychotisch niveau en hebben onvoldoende capaciteiten om prikkels te verdragen en te kunnen integreren. Ze kunnen op stress oninvoerbaar reageren, of impulsief zonder na te denken, of handelend zonder scrupules.

**Behandelfocus:** "Pacificatie" en "stabilisatie" vormen het doel van behandeling van gedragspatronen op dit ontwikkelingsniveau: herstel, handhaving en waar mogelijk versterking van de status quo door het organiseren van een veilige en stabiele omgeving, een adequaat steunsysteem en waar mogelijk het aanleren van ontbrekende vaardigheden of het leren toepassen van vaardigheden.

**Behandelproces:** Deze cliënten zijn onvoldoende in staat zichzelf in een groep of prikkelrijke omgeving af te grenzen en zullen dan ook proberen zichzelf hiertegen te beschermen door zich terug te trekken en af te sluiten, een "stimulusbarrière" op te werpen, om niet overspoeld te raken of psychotisch te decompenseren. Zij lopen vast in relaties en kunnen vereenzamen door uit te wijken naar een solistisch en teruggetrokken bestaan. Regressie naar het niveau van structuurloosheid dient geen enkel therapeutisch doel, in tegendeel. De cliënt verdrinkt slechts in zijn eigen chaos en achterdocht. Daarom dient

voorkomen te worden dat cliënten die daarvoor gevoelig zijn overvraagd worden en (rand)psychotisch decompenseren.

In contact met deze cliënten is het van belang om zich bewust te zijn van “fusieangst”, het gevoel zichzelf in het contact te verliezen, op te zullen lossen of in het niets te zullen verdwijnen. Een te “warme” therapeut activeert deze fusieangst en kan dan als bedreigend worden ervaren. De behandelaar moet ervoor zorgen dat het niveau van intimiteit niet uitstijgt boven wat de cliënt aankan. Voldoende afstand lijkt geboden, zowel letterlijk als figuurlijk. De cliënt moet de ruimte houden zich tijdelijk uit het contact terug te kunnen trekken. Ook plotselinge heftige paranoïde reacties dienen vanuit dit kader te worden begrepen.

In de therapeutische relatie en de tegenoverdracht gaat het om gevoelens van “onbereikbaar” of “oninvoelbaar” zijn van de cliënt. Dit dient geaccepteerd te worden en te worden verdragen. Pas wanneer de gedragspatronen van Structuurloosheid niet meer op de voorgrond staan, kan voorzichtig verder gewerkt worden aan behandeldoelen die passen bij de hogere ontwikkelingsniveaus. Vaak blijkt dit echter geen haalbaar doel en blijft begeleiding en externe structurering aangewezen vanuit een handicapmodel.

Bij cliënten die over het algemeen (ook) op hogere ontwikkelingsniveaus functioneren kunnen onder stress tijdelijk ook thema's van Structuurloosheid actueel zijn. Te denken valt hierbij aan de “micropsychotische” episoden of dissociatieve klachten bij cliënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis, of kortdurende psychotische klachten bij mensen met schizotypische trekken. Ook hier dient regressie geen enkel therapeutisch doel, dient verdere ontregeling te worden voorkomen en dienen deze fenomenen zo spoedig mogelijk onder controle te worden gebracht alvorens een therapieproces op een productieve wijze voort te kunnen zetten.

## **Thema: Fragmentatie. Doel behandeling: Integratie**

**Kernproblematiek:** Patronen van functioneren passend bij Fragmentatie kunnen we vinden bij cliënten met uiteenlopende ernstige persoonlijkheidsstoornissen op basis van een borderline-persoonlijkheidsorganisatie, het meest bekend bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis met wisselvallig en impulsief gedrag. Zij ontleen hun innerlijke structuur aan de relatie met de ander. (Vermeende) verlaten of (dreigend) verlies van de relatie kan gepaard gaan met heftige verlatingsangst of de angst te zullen desintegreren. Het zelfbeeld is vaag, veranderlijk of vol tegenstrijdigheden, en oordelen worden zwart-wit geuit, in absolute termen, en zijn nauwelijks bespreekbaar. Externe prikkels lijken nodig om een interne leegte te vullen en de cliënt blijkt nauwelijks in staat tot mentaliseren en een eigen subjectieve stellingname. Bovendien worden primitieve afweermechanismen gebruikt zoals splitsen, projectieve identificatie of een extreme mate van idealiseren en devalueren. Het zonder bezinning reageren op stressvolle situaties (ageren; acting-out) kunnen gedragingen op dit ontwikkelingsniveau completeren.

**Behandelfocus:** “Integratie” is bij dit ontwikkelingsniveau het doel van behandeling, het bijeenbrengen van geïsoleerde (gesplitste, gedissocieerde) denkbeelden en gevoelens, het conceptualiseren en leren verwoorden van de eigen binnenwereld en die van anderen (mentaliseren; zelf- en objectsymbolisatie). Daartoe dient impulsief en acting-out gedrag bij herhaling te worden begrensd en onder controle te worden gebracht. Middels een

behandelproces kan geprobeerd worden om het reflectief en mentaliserend vermogen verder te ontwikkelen.

**Behandelingsproces:** In de behandeling zal bovenal een structuur moeten worden geboden waarbinnen de cliënt, medecliënten, therapeuten, en de behandeling kunnen overleven. Het behandelprogramma en het team bieden daartoe een kader, “frame-setting”, in de vorm van duidelijke grenzen en spelregels, waarop eenieder aanspreekbaar is, en die consequent zullen worden nagekomen. Dit kan worden vastgelegd in een persoonlijk afgestemd behandelcontract. Indien van afspraken wordt afgeweken wordt men daarop aangesproken en gecorrigeerd: “limit-setting”. De geneigdheid tot grensoverschrijdend gedrag (acting-out; prikkelhonger) wordt weliswaar begrepen, verdragen en gevalideerd, maar destructief gedrag naar zichzelf of anderen wordt niet getolereerd en houdt voorrang op de therapeutische agenda. Alternatieven worden onderzocht of aangeboden om beter met spanningsvolle situaties om te kunnen gaan. Hierbij kan een crisissignaleringsplan voor bijvoorbeeld suïcidaal gedrag, zelfbeschadiging, alcohol- of drugsgebruik, vermijdings- of wegloupedrag behulpzaam zijn.

Bij cliënten die naast gedragspatronen op het niveau van de Fragmentatie ook voldoende op de adaptieve niveaus functioneren, is het mogelijk een therapeutisch relatie op te bouwen met het gezonde deel van de persoonlijkheid. Deze therapeutische relatie kan de cliënt gebruiken om zijn innerlijke structuur te handhaven, leren om zijn problemen te begrijpen, gevoelens te verdragen en reguleren en te zoeken naar minder disadaptieve gedragsalternatieven. Binnen dat kader kan het mentaliserend vermogen worden versterkt, kunnen de betekenis en oorsprong van de problemen worden onderzocht, kunnen afgesplitste belevingen worden geïntegreerd en traumatische ervaringen uit het verleden worden doorwerkt.

In de therapeutische relatie en de tegenoverdracht is het van belang te kunnen omgaan met splitsen, het veelvuldig wisselen van positieve en negatieve ideeën over de therapie of de therapeut, en met gevoelens van “uitstoting”. Een behandelaar die laat zien te doen wat noodzakelijk en mogelijk is, en het vertrouwen houdt in zijn eigen competenties, ook als de cliënt hem waardeloos vindt en de therapie een totale mislukking, laat de cliënt zien en ervaren dat de onderliggende agressie en de uitstoting te overleven is. Ook in moeilijke tijden wordt de cliënt vastgehouden (holding) en zijn woede en razernij verdragen en verteerd (containing). Als een corrigerende emotionele ervaring kan dit een bijdrage leveren aan het verbinden en integreren van gesplitste gevoelens, ervaringen en afgesplitste herinneringen. Hierdoor wordt de levensgeschiedenis van de cliënt weer één geïntegreerd geheel, een doorlopend narratief, met een nieuw en hoopvoller toekomstperspectief.

**Thema: Egocentriciteit.**

**Doel behandeling: contact**

**Kernproblematiek:** Deze Cliënten dichten zichzelf een overmatige betekenis toe, vaak in de vorm van grootheidsideeën of –fantasieën (overwaardig zelfbeeld). Dit kan zich paradoxaal ook uiten in een massieve zelfevaluatie indien zij niet aan overspannen verwachtingen kunnen voldoen. Het kan gepaard gaan met een gebrek aan respect voor de ander, een gebruikmakende wijze van het contact, het hanteren van zelfzuchtige normen en een egocentrische stijl van denken. Wanneer dit in de omgeving woede of verzet oproept kan de cliënt dit aanvankelijk niet begrijpen of accepteren. Gevolg is vaak een escalerend conflict waarin de ander wordt gedevalueerd of de cliënt heil zoekt in almachtsfantasieën of grove

zelfoverschatting. Zo manoeuvreert de cliënt zich onbedoeld en onbewust in een eenzame, geïsoleerde positie, om zijn krenkbare zelf te beschermen. Hij verliest daarbij het contact, zowel contact met zijn eigen innerlijke belevingswereld als contact met de ander, en kan daarbij als “kil” worden beleefd.

**Behandelfocus:** “Contact maken”, het opheffen van het isolement, is hier het primaire doel van de behandeling. Dit betreft zowel het contact met de innerlijke, vaak kwetsbare, binnenwereld, als meer gelijkwaardig en wederkerig contact met mensen in de omgeving.

**Behandelingsproces:** Slechts indien ook voldoende adaptieve capaciteiten voorhanden zijn behoort een op persoonlijkheidsverandering gerichte psychotherapie tot de mogelijkheden. Deze cliënten kunnen zich bewust worden van de narcistische aard van hun belevingen en gedrag, en van de verwaarlozing of exploitatie die daar vaak in het verleden aan ten grondslag lag. In de beginfase van de behandeling wordt, nog zonder de opstelling van de cliënt al te zeer ter discussie te stellen, gezocht naar alternatieve reacties om nieuwe escalaties met anderen te voorkomen. Grootheidsideeën worden nog niet nodeloos gerelativeerd. In de middenfase is alterneren tussen enerzijds de grootheidsideeën en anderzijds confronteren met de realiteit noodzakelijk. Hierbij wordt optimaal gedoseerd hoeveel frustratie de cliënt van moment tot moment kan verdragen. Behalve woede over de afbraak van de grandiositeit, kan de woede over het vroeger door sleutelfiguren niet gezien, niet gerespecteerd en vaak ook psychologisch gebruikt te zijn, worden verwacht. Dit kan in de behandeling doorwerkt worden.

In de therapeutische relatie en de tegenoverdracht zal de behandelaar om moeten gaan met het gevoel “gebruikt” of “ontmenselijkt” te worden, zonder respect als “waardeloos” afgedankt te kunnen worden, zeker als succes op korte termijn uitblijft. Van belang is dat de therapeut zijn of haar gevoel van eigenwaarde behoudt, zonder de cliënt te devalueren, af te wijzen of op een andere manier uit het contact te treden.

**Thema: Afhankelijkheid.**

**Doel behandeling: separatie**

**Kernproblematiek:** Het centrale thema bij afhankelijkheid (“Symbiose”) is het onvermogen van de cliënt om te kunnen blijven functioneren zonder de “emotionele voeding” in de vorm van aandacht, betrokkenheid of genegenheid vanuit de omgeving. De ander functioneert daarbij als “ouderfiguur”. Zolang aan die zorgbehoefte wordt voldaan kunnen deze cliënten zich actief en “zelfstandig” presenteren. Zij komen in de problemen en zoeken hulp als de bron van emotionele voeding dreigt weg te vallen of als hun overlevingsstrategieën onvoldoende compensatie blijken te bieden. Belangrijke zaken worden dan niet langer als betekenisvol beleefd (onthechten) en de cliënt staakt zijn streven om gestelde doelen te bereiken (opgeven). Niet zelden gaat dit gepaard met somberheid en suïcidale gedachten.

**Behandelfocus:** Separatie en individuatie vormen hier het doel van behandeling. Separatie beoogt het vergroten van hun zelfstandigheid, al was het maar door het beter leren omgaan met het gebrek hieraan.

**Behandelingsproces:** De cliënt moet begrip voor zijn nood krijgen, en voor alle hulp die daarbij nodig is. Niet minder, maar ook niet meer! Overmatige zorg en ziekte winst dienen te worden vermeden omdat daarmee de afhankelijkheidsproblematiek juist wordt bekrachtigd.

Van de cliënt moet worden verwacht dat hij alles doet wat binnen zijn mogelijkheden ligt. Grenzen moeten worden gesteld aan “probleemoplossend gedrag” in de vorm van passieve spanningsreductie (passieve liefdesbehoefte) zoals het overmatig gebruik van alcohol, drugs of voedsel, het op de bank belanden zappend voor de TV, grenzeloos surfen op sociale media of internet, of doelloos in bed blijven liggen.

Mede doordat zij overvragen worden deze cliënten vaak afgewezen of vermeden. Manieren om dit te voorkomen is het leren spreiden van zorgbehoefte over meerdere familieleden en vrienden. Hierbij kan worden geleerd dat positieve stimuli beter werken dan negatieve, dat blijken van waardering jegens anderen beter zijn dan klagen, claimen of eisen. Het leren aanwenden van sociale vaardigheden is hierbij belangrijk. Het separatie-individuatie proces, waarin je ervaring opdoet om zorg voor jezelf te kunnen dragen, wordt verstoord indien je te weinig, maar ook indien je teveel beschermd wordt. In het eerste geval moet je dingen doen je nog niet kunt, in het tweede geval leer je niet zelfstandig te functioneren omdat alles voor je wordt voldaan. Het leren ontwikkelen van eigen mogelijkheden en leren vertrouwen op eigen kracht gaat met vallen en opstaan, altemeerend zelf het initiatief ontplooiën en weer terug mogen vallen op anderen om weer “even bij te tanken”. Doordat er vaak sprake is van een gebrek aan basisvertrouwen vergt een dergelijk veranderingsproces vaak veel tijd. Er is dan vaak een langere aanloopfase in de behandeling nodig om eerst enig vertrouwen op te bouwen.

Psychotherapie biedt de mogelijkheid voor het verkrijgen van inzicht, maar vooral voor een corrigerende emotionele ervaring: de cliënt kan gaan rouwen om het verlies van het verloren (kinderlijke) paradijs, de illusie dat ook in het volwassen leven alle behoefte vanuit de buitenwereld als vanzelfsprekend bevredigd zullen worden. Dit gaat gepaard met gevoelens van gemis, verdriet en woede: het “doorwerken van de verlatingsdepressie”. Het begrijpen en verdragen van de hulpeloze afhankelijkheid en passieve liefdesbehoefte is voor de therapeutische relatie onontbeerlijk. In de therapeutische relatie en de tegenoverdracht kunnen deze cliënten afkeer oproepen op momenten dat zij als “claimend”, “zuigend” of als een “bodemloze put” worden ervaren.

**Thema: Verzet.**

**Doel behandeling: bevrijding (zonder destructie)**

**Kernproblematiek:** De worsteling van deze cliënten, vaak met vermijdende of dwangmatige persoonlijkheidstrekken, is terug te voeren op een innerlijk gevoel van onvrijheid en machteloosheid. Dit kan in strijd lijken met hun optreden als opstandige bestrijders van onrecht, of met hun dominante gedrag als aanklager of machtswellusteling. Maar deze strijders tegen het onrecht blijken vaak slecht in staat om gepast en assertief voor hun eigen belangen op te komen. Dat wordt juist vermeden, het is telkens weer “vechten of vluchten” geblazen. De beleefde onmacht, en hunkering naar macht, vindt vaak zijn oorsprong in de angst door belangrijke anderen overheerst en gekleineerd te worden, dat de ander jou zal voorschrijven wat te denken, te voelen of hoe te handelen. Op basis van een onderworpen attitude komt men in verzet, openlijk, als verzet om het verzet, of in de vorm van een passief (-agressief) verzet: ja zeggen maar nee doen. Normen die daarbij worden gehanteerd zijn overmatig streng, of op straffend afkeurende wijze op het zelf gericht.

**Behandelfocus:** “Bevrijding” is het doel van de behandeling bij cliënten die voor een belangrijk deel op de thematiek van het Ontwikkelingsniveau van Verzet functioneren, het bevorderen van innerlijke keuzevrijheid, van autonomie, behoud van gelijkwaardigheid en

het aanwenden van adaptief assertief gedrag. Jezelf bevrijden van de alsmaar vermeende onderdrukking door de ander, bevrijding van de eigen overmatig strenge en straffende normen.

**Behandelingsproces:** Vroeg of laat manifesteert dit probleem zich ook in de therapie. Bij deze cliënten manifesteert zich dit vaak als een indirecte, maar altijd massale en volhardende controle over de behandeling, als een verzet tegen de behandeling of als obstructie, als een strijd met de therapeut. Gesprekken worden rationele betogen of detaillistische “ja-maar discussies”. En bij elke aangedragen oplossing wordt weer een nieuw probleem bedacht. Werkafspraken worden “vergeten”, “verkeerd begrepen” of op ander wijze passief-agressief niet nagekomen. Begrenzing van dit gedrag kan door de cliënt worden begrepen als middels dominantie “willen breken” van zijn weerstand, waarin de cliënt koppig wil blijven volharden. Waar het echter om gaat is zijn werkinstelling: is de cliënt bereid de therapie en daarmee zichzelf een kans te geven? Of blijft hij energie investeren (bewust of onbewust) in het saboteren van de samenwerking en de behandeling (en van zijn eigen leven)? Deze “strijd om de macht” vergt een massale en volhardende confrontatie met zijn verzet, en het zo nodig zelfs tijdelijk stilleggen van de behandeling, om opnieuw tot een werkbare behandelrelatie te kunnen komen. De therapie wordt het toneel van de machtsstrijd, maar ditmaal strijd zonder destructie, een bevrijding van de vermeende dominantie door de ander, een bevrijding van een attitude van onderwerping, en de bevrijding van de eigen strenge regels en normen. Thema’s die hierbij aan de orde komen zijn de behoefte aan macht, controle, verzet, vermijding, (zelf)bestrafing en het hanteren van overmatig strenge eisen. Haat tegen autoriteiten blijkt vooral het gevolg van het zich bij voorbaat al onderworpen hebben. Het is vooral deze onderwerping waar de cliënt tegen rebelleert, niet de reële onderdrukking door de ander in het heden. In de therapeutische relatie maakt de cliënt de therapeut machteloos door hem of de therapie, direct of indirect, te torpederen. Reageert de therapeut in de tegenoverdracht met de tegenaanval dan wordt het zelf-beperkende scenario van de cliënt bevestigd. Het is van belang om de hier bijpassende tegenoverdrachtsgevoelens van onmacht, macht, haat en sadisme tijdig te onderkennen, te verdragen, en tot instrument te maken van verandering.

**Thema: Rivaliteit.**

**Doel behandeling: Gewoon zijn**

**Kernproblematiek:** Kenmerkend is de behoefte aan het overtreffen van de ander (triumferen) en het hebben van aanzien en succes (status). Deze cliënten willen steeds de beste zijn en stellen hoge eisen aan zichzelf (ideaal-ik). Hun gevoel van eigenwaarde is afhankelijk van het veroveren van (maatschappelijk) aanzien of van een seksueel aantrekkelijke partner, en die successen willen zij ook showen en etaleren. Zij komen hiermee in behandeling als het hen niet lukt deze ambities waar te maken, of als zij zich realiseren hiervan toch niet gelukkig te worden. Kernprobleem is de onzekerheid over hun kwaliteiten als volwaardig mens, als volwassen man of vrouw. Men is voortdurend in de weer om zichzelf en anderen van capaciteiten en potentie te overtuigen, bijvoorbeeld door steeds hogerop te willen of nieuwe seksuele (driehoeks-)relaties aan te gaan. Maar men blijkt uiteindelijk niet in staat om verworven successen te consolideren, of liefde en seksualiteit te integreren: “het winnen van de zaak is het einde van het vermaak”. Bijzondere competenties worden voorgewend, of in dagdromen gekoesterd. Faalangst ligt voortdurend op de loer, de angst om door de mand te vallen, als “de keizer zonder kleren”.

**Behandelfocus:** “Gewoon zijn” is hier het doel van behandeling: gewoon mogen zijn, gewoon kunnen zijn, en daar vrede mee hebben. Genoeg is genoeg, voldoende is voldoende. Niet altijd en eeuwig maar weer hoeven te veroveren of te excelleren.

**Behandelingsproces:** Een vruchtbaar thema in de behandeling is de confrontatie met de hoge eisen die de cliënt zichzelf stelt: “voldoende blijkt onvoldoende” en “het kan altijd beter”. Gewoon zijn betekent hierbij deel uitmaken van de “grijze middelmaat”, van “de mensen die niet meetellen”. “Zijn” betekent “meer moeten zijn”. Het gevolg is een te hoge taakstelling, faalangst en mislukkingen waar die niet nodig zijn. Confrontatie met de onderliggende onzekerheid over de eigen competenties kan deze vicieuze cirkel doorbreken en tot inzicht leiden.

Rivaliteit manifesteert zich ook in relatie tot de therapeut. “Patiënt zijn” wordt gezien als een bewijs van onvermogen en inferioriteit, waarbij de therapeut een superieure positie wordt toegedicht. Maar in het streven deze rollen om te draaien kan de therapeut vervolgens worden gedegradeerd tot een minderwaardig wezen waar de cliënt triomfantelijk boven kan gaan staan. Vaak subtiel, maar altijd meedogenloos, wordt de therapeut met zijn gebreken geconfronteerd. Is hij niet te jong of te oud, te mannelijk of te vrouwelijk, om de problemen van de cliënt te kunnen begrijpen? Overwaarden en degraderen vormen derhalve belangrijke thema’s in de overdracht, beiden dienen aan de orde te worden gesteld. Therapeuten die adequaat om kunnen gaan met hun eigen behoefte om te excelleren kunnen adequaat op dergelijke frustraties reageren door de eigen irritatie of boosheid te verdragen, en niet als reactie hierop de cliënt nodeloos te frustreren of subtiel te kleineren (acting-out in de tegenoverdracht).



## Normering OPV

Sinds 2012 is ten behoeve van de (voorlopige) normering de OPV afgenomen bij een groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en bij een groep gezonde volwassenen in de algemene bevolking.

### Normgroep Algemene Bevolking

De steekproef van personen uit de algemene bevolking is voor dit doel verzameld tussen 2012 en 2015, zoals gerapporteerd in Polak et al. (2018), en is samengesteld uit de volgende groepen:

- Steekproef van vrijwilligers woonachtig in de omgeving van de Erasmus Universiteit, Rotterdam;  $n = 95$ ; 72.6% vrouw; gemiddelde leeftijd = 55.0 ( $SD = 14.6$ ); opleidingsniveau, laag = 14.0%, midden = 21.5%, hoog = 64.5%;
- Steekproef van gezondheidszorgprofessional, voornamelijk psychiaters en klinisch psychologen;  $n = 96$ ; 79.8% vrouw; gemiddelde leeftijd = 42.1 ( $SD = 9.8$ ); opleidingsniveau, hoog = 100%;
- Steekproef van werknemers in de gezondheidszorg en niet-gezondheidszorgwerkers (bijv. receptionisten en secretaresses) van Arkin Amsterdam;  $n = 37$ ; 70.3% vrouw; gemiddelde leeftijd = 40.2 ( $SD = 16.2$ ); opleidingsniveau, laag = 5.4%, midden = 24.3%, hoog = 70.3%;

Normale controles die rapporteerden dat ze minstens één keer in de voorgaande 6 maanden psychologische hulp hadden gekregen, werden uitgesloten van de gezonde controlegroep, evenals deelnemers die 75 jaar of ouder waren.

De normgetallen over de gecombineerde groep gezonde controles ( $n = 228$ ; 75.5% vrouw; gemiddelde leeftijd = 47.3 ( $SD = 14.6$  range: 22-74); opleidingsniveau, laag = 6.6%, midden = 12.8%, hoog = 80.5%) zijn opgenomen in Tabel 2.

Waarschuwing: Voor de groep Algemene bevolking geldt dat zowel leeftijd als opleidingsniveau hoger zijn dan in de groep Persoonlijkheidsstoornissen. Mogelijk zijn de scores hierdoor licht vertekend in de richting van adaptief functioneren. Dat wil zeggen dat deze groep, ten opzichte van een groep uit de algemene bevolking met een lagere gemiddelde leeftijd en lagere opleidingsniveau, over het algemeen relatief hogere scores heeft op de adaptieve niveaus en relatief lagere scores op de disadaptieve niveaus. Aanvullende analyses hebben aangetoond dat de 'effecten' van de variabelen leeftijd en opleidingsniveau nooit groter zijn dan een halve standaarddeviatie ( $d = 0.5$ ), daarom is er in de huidige normering voor gekozen om geen statistische correcties toe te passen (zie ook appendix: verantwoording normering). Toekomstig onderzoek is nodig om een de normgroep Algemene bevolking verder te matchen aan de groep Persoonlijkheidsstoornissen.

Tabel 2. Normen gecombineerde groep algemene bevolking ( $n = 228$ )

Ontwikkelings- niveau/ Cluster	Mean	SD	≤ 5e	5e-20e	20e-80e	80e-95e	≥ 95e
			percentiel Zeer laag	percentiel Laag	percentiel Gemiddeld	percentiel Hoog	percentiel Zeer hoog
<i>Adaptief (ADAP)</i>	77.13	13.35	≤ 53	54 - 65	66 - 89	90 - 96	≥ 97
<i>Disadaptief (DISADAP)</i>	41.41	20.53	≤ 13	14 - 23	24 - 52	53 - 87	≥ 88
<i>Neurotisch (NEURO)</i>	24.48	11.60	≤ 7	8 - 13	14 - 32	33 - 48	≥ 49
<i>Primitief (PRIM)</i>	16.93	10.60	≤ 3	4 - 7	8 - 23	24 - 36	≥ 37
L8. Generativiteit/rijpheid	24.81	5.10	≤ 15	16 - 20	21 - 28	29 - 32	≥ 33
L7. Verbondenheid	26.86	5.26	≤ 17	18 - 21	22 - 31	32 - 33	≥ 34
L6. Individuatie	25.45	4.96	≤ 15	16 - 20	21 - 29	30 - 32	≥ 33
L5. Rivaliteit	6.71	4.36	0	1 - 2	3 - 9	10 - 14	≥ 15
L4. Verzet	8.96	4.28	≤ 2	3 - 4	5 - 11	12 - 16	≥ 17
L3. Afhankelijkheid	8.80	4.72	≤ 1	2 - 4	5 - 12	13 - 17	≥ 18
L2. Egocentriciteit	7.37	4.15	≤ 1	2 - 3	4 - 10	11 - 14	≥ 15
L1. Fragmentatie	4.72	4.14	0	0	1 - 7	8 - 12	≥ 13
L0. Structuurloosheid	4.83	3.85	0	1	2 - 7	8 - 11	≥ 12

*Toelichting.* Niveauscores zijn berekend als de som over 12 item scores, hierbij heeft elk item de range 0 (helemaal niet op mij van toepassing) tot 3 (zeer duidelijk of helemaal op mij van toepassing).

L0 = Structuurloosheid, L1 = Fragmentatie, L2 = Egocentriciteit, L3 = Afhankelijkheid, L4 = Verzet, L5 = Rivaliteit, L6 = Individuatie, L7 = Verbondenheid, en L8 = Generativiteit/Rijpheid.

Clusterscores worden berekend als: Primitief = L0 + L1 + L2; Neurotisch = L3 + L4 + L5; Disadaptief = primitief + neurotisch; Adaptief = L6 + L7 + L8;

## Normgroep Persoonlijkheidsstoornissen

Het is aangeraden om eerst aan de hand van de normgroep Algemene bevolking te bepalen of, en in welke mate, individuele scores afwijkend zijn (scores in de range Hoog en Zeer hoog, of Laag en Zeer laag). Vervolgens kunnen scores vergeleken worden met de normgroep Persoonlijkheidsstoornissen om de aard en relatieve ernst van mogelijke pathologie nader te bepalen.

De groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is voor dit doel samengesteld uit de volgende groepen:

- Gecombineerde patiëntengroep verzameld tussen 2012 en 2014 zoals gerapporteerd in Polak et al. (2018);  $n = 179$ ; 70% vrouw; gemiddelde leeftijd = 32.9 ( $SD = 9.4$ ); opleidingsniveau, laag = 19%, midden = 49.7%, hoog = 31.3%; deze patiënten zijn grotendeels afkomstig uit het Centrum voor Psychotherapie van Pro Persona in Luntenen;
- Patiënten die tussen 2016 en 2018 een intake-procedure doorliepen bij het NPI, afdeling persoonlijkheidsstoornissen van Arkin in Amsterdam ( $n = 2187$ ; 66.3% vrouw; gemiddelde leeftijd = 36 ( $SD = 11.5$ ); opleidingsniveau: laag = 9.6%, midden =

46.6%, hoog = 43.8%; gebaseerd op n = 843 (61.5%) cases waarvoor het opleidingsniveau bekend was);

- Patiënten die tussen 2015 en 2018 een intake-procedure doorliepen bij het Centrum voor Psychotherapie van Pro Persona in Lunteren ( $n = 337$ ; 68.8% vrouw; gemiddelde leeftijd = 31.9 ( $SD = 10.3$ ); opleidingsniveau, laag = 18.1%, midden = 41.8%, hoog = 40.1%).

De normgetallen over de gecombineerde patiëntengroep ( $n = 2703$ ; 68.8% vrouw; gemiddelde leeftijd = 35.5 ( $SD = 11.3$  range: 17-70); opleidingsniveau, laag = 13.0%, midden = 45.8%, hoog = 41.2%) zijn opgenomen in Tabel 3.

Tabel 3. Normen gecombineerde groep persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 2703$ )

<b>Ontwikkelings-niveau/ Cluster</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>≤ 5e percentiel Zeer laag</b>	<b>5e-20e percentiel Laag</b>	<b>20e-80e percentiel Gemiddeld</b>	<b>80e-95e percentiel Hoog</b>	<b>≥ 95e percentiel Zeer hoog</b>
<i>Adaptief (ADAP)</i>	58.36	13.65	≤ 35	36 - 46	47 - 68	69 - 80	≥ 81
<i>Disadaptief (DISADAP)</i>	86.86	27.61	≤ 42	43 - 62	63 - 110	111-132	≥ 133
<i>Neurotisch (NEURO)</i>	50.30	15.18	≤ 23	24 - 36	37 - 62	63 - 74	≥ 75
<i>Primitief (PRIM)</i>	36.57	15.30	≤ 13	14 - 22	23 - 49	50 - 63	≥ 64
L8. Generativiteit/rijpheid	20.43	5.36	≤ 10	11 - 15	16 - 24	25 - 28	≥ 29
L7. Verbondenheid	21.33	5.97	≤ 10	11 - 15	16 - 25	26 - 30	≥ 31
L6. Individuatie	16.59	5.40	≤ 7	8 - 11	12 - 20	21 - 25	≥ 26
L5. Rivaliteit	14.61	6.21	≤ 4	5 - 8	9 - 19	20 - 24	≥ 25
L4. Verzet	17.31	5.34	≤ 7	8 - 12	13 - 21	22 - 25	≥ 26
L3. Afhankelijkheid	18.37	6.34	≤ 7	8 - 12	13 - 23	24 - 27	≥ 28
L2. Egocentriciteit	9.53	5.33	≤ 1	2 - 4	5 - 13	14 - 18	≥ 19
L1. Fragmentatie	14.42	6.64	≤ 4	5 - 7	8 - 19	20 - 26	≥ 27
L0. Structuurloosheid	12.62	5.80	≤ 3	4 - 7	8 - 16	17 - 22	≥ 23

*Toelichting.* Niveauscores zijn berekend als de som over 12 item scores, hierbij heeft elk item de range 0 (helemaal niet op mij van toepassing) tot 3 (zeer duidelijk of helemaal op mij van toepassing).

L0 = Structuurloosheid, L1 = Fragmentatie, L2 = Egocentriciteit, L3 = Afhankelijkheid, L4 = Verzet, L5 = Rivaliteit, L6 = Individuatie, L7 = Verbondenheid, en L8 = Generativiteit/Rijpheid.

Clusterscores worden berekend als: Primitief = L0 + L1 + L2; Neurotisch = L3 + L4 + L5; Disadaptief = primitief + neurotisch; Adaptief = L6 + L7 + L8;

## Schematische werkwijze voor interpretatie van de scores

Doordat het Ontwikkelingsprofiel zowel relevante aspecten van het habituele adaptieve als het habituele disadaptieve functioneren in kaart brengt kan het een bijdrage leveren aan een sterkte-zwakte-analyse van de persoonlijkheid ten behoeve van indicatiestelling en behandeling. Bij interpretatie van de scores kan men als volgt te werk gaan:

1. Vergelijk de *adaptieve* scores (ADAP) met de normpopulaties en concludeer wat de belangrijkste sterke kenmerken van de patiënt zijn.
2. Vergelijk de *disadaptieve* scores, zowel totaal (DISADAP), als neurotisch (NEURO) en primitief (PRIM), met de normscores van de populaties en concludeer wat de belangrijkste kwetsbare kenmerken van de patiënt zijn.
3. Bepaal op welke ontwikkelingsniveau(s) de meest uitzonderlijke lage of hoge scores zijn.

### Een voorbeeld uit de praktijk

#### Scores ten opzichte van algemene bevolking

		Ze er laag	Laag	Gemiddeld	Hoog	Ze er hoog
<b>8</b>	<b>Generativiteit/rijpheid</b>		<b>X</b>			
<b>7</b>	<b>Verbondenheid</b>		<b>X</b>			
<b>6</b>	<b>Individuatie</b>	<b>X</b>				
<b>5</b>	<b>Rivaliteit</b>			<b>X</b>		
<b>4</b>	<b>Verzet</b>					<b>X</b>
<b>3</b>	<b>Afhankelijkheid</b>				<b>X</b>	
<b>2</b>	<b>Egocentriciteit</b>			<b>X</b>		
<b>1</b>	<b>Fragmentatie</b>					<b>X</b>
<b>0</b>	<b>Structuurloosheid</b>				<b>X</b>	
	<b>ADAP</b>		<b>X</b>			
	<b>DISADAP</b>				<b>X</b>	
	<b>NEURO</b>				<b>X</b>	
	<b>PRIM</b>				<b>X</b>	

In vergelijking met de normgroep in de algemene bevolking scoort deze patiënt laag op de adaptieve niveaus en hoog op de disadaptieve niveaus hetgeen opgevat kan worden als een duidelijke aanwijzing voor persoonlijkheidsproblematiek of een andere vorm van psychopathologie. De hoge score op PRIM, hoog op Structuurloosheid en zeer hoog op Fragmentatie, vormen een aanwijzing voor een kwetsbare, mogelijk zeer kwetsbare, onderliggende persoonlijkheidsorganisatie. De zeer lage score op Individuatie lijkt met name te verwijzen naar autonomie- en afhankelijkheidsproblematiek.

### Scores ten opzichte van patiënten met persoonlijkheidsstoornis in GGz

		Ze er laag	Laag	Gemiddeld	Hoog	Ze er hoog
<b>8</b>	<b>Generativiteit/rijpheid</b>			<b>X</b>		
<b>7</b>	<b>Verbondenheid</b>			<b>X</b>		
<b>6</b>	<b>Individuatie</b>			<b>X</b>		
<b>5</b>	<b>Rivaliteit</b>			<b>X</b>		
<b>4</b>	<b>Verzet</b>				<b>X</b>	
<b>3</b>	<b>Afhankelijkheid</b>			<b>X</b>		
<b>2</b>	<b>Egocentriciteit</b>			<b>X</b>		
<b>1</b>	<b>Fragmentatie</b>				<b>X</b>	
<b>0</b>	<b>Structuurloosheid</b>			<b>X</b>		
	<b>ADAP</b>			<b>X</b>		
	<b>DISADAP</b>			<b>X</b>		
	<b>NEURO</b>			<b>X</b>		
	<b>PRIM</b>			<b>X</b>		

In vergelijking met normgroep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis scoort deze patiënt op de OPV gemiddeld op de adaptieve ontwikkelingsniveaus (ADAP) en -gemiddeld op de disadaptieve ontwikkelingsniveaus (DISADAP). Deze patiënt toont een verhoogde scores op het Ontwikkelingsniveau van Fragmentatie. Dit geeft een duidelijke aanwijzing dat er sprake is van een bovengemiddelde kwetsbare persoonlijkheidsstructuur, dus met duidelijke beperkingen in het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren (conform Alternatieve DSM-5 model). Een dergelijk profiel komt over het algemeen overeen met die van patiënten met een (low level) borderline persoonlijkheidsorganisatie. Een psychotherapeutische behandeling zal derhalve ook voldoende steun en structuur moeten bieden, en onnodige regressie dient te worden voorkomen en moet tijdig worden tegengegaan. De hoogste scores worden gevonden op Verzet en Fragmentatie (zie ook de specifieke therapeutische consequentie passend bij deze ontwikkelingsniveaus).

## **Gebruikte literatuur:**

Abraham RE (1997). *Het Ontwikkelingsprofiel. Een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid*. Koninklijke van Gorcum, Assen.

Abraham RE (2005). *Het Ontwikkelingsprofiel in de praktijk*. Koninklijke van Gorcum, Assen.

Hyer SE. The Personality Diagnostic Questionnaire 4+. New York: New York State Psychiatric Institute; 1994.

Ingenhoven T J M & Abraham R E (2010). Making diagnosis more meaningful. The Developmental Profile: a psychodynamic assessment of personality. *American Journal of Psychotherapy*, 64, 215-238.

Ingenhoven, T. J. M., Polak, M. G., Van, H. L., & Abraham, R. E. (2012). *OntwikkelingsProfiel Vragenlijst (OPV)-versie 1.0. [Developmental Profile Inventory]*. Stichting Ontwikkelingsprofiel: Amsterdam [Developmental Profile Foundation].

Jong K de, Nugter MA, Polak MG, et al. The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: a cross-cultural validation. *J Consult Clin Psychol*. 2007;14:288–301.

Polak, M.G., Van, H.L., Overeem-Seldenrijk, J., Heiser, W. J., & Abraham, R.E. (2010). The Developmental Profile: validation of a theory driven instrument for personality assessment. *Psychotherapy Research*, 20(3), 259-272

Polak, M. G., Van Riel, L., Ingenhoven, T. I. & Van, H.L. (2018). *Assessment of psychodynamic personality functioning by self-report: Psychometric properties of the Developmental Profile Inventory (DPI)*. *Journal of Psychiatric Practice*, 24 (4), 239-252.

Verheul R, Andrea H, Berghout CC, et al. Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): development, factor structure, reliability, and validity. *Psychol Assess*. 2008;20:23–34.

## Appendix 1.

### Ontwikkelingsniveaus en domein passend bij elk item van de vragenlijst

Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst OPV versie 1.0 (conform Teleform versie 62150)

Nr	Tekst vraag	Ontwikkelingsniveau*	Domein
1	Ik zoek naar oplossingen door met anderen te gaan samenwerken.	7	Probleemoplossende strategieën
2	Ik kan mij vreselijk schuldig voelen, zelfs over onbeduidende zaken.	4	Zelf
3	Mijn interesses veranderen voortdurend.	1	Zelf
4	Ik vind dat ik mijn eigen mening mag uiten, ook al zijn anderen het niet met mij eens.	6	Interpersoonlijk functioneren
5	Als ik onder druk sta wordt het een chaos in mijn hoofd.	0	Zelf
6	Het doel van mijn leven is een grootse of bijzondere prestatie neer te zetten.	5	Zelf
7	Ik probeer bij te dragen aan een goed doel of een gezamenlijk ideaal.	8	Zelf
8	Om alledaagse keuzes te maken heb ik steun van anderen nodig.	3	Zelf
9	Ik gun mijzelf geen plezier omdat ik dat niet verdien.	4	Zelf
10	Ik kan mij goed inleven in wat er in een ander omgaat.	7	Zelf
11	Soms is het net alsof ik stemmen in mijn hoofd hoor.	0	Probleemoplossende strategieën
12	Het maakt me weinig uit of mijn gedrag voor een ander vervelend uitpakt.	2	Zelf
13	Ik heb duidelijke doelen voor ogen en werk daar op een systematische manier naar toe.	6	Zelf
14	Kritiek leg ik naast me neer.	2	Probleemoplossende strategieën

15	Het ene moment kan ik ontzettend van iemand houden, het volgende moment haat ik die persoon. Dat kan zomaar omslaan.	1	Interpersoonlijk functioneren
16	Ik word vaak in beslag genomen door dagdromen waarin ik heel succesvol, mooi of geliefd ben.	5	Probleemoplossende strategieën
17	Ik help anderen als die hulp nodig hebben.	8	Interpersoonlijk functioneren
18	Ik laat gewoonlijk anderen beslissingen voor mij nemen.	3	Interpersoonlijk functioneren
19	Zowel mijn partner als ik zelf zijn tevreden over ons intieme seksuele contact. (Indien u nu geen partner heeft geldt deze vraag ook voor een recente vaste relatie.)	7	Interpersoonlijk functioneren
20	Het is moeilijk voor mij om alleen te zijn, ook als het maar een paar dagen is.	3	Zelf
21	Ik heb behoefte aan spanning of afleiding anders voel ik me verveeld of leeg.	1	Probleemoplossende strategieën
22	Ik kan mij pas ontspannen als ik alles onder controle heb.	4	Probleemoplossende strategieën
23	Ik ben in staat vriendschappen te onderhouden waarin we persoonlijke gesprekken voeren.	7	Interpersoonlijk functioneren
24	Als ik iets nodig heb, vind ik het niet erg om een ander te gebruiken om er aan te komen.	2	Interpersoonlijk functioneren
25	Gewoonlijk kan ik mijn behoeftes niet weerstaan.	0	Zelf
26	Ik kan mijn fouten erkennen zonder daardoor mijzelf minder waard te voelen.	6	Probleemoplossende strategieën
27	Het is typerend voor mij dat mijn gevoelens voor anderen zo snel en sterk kunnen wisselen.	1	Interpersoonlijk functioneren
28	In contact met anderen kan ik goed mezelf zijn.	6	Interpersoonlijk functioneren
29	Ik heb foute dingen gedaan, die gebeuren gewoon, daar kun je niks aan doen.	0	Probleemoplossende strategieën
30	Als er problemen zijn probeer ik daar niet aan te denken.	3	Probleemoplossende strategieën
31	Ik kan er begrip voor opbrengen dat mensen uit verschillende culturen uiteenlopende opvattingen kunnen hebben.	8	Interpersoonlijk functioneren



32	Ik doe mij meestal beter voor dan ik ben.	5	Probleemoplossende strategieën
33	Als ik iets wil dan behoort dat ook te gebeuren.	2	Probleemoplossende strategieën
34	Ik heb mijn opleiding naar tevredenheid doorlopen.	6	Zelf
35	Als er dingen in mijn leven mis gaan is dat vooral de schuld van anderen.	1	Probleemoplossende strategieën
36	Als je even niet oplet word je gepakt.	0	Interpersoonlijk functioneren
37	Als ik kwaad word kan ik mij niet beheersen.	0	Probleemoplossende strategieën
38	Of je bent de baas, of je wordt overheerst.	4	Interpersoonlijk functioneren
39	Ik stel mij open voor gedachten of gevoelens die spontaan in mij opkomen.	6	Probleemoplossende strategieën
40	Ik heb, ook al was het pijnlijk, verdriet of verlies kunnen verwerken.	8	Probleemoplossende strategieën
41	Om mij prettig te voelen moet alle aandacht op mij gericht zijn.	5	Zelf
42	Als iets van een ander moet voel ik de neiging dat juist niet te doen.	4	Interpersoonlijk functioneren
43	Ik ben in staat om tijdig rekening te houden met veranderende omstandigheden.	8	Probleemoplossende strategieën
44	Zodra ik iets van onrecht bespeur kom ik in opstand.	4	Probleemoplossende strategieën
45	Ik heb een erg grote behoefte aan warmte of betrokkenheid van anderen.	3	interpersoonlijk functioneren
46	Ik geniet van successen die door samenwerking tot stand zijn gekomen.	7	Probleemoplossende strategieën
47	Ik flirt graag, dat geeft mij het gevoel als man of vrouw aantrekkelijk te zijn.	5	Interpersoonlijk functioneren
48	Mijn ideeën over wat ik wil veranderen vaak.	1	Zelf
49	Wanneer de dingen verkeerd gaan, raak ik snel ontmoedigd.	3	Probleemoplossende strategieën

50	Achteraf weet ik vaak niet waarom ik iets gedaan heb.	0	Zelf
51	Wat anderen mij adviseren heb ik meestal zelf al bedacht.	2	Interpersoonlijk functioneren
52	Vaak moet je mensen gebruiken om zelf vooruit te komen in het leven.	2	Zelf
53	Met betrekking tot mijn vriend/vriendin ben ik erg jaloers.	5	Interpersoonlijk functioneren
54	Het geeft mij voldoening wanneer ik vanuit mijn levensovertuiging kan handelen.	8	Zelf
55	Mijn studie/werk past goed bij mij.	6	Zelf
56	Regels zijn regels, daar wijk ik niet van af.	4	Zelf
57	Als ik het contact verlies met iemand die voor mij belangrijk is, dan raak ik helemaal in de war.	1	Interpersoonlijk functioneren
58	Achteraf kan ik wel eens lachen om mijzelf.	6	Probleemoplossende strategieën
59	Ik heb geen behoefte om een speciale band met iemand te hebben, bijvoorbeeld als vriend of partner.	0	Interpersoonlijk functioneren
60	Vaak vergelijk ik mij met anderen en heb dan het gevoel dat zij veel succesvoller zijn.	5	Interpersoonlijk functioneren
61	Je oprecht gedragen is niet altijd gemakkelijk, maar voor mij wel van groot belang.	8	Probleemoplossende strategieën
62	Ik voel me onzeker over mijn beslissingen totdat ik ze heb nagetrokken bij anderen.	3	Zelf
63	Vaak voel ik weinig, in situaties die juist om een sterke emotie vragen.	4	Probleemoplossende strategieën
64	Als ik er zelf niet uit kom ga ik te rade bij anderen.	7	Probleemoplossende strategieën
65	Ik doe nog al eens dingen in een opwelling.	0	Probleemoplossende strategieën
66	Als ik samenwerk gaat het uiteraard op mijn manier.	2	Interpersoonlijk functioneren
67	Ik heb gedurende meerdere jaren mijn werk goed gedaan. (Geldt ook voor huishoudelijk werk en	6	Zelf

	vrijwilligerswerk.)		
68	Als regels me in de weg staan, dan houd ik mij er niet aan.	2	Probleemoplossende strategieën
69	Dat ik mij zo rot voel komt dat enkel door de omstandigheden.	1	Probleemoplossende strategieën
70	Als ik niet de beste ben, voel ik me een mislukkeling.	5	Zelf
71	Ik vind het belangrijk iets voor anderen of voor de samenleving te doen.	8	Zelf
72	Ik ben voortdurend bezig met wat anderen van mij verwachten.	3	Interpersoonlijk functioneren
73	Ik vind het moeilijk om aan te geven wie ik ben of wat bij mij past.	1	Zelf
74	Ik ben geneigd problemen uit de weg te gaan.	3	Probleemoplossende strategieën
75	Ik kan er erg van genieten om samen met anderen iets te doen.	7	Zelf
76	Ik deel met mijn partner of vriend(in) zaken die mij emotioneel raken.	7	Probleemoplossende strategieën
77	Ik kan moeilijk beslissingen nemen, omdat ik altijd bang ben iets over het hoofd te hebben gezien.	4	Probleemoplossende strategieën
78	Niemand is echt te vertrouwen.	0	Interpersoonlijk functioneren
79	Ik ga alleen met mensen om als ik daar wat aan heb.	2	Interpersoonlijk functioneren
80	Ik heb vaak het gevoel alsof alles onwerkelijk is.	1	Probleemoplossende strategieën
81	Als ik iets doe moet het groots, vernieuwend of bijzonder zijn, anders is het niet de moeite waard.	5	Probleemoplossende strategieën
82	Ondanks mijn beperkingen kan ik mijzelf respecteren zoals ik ben.	6	Interpersoonlijk functioneren
83	Ik besef dat er een tijd zal komen dat mijn taak beter door een ander gedaan kan worden.	8	Interpersoonlijk functioneren
84	Ik ben goed in staat met andere samen te werken.	7	Interpersoonlijk functioneren

85	Ik word snel verliefd, maar als de relatie een keer een feit is, dan is de lol er al gauw weer van af.	5	Interpersoonlijk functioneren
86	Ik vind het moeilijk om mijzelf als een waardevol persoon te zien.	3	Zelf
87	Ik heb geen kern, ik vind geen houvast in mezelf.	0	Zelf
88	Ik begrijp dat gedrag dat bij ons gewoon is, in een andere cultuur als ongepast kan worden beleefd.	8	Interpersoonlijk functioneren
89	Ik wacht af en hoop dat de problemen vanzelf over gaan.	3	Probleemoplossende strategieën
90	Persoonlijk contact maakt me angstig, dan weet ik niet meer wat van mij is of wat bij de ander hoort.	0	Interpersoonlijk functioneren
91	Ik voel mij medeverantwoordelijk voor de samenleving ook al kan ik niet zelf alle problemen mee helpen oplossen.	8	Zelf
92	In relaties stel ik mij vaak onderdanig op.	4	Interpersoonlijk functioneren
93	In mijn relaties met anderen ontstaan nogal eens problemen omdat ik zo wisselvallig ben en telkens weer mijn plannen verander.	1	Interpersoonlijk functioneren
94	Als ik in het openbaar moet optreden, dan ben ik bang dat ik opeens helemaal niets meer kan.	5	Probleemoplossende strategieën
95	Ik beseft dat mijn leven eindig is maar dat doet niets af aan de waarde ervan.	8	Probleemoplossende strategieën
96	Zaken waar ik zelf mee bezig ben interesseren mij, andere zaken niet.	2	Zelf
97	Voor mij is het helemaal goed of helemaal slecht.	1	Zelf
98	Mensen die het niet met me eens zijn snappen er gewoonweg niets van.	2	Probleemoplossende strategieën
99	Als het nodig is weet ik de juiste manier te vinden om voor mij zelf op te komen.	6	Probleemoplossende strategieën
100	Bij het samenwerken houd ik waar mogelijk rekening met de wensen en verlangens van anderen.	7	Zelf
101	Het is voor mij nooit goed genoeg, ik streef altijd	5	Zelf

	naar nog beter.		
102	Alleen door mijn werk/taken goed te doen voel ik mij de moeite waard.	4	Zelf
103	Als je oneerlijk moet zijn om te krijgen wat je wilt, dan is dat niet anders.	2	Zelf
104	In relaties laat ik anderen de baas spelen.	4	Interpersoonlijk functioneren
105	Bij wat ik doe houd ik ook rekening met de belangen van anderen.	7	Zelf
106	Ik vind het waardevol om ervaringen en gevoelens met vrienden te delen.	7	Interpersoonlijk functioneren
107	Ik maak me altijd veel zorgen of ik het anderen wel genoeg naar de zin maak.	3	Interpersoonlijk functioneren
108	De wijze waarop ik leef (alleenwonend of samenlevend) past bij mij.	6	Interpersoonlijk functioneren

\* Betekenis niveaus: 8 = Generativiteit/Rijpheid; 7 = Verbondenheid; 6 = Individuatie; 5 = Rivaliteit; 4 = Verzet; 3 = Symbiose; 2 = Egocentriciteit; 1 = Fragmentatie; 0 = Structuurloosheid

## Appendix 3.

### Informatie ten behoeve van de ROM:

#### Ontwikkelingsprofielvragenlijst

De Ontwikkelingsprofielvragenlijst (OPV) is ontwikkeld om het psychodynamisch functioneren in beeld te brengen, zoals dat zich voordoet op verschillende levensgebieden. Hierbij worden zowel de adaptieve of “gezonde” aspecten van het functioneren in beeld gebracht als ook de disadaptieve patronen in het voelen, denken en handelen. De OPV draagt daarmee bij aan een sterkte-zwakteanalyse van het persoonlijkheidsfunctioneren, hetgeen gebruikt kan worden in het proces van diagnostiek van psychische problemen, bij de indicatiestelling voor passend behandelplan, voor het sturen van het behandelproces, en voor het monitoren van het psychodynamisch functioneren in de loop van de tijd. De OPV is daardoor zowel bruikbaar voor de behandelpraktijk als voor wetenschappelijk onderzoek. Op de OPV is een “statistische normering” van toepassing, dit in tegenstelling tot de interviewmethode van het Ontwikkelingsprofiel welke gebaseerd is op een “klinische normering” (waarbij de beoordelaar zowel kwalitatief als kwantitatief de scores bepaald). Bij een statische normering wordt de ruwe score per Ontwikkelingsniveau vergeleken met die van een normgroep uit de algemene bevolking en/of een normgroep bestaande uit GGz-patiënten. De hierdoor genormeerde (zeer) lage, gemiddelde of (zeer) hoge scores op de afzonderlijke negen Ontwikkelingsniveaus geven gezamenlijk een “Ontwikkelingsprofiel”, die vervolgens op zijn klinische betekenis kan worden geïnterpreteerd.

De OPV genereert scores over negen Ontwikkelingsniveaus, drie adaptieve niveaus (Individuatie, Verbondenheid en Generativiteit/Rijpheid) en zes disadaptieve Ontwikkelingsniveaus (Structuurloosheid, Fragmentatie, Egocentriciteit, Afhankelijkheid, Verzet en Rivaliteit). Bovendien worden geaggregeerde scores verkregen door middel van de som van de drie adaptieve niveaus (afgekort ADAP), en de som van de zes disadaptieve niveaus (afgekort DISADAP). De disadaptieve niveaus worden verder onderverdeeld middels enerzijds de som van de drie “neurotische” niveaus (Rivaliteit, Verzet & Afhankelijkheid): NEURO, en anderzijds de som van de drie meest “primitieve” niveaus (Structuurloosheid, Fragmentatie en Egocentriciteit): PRIM.

Adaptief functioneren (ADAP)		Generativiteit/rijpheid
		Verbondenheid
		Individuatie
Disadaptief functioneren (DISADAP)	Neurotisch (NEURO)	Rivaliteit
		Verzet
		Afhankelijkheid
	Primitief (PRIM)	Egocentriciteit
		Fragmentatie
		Structuurloosheid

### **Schematische werkwijze voor interpretatie scores**

Bij interpretatie van de scores kan men als volgt te werk gaan:

1. Vergelijk de *adaptieve* scores met de normpopulaties en concludeer wat de belangrijkste sterke kenmerken van de patiënt zijn.
2. Vergelijk de *disadaptieve* scores zowel totaal, als neurotisch en primitief, met de normscores van de populaties en concludeer wat de belangrijkste kwetsbare kenmerken van de patiënt zijn.
3. Bepaal op welke ontwikkelingsniveau(s) de meest uitzonderlijke lage of hoge scores zijn.

**Adaptieve ontwikkelingsniveaus (ADAP):** De somscore van de drie adaptieve ontwikkelingsniveaus (Individuatie, Verbondenheid en Generativiteit/rijpheid) verwijst naar de mate waarin het individu in psychodynamisch opzicht adaptieve patronen heeft ontwikkeld met betrekking tot het functioneren van het Zelf, het Interpersoonlijk functioneren en Probleemoplossende strategieën. Deze adaptieve patronen worden gezamenlijk ook wel de “eilandjes van gezondheid” genoemd. Zij bepalen voor een belangrijk deel in welke mate de cliënt, naast een steunend en structurerend contact, ook kan profiteren van meer ontregelende en experientiele psychotherapeutische interventies.

**Disadaptieve ontwikkelingsniveaus (DISADAP):** De somscore van de zes disadaptieve ontwikkelingsniveaus (Rivaliteit, Verzet, Afhankelijkheid, Egocentriciteit, Fragmentatie en Structuurloosheid) verwijst naar een globale maat voor het disadaptieve functioneren, dit met betrekking tot beperkingen van het functioneren van het Zelf, problemen van het Interpersoonlijk functioneren en de inzet van disadaptieve probleemoplossende strategieën. De somscore op DISADAP geeft een globale indruk van de ernst van de psychopathologie en de mate van disfunctioneren, van het onvermogen om passende adaptieve oplossingen te vinden voor de eisen die aan het individu op uiteenlopende levensgebieden worden gesteld.

**Neurotische ontwikkelingsniveaus (NEURO):** De somscore van de drie minst onrijpe ontwikkelingsniveaus (Rivaliteit, Verzet en Afhankelijkheid) verwijst naar de mate waarin de cliënt “neurotische” patronen en overlevingsstrategieën heeft ontwikkeld met betrekking tot het functioneren van het Zelf, Interpersoonlijk functioneren en Probleemoplossend gedrag. Een hoge somscore op NEURO wordt gezien bij psychische stoornissen en persoonlijkheidspathologie van uiteenlopende aard en ernst.

**Primitieve ontwikkelingsniveaus (PRIM):** De somscore van de drie meest onrijpe en disadaptieve ontwikkelingsniveaus (Egocentriciteit, Fragmentatie en Structuurloosheid) verwijst naar de mate waarin de cliënt “primitieve” coping- en overlevingsstrategieën hanteert met betrekking tot het functioneren van het Zelf, het Interpersoonlijk functioneren en diens Probleemoplossend gedrag. Bij een hoge score op PRIM kan er sprake zijn van ernstige identiteitsdiffusie. Met name bij oplopende stress zal worden teruggevallen op primitieve afweermechanismen of coping-stijlen, of moet rekening gehouden worden met fragiele of beperkte realiteitstoetsing. Er kan dan sprake zijn van een grote kwetsbaarheid van de persoonlijkheidsstructuur (aanwijzing voor een low-level borderline organisatie of psychotische persoonlijkheidsorganisatie) of van ernstige neurobiologische beperkingen. Een relatief lage score op PRIM verwijst naar een minder kwetsbare onderliggende persoonlijkheidsstructuur (neurotische persoonlijkheidsorganisatie)

### **De negen Ontwikkelingsniveaus:**

De negen adaptieve en disadaptieve Ontwikkelingsniveaus zijn hiërarchisch geordend van zeer primitief (Structuurloosheid) tot rijp (Generativiteit/rijpheid):

**Structuurloosheid** – Het ontbreken van een of meer basale psychologische vaardigheden, zoals: zichzelf niet kunnen beleven als een eenheid, een samenhangend geheel, onvermogen sturing te geven aan het eigen gedrag. Voorbeeld is het gevoel zichzelf volledig te verliezen en uit elkaar te vallen; de neiging hebben om vanuit impuls direct te reageren zonder na te bdenken; het ontbreken van een behoefte aan intieme relaties.

**Fragmentatie** – Een gebrek aan innerlijke consistentie. Bijvoorbeeld: voortdurend wisselvalligheid in opvattingen en zelfgekozen doelen; standpunten zijn zwart-wit; primitieve afweer en neiging tot externaliseren; relaties met anderen structureren de innerlijke belevingswereld; gevoelens van richtingloosheid, en behoefte aan sterke prikkels.

**Egocentriciteit** – Een opgeblazen en overwaardig zelfgevoel en onvermogen om zich te verplaatsen in en rekening te houden met de meningen, behoeften of wensen van anderen. De relatie met anderen is egocentrisch, instrumenteel en gebruikmakend. Wat men vindt moet 'gewoon' gebeuren, zonder daar te veel tijd en moeite in te hoeven investeren.

**Afhankelijkheid** – Onvermogen om zelfstandig te functioneren. Hoewel men feitelijk over de mogelijkheden daartoe beschikt is men ervan overtuigd emotioneel niet in staat te zijn op eigen kracht te overleven. Voortdurend bang om in de steek gelaten te worden.

Eigenwaarde is sterk afhankelijk van externe waardering. Gebrek aan basisvertrouwen.

**Verzet** – Een gebrek aan autonomie, aan innerlijke vrijheid. Er is angst om door de ander overheerst te zullen worden, waardoor onvoldoende in staat zijn een eigen standpunt in te nemen. Geneigdheid tot passieve onderwerping en/of tegen alles en iedereen in verzet te gaan. Vaak stelt men ook overmatig strenge eisen en stelt men zich zelfbestraffend op.

**Rivaliteit** – Onzekerheid over de eigen kwaliteiten als volwassen man of vrouw, gepaard gaande met het streven zich voortdurend te bewijzen en de ander te overtreffen, het stellen van hoge eisen (perfectionisme); een streven naar maatschappelijk aanzien; seksueel aantrekkelijk te zijn of een bijzondere positie te hebben. Het behalen hiervan neemt de innerlijke onzekerheid echter niet weg. Door het voortdurend ophouden van een façade is er tevens de (faal)angst en angst om door de mand te vallen.

**Individuatie** – Het daadwerkelijk verwezenlijken van eigen strevingen, rekening houdend met legitieme belangen van anderen. Het zelfgevoel authentiek te zijn. Naar eigen keuze te mogen en kunnen handelen. Assertiviteit.

**Verbondenheid** – Het vermogen tot empathie en intieme relaties aan te gaan (vriendschappen, liefdesrelatie) zonder de eigen authenticiteit te verliezen. Bevrediging ontnemen aan gemeenschappelijke activiteiten en samenwerking. In staat zijn ambivalenties te verdragen, hulp van anderen in te schakelen zonder eigen verantwoordelijkheid op te geven, en te verplaatsen in de belevingswereld van anderen.

**Generativiteit/Rijpheid** – Op betrokken wijze onderdeel uit te maken van een groter geheel; medeverantwoordelijkheid dragen voor een groep, gemeenschap of de samenleving als geheel; in staat tot relativeren en innoveren; in staat belangrijke verliezen te verwerken. Altruïsme en zingeving: het niet meer van primaire betekenis achten van de eigen persoonlijke en materiele belangen.