

Een Ontwikkelingsgericht Perspectief op Mentale Gezondheid

Conceptualisatie en Introductie van de Ontwikkelingsmijlpalenlijst

Odilia Laceulle¹, Paul van der Heijden^{2,3}, Nagila Koster² en Marcel van Aken¹

¹*Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland* | ²*Reinier van Arkel, Den Bosch, Nederland* | ³*Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen, Nederland*

Samenvatting De mentale gezondheid van jongeren staat wereldwijd onder druk. Dit vraagt om een aanvullend perspectief dat niet alleen focust op klachten, maar ook oog heeft voor de ontwikkeling en het leeftijdsadequaat functioneren, alsook het in kaart brengen daarvan. Deze bijdrage gaat in op het concept 'leeftijdsadequaat functioneren' als kerncomponent van positieve psychologische ontwikkeling: het vermogen van jongeren om leeftijdsgebonden persoonlijke, sociale en school-/werkgerelateerde mijlpalen te doorlopen. Op basis van bestaande theorieën (onder andere Baltes, Erikson, Spanjaard & Slot, White) ontwikkelden wij de Ontwikkelingsmijlpalenlijst (OML), een vragenlijst van 21 items die de drie dimensies van leeftijdsadequaat functioneren meet. Een empirische illustratie in een klinische steekproef ($N = 538$, leeftijd 14 tot 24 jaar) toont dat leeftijdsadequaat functioneren negatief samenhangt met psychische klachten. Tegelijk zijn er aanwijzingen dat jongeren met klachten soms toch adequaat functioneren, en andersom. Dit onderstreept het belang van het parallel meten van functioneren en klachten in diagnostiek, beleid en behandeling. Door ontwikkeling centraal te stellen, sluit deze benadering beter aan bij de leefwereld van jongeren en biedt ze een genuanceerd beeld van hun kwetsbaarheden én krachten.

Trefwoorden jongeren, mentale gezondheid, ontwikkeling, mijlpalen

Artikelgeschiedenis

Ontvangen: 14 mei 2025

Geaccepteerd: 12 november 2025

Online: 18 maart 2026

Contactpersoon

Odilia Laceulle, o.m.laceulle@uu.nl

Copyright

© Author(s); licensed under Creative Commons Attribution 4.0. This allows for unrestricted use, as long as the author(s) and source are credited.

Financiering Onderzoek

Deze studie is gefinancierd door Universiteit Utrecht en Reinier van Arkel.

Belangen

De auteur heeft geen conflicterende belangen te vermelden.

Themanummer:

Positieve Ontwikkeling en Veerkracht bij Kinderen en Jongeren

1 Theoretisch Kader

De mentale gezondheid van jongeren is de afgelopen jaren steeds nadrukkelijker op de maatschappelijke en wetenschappelijke agenda komen te staan. Wereldwijd krijgt circa een op de zeven jongeren te maken met een psychische aandoening (World Health Organisation, 2024). In Nederland blijkt uit recent bevolkingsonderzoek dat het aantal jongeren met depressieve klachten, angststoornissen of andere veelvoorkomende psychische aandoeningen de afgelopen jaren verder is toegenomen (Ten Have et al., 2023). Maatschappelijke factoren zoals prestatiedruk, sociale media, economische onzekerheid en veranderende sociale normen spelen hierin waarschijnlijk een rol (Arslan et al., 2024; Curran & Hill, 2019). Ogenscheinlijk passend bij de toenemende zorgen op het gebied

van mentale gezondheid domineert in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) traditioneel een symptoomgerichte benadering. Jongeren komen vaak pas in beeld bij forse klachten, en behandeling richt zich primair op klachtvermindering. Hoewel dit waardevol is, blijft de bredere ontwikkeling van jongeren – zoals motivatie, relaties, zelfstandigheid en schooldeelname – vaak onderbelicht. Zelden wordt er systematisch gekeken naar ontwikkelingsmijlpalen, terwijl deze essentieel zijn voor het toekomstig functioneren en algemeen welbevinden (Hutteman et al., 2014).

Echter tekent zich – zowel binnen als buiten de ggz – een paradigmaverschuiving af in hoe we mentale gezondheid benaderen. Deze sluit aan bij de bredere, op positief functioneren gerichte, al langer bestaande definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (2025): ‘Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek.’ Specifiek met betrekking tot mentale gezondheid spreekt de WHO bovendien van een staat van welzijn waarin een individu zich bewust is van zijn of haar eigen capaciteiten, kan omgaan met de normale stress van het leven, productief kan werken en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap. Wanneer dit vertaald wordt naar jongeren, impliceert dit dat mentale gezondheid ook gaat over adaptieve, positieve ontwikkeling, en in het bijzonder over leeftijdsadequaat functioneren: het vermogen om op een leeftijdsadequate manier deel te nemen aan het persoonlijke, sociale en maatschappelijke leven. Dit sluit aan bij het dual-continua model (Keyes, 2005), dat positief functioneren en psychische klachten beschouwt als twee afzonderlijke, deels onafhankelijke dimensies van mentale gezondheid. Jongeren kunnen dus klachten ervaren én tegelijkertijd adequaat functioneren – of omgekeerd. In lijn hiermee zijn ook concepten als positieve gezondheid (Huber et al., 2011) en herstel (Os van et al., 2019) relevant, waarin het accent ligt op het leren omgaan met uitdagingen en positieve betekenisverlening, in plaats van louter symptoomvermindering. Juist bij jongeren is deze tweezijdige kijk essentieel. De adolescentie vormt een cruciale ontwikkelingsfase waarin psychische klachten veelal voor het eerst tot uiting komen, terwijl tegelijkertijd sprake is van aanzienlijke en snelle veranderingen. Persoonlijke, sociale en maatschappelijke mijlpalen volgen elkaar in hoog tempo op. Het concept ‘leeftijdsadequaat functioneren’ – het vermogen van jongeren om deze mijlpalen te doorlopen – biedt een kader dat recht doet aan deze dynamiek.

Om het concept ‘leeftijdsadequaat functioneren’ goed te begrijpen, is kennis nodig van de biologische, psychologische en sociale ontwikkeling vanuit een ontwikkelingspsychologisch perspectief. Ontwikkeling verloopt via mijlpalen: leeftijdsgebonden taken die passen bij elke ontwikkelingsfase (Hutteman et al., 2014; Spanjaard & Slot, 2015). De theoretische basis hiervoor ligt onder andere in het werk van White (1959), Erikson (1963), Waters & Scroufe (1983) en Baltes (1987). White (1959) stelde dat mensen gemotiveerd zijn om competent te functioneren binnen hun – gedurende de levensloop veranderende – omgeving. De kwaliteit van adaptief functioneren van jongeren moet dus worden beoordeeld binnen hun veranderende context (Waters & Scroufe, 1983). Competenties ontwikkelen zich stapsgewijs en volgens opeenvolgende mijlpalen, die worden

gedreven door leeftijdsgebonden (zoals rijping), historisch-maatschappelijke (zoals culturele veranderingen) en non-normatieve (zoals individuele keuzes) factoren (Baltes, 1987). Ook Erikson (1963) benadrukte dat elke levensfase gepaard gaat met specifieke taken, waarbij succesvolle voltooiing cruciaal is voor verdere positieve ontwikkeling. Zo ontwikkelen baby's vertrouwen, peuters zelfstandigheid en adolescenten een eigen identiteit. Het niet behalen van deze mijlpalen kan leiden tot stagnatie in de verdere ontwikkeling. Meer recent bouwden Marcia en Josselson (2013) voort op het werk van Erikson door te laten zien hoe ontwikkelingsmijlpalen ook binnen psychotherapeutische contexten richting kunnen geven aan behandeldoelen en het begrijpen van stagnatie of herstelprocessen.

Recente studies onderstrepen het belang van deze mijlpalen, niet alleen voor de huidige fase maar ook voor het toekomstig functioneren. Jongeren die bijvoorbeeld moeite hebben met het aangaan van stabiele relaties, kunnen op latere leeftijd problemen ervaren in werk of intimiteit (Hutteman et al., 2014). Desondanks wordt in de ggz nog nauwelijks systematisch gekeken naar dit soort ontwikkelingsmijlpalen. Er is daarom dringend behoefte aan meetinstrumenten die op een in de klinische praktijk haalbare manier inzicht geven in leeftijdsadequaat functioneren, naast het in kaart brengen van symptomen en klachten. Alleen zo kan de geestelijke gezondheidszorg jongeren écht en integraal helpen met hun mentale gezondheid: door zich te focussen op functioneren en ontwikkeling in plaats van zich te beperken tot het bestrijden van klachten.

2 Operationalisatie en Instrumentontwikkeling

Voor volwassenen bestaan inmiddels diverse korte vragenlijsten die aspecten van positieve gezondheid, herstel en functioneren in kaart brengen. Voor jongeren zijn dergelijke instrumenten echter nog schaars, zeker wanneer het gaat om vragenlijsten die met een beperkt aantal items een betrouwbaar beeld geven van positieve ontwikkeling en leeftijdsadequaat functioneren. Bestaande lijsten, zoals de kinderversie van de vragenlijst voor positieve gezondheid (Huber et al., 2011) of de jeugdversie van de Individual Recovery Outcomes Counter (YROC; Beckers et al., 2022), geven inzicht in de mentale gezondheid, maar missen een ontwikkelingspsychologische basis. Een uitzondering is de Modified Erikson Psychosocial Stage Inventory (MEPSI), die de voortgang op psychosociale ontwikkelingstaken gedurende de levensloop in kaart brengt (Leidi et al., 1995). Echter, deze lijst meet niet alle aspecten van leeftijdsadequaat functioneren en mist met name enkele ontwikkelingstaken die kenmerkend zijn voor de huidige generatie jongeren. Ofwel, met de bestaande instrumenten blijven belangrijke thema's onderbelicht die juist in de adolescentie centraal staan, zoals schools functioneren, lichaamsbeleving, sociale media en de veranderende betekenis van sociale relaties.

Voor een goede meting van leeftijdsadequaat functioneren is aansluiting bij ontwikkelingspsychologische kennis essentieel. Functies en vaardigheden zijn immers nauw

verweven met de levensfase waarin jongeren zich bevinden. Een goed instrument moet daarom ontwikkelingstaken – zoals autonomie, vriendschappen en schools functioneren – in hun context beoordelen. Spanjaard en Slot (2015) brachten eerder een overzicht in kaart van mijlpalen en competenties per ontwikkelingsfase. Op basis daarvan ontwikkelden wij de Ontwikkelingsmijlpalenlijst (OML) voor jongeren van circa 14 tot 24 jaar, en de OML-Junior voor 8–14 jaar: gestandaardiseerde vragenlijsten die persoonlijk, sociaal en school-/beroepsgericht functioneren meten. In eerdere publicaties toonden we aan dat de OML samenhangt met mentale gezondheidsproblemen in een populatiecohort tijdens COVID-19 (Van Est-Bitincka et al., 2023), en voorspellend is voor later persoonlijkheidsfunctioneren in een klinische groep jongeren (Iannattone et al., 2024). Hieronder volgt een illustratie van hoe het combineren van gegevens over leeftijdsadequaat functioneren (via de OML) en psychische klachten kan leiden tot een rijkere, meer genuanceerde kijk op de mentale gezondheid van jongeren. De volledige OML is in te zien op OSF: https://osf.io/7rsyt/?view_only=58bdba38110c4508b8a5db79838f40a5.

3 Empirische Illustratie: De Relatie tussen Leeftijdsadequaat Functioneren en Psychische Klachten

3.1 Steekproef en Instrumenten

De steekproef was onderdeel van APOLO (Adolescenten en hun Persoonlijkheidsontwikkeling: een Longitudinaal Onderzoek; Koster et al., 2022; FETC17-092) en bestond uit 538 jongeren, waaronder 398 zelf-geïdentificeerde vrouwen (74%), 139 zelf-geïdentificeerde mannen (25,8%) en 1 jongere die aangaf zich niet te identificeren als vrouw of man (.2%), in de leeftijd van 14 tot 24 jaar ($M = 19.65$, $SD = 1.92$). Alle jongeren waren doorverwezen naar een ggz-instelling in verband met psychische klachten van uiteenlopende ernst en/of complexiteit. Leeftijdsadequaat functioneren werd beoordeeld met behulp van de in deze bijdrage geïntroduceerde Ontwikkelingsmijlpalenlijst. De OML bestaat uit 21 items verdeeld over drie domeinen: persoonlijk (bijvoorbeeld: 'In hoeverre ben je in staat om onafhankelijk te worden?'), school en professioneel (bijvoorbeeld: 'In hoeverre ben je in staat om naar school/werk te gaan?'), en sociaal (bijvoorbeeld: 'In hoeverre vind je het prettig en belangrijk om vrienden te maken en te hebben?'). Alle items werden beoordeeld op een 7-punts Likertschaal, variërend van -3 (helemaal niet) tot $+3$ (zeer goed). Interne consistentie was adequaat: persoonlijk $\alpha = .69$, sociaal $\alpha = .69$ en school/professioneel $\alpha = .76$.¹

Psychische klachten werden gemeten met de SQ48. Naast een totaalscore (36 items) worden 7 subdomeinen van klachten onderscheiden (cognitieve klachten, agorafobie, vijandigheid, angst, somatische klachten, depressie en sociale fobie). Alle items worden beoordeeld op een 5-punts Likertschaal, variërend van nooit tot zeer vaak. Voorbeelden van items zijn: 'Ik had moeite met het beheersen van mijn boosheid' en 'Ik voelde

me neerslachtig of depressief'. Interne consistentie was goed: totaal $\alpha = .94$, voor de subdomeinen .77–.89.

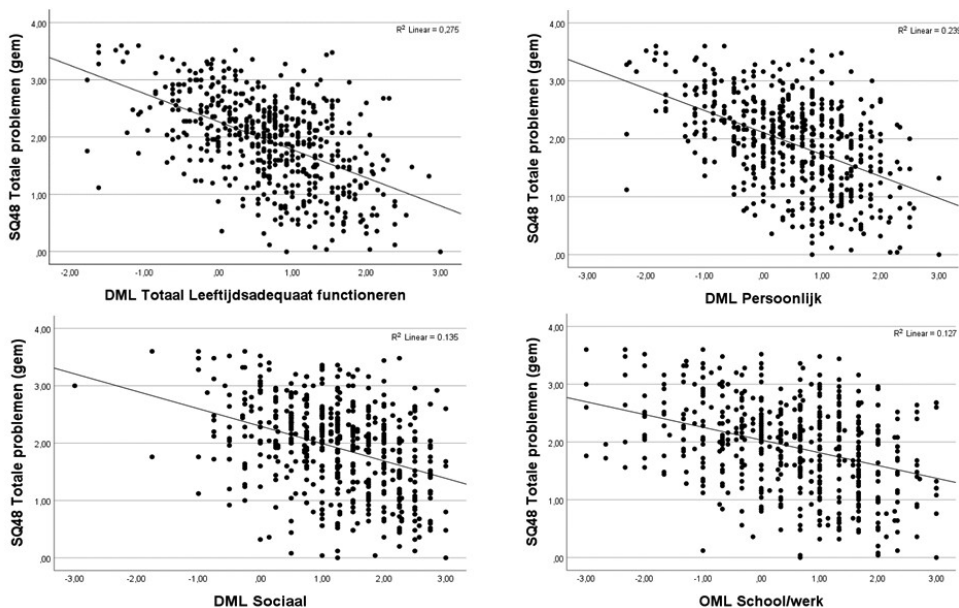
3.2 Resultaten

Descriptieve kenmerken van alle schalen waren als volgt: leeftijdsadequaat functioneren totaal ($M = .70$, $SD = .82$), persoonlijk ($M = .47$, $SD = .99$), sociaal ($M = 1.20$, $SD = .93$), school/professioneel ($M = .48$, $SD = 1.25$), psychische klachten totaal ($M = 1.94$, $SD = .72$). Met betrekking tot de interpretatie van de OML: Gemiddelde scores rond 0 kunnen worden opgevat als matig leeftijdsadequaat functioneren, terwijl scores onder 0 wijzen op moeilijkheden in het doorlopen van de betreffende ontwikkelingsmijlpalen, en scores boven 0 indicatief zijn voor adequaat functioneren op dat domein. Domeinen kunnen onderling vergeleken worden op groepsniveau. In de hier gerapporteerde steekproef blijkt het gemiddelde totale functioneren licht positief wat duidt op redelijk leeftijdsadequaat functioneren. Wat betreft de subschalen valt op dat jongeren op sociaal vlak beter functioneren, dan op het persoonlijke en school/professionele domein.

Om de samenhang tussen de OML-subschalen onderling en tussen de OML-subschalen en psychische klachten te onderzoeken is gebruik gemaakt van bivariate Pearson correlaties. Correlaties tussen de OML-subschalen waren matig tot sterk: voor persoonlijk – school/professioneel $r = .48$, $p \leq .001$, voor persoonlijk – sociaal $r = .50$, $p \leq .001$, en voor sociaal – school/professioneel $r = .42$, $p \leq .001$. Zowel de brede factor leeftijdsadequaat functioneren als de drie subschalen (persoonlijk, sociaal en school/professioneel) van de OML waren gerelateerd aan totale psychische klachten: totaal leeftijdsadequaat functioneren – klachten $r = -.51$, $p \leq .001$, persoonlijk – klachten $r = -.47$, $p \leq .001$, sociaal – klachten $r = -.34$, $p \leq .001$, en school/professioneel – klachten $r = -.39$, $p \leq .001$. Correlaties tussen leeftijdsadequaat functioneren (totaal en subschalen) en de SQ48-subschalen voor psychische klachten varieerden van $-.21$, $p \leq .001$ tot $-.47$, $p \leq .001$. Vervolgens zijn *scatterplots* gebruikt om de samenhang tussen de OML-domeinen en de totale psychische klachten te visualiseren (zie Figuur 1). Daarnaast geven deze grafieken inzicht in potentiële individuele verschillen: sommige jongeren rapporteren bijvoorbeeld zowel veel psychische klachten als problemen in het leeftijdsadequaat functioneren. Andere jongeren functioneren goed ondanks ernstige klachten, terwijl weer andere jongeren met beperkte klachten juist moeite hebben met het doorlopen van ontwikkelingsmijlpalen.

4 Implicaties en Aanbevelingen

Bovenstaande empirische illustratie bevestigt het uitgangspunt van het dual-continua model (Keyes, 2005): psychische klachten en functioneren hangen samen, maar zijn geen inwisselbare constructen. De bivariate correlaties tussen de drie OML-schalen en psychische klachten liggen rond .50, wat duidt op een matige tot sterke negatieve samen-



Figuur 1 Associaties tussen ontwikkelingsmijlpalen en psychische klachten

hang. Tegelijk suggereert de scatterplot dat er aanzienlijke individuele verschillen zijn. Sommige jongeren functioneren goed ondanks ernstige klachten, terwijl andere jongeren met beperkte klachten juist moeite hebben met het behalen van ontwikkelingsmijlpalen.

Deze bevinding benadrukt dat mentale gezondheid meer is dan de afwezigheid van klachten: ook het vermogen om leeftijdsadequaate te functioneren verdient expliciete aandacht. Het parallel meten van klachten én functioneren lijkt dan ook essentieel te zijn om jongeren goed te kunnen ondersteunen in hun ontwikkeling en op hun weg naar herstel. Aanvullend onderzoek – bijvoorbeeld middels latente klassenanalyse – is aanbevolen om individuele verschillen in hoe de constructen binnen de persoon samenhangen verder in kaart te brengen. In de diagnostiek kunnen dergelijke inzichten aanknopingspunten bieden voor hoe jongeren omgaan met klachten en welke beschermende, compenseerende of juist risicofactoren in de ontwikkeling aanwezig zijn. In behandeling kan het richting geven aan doelen die verder gaan dan symptoomreductie, zoals het versterken van competenties of participatie. Op beleidsniveau maakt het een bredere en meer ontwikkelingsgerichte kijk op mentale gezondheid mogelijk – niet alleen in termen van stoornissen, maar ook in termen van kansen en veerkracht.

Een ontwikkelingsgericht functioneringsperspectief – zoals gemeten met de OML – sluit aan bij deze bredere visie en bouwt voort op een lange ontwikkelingspsychologische traditie. Al decennialang is bekend dat functies zoals autonomie, relatievorming en participatie geen statische gedragingen zijn, maar mijlpalen binnen een leeftijds- en contextgebonden ontwikkeling (Baltes, 1987; Erikson, 1963). De OML vertaalt deze inzichten

naar een concreet, toepasbaar instrument voor jongeren van circa 14 tot 24 jaar. Daarmee vult het een leemte in het bestaande instrumentarium, waarin veel vragenlijsten gericht zijn op volwassenen, of zich beperken tot één ontwikkelingstaak, en onvoldoende oog hebben voor de veranderende betekenis van functioneren tijdens adolescentie en jongvolwassenheid (Spanjaard & Slot, 2015). Ondanks zijn beknoptheid (21 items) biedt de OML een brede dekking van leeftijdsadequaat functioneren over drie domeinen: persoonlijk, sociaal en school/professioneel. Deze domeinen meten deels unieke, maar samenhangende aspecten van functioneren. Dat is klinisch relevant, omdat jongeren sterk uiteenlopende hulpvragen en ontwikkelingsniveaus hebben. Een jongere kan bijvoorbeeld sociaal goed functioneren, maar vastlopen op school – of andersom. Door deze verschillende domeinen systematisch te meten, maakt de OML gepersonaliseerde zorg mogelijk, waarbij hersteldoelen afgestemd worden op de individuele ontwikkelingsfase en context. Onze resultaten illustreren dit: jongeren verschillen in de mate waarin klachten en functioneren samenhangen. Dit bevestigt het belang van een dubbele focus binnen de ggz. Zo kan sneller duidelijk worden of een jongere baat heeft bij klachtgerichte interventies of juist bij ondersteuning van ontwikkelingsdoelen. Bovendien sluit deze benadering aan bij de beleving van jongeren zelf, die mentaal welzijn vaak definiëren aan de hand van hun dagelijks functioneren (Rayner et al., 2018).

Voor toekomstig onderzoek is het van belang om de psychometrische eigenschappen van de OML verder te toetsen in diverse (populatie)cohorten. Daarbij is vooral aandacht nodig voor de (divergente) validiteit van het instrument: in hoeverre meten de OML-schalen unieke aspecten van functioneren, en in hoeverre is er overlap met klachten- of symptoomvragenlijsten? Longitudinaal onderzoek kan bovendien meer zicht geven op de voorspellende waarde van leeftijdsadequaat functioneren voor latere uitkomsten op het gebied van mentale gezondheid, opleiding, werk of sociale relaties. Tot slot is het waardevol om te onderzoeken hoe jongeren uit verschillende culturele of sociaal-economische achtergronden functioneren binnen deze ontwikkelingsdomeinen, en of aanpassing van normgroepen of interpretatie-indicatoren wenselijk is. Dit maakt het ook mogelijk om de scores in de huidige klinische populatie – zoals de gemiddelde scores en de hogere score op het sociale domain ten opzichte van de andere twee domeinen – beter te interpreteren.

Samenvattend ondersteunt deze studie het idee dat leeftijdsadequaat functioneren een betekenisvolle aanvulling is bij het monitoren van mentale gezondheid. Door niet alleen te focussen op symptoomreductie, maar ook op het (weer) oppakken van ontwikkelingstaken, ontstaat ruimte voor een zorgpraktijk die beter aansluit bij de leefwereld van jongeren. De OML biedt hiervoor een compact, theoretisch onderbouwd en praktisch inzetbaar instrument, dat behandelaren helpt bij het monitoren, evalueren en personaliseren van herstelgerichte zorg. Daarmee draagt het bij aan een genuanceerd, menselijk en toekomstgericht perspectief op de mentale gezondheid van jongeren.

Dankwoord

Onze dank gaat uit naar alle APOLO jongeren, hun ouders, betrokken behandelaren en alle anderen die dit onderzoek mogelijk maken. Een speciale dankbetuiging gaat uit naar Anne Ketelaars voor haar rol in de aanloop naar dit artikel.

Noten

- 1 In de eerste fase van APOLO gebruikten we een kortere versie van de OML, met 13 items. Voor deze versie was de interne betrouwbaarheid vergelijkbaar met die van de 21-item versie (resp. $\alpha = .63, .68, .60$ en voor de totaal schaal $.77$).

Literatuur

- Arslan, I., Distelbrink, M., Yassine, D. (2024). Mentale gezondheid van jongeren en studenten in Nederland. Een overzicht van trends en verklarende factoren. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.
- Beckers, T., Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., & anderen. (2022). Measuring personal recovery in a low-intensity community mental healthcare setting: Validation of the Dutch version of the Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC). *BMC Psychiatry*, 22, 38. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03610-w>
- Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York, NY: Norton.
- van Est-Bitincka, L.A., Schuringa, H.D., van der Heijden, P.T., van Aken, M.A., & Laceulle, O.M. (2023). Youth's Social Environments: Associations with Mental Problems and Achievement of Developmental Milestones in Times of Crises. *Adolescents*, 3(2), 366–381.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A.R., et al. (2011). How should we define health? *The BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hutteman, R., Hennecke, M., Orth, U., et al. (2014). Developmental tasks as a framework to study personality development in adulthood and old age. *European Journal of Personality*, 28(3), 267–278. <https://doi.org/10.1002/per.1951>
- Iannattone, S., Schuringa, H.D., Alea, A., Koster, N., van Aken, M.A., Hessels, C.J., van der Heijden, P.T., & Laceulle, O.M. (2024). Unravelling the longitudinal relations between developmental milestones, general psychopathology, and personality functioning in a youth clinical sample. *Journal of youth and adolescence*, 53(8), 1887–1902.
- Keyes, C.L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539
- Koster, N., Lusin, I., Van der Heijden, P.T., Laceulle, O.M., & Van Aken, M.A. (2022). Understanding

- personality pathology in a clinical sample of youth: Study protocol for the longitudinal research project 'APOLO'. *BMJ Open*, 12(6), e054485. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054485>
- Leidy, N.K., & Darling-Fisher, C.S. (1995). Reliability and validity of the Modified Erikson Psychosocial Stage Inventory in diverse samples. *Western Journal of Nursing Research*, 17(2), 168–187.
- Marcia, J., & Josselson, R. (2013). Eriksonian personality research and its implications for psychotherapy. *Journal of Personality*, 81(6), 617–629.
- Os van, J., Guloksuz, S., Vijn, T.W., Hafkenscheid, A., & Delespaul, P. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: Time for change? *World Psychiatry*, 18(1), 88–96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>
- Rayner, S., Thielking, M., & Lough, R. (2018). A new paradigm of youth recovery: Implications for youth mental health service provision. *Australian Journal of Psychology*, 70(4), 330–340. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12206>
- Spanjaard, H.J.M., & Slot, N.W. (2015). Tijden veranderen, ontwikkelingstaken ook: Een 'update' van het competentiemodel. *Kind en Adolescent Praktijk*, 14(3), 14–21.
- Waters, E., & Sroufe, L.A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3(1), 79–97. [https://doi.org/10.1016/0273-2297\(83\)90010-2](https://doi.org/10.1016/0273-2297(83)90010-2)
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66(5), 297–333. <https://doi.org/10.1037/h0040934>
- World Health Organisation. Health & well-being. Gedownload op 14 mei, 2025.