

92465
16/18208
1

Psychodiagnostisch onderzoek

Naam	VAN DER AA	Geboortedatum	25-10-1976
Voornaam	STEPHANE	Startdatum	19-07-2016
Schoolse opleiding	bachelor	Leeftijd	39
Onderzoeker		Supervisor	Adinda Houben klinisch psycholoog
Setting onderzoek	Residentieel		
Afdeling / Team	St. Lodewijk		

Onderzoeksspecificiteit

DIFFERENTIAAL DIAGNOSTIEK

- Intelligentie
- Symptomatologie
- Neuropsychologie
- Persoonlijkheid
- Ontwikkelingskwetsbaarheid
- Therapeutische Indicatie

SUPPLEMENTAIRE SCREENING

- Intelligentie
- Symptomatologie
- Neuropsychologie
- Persoonlijkheid
- Ontwikkelingskwetsbaarheid
- Therapeutische Indicatie

Afgenumen testen: Volwassenen

	AAA	Adult Asperger Assessment
	AAQ-II	Acceptance and Action Questionnaire-II
	AAQoL	Adult ADHD Quality of Life
	AASP	Adolescent Adult Sensory Profile
	AAT	Akense Afasie Test
	ACE-R	Addenbrooke Cognitive Examination Revised
	ADP-IV	Assessment van DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen
	ADSA	Attention Deficit Scales for Adults
	AGI	Autobiografisch Geheugen Interview
	AQ	Autism Spectrum Quotient
x	ASRS	ADHD Self-Report Scale
	BADS	Behavioural Assessment of te Dysexecutive Syndrom
	BDI-II	Beck Depression Inventory-II
	BIP	Background Interference Procedure
	BMVGT	Bender Motor Visual Gestalt Test
	BNT	Boston Naming Test
	BPAV	Buss & Perry Agressie Vragenlijst
x	BRIEF	Behaviour Rating Inventory of Executive Function
	BROWN	Brown ADD schalen voor adolescenten en volwassenen
	BSRT	Buschke Selective Reminding Test
	BTRV	Benton (Test de Rétention Visuelle)
	BW	Bourdon Wiersma dot cancellation test
	CAARMS	Comprehensive Assessment of At Risk Mental States
	CAPE	Community Assessment of Psychic Experiences
	CDS	Calgary Depressie Schaal
	CDT	Clock Drawing Task
	CERQ	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
	CFR	Complexe Figuur van Rey
	COTESS	Cognitieve Testbatterij voor Senioren
	COWAT	Controlled Word Association Test
x	CPT-II	Continuous Performance Test II
	CST	Concept Shifting Test
	CWIT	Color Word Interference Test D-Kefs
	d2	d2 Test of Attention
	DACOBS	Davos Assessment van Cognitieve Biases Schaal
x	DAPP-BQ	Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire
	DES	Dissociative Experience Scale
	DII	Dickman's Impulsivity Inventory
	DISCO	Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders
	DIS-Q	Dissociation Questionnaire
	DIVA	Diagnostisch Interview voor ADHD bij Volwassenen
	DSQ-40	Defense Style Questionnaire
	DST	Dewey's Story Test
	EQ	Empathy Quotient
	FAB	Frontal Assessment Battery
	FFT	Figuur Fluency Test
	FID	Familie-in-Dieren
	FPRT	Faux Pas Recognition Test
	GDS	Geriatrische Depressieschaal
	HAP	Hetero-Anamnestische Persoonlijkheidsvragenlijst
	HSRS	(Hypo)mania Self-Rating-Scale Revised
	HVL	Hulpvragenlijst
	IBD	Individuele Behandelingsdoelen
	KAIT	Kaufman Adolescent and Adult Intelligence Test
	k-SADS	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (sectie ADHD)
	K-SNAP	Kaufman Short Neuropsychological Assessment procedure

	LCMBS	Life Chart Methode voor Bipolaire Stoornissen
	LDT	Lijnendeeltest
	LLT	Location Learning Test
	MAP	Multimodale Anamnese Psychotherapie
	MDQ	Mood Disorder Questionnaire
x	MLAD	Mijn Leven Als Dier
	MMPI-2	Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2
	MMSE	Mini-Mental State Examination
	MOCA	Montreal Cognitive Assessment
	NLV	Nederlandse Leestest voor Volwassenen
	NNS	Nederlandse Narcisme Schaal
	PB	Pegboard
	PID-5	Personality Inventory for DSM-5
	PPI	Psychopathic Personality Inventory
	PPT	Pyramid and Palm Tree Test
	PQ	Prodromal Questionnaire
	PX	Praxis
	Q-IDS	Quick Inventory of Depressive Symptomatology
	RAVLT	Rey Auditory Verbal Learning Test
	RBMT	Rivermead Behavioural Memory Test
	RFIT	Rey Fifteen Item Memory-Test
	RO	Rimland Ontwikkelingsvragenlijst
	ROR	Rorschach
	RVDLT	Rey Visual Design Learning Test
	SCID-I	Structured Interview for DSM-IV
x	SCL-90	Symptom Checklist-90 Items
	SCOPA-COG	Scales for Outcome in Parkinson's disease-COG
	SCT	Star Cancellation Test
	SDQ-20	Somatoform Dissociation Questionnaire
	SRS	Social Responsiveness Scale
	SUBST	Substitutietaak
	TAT	Thematic Apperception Test
	TEA	The Test of Everyday Attention
	TMT	Trailmaking Test D-Kefs
	TOL-DX	Tower of London DX
	TT	Tower Test D-Kefs
	UCL	Utrechtse Coping Lijst
	VAT	Visuele Associatie Test
	VBE	Vragenlijst Belastende Ervaringen
	VPOR	Visuele Perceptie van Object en Ruimte
	VPT	Visual Patterns Test
	WAIS-IV-NL	Wechsler Adult Intelligence Scale
	WCST	Wisconsin Card Sorting Test
	WFT	Woord-Fluency Test
	WMSR-DS	Wechsler Memory Scale Revised - Digit Span
	WMSR-VMS	Wechsler Memory Scale Revised - Visual Memory Span
	YSQ	Young-Schema Questionnaire
	ZALC	Zinnenaanvullijst Curium
	ZI	Zinnen Invullen
	ZVAH	Zelfrapportage Vragenlijst over Aandachtsproblemen en Hyperactiviteit

Aanmelding

Patiënt, een man van 39 jaar, wordt op 27/05/2016 opgenomen op de open opname afdeling Sint-Lodewijk van het UPC te Kortenberg.

Op 13/05/2016 meldde hij zich reeds aan op de spoeddienst voor psychiatrie, met vraag naar opname, naar eigen zeggen op doorverwijzing van zijn ambulante therapeut, doch zonder acuut psychiatrisch toestandsbeeld. Vanuit de spoeddienst verwees men hem naar zijn ambulante netwerk om van daaruit de procedure tot langdurige opname op te starten.

Op 24/05/2016 meldt patiënt zich aan op de vrije raadpleging van het UPC te Kortenberg, met een doorverwijzing door ASO psychiatrie dr. Laura de Caluwé, De Spiegel, Asse, met vraag voor langdurige opname op een behandelafdeling voor depressie. Er is een vraag naar psychodiagnostiek om wille van symptomen van ASS en ADHD. Vanuit de vrije raadpleging doet men het voorstel tot opname en psychodiagnostiek op Sint-Lodewijk.

Observatie

Stephane heeft een verzorgd uiterlijk, is steeds op tijd aanwezig op afspraken, is vriendelijk, beleefd en uitermate correct in contact en werkt vlot mee aan het onderzoek. Hij antwoordt open op alle vragen en brengt regelmatig spontaan bedenkingen betreffende de gedachten en visies van anderen. Hij maakt op een normale manier oogcontact en er zijn motorisch geen onrust, vertraggheid of tics te bemerken. Hij wordt ook niet opvallend afgeleid door geluiden uit de omgeving en lijkt algemeen over een goede concentratie te beschikken.

In eerste therapeutische contacten viel wel op dat Stephane erg bezig was met hoe hij op mij overkwam, wat ik over hem dacht, iets wat hij maar moeilijk kon lossen en niet met mij, maar wel met zijn verantwoordelijk verpleegkundige besprak. Hij besprak eveneens met haar dat het contact met mij vlotter verliep, naarmate hij mij beter leerde kennen door het veelvuldigere contact tijdens het psychodiagnostisch onderzoek. In rechtstreeks contact met mij bracht hij hier echter niets van, maar was zoals aangegeven, steeds uitermate correct en beleefd.

Toestandsbeeld

Bij bevraging van het toestandsbeeld door middel van de SCL-90 op 19/07/2016, schrijft Stephane zichzelf, ondanks de reeds twee maande durende opname, zodanig hoge scores toe dat hij nog steeds gemiddeld scoort in vergelijking met een mannelijke psychiatrische populatie. In vergelijking met een normale populatie mannen scoort hij zeer hoog op de schalen depressie ($Zx=4.81$), slaapproblemen ($Zx= 4.33$) en wantrouwen/interpersoonlijke sensitiviteit ($Zx = 3.44$), en verhoogd op insufficiëntie denken/handelen ($Zx= 1.91$). Hij beschrijft met andere woorden een eerder chronisch depressief beeld, dat reeds jaren aanwezig zou zijn, en waarbij hij weinig hoop heeft dat de dingen positief voor hem zullen uitdraaien. Ook het wantrouwen lijkt eerder een persoonlijkheidstrekk, dan een momentaan toestandsbeeld (zie verder).

Relevante elementen uit de voorgeschiedenis

Anamnestisch vertelt Stephane dat hij doorheen heel het lager onderwijs weinig vrienden had en **gepest werd**. Hij kon naar eigen zeggen moeilijk vrienden maken en was liever alleen bezig, doch het is onduidelijk of

dit oorzaak, dan wel gevolg is van het pestgedrag. Zo beschrijft hij dat hij bv ook niet graag naar de scouts ging, maar ook daar, zij het in mindere mate, werd gepest. Hij vertelt hierbij wel dat hij gedrag van anderen eerder analyseerde, nadacht over waarom anderen dingen deden en overweldigd werd door de vele impulsen wanneer er meer dan 1 andere persoon aanwezig was.

Ook het **leren verliep moeizaam**, maar hierbij geeft hij aan: "het interesseerde mij ook allemaal niet". Hij kreeg studiebegeleiding en het kostte hem naar eigen zeggen veel moeite om mee te zijn met de rest, doch **hij denkt dat dit voornamelijk te wijten was aan een motivatie-, eerder dan aan een concentratieprobleem**. Desgevraagd vertelt hij wel dat hij snel afgeleid kon zijn en een hyperfocus had, maar de voorbeelden die hij hierbij geeft lijken zeker niet uitgesproken en ook in de rapporten die hij voorlegt (1^e en 6^e leerjaar) wordt er door de leerkraft geen melding gemaakt van concentratieproblemen. De leerkraft van het 1^e leerjaar schrijft wel dat hij constante begeleiding nodig had. Ook naar hyperactiviteit brengt hij geen symptomen, hij beschrijft zich ook niet als de clown van de klas, maar eerder als een achtergrondfiguur.

Hij vertelt verder hoe hij **op jonge leeftijd reeds hunkerde naar affectie en bewondering, maar deze niet vond**. **Hij lijkt dus zeker niet onverschillig voor de mening van anderen en meldt ook geen echt gebrek aan sociale motivatie.** (AMZ)

Over zijn thuismilieu vertelt hij dat zijn ouders een zaak uitbaatten op de zeedijk in Oostende en daardoor alle weekends en 7/7 dagen in de vakantie aan het werk waren. Hij werd naar eigen zeggen dan ook **grotendeels opgevoed door zijn grootmoeder**. Hij vertelt dat hij met haar een hechtere band had dan met zijn eigen ouders, doch dat het ook geen echte ouderrelatie betrof. Hij werd er naar eigen zeggen 'rotverwend' en **kreeg er wel de affectie en bewondering die hij zocht, maar bij zijn ouders niet vond**.

Over zijn ouders vertelt hij dat ze er wel voor zorgden dat hij en zijn broer materieel niets te kort kwamen, maar er veelal niet waren, of op de momenten dat ze er wel waren overcompenseerden door allerlei daguitstappen en dergelijke te organiseren. Hij benoemt dat hij echter een '**normale gezinssituatie**' mistte. Waar zijn grootmoeder volgens patiënt niet strafte, deden zijn ouders dit wel, doch verhaalt patiënt dat hij vaak niet begreep waarom hij precies gestraft werd. Ook op andere vlakken **voelde hij zich erg vaak onbegrepen**. Hij verhaalt dat hij van 8 tot 12 jarige leeftijd allerlei dingen in vraag stelde zoals waarom hij naar school moest of dingen moest doen die hij niet leuk vond, maar enkel te horen kreeg "omdat het moet". Hij over reageerde naar eigen zeggen hierop met **huil- en woedebuien, doch ook hier veelal vanuit het gevoel zelf niet begrepen en gehoord te worden, en niet vanuit het niet kunnen omgaan met de context**.

Dit gevoel onbegrepen te zijn verergerde enkel maar in het middelbaar onderwijs, toen hij omwille van moeilijk lopende 1^e twee jaren, op internaat werd gestuurd. Ook daar werd hij echter gepest, zijn motivatie bleef dalen en hij ontving in het tweede jaar een B-attest, met het advies van het PMS om BSO te doen. Het lijkt dat hij hierbij nog steeds het gevoel heeft dat hij toen mis begrepen en te kort gedaan werd. Als compromis ving hij het 3^e jaar aan in het TSO, richting elektriciteit met de bedoeling later informatica te kunnen gaan studeren. In deze nieuwe school werd hij echter **nog zwaarder gepest, zelfs fysiek in elkaar geslagen**, en zat hij ook op het internaat samen met de pestkoppen. Het lijkt dat dit **pestgedrag door niemand echt werd opgemerkt of aangepakt**. Stephane denkt niet dat zijn ouders op de hoogte waren en de begeleiders van het internaat zouden na een gevecht wel met hem naar de dokter zijn gegaan omwille van zijn verwondingen, maar zouden dit als een 'normaal gevecht' eerder dan als zwaar pestgedrag geklasseerd hebben.

Over heel dit verloop vertelt Stephane dat hij eigenlijk niet op internaat wou, zich erg in de steek gelaten voelde door zijn ouders (zijn broer zat niet op internaat) en ook erg lang boos is geweest op hen hierover.

Vanaf het 4^e middelbaar wisselde hij nogmaals van school, waarbij het veel beter liep, hij meer aanvaard werd, vrienden had en ook het studeren veel vlotter verliep. Desgevraagd wijt hij dit verschil aan een andere

school, met een ander soort mensen en plaatst hij de oorzaak van de eerdere problemen dus in de context en omgeving, eerder dan dat ze zouden zijn voortgekomen vanuit een onvermogen bij zichzelf.

Algemeen vertelt Stephane dat hij zijn gehele jeugd sterk het gevoel had dat niemand hem begreep, begreep wat hij wel wou.

Persoonlijkheid en coping

Mogelijk ten gevolge van de hierboven beschreven leergeschiedenis, waarin Stephane zwaar gepest werd en zich nooit echt begrepen voelde, scoort hij in vergelijking met een normale populatie mannen erg hoog ($Zx=2.13$) op **geslotenheid**. Zelfs in vergelijking met een klinische populatie met ($Zx=1.14$) en zonder ($Zx=1.75$) een persoonlijkheidsstoornis blijft hij verhoogd scoren. Hij geeft met andere woorden aan dat hij maar weinig zijn gevoelens toont en kan hierdoor met momenten overkomen als kil en emotieloos. Hij vertelt dat hij vaak tracht zijn gevoelens te onderdrukken uit angst voor afwijzing, maar op andere momenten zijn gevoelens net impulsief en extreem kan uiten, waarbij deze te hard overkomen naar anderen, met effectieve afwijzing tot gevolg. **Onderliggend** ervaart hij naar eigen zeggen dan ook **wel intensieve, sterk reactieve emoties¹** en kan hij net heel veel emoties ervaren zonder dat deze voor hem duidelijk gedifferentieerd zijn. Hij beschrijft dit als **chaotische en verwarde gedachten op momenten van stress, waar hij probeert middels rationeel redeneren mee om te gaan**. Het lijkt hierbij niet zo dat Stephane de sociale wereld waar hij zich in begeeft niet begrijpt, maar wel dat **hij geen duidelijk zicht heeft op zijn eigen ervaringen, gevoelens en gedachten** of deze net erg in twijfel gaat trekken. Op andere momenten, en met name voor opname, trachtte hij zijn chaotische gedachten het zwijgen op te leggen middels het gebruik van cocaïne.

Hij geeft verder dan ook aan dat **hij geen duidelijk besef van de eigen identiteit heeft**. Naar eigen zeggen past hij zich constant aan anderen aan, en probeert zich voor te doen zoals hij denkt dat anderen willen. Hij giet dit passend in de metafoor van een ui, met vele lagen en schillen, maar waarvan hij niet weet wat de kern uitmaakt. Over het vage ik-gevoel dat hij wel heeft, heeft hij naar eigen zeggen veel bevestiging nodig van anderen, zo niet spelen de twijfels over zichzelf weer erg op. Hij verhaalt hoe hij **met dit gebrek aan identiteit omgaat door carrière doelen te stellen waar hij volledig voor gaat en zichzelf in verliest**. Wanneer hij deze doelen niet bereikt, of deze door omstandigheden bemoeilijkt worden, keren gevoelens van leegte en vragen over wie hij nu eigenlijk is in alle hevigheid terug. Hij scoort, gegeven zijn hang naar successen in zijn carrière dan ook **licht verhoogd op de schaal narcisme, doch deze verhoging lijkt eerder het gevolg van het gebrek aan een duidelijke identiteit die hij op deze manier tracht in te vullen, eerder dan dat er echt sprake is van een stabiel, verhoogd zelfbeeld**.

De sterk verhoogde score op de schaal zelfbeschadiging relateert aan de eerder aangegeven coping mechanismen, met name: enerzijds het gebruik van drugs, gelinkt aan de emotionele distress, dysforie en de hevige emoties die hij ervaart, en anderzijds een chronisch aanwezige suïcidale ideatie ten gevolge van de steeds terugkerende gevoelens van leegte.

¹ Z-scores DAPP-BQ

	Normgroep:	niet-klinische mannen	Ptn zonder PD	Ptn met PD
Affectieve labilitet		1.71	0.64	-0.28
Cognitieve vervorming		1.26	0.80	-0.14
Identiteitsproblemen		2.21	1.25	0.45
Zelfbeschadiging		3.66	1.66	0.21
Narcisme		1.60	1.40	0.96
Sociale vermijding		2.83	2.11	1.33

Enigszins samenhangend met de geslotenheid, scoort hij ook **sterk verhoogd op de schaal sociale vermijding**. Hij verhaalt dat hij de neiging heeft de meeste vormen van sociaal contact en sociale interactie te vermijden en afstand houdt in interpersoonlijke relaties. Hij voelt zich ongemakkelijk in het sociale verkeer omdat hij niet goed weet welk gedrag hij moet vertonen, **voornamelijk uit angst om gekwetst, vernederd of in verlegenheid gebracht te worden**. Ook hier vertelt Stephane in navraag niet zozeer over het niet begrijpen van sociale interacties, maar vooral over een gevoelheid voor het oordeel van anderen, van waaruit hij een eerder afwachtende houding aanneemt.

Hij scoort opvallend niet verhoogd op de schalen achterdochtigheid, intimiteitsproblemen en onveilige hechting. Het is dus niet zo dat hij denkt dat anderen het echt slecht met hem voor hebben of hem kwaad willen berokken en hij stelt ook in staat te zijn intieme relaties met anderen aan te gaan, hier ook naar te verlangen en niet overdreven angstig te zijn dat anderen hem zullen verlaten.

In huidig onderzoek vinden we dus geen elementen die een autisme spectrum stoornis doen vermoeden. Stephane begrijpt het sociale verkeer, maar vermijdt dit eerder uit een angst dat anderen slecht over hem zouden denken. Hij heeft ook geen moeite met het lezen van non-verbaal gedrag, maar is net erg gespitst op alle signalen die zouden kunnen wijzen op een mogelijke afwijzing. Zo vertelt hij onder andere oogcontact te vermijden, niet vanuit een onvermogen, maar vanuit de vrees dat hij allerlei tekenen van afwijzing in de ogen van de andere zou kunnen lezen. Hij verwijst in gesprek ook vaak spontaan en correct naar de mogelijke gedachten en beleving van anderen rondom hem.

Veeleer vinden we aanwijzingen voor een bemoeilijkte persoonlijkheidsontwikkeling. Stephane vertelt over een jeugd waarin hij zich erg weinig gewaardeerd en geliefd wist door anderen, zowel in zijn gezin als in sociale contacten op school. Hij had constant het gevoel niet of mis begrepen te worden en voelde zich zowel door leeftijdsgenoten, als door zijn ouders erg afgewezen (pestgedrag en internaat).

Thematisch sluit hij voornamelijk aan bij de vermijdende persoonlijkheidsstoornis, zoals eerder aangeven echter zonder dat er sprake is van een uitgesproken achterdocht, maar wel met persoonlijkheidstrekkens als sociale vermijding, geslotenheid en identiteitsproblemen.

Persisterend / Identiteitsproblemen
Wat betreft de persoonlijkheidsorganisatie situeert hij zich in DSM-V terminologie op een 'moderate level of impairment'. Zijn identiteitsgevoel is immers erg afhankelijk van anderen en zijn doelen staan in functie staan van het verkrijgen van bevestiging, of zijn een middel om niet te veel stil te hoeven staan bij zijn eigen interne leefwereld, waar hij maar moeizaam vat op krijgt. Hij is dan ook erg gericht op de ervaringen van anderen, maar enkel vanuit de relevantie die dit heeft voor hemzelf. Hij is dan ook in staat relaties met anderen aan te gaan maar contacten blijven vaak gericht op wat hij nodig heeft van de ander in termen van bevestiging en affectie.

Affetieve labilitet (ondersteboven)
Wanneer we hem vragen zijn leven op wensniveau, in de hoedanigheid van een dier te omschrijven, kiest hij voor een leven als bever. Cruciaal hierin is voor hem het samen met anderen bouwen aan een gemeenschappelijk project, waardoor er een groot gevoel van samenhorigheid en harmonie is. Daarnaast verwijst hij ook naar het belang van een gezin en kinderen aan wie hij dingen kan doorgeven. Betreffende dit laatste vermeldt hij kort dat hij ook wel een kinderwens heeft, maar hier bewust niet te veel over nadenkt omdat hij weet dat dit, gezien zijn persoonlijke situatie, niet tot de mogelijkheden behoort.

Ook een nood aan controle en het verwezenlijken van iets komen aan bod.

ADHD

Op vraag van Stephane en zijn doorverwijzer werd er ook gescreend naar ADHD, doch uit deze screening kwamen onvoldoende elementen naar voor die deze hypothese bevestigen en een uitgebreider ADHD onderzoek rechtvaardigen.

Op de ASRS, een screeningslijst naar de kenmerken van ADHD, stelt Stephane wel zich in meer dan voldoende kenmerken te herkennen, doch bij navraag bleven de voorbeelden die hij aangaf eerder vaag en zeker niet typisch voor ADHD. Bovendien stelt hij dat hij meer last heeft van zijn concentratie de laatste jaren, samenhangend met een meer depressief toestandsbeeld. In de jeugd ervoer hij zoals eerder aangegeven heel wat schoolse problemen, doch vermeldt hij ook telkens een uitgesproken probleem met schoolse motivatie, waardoor de onaandachtigheid die hij beschrijft, zeker niet enkel door een aandachtsprobleem lijkt verklaard te worden.

Op de ADSA, een vragenlijst die naast problemen met aandacht ook sociale en emotionele problemen mee in rekening brengt, scoort hij hoog op de schaal aandacht/focus-concentratie ($T=76$), wat evidentie geeft voor een ernstig aandacht deficit dat in overeenstemming is met ADHD. Opvallend is echter dat hij niet sterk verhoogd scoort op de schalen coördinatie, desorganisatie van gedrag, schoolse problemen, problemen in de kindertijd of het volhouden van gedrag op lange termijn.

Hij scoort opvallend wel sterk verhoogd op de schalen interpersoonlijk, emotief en negatief/sociaal, wat eerder een persoonlijkheidsprobleem dan een echt aandachtsprobleem doet vermoeden.

De boven gemiddelde totale score ($T=69$), die kan wijzen op een ADHD problematiek, wordt dus veeleer verklaard door allerlei interpersoonlijke en emotionele factoren, eerder dan vanuit de schalen die zuiver verwijzen naar problemen met aandacht, concentratie en executieve functies.

Een gelijkaardig beeld vinden we in de bevraging van beiden ouders door middel van de BRIEF. Beiden komen sterk overeen in hun antwoorden en melden geen problemen in de metacognitieve index, maar wel binnen de index gedragsregulatie. Zo zou Stephane moeite hebben om zich naargelang de omstandigheden soepel te verplaatsen van de ene situatie, activiteit of kwestie naar de andere, zowel in gedragsmatige als in cognitieve zin en moeite hebben met het flexibel oplossen van problemen². Verder wijzen beiden vooral op problemen in de emotieregulatie³ (emotionele labilitéit of explosiviteit) en gedragsregulatie⁴. Dit laatste omvat adequate inhibitie van gedachten en daden, flexibiliteit in het oplossen van problemen, modulatie van emotionele reacties en controle van eigen daden. Ook hier lijkt dus weer eerder evidentie voor een persoonlijkheidsproblematiek, met een bemoeilijkte emotieregulatie, dan voor een zuiver aandachtsprobleem.

Op een aandachtstaak (CPT II) vinden we tot slot eveneens geen sluitende evidentie voor ADHD. Hoewel uit de confidence index blijkt dat er 60.70 procent kans is dat er bij de patiënt sprake is van een significant aandachtsprobleem, zijn er bij de aparte scores slechts twee scores boven een t-score van 60 [$T(\text{Hit reaction time})=65.18$ en $T(\text{hit reaction time std. Error})=60.65$]. De gemiddelde reactietijd van de patiënt is dus zeer laag en zijn reactietijden zijn meer variabel en inconsistent dan gemiddeld (mild atypisch, $T=60.65$; $Pc=87.76$).

Mogelijk kan deze trage reactietijd echter ook verklaard worden vanuit het erg goed willen afleggen van de

² 'Flexibiliteit': $T(\text{vader})=73$, $T(\text{moeder})=69$

³ 'Emotieregulatie': $T(\text{vader})=69$, $T(\text{moeder})=67$

⁴ 'Gedragsregulatie': $T(\text{vader})=65$, $T(\text{moeder})=66$

(perfekte) test en nauwkeurigheid verkiezen boven snelheid. Stephane mist namelijk ook geen enkele doelstimulus, perseverert niet en reageert ook niet meer dan gemiddeld op stimuli waar hij niet moet op reageren. Zijn prestatie lijkt dus niet beter verklaard te worden vanuit een aandachtsprobleem dan vanuit het verkiezen van nauwkeurigheid boven snelheid.

Therapeutisch advies

Besluitend vinden we dus voornamelijk evidentie voor een persoonlijkheidsproblematiek en onvoldoende evidentie voor een ontwikkelingsproblematiek zoals ASS of ADHD.

Stephane lijkt dan ook baat te hebben bij een therapeutisch traject dat hem helpt zijn eigen gedachten, emoties en ervaringen te begrijpen en waarin men samen met hem op zoek gaat naar zijn eigen wensen, doelen en verlangens. Het verminderen van de gevoelens van leegte, verwarring en emotionele distress zouden immers zijn nood aan suïcidale gedachten en het gebruik van drugs kunnen verminderen.

Thematisch speelt het gevoel niet begrepen of gehoord te worden en zijn angst voor afwijzing een erg grote rol. In tweede instantie kan ook dit deel gemaakt worden van de behandeling.

De behandeling kan in eerste instantie dus best niet te directief of thematisch zijn, aangezien dit zijn verwarring enkel maar versterkt (vertelt zelf dat hij naar aanleiding van meer schemagerichte therapie nu vaak denkt: 'denk ik wel juist?', 'doe ik het niet verkeerd?'), maar best zoveel mogelijk aansluiten bij de beleving van Stephane zelf (een mentaliserende of cliëntgerichte benadering).

Daarnaast heeft Stephane nu heel wat verschillende hulpverleners die eerder los van elkaar werken (begeleiding bij de Spiegel rond druggebruik, individuele therapie, relatietherapie, vraag naar familietherapie,...) wat de verwarring mogelijk enkel in de hand werkt. Stephane zou baat hebben bij een team dat samenwerkt en werkt naar integratie, eerder dan versnippering van de verschillende delen.

DISCLAIMER BIJ AANVRAAG TOT AFSCHRIFT

Geachte,

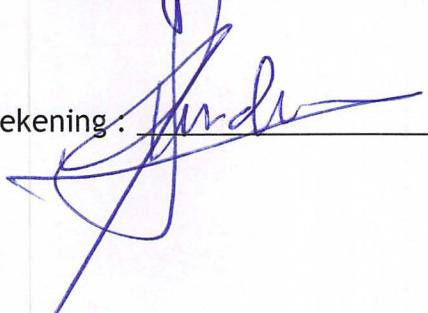
Op uw persoonlijke en expliciete vraag ontvangt u, na mondelinge toelichting ervan, een afschrift van de bevindingen uit het psychodiagnostisch onderzoek.

We houden eraan u te melden dat deze gegevens strikt persoonlijk en vertrouwelijk zijn, ze mogen niet door derden aan u worden gevraagd. Hun geldigheid beperkt zich tot de hulpverleningscontext binnen dewelke zij werden verzameld.

Medische dossiers en verslagen worden geschreven door beroepsbeoefenaars voor beroepsbeoefenaars. Dit impliceert dat hierin vaak een medische taal wordt gebruikt die voor niet-beroepsbeoefenaars niet altijd even verstaanbaar of duidelijk is. Om misverstanden bij het lezen te voorkomen mag u te allen tijde opnieuw contact opnemen ter verdere toelichting.

Ondergetekende

Naam : Stephan van der A Geboortedatum : 25 / 10 / 1976

Handtekening :  Datum : 22 / 08 / 2016

Temperament / Bild

Hierarch. von Emotionen



Angering

- Anders weinig aam

Weeseling, toegrip



- gepesd

Schemata

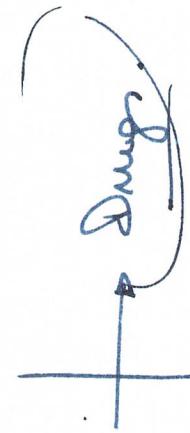
- "onbegrenzen velen", "begrijpen niet"
- angst is afwijzing, neg reacties

Nur wen heel veel emoties

affektive Labilität

→ onduidelijke emoties

- ① Sneller o.v. emotie
- ② Hiertheid



Druug.

→ verwende, chaotische gedachten op momenten verschillen.

- als wie goed weten wie ik ben, doelen, ... → leegte
- berediging → a vragen
- Diversiteit per Schonian
- Si

6.2. Rapportage van informant en geobserveerde veranderingen in motorisch functioneren

Gedesorganiseerde bewegingen:

- Merkt u een verandering in de manier waarop de persoon zich beweegt, bijvoorbeeld onhandig, gebrek aan coördinatie, moeite met het organiseren van activiteiten of bewegingen, of verlies van spontane bewegingen?
- Hebt u het idee dat de persoon in het uitvoeren van bepaalde bewegingen afgeleid worden door andere dingen?
- Kost het de persoon meer moeite of energie om bepaalde bewegingen uit te voeren?

Maniërismen, poses:

- Heeft de persoon nieuwe bewegingen of poses (ontwikkelt een nerveuze gewoonte, of karakteristieke manier om iets te doen, anderen na te doen, of bepaalde poses aan te nemen)? Wat is zijn/haar verklaring hiervoor?

Geobserveerde motorisch verandering - Ernst beoordelingschaal:

0 Nooit, afwezig	1 Twijfel- achtig	2 Mild	3 Matig	4 Matig ernstig	5 Ernstig	6 Ernstig en psychotisch
Geen abnormale beweging- en, of somatische moeilijkhe- den gerap- porteerd door anderen.		Anderen rapporteren lichte verandering- en, bijv. onhandiger, wat meer ongecoördin- eerd dan anders, af en toe een grimas of een licht ongewone gang/pas.	Ervaringen zoals gemeld in kolom 1, maar meer uitgesproken. De persoon lijkt er enige controle over te hebben.	Anderen rapporteren dat de persoon moeite heeft met het uitvoeren van gebruikelijke taken, zoals autorijden. Heeft daarnaast nieuwe gedragingen ontwikkeld zoals gang/pas, nieuwe houding, maniërisme. Soms kan nadoen ook worden gerapporteerd.	Periodes van mutisme en bizarre poses worden gerappor- teerd. Niet blijvend – de persoon kan het gedrag stoppen met hulp en moeite.	Duidelijk verwroegen of idiosyncrasische bewegingen, die het klinische beeld domineren. Ernstig maniërisme, bizarre poses. Mutistisch of bijna sprakeloos, met zeer af en toe spontane bewegingen.