

**Dr. CORNELIS Bart**  
**Stationlei 81/1,**  
**1800 Vilvoorde**  
**Verzekeringsgeneeskunde**  
**Evaluatie van menselijke schade**  
**Medische expertise**

**Dhr. Van Der AA Stephane**  
**Vanvolxemlaan 208 bus 31**  
**1190 Vorst**

Vilvoorde, 14 december 2020

Geachte heer,

---

**U.Ref.:** 28P1803565 2252 Vivium  
**Betreft:** VAN DER AA Stephane  
**Schadegeval:** 05.12.2017

---

Uw vraag van 14.12.2020.  
Gelieve in bijlage kopie van het verslag van prof. Dr. Dillen te willen vinden.

Met beleefde groeten,

Dr. Bart Cornelis

# Dr. Dillen C. BV

## Psychiater

Deskundigenonderzoek - Psychiatrische expertisen/adviezen

### Praktijk

Ridder Walter van Havrelaan 17 bus 1

B-2900 Schoten

0475/444.757

dokter.dillen@telenet.be

www: www.drdillen.be

Aan Dr. CORNELIS B.  
Stationlei 81/1  
B-1800 Vilvoorde

Betreft: Dhr. VAN DER AA Stephane - aanvraag tot expertise  
Mijn Ref.: 2020/088

- Ondergetekende,

Prof. Dr. C. Dillen, Forensisch Psychiater, Ridder Walter van  
Havrelaan 17 bus 1 te 2900 Schoten, heeft



VAN DER AA Stephane, geboren op 25.10.1976, wonende te  
1190 Vorst, Van Volxemlaan 208 bus 31

psychiatrisch en testpsychologisch onderzocht

op aanvraag van Dr. CORNELIS B. per schrijven dd. 30.01.2020

met als opdracht een psychiatrisch deskundigen onderzoek teneinde zijn  
advies mede te delen aangaande:

"psychiatrische evaluatie"

heeft de eer volgend omstandig en gemotiveerd verslag neer te leggen

Het verslag omvat de volgende rubrieken:

1. Werkzaamheden
2. Probleemstelling
3. Klachten
4. Biografische ontwikkelingsgeschiedenis
5. Ziektegeschiedenis
6. Psychiatrische onderzoeksgegevens
7. Psychologisch onderzoek
8. Bespreking
9. Besluit

## 1. WERKZAAMHEDEN

Vooreerst werd Dhr. VAN DER AA Stephane op 04.02.2020 aangeschreven en verzocht contact te nemen om concrete afspraken te maken in verband met de werkzaamheden. Omdat er op dit schrijven geen reactie kwam, werd een rappel verstuurd dd. 20.02.2020. Aangezien medio maart de coronamaatregelen (lockdown) van kracht ging, betrokkene initieel niet meer persoonlijk onderzocht worden in de praktijkruimte van ondergetekende.

Pas versoepeling van de maatregelen begin mei 2020, konden opnieuw persoonlijke onderzoeken plaatsvinden.

Betrokkene werd vervolgens op 02.06.2020 opnieuw aangeschreven met de vraag om contact op te nemen teneinde een afspraak voor onderzoek te kunnen vastleggen. Ingevolge ziekte van betrokkene/opname in het ziekenhuis medio juli 2020, kon een eerstvolgende afspraak pas worden gegeven dd.

29.10.2020. Betrokkene werd meermaals gevraagd de afspraak te bevestigen, wat pas gebeurde rond middernacht voor de dag van de afspraak zelf. Ondanks dat betrokkene gemeld werd dat de afspraak intussen aan een andere patient gegeven was, stond hij de ochtend nadien toch aan de praktijk. Die dag kon betrokkene met enige aanpassingen dan toch psychiatrisch en testpsychologisch onderzocht worden in de praktijkruimte van ondergetekende.

De ter beschikking gestelde stukken werden grondig doorgenomen. Aanvullende behandelinformatie werd opgevraagd dd.08.11.2020 en bekomen 17.11.2020.

## 2. PROBLEEMSTELLING

Dhr. VAN DER AA Stephane werd mei 2016 (?) arbeidsongeschikt ingevolge een psychische problematiek/ persoonlijkheidsproblematiek. Het dossier werd reeds opgevolgd door Dr. Vercammen en Dr. Brouwers. Er werd beslist dat de graad van arbeidsongeschiktheid minder dan 25% bedraagt vanaf 07.01.2019. Betrokkene kan zich hiermee echter niet akkoord verklaren en sindsdien is er discussie in dit dossier.

Teneinde meer duidelijkheid te bekomen omtrent de huidige toestand van betrokkene en diens arbeids(on)geschiktheid, verzocht Dr. CORNELIS, adviserend geneesheer voor VIVIUM, ondergetekende om een bijkomend psychiatrisch deskundigenonderzoek.

## 3. KLACHTEN

### 3.1 Klachten volgens dossier

Dr. VAN KAAM Karina, psychiater, intake KLIPP-V, dd. 03.10.2016:

- Hij voelt zich al 3-4 jaar depressief.
- Zijn stemming is momenteel depressief en is nog nooit zo slecht

- geweest.
- Anhedonie.
- Hij heeft in niets zin.
- Al 1 maand niet meer naar de fitness geweest, vroeger dagelijks.
- Adynamie, anergie.
- Hij slaapt nu beter dan vroeger met medicatie.
- Meer snoepen uit verveling, hij is ook 8kg aangekomen.
- Passieve doodswens, geen concrete suïcidegedachten.
- Angst in sociale situaties, trekt zich altijd terug. Hij moet zich forceren om met collega's te praten.

Prof. Dr. DE RAEDT, neurologie, behandelverslag dd. 08.04.2019:

- Geen duidelijke nieuwe aanvallen.
- Wel soms wakker 's nachts met hoofdpijn.
- Nog steeds psychologisch heel moeilijk.
- Nog steeds insomnie.
- Moe overdag.
- Werkhervatting niet gelukt tot twee maal toe.

### 3.2 Huidige spontaan door betrokkene vermelde klachten

- Hij "hoort stemmen in zijn hoofd". Wanneer hij bv aanwezig is bij een meeting dan leeft hij zich in in de andere aanwezigen. Betrokkene stelt dat het lijkt alsof dit denken al voorbereid is van buitenuit. Hij kan de stemmen zelf niet uitzetten. Betrokkene stelt dat de stemmen ook 'hun eigen leven leiden'. Ze zetten hem ook aan tot suïcide. Het is ook de context die aanleiding geeft tot het uitlokken van de stemmen.
- Hij piekert vaak als er iets negatiefs gebeurt. Hij kan het niet loslaten, hij verliest zichzelf hierin.
- Faalangst, denken dat hij niet aan bepaalde verwachtingen zal kunnen voldoen.
- Hij denkt dat wanneer hij vijf dagen zou moeten werken, het risico te groot is dat er binnen die tijdsspanne iets zou kunnen fout lopen (?).

## 4. BIOGRAFISCHE ONTWIKKELINGSGESCHIEDENIS

### 4.1 Familiale anamnese

Vader is 70 jaar en is met pensioen. Voorheen baatte hij een restaurant uit op de zeedijk van Oostende. Drie jaar geleden werd de zaak gesloten. Vader wordt omschreven als een heel naleve man die alles te positief inziet, aldus betrokkene. Enige vorm van verslaving heeft hij nooit gehad. Hij zegt met vader een vrij goede band te hebben.

Moeder is even oud als vader en is eveneens met pensioen. Zij werkte voordien samen met vader in hun restaurant. Moeder wordt omschreven als een koppige vrouw, een doordrijver en als iemand gebrek aan empathie. Enige vorm van verslaving heeft moeder nooit gehad. De band met haar is moeilijker, aldus betrokkene.

Relatie ouders: vader en moeder vormen een goed koppel. Wel herinnert

betrokkene zich ten tijde van zijn jeugd jaren enkele ruzies.

Siblings: betrokkene heeft een twee jaar jongere broer, administratief coördinator in een Italiaans bedrijf. Betrokkene's broer is ook woonachtig in Italië. De band tussen betrokkene en zijn broer is vrij goed.

Kinder-, en jeugd jaren: betrokkene werd 44 jaar geleden geboren op 25.10.1976. Hij kwam tijdens zijn jeugd jaren nooit in aanraking met de Jeugdrechtsbank. Wel verbleef hij tijdens zijn jeugd op internaat. Hier was er sprake van pedofilie ten overstaan van medeleerlingen, niet ten overstaan van betrokkene zelf. "Ik wist echter wel dat het gebeurde", aldus betrokkene. Op zijn 22<sup>ste</sup> à 23<sup>ste</sup> ging betrokkene op internaat.

Familiaal anamnestic worden op psychiatrisch of juridisch vlak geen problemen vermeld. Wel zijn er vermoedens van psychische problemen bij een neef langs vaderzijde. Op medisch vlak worden in de familie langs moederszijde hartproblemen en epilepsie vermeld.

### 4.2 School/ werk

Dhr. VAN DER AA Stephane diende in het lager onderwijs niet te dubbelen. Hij behoorde destijds tot de zwakkere middelmaat van zijn klas. In het middelbaar moest hij het derde jaar bissen. Hij is dan overgeschakeld naar de richting TSO boekhouden/ informatica. Nadien volgde hij een hogere graadopleiding informatica. Het eerste jaar moest hij dubbelen. Op zijn 24<sup>ste</sup> is betrokkene begonnen werken als programmeur/analist bij een consultancy bedrijf. Na ongeveer vijf jaar schakelde hij over naar een bedrijf gespecialiseerd in HR-dienstverlening. Betrokkene had hier meerdere functies. Een laatste functie was director strategie/ portfolio management.

In 2015/2016 werd betrokkene arbeidsongeschikt.

In maart 2020 heeft betrokkene het werk aan 50% hervat. Echter niet lang nadien werd de lockdown uitgeroepen. Eind mei 2020 heeft betrokkene dan zelf zijn ontslag ingediend. "Ik werd gepest." Dit ontslag werd hem echter initieel geweigerd. Twee maanden later kreeg hij dan toch zijn ontslag. Vooreerst diende hij nog een opzegperiode uit te doen, doch uiteindelijk werd er gesteld dat hij werd ontslagen omwille van dringende redenen. Hij zou namelijk twee dagen onwettig afwezig zijn geweest. Betrokkene is hiertegen een procedure gestart (begin augustus 2020).

Op heden staat betrokkene sinds 01.08.2020 opnieuw op ziekenkas.

### 4.3 Dagvulling - vrijetijdsbesteding

Betrokkene gaat fitnessen.

#### 4.4 Relatie(s) en kinderen

Dhr. VAN DER AA Stephane had vanaf 2003 tot 2009 à 2010 een relatie met de vier jaar oudere Pablo. Vervolgens vormde hij gedurende 10 jaar een koppel met leeftijdgenoot Wim. In januari 2020 gingen betrokkene en Wim uit elkaar. Sindsdien heeft betrokkene geen nieuwe partner meer gehad.

#### 4.5 Middelengebruik

Qua medicatie gebruikte betrokkene in het verleden Keppra. Sinds één jaar is hij overgeschakeld naar Briviact. Reeds na één week voelde hij zich minder depressief. Verder is er sprake van het gebruik van antidepressiva, anti-epileptica, slaapmedicatie (Dominal Forte, Trazodone). Er was een tijdje sprake van het gebruik van Xanax Retard.

#### 4.6 Medisch/ psychiatrische antecedenten

Op medisch vlak maakt betrokkene gewag van aangeboren epilepsie. Op psychiatrisch vlak is betrokkene in 2013 in behandeling gegaan bij een psycholoog. In 2014/2016 ging hij ook op raadpleging bij een psychiater in De Spiegel. In 2016 wou betrokkene zich laten opnemen in UPC Sint-Lodewijk. Er gold echter een wachttijd van 3 à 4 maanden. Betreffende opname ging van start in oktober 2016 en heeft geduurd tot mei 2017. Automutilatie was nooit aanwezig. Wel zegt betrokkene vanaf ongeveer 2016 zelfmoordgedachten te zijn beginnen ontwikkelen. In 2019 ondernam hij tevens meerdere zelfmoordpogingen, waaronder 4 à 5 keer via een overdosis. Op heden zijn de zelfmoordgedachten nog steeds aanwezig, aldus betrokkene.

#### 4.7 Juridische antecedenten

Betrokkene kwam nooit in aanraking met Justitie.

### 5. ZIEKTEGESCHIEDENIS

#### 5.1 Verhaal betrokkene

Zie ook 4.2 en 4.6.

Dhr. VAN DER AA Stephane vertelt dat hij zich thans al veel beter voelt dan in 2016-2017. "Ik weet nu wel wie ik ben ... eindelijk, na 41 jaar." Een werkhervatting denkt hij nog niet aan te kunnen, tenzij eventueel 50% of 60%. Qua behandeling gaat betrokkene eens om de 4 à 6 weken langs bij de psychiater. Qua medicatie gebruikt betrokkene HIV-medicatie, Briviact en Xanax Retard indien nodig.

#### 5.2 Studie ter beschikking gestelde stukken

Mw. HOUBEN, psychologe e.a., verslag psychodiagnostisch onderzoek, dd. 19.07.2016: "... 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, ... op doorverwijzing van zijn ambulante therapeut, doch zonder acuut psychiatrisch toestandbeeld. ... Op 24.05.2016 meldt patient zich aan ... doorverwijzing door ASO psychiatrie Laura De Caluwé ... met vraag voor langdurige opname op een behandelingsafdeling voor depressie. ... symptomen van ASS en ADHD. ... Observatie: ... uitermate correct in contact ... werkt vlot mee aan het onderzoek. ... maakt op een normale manier oogcontact ... geen onrust, vertraagdheid of tics ... ook niet opvallend afgeleid door geluiden ... algemeen ... goede concentratie ... In eerste ... 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 ...

Toestandbeeld: ... SCL-90 op 19.07.2016 ... scoort hij zeer hoog op de schalen depressie ... slaapproblemen ... wantrouwen/interpersoonlijke sensitiviteit ... verhoogd op insufficiëntie denken/handelen ... beschrijft maw 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 persoonlijkheidstrekkende dan een momentaan toestandbeeld ...

Relevante elementen uit de voorgeschiedenis: ... doorheen het lager onderwijs weinig vrienden had en gepest werd. ... was liever alleen bezig ... Ook het leren verliep moeizaam ... 'het interesseerde mij ook allemaal niet'. ... 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 ... geeft lijken zeker niet uitgesproken en ook in de rapporten ... wordt er door de leerkracht geen melding gemaakt van concentratieproblemen. De leerkracht van het eerste leerjaar schrijft wel dat hij constante begeleiding nodig had. Ook naar hyperactiviteit brengt hij geen symptomen ... eerder ... achtergrondfiguur. Hij vertelt ... hoe hij op jonge leeftijd reeds hunkerde naar affectie en bewondering maar deze niet vond. ... meldt ... geen echt gebrek aan sociale motivatie. ...

Over zijn thuismilieu ... ouders een zaak uitbaatten op de zeedijk ... dan ook grotendeels opgevoed door zijn grootmoeder. ... werd er naar eigen zeggen rotverwend en kreeg er wel de affectie en bewondering die hij zocht maar bij zijn ouders niet vond. ... benoemt ... hij echter een normale gezinssituatie miste. ... voelde hij zich vaak onbegrepen. ... Hij overreageerde ... met huil- en woedebuien doch ook hier veelal van uit het gevraagd zelf niet begrepen en behoort te worden ...

Dit gevoel onbegrepen te zijn verergerde enkel maar in het middelbaar onderwijs, toen hij omwille van moeilijk lopende eerste 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 ... BSO te gaan. Het lijkt dat hij hierbij nog steeds het gevoel heeft dat hij mis begrepen is en te kort gedaan werd. ... ving hij het derde jaar aan in het TSO ... 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 samen op internaat met de pestkoppen. Het lijkt dat dit pestgedrag door niemand echt werd opgemerkt of aangepakt. ... Over heel dit verloop vertelt Stephane dat hij eigenlijk niet op internaat wou, zich erg in de steek gelaten voelde door zijn ouders. ... Vanaf het vierde middelbaar wisselde hij nogmaals van school, waarbij het veel beter liep, hij meer aanvaard werd ... Algemeen vertelt Stephane dat hij zijn gehele jeugd het gevoel had dat niemand hem begreep ... In huidige onderzoek vinden we ... 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. ... is erg gespitst op alle signalen die zouden kunnen wijzen op een mogelijke afwijzing. ... Veeleer vinden we aanwijzingen voor een bemoeilijkte persoonlijkheidsontwikkeling. ... Thematisch sluit hij voornamelijk aan bij de vermijdende persoonlijkheidsstoornis, ... echter zonder dat er sprake is van een uitgesproken achterdocht, maar wel met persoonlijkheidstrekken als sociale vermijding, geslotenheid en identiteitsproblemen. Wat betreft de persoonlijkheidsorganisatie situeert hij zich in DSM-V terminologie op een moderated level of impairment. Zijn identiteitsgevoel is ... erg afhankelijk

van anderen en zijn doelen staan in functie 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. ... 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.....  
ADHD: ... uit deze screening kwamen onvoldoende elementen naar voor die deze hypothese bevestigen ...  
Besluit vinden we ... evidentie voor een persoonlijkheidsproblematiek en onvoldoende evidentie voor een ontwikkelingsproblematiek zoals ASS en ADHD. ..."

Dr. VAN KAAM Karina, psychiater, intake KLIPP-V, dd. 03.10.2016: " ... op 03.10.2016 opgenomen in het UPC KULeuven ... KLIPP. Reden ... psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsmoeilijkheden. ... werd van 27.05.2016 tot 18.08.2016 opgenomen op de afdeling Sint Lodewijk ... diagnose: depressieve stoornis, recidiverend. Matig: misbruik van cocaïne. Persoonlijkheidsstoornis NAO. Onvoldoende evidentie voor een ontwikkelingsproblematiek zoals ASS of ADHD.  
Hij heeft een vermijdende persoonlijkheid naar eigen zeggen. Hij kan moeilijk zijn gevoelens herkennen en weet niet wat en waarom hij voelt. Dit heeft volgens patiënt geleid tot depressieve klachten. Hij voelt zich al 3-4 jaar depressief. Verschillende antidepressiva geprobeerd (Sertraline, Sipralexa). ...  
06.09.2016: suïcidiepoging met overdosis cocaïne, 10g genomen maar het was niet genoeg. ...  
Cocaïne: sinds twee jaar problematisch, nooit dagelijks, gebruikt het thuis, alleen om zich beter te voelen, 1x/m. In begeleiding sinds 9/2015 bij De Spiegel, een paar hervallen gehad. ... Geen andere drugs. Alcohol: sporadisch.  
Psychosociale gegevens: ... vanaf 13 jaar op internaat owv leerproblemen. Heeft dit ouders langs kwalijk genomen. Beschrijft zichzelf als moeilijk kind dat nooit zijn draai kon vinden. ... werkt al 12 jaar bij hetzelfde bedrijf. Vroeger deed hij dit graag, nu niet meer. Vroeger ging hij op in het bedrijf, sinds dat dit niet meer gaat voelt hij zich slechter. ...  
Weinig sociaal ingesteld, weinig vrienden. Als kind ook graag alleen, werd gepast in lagere school en middelbaar. ...  
Aan patiënt wordt een therapeutisch programma aangeboden ... De gemiddeld behandelduur ... minimaal zes maanden tot een jaar.  
04.10.2016: psychoth/analyt: groep: ... over contact met eigen ouders, over de afwezigheid als kind, hoe hij voornamelijk is opgevoed door grootmoeder, is recent met ouders het gesprek aangegaan over wat hij als gemis heeft ervaren als kind. Pijnlijk hoe ze dit ontkenden, dat hij dit allemaal verzon. ... Erg invoelbaar stuk verhaal. ...  
06.10.2016: ... niet hier ... groepsvergadering: afwezig. ... opgebeld en voice mail ingesproken. Gevraagd om iets van zich te laten horen. ...  
07.10.2016: niet aan startmoment. Opgebeld: voicemail. ... Partner opgebeld: ook voicemail. ... Geen reactie. ...  
10.10.2016: vanmorgen om 7u al gebeld, zegt heel diep te hebben gezeten de voorbije dagen. Vraag naar residentiële opname. Wil vandaag zijn pakken al meebrengen. ... heeft zich thuis afgezonderd, tot weinig gekomen, TV gekeken. Voelt zich afglijden, depressief. ... voelt zich sinds september afglijden. ... Zelfbeeld lijkt erg afhankelijk van succes, realiseren, en oordeel anderen. Verlangen dat in functie van de ander vorm krijgt. ...  
11.10.2016: ... stelt ... paar maal heeft moeten crashen alvorens de adviezen die hem worden aangereikt aan te nemen; spreekt van moeilijke relatie met de ouders waarin hij hen veel heeft verweten, van ver te komen, pijnlijk verhaal te hebben maar dit niet in de laatste minuten verteld te krijgen en dat het een moeilijk proces is geweest van iets in de zorg door de hulpverlener toe te laten. ... Tristesse: gemis aan betrokkenheid en graag gezien voelen door ouders al van op jonge leeftijd. Dysthym al heel leven. ...  
12.10.2016: ... ouders hadden enorm drukke zaak, en daardoor weinig tijd voor hem. Heeft nog een broer. Grootmoeder zorgde voor hen en stelde weinig grenzen ... verwenerij ... Ouders zijn hardwerkend en weinig ruimte voor emoties. School was lastig, hij kon zich moeilijk concentreren, was

ongelukkig en heel wat leermoeilijkheden. ... Ouders zetten hem op internaat en voelde aan als een fundamenteel in de steek gelaten worden. Gewerkt in informaticabedrijf, heel erg daarin geïnvesteerd ... vanuit HR ook hem gemeld om zich niet te outen gezien dat dit in bedrijf weinig tolerantie rond was, macho-cultuur in dat bedrijf.  
Heeft zes jaar relatie met zijn vriend, merkt ook dat zijn vriend weinig kan spreken over emoties e.d. ... merkt zelf de laatste jaren depressiever te zijn en ook daardoor meer in afstand in relatie te zijn.  
Vanuit opname Lodewijk vond men dat hij weinig spiegeling heeft gehad, zich aan externe dingen vasthoudt maar weinig in voeling is met eigen drijfveren ... Heeft epilepsie sinds zes jaar waarvoor medicatie die hem ook depressief maakt. ...  
Sterk anaclitisch verlangen. ...  
17.10.2016: " ... weekendbespreking: had veel angst om diep te zakken, maar heeft toch aantal dingen kunnen doen (fitness, administratie etc). Zegt dat het komt door de straffe medicatie, zegt ook voor het eerst geen last gehad te hebben van craving (komt ook door de medicatie), wel last van bijwerkingen van de medicatie ...  
24.10.2016: weekendbespreking: vrijdagavond pas laat thuis owv file, nood aan rust hierna, ... vriend kwam laat en gestresseerd thuis, ... moet erg op zijn woorden letten bij vriend en afwachten wanneer het de moment is. Bingewatching gedaan, 3 exorcistfilms gekeken ...  
28.10.2016: wat meer thuis zijn dit weekend. Naar de fitness. Lichaam voelt heel moe en uitgeput aan. Wil weinig contact met anderen omdat hij veel rekening houdt met de anderen en aan hun verwachtingen wil voldoen. Ziet weinig dat het zijn eigen verwachtingen zijn. Vriend gaat wel uit. ...  
31.10.2016: Weekendbespreking: niet tevreden over verslag van dokter voor hospitalisatie (aantal dingen die er volgens hem niet moeten instaan). Ook ontevreden over medicatie hier, nalatigheid van ons. ... Moeilijk met onze reacties hierop. Stelt zich vragen over verder verloop van behandeling, heeft er weinig vertrouwen in. ... Op momenten craving gehad dit weekend maar er goed mee omgegaan. Gaan sporten. ...  
02.11.2016: ... gesteld ... dat ... therapie net gaat om naar het gevoel gaan en van daaruit spreken. S. stelt dat dit voor hem erg moeilijk is, dat hij niet weet hoe naar een gevoel te gaan, of verfijnder te differentiëren in het eigen gevoel, weet ook niet goed hoe therapie doen, naast rationele theorieën bedenken; de beschrijvingen van 'therapie' die door de groep gedaan worden, vindt S. te abstract, moeilijk te vatten. ...  
04.11.2016: ... Rustig weekend. ... uit ... zijn frustratie over het op eieren lopen in de groep, niet tegen de schenen van anderen te mogen shotten terwijl dit net interessant kan zijn. ...  
07.11.2016: ... weekendbespreking: weinig ondernomen, passief, depressieve gevoelens. Vriend doet veel los van hem, moeilijker om iets samen te ondernemen. ...  
15.11.2016: ... Komt later binnen. ... Zit ermee in dat hij verpleegkundigen en dokter voor de borst stoot. Wordt erg onrustig van zaken die niet kloppen in zijn hoofd en wil dit dan uitspreken, ... Zit ermee in dat hij anderen zou manipuleren (zoals vriend zegt) maar beseft wel dat hij zijn zin wil doordrijven. Gesproken over rationaliteit dat niet alles kan oplossen, hoofd en gevoelens die te zwaar wegen. ...  
18.11.2016: ... SVDA brengt erg veel spanning in de groep, zeer frustrerend, laat geen ruimte voor KVE om in haar kwetsbaarheid, haar twijfel en onzekerheid te zijn; kan het niet verdragen; erg actie/oplossingsgericht, weinig begrip voor 'het andere ritme' van KVE. ...  
22.11.2016: weekendbespreking: slecht weekend gehad, voelt zich laatste weken erg gespannen. Dit weekend hervallen in cocaïnegebruik. Vertelt dit heel minimaliserend en zit uitgezakt in zijn stoel. Ook een beetje spottend over hoe hij eraan geraakt is (zoals pizza aan huis brengen). Ook heel onverschillig na gebruik, geen spijt en geen nadelen voor hem. Voelt zich enkel wat vermoeid. ... Zijn vriend is op de hoogte van het gebruiken. ...  
25.11.2016: ... nog steeds wat minimaliserend over cocaïnegebruik van vorig weekend. Geeft aan dat hij niet over spanningen kan praten in de groep omdat hij bang is dan met medepatiënten te botsen of dat ze dan boos zouden zijn. Spreekt ook nog steeds over het gevoel te hebben 'de moeilijke

persoon' te zijn. Gaat proberen niet meer te gebruiken. ...

06.12.2016: ... Wil gezinsintake met vriend, en later met ouders. De weekends met vriend lopen moeilijk. Zijn 6,5 jaar samen maar de laatste jaren veel spanningen oa door problemen Stephane en middenmishandeling. ... Wil ook ouders uitnodigen ... heeft schrik om op onbegrip en minimalisering te botsen, iets waar hij erg gevoelig voor is. Zegt met veel kwaadheid te zitten naar hen. ... Brengt frustraties over verpleging/staf die te weinig stilstaan bij zichzelf. Ervaart een vertrouwensbreuk met ons. Gaat hierdoor bewust zich afreageren op ons ...

07.12.2016: ... kan zich soms wat arrogant uitlaten jegens anderen, zich mogelijks niet bewust van zijn houding hieromtrent. ...

09.12.2016: ... hem aangesproken over de gemeenschapvergadering ... over de manier waarop hij dingen brengt ... zowel bij het team als bij de medepatiënten roept hij zeer veel frustratie en kwaadheid op, zo erg dat mensen niet durven of kunnen reageren omdat ze vrezen hem onderuit te halen, of erg agressieve taal te gebruiken. ... vindt het heel erg zo'n negatieve impact te hebben op anderen, weet niet goed hoe hij dit moet veranderen, is zich er zelf niet bewust van ...

12.12.2016: ... In het weekend met broer gesproken en de gevolgen van de ouders hun opvoeding op hen, heeft hier begrip gekregen van broer en dit gaf ook erkenning. Zondag familie terug gezien en gezegd dat hij in behandeling hier is, hebben hier goed op gereageerd. Nog ruzie gehad met vriend ... iets banaals over de was. ...

16.12.2016: soms moeilijk gevoelsmatig afgestemd op verhalen anderen. Frustraties bij te gevoelige reacties van anderen en kan gevoelige verhalen van anderen maar moeilijk verdragen en laten zijn. Komt snel met ratio en oplossingen af, goed bedoelde pogingen mee te denken die narcistisch aandoen ... krijgt weerwoord van de anderen maar kan er weinig mee, of laat moeilijk toe. Kan moeilijk echt 'luisteren en ontvangen'. ...

21.12.2016: ... lijkt niet te voelen wat het effect is van zijn gedrag op anderen of aan te voelen wat er in anderen leeft. Lijkt toch defect in gevoelsmatig voelen, erg egocentrische instelling. ...

03.01.2017: ... veel input in verhaal anderen, neemt hierin een co-therapeutische houding aan die neigt naar betweterij. Moeite met tegenspraak ... spanning voelbaar indien S zich door de therapeut gecoupeerd of onderbroken voelde. Narcistische dynamiek. ...

05.01.2017: ... ergert zich duidelijk aan de bespreking. ... Zegt dat hij gisteren in de psycho gesproken heeft over hier afronden omdat hij vindt dat het team te veel fouten maakt, hem steeds negatief bekijkt. ... Kijkt op geen enkel moment naar zichzelf. ...

10.01.2017: gezinsintake met partner ... Voor partner is drugproblematiek belangrijkste, was in het begin enkel recreatief, voor opname ernstiger, bij partner blijft schrik dat gevaar voor zware verslavingsproblematiek nog niet verdwenen is. Partner herkent wel bepaalde persoonlijkheidsdynamieken bij S maar dan voornamelijk nadat ze door ons geformuleerd zijn, bv eenzijdige nadruk op prestatie/rationele/cognitieve, waardoor hij veel 'brokken' kan maken op interpersoonlijk gebied. S. zelf geeft aan het erg moeilijk te hebben met vertrouwen, enorme nood aan controle, ... hij affectie op een rationele manier benadert ...

18.01.2017: 3,5 maanden hier. Aanvankelijk positief ... maar keerde zich snel naar het detecteren van allerlei fouten die we zouden maken rond medicatie, privacy etc. Heeft dan de neiging om dit erg indirect aan te klagen via mail, ombudsdienst. In discussie gaan met hem heeft geen zin. Haalt ook in gemeenschapsvergaderingen het systeem erg naar beneden, spreekt zichzelf daarbij tegen, stoot velen daar voor de borst. ... Maakt veel contact met mensen van hier, weinig hierbuiten, veel controleren, kan wel erg meeleven met mensen van hier. Heel weinig mentaliseren. Kan enkel vanuit z.z. zien. ... Lijkt anderen soms op te ruïnen tegen team. Lijkt zich afhankelijk op te stellen in contacten met partner. Heeft in contact iets controlerends en herkent dat ook wel op zijn werk. ... reageert snel defensief, voelt zich snel aangesproken ook over dingen die niet op hem van toepassing zijn. In gezinsintake leek er veel agressie in het koppel te zitten. ...

27.01.2017: ... twijfelt nog steeds over zijn functie van hier te zijn, voelt niets veranderen, ... wordt erg onrustig van hier 's avonds te zijn en niet

meteen iets zinvol te hebben te doen, laat zich beter aanspreken ... kan moeilijk in het moment zijn, stilvallen, genieten. Plant de hele tijd zijn leven vooruit en plant alles vol, om steeds iets te doen te hebben, altijd met ratio in de actie. ...

30.01.2017: ... mail rond medicatie ter sprake gebracht ... spreekt dan vooral over hoe schandalig het is dat wij weer een fout gemaakt hebben. ...

31.01.2017: ... blijft ons aanspreken over medicatiefouten die wij zouden maken. ...

20.02.2017: ... moeilijk weekend gehad. ... heeft partner weinig gezien, veel alleen geweest, niet buiten gekomen. Werd zaterdagochtend vroeg wakker door het lawaai van partner, was hier niet boos over ... was wel boos over het feit dat hij steeds het verkeerde wasprogramma gebruikt. ... Denkt veel na ... vraagt zich af of het hier wel nut heeft. Hoopt dat het helpt, anders is hij 'een jaar kwijt'. ...

27.02.2017: ... heeft zaterdag woorden gehad met vriend, voelde zich vernederd door hem, deed hem terug denken aan de tijd dat hij gepest werd. ...

03.03.2017: heeft coke gebruikt, kon het even allemaal niet meer aan. ...

12.03.2017: zou gisteren epilepsie aanval gedaan hebben. Is naar ziekenhuis geweest maar daar konden ze weinig doen. Zegt dat hij zich nu slecht voelt ... zou woensdag terug komen ...

15.03.2017: ... vermoedelijk is het insult veroorzaakt doordat hij een paar dagen zijn anti-epilepticum is vergeten in te nemen. ... heeft door de val de ligamenten van zijn linker dikke teen gescheurd ...

23.03.2017: ... slaapt zeer weinig en is ongerust dat hij een nieuwe epilepsieaanval zal doen. Gisteren vriend thuis aangetroffen terwijl hij aan het gebruiken was ... hem gestimuleerd om in therapie te gaan, maar vriend is weinig gemotiveerd hiervoor. ...

29.03.2017: ... SVDA spreekt van een proces over 20 jaar waarin kwaadheid gevoeld voor de ouders vanwege dingen die hij gemist heeft en vervolgens verdriet en stilaan ook dankbaarheid. ...

05.04.2017: ... zes maanden hier. Maakt weinig contact met verpleging tussendoor, lijkt zich moeilijk in een afhankelijkheid te kunnen plaatsen, ook al is hij zachter in het contact ... erg gepreoccupeerd met relatie die moeilijk loopt, die hij wil redden ... vriend vervalt laatste tijd soms in druggebruik, dan hij weer (waarna hij niets van zich laat horen). Twee keer een (semi-)epilepsie aanval gehad. Meer en beter contact met ouders sinds gezinsgesprek, ouders lijken veel moeite voor hem te willen doen. ... erg lichterig rond bespreking van seksuele sfeer op afdeling (waar hij zelf groot deel van lijkt uit te maken), maakt dit dan erg belachelijk, weinig empathie, nogal infantiel reageren. In groepsvergaderingen nog vaak op praktische, weinig mentaliserende manier aanwezig, wél betrokken. ... We merken slechts een eerder beperkte evolutie binnen de PMT. ... blijft hij zich zeer vermijdend opstellen tijdens sessies. ... heeft hij de neiging om zijn lichamelijke klachten eerder buiten proportie te brengen. Motorisch lijkt hij weinig controle te hebben over zijn coördinatie en motoriek maar hij lijkt dit zelf niet op te merken. Hij stelt zich ook vaak heel controlerend op. ... lijkt zich er ook vaak niet van bewust hoe iets voor anderen kan zijn. Tijdens de reflecties zijn er maar weinig mogelijkheden tot nuancering. ... als hij afwezig is werkt dat bevrijdend voor de groep, reguleert dermate sterk de groep en zo ook zichzelf. Neemt co-therapeutische rol op, zeer sturend begeleidend naar anderen toe ...

10.04.2017: ... relatie beëindigd ... vraagt aan mij hoe wij ervoor gaan zorgen dat hij niet meer zo diep zakt en drugs gaat gebruiken. Uitgelegd dat wij dat niet kunnen ... dat hij dat zelf moet doen. Misnoegd, voelt zich erg onbegrepen. ...

11.04.2017: afwezigheden in de groep besproken. Gaat er aanvankelijk erg licht over. ...

20.04.2017: ... weet het allemaal niet meer, weet niet of het allemaal nog zin heeft. Leek erg depressief, heeft niet gebruikt, zegt hij. ... heeft heel de tijd zitten denken hoe er een einde aan kon maken. ...

21.04.2017: ... verwittiging gegeven rond wegblijven zonder contact op te nemen. ... zich erg slecht gevoel nav relatiebreuk, geen oplossing zien, wordt dan suïcidaal. ... sprak over zijn gevoel van hopeloosheid thuis, angst

alles kwijt te zijn en weer opnieuw dienen te beginnen ... spreekt over moeite met zich tonen in de groep vanwege idee niet begrepen te worden, afgewezen, ook als het maar gaat over iemand die zegt: 'ik heb nu geen tijd', kan op uitnodiging associëren naar vroeger, hoe als kind een pijn van afwijzing ervaren door pesterijen en in relatie met ouders die hem eigenlijk niet erkenden in bepaalde gevoelens; over zijn relatie met broer, hoe dat hij zich altijd benadeeld, tekort gedaan voelde, hoe hij de indruk kreeg dat broer voortgetrokken werd ... alsof SVDA altijd anders reageerde dan anderen, bv misnoegd, gevoelig ... waarom kon hij niet gewoon zijn zoals alle anderen? ...

02.05.2017: ... partner gebeld. Zou gisteren gebruikt hebben. ...

03.05.2017: ex heeft gebeld. Stephane is nog steeds niet in staat om te bellen of te komen. Hij moet nu echter zelf gaan werken. ... gebeld, voelt zich slecht. Is momenteel nog niet in staat om met auto te rijden. ... overleg met Dr. Martens: uit het programma tot hij gezien is door ons. ...

04.05.2017: hem gezien met Dr. Martens. Laatste verwittiging gekregen rond wegblijven en druggebruik. ... Zegt dat het niet goed gaat met hem. Tijdens het communiefeest bij de familie van zijn ex werden er veel vragen gesteld, zijn familie ... niet op de hoogte van de situatie. Hij moest spelen dat het goed ging terwijl dit niet zo was. Is daarna naar zijn gevoel volledig onderdoor gegaan. Heeft nadien gebruikt en zegt ook een angstaanval te hebben gekregen. ... Zegt dat hij zich slechter is gaan voelen sinds de behandeling. Stelt dit ook in vraag. Vindt emoties tonen een teken van zwakte, wil liever op het rationele blijven. ... hij wel dingen wil zeggen in de groep maar dat men hem niet gaat begrijpen en daarom angst heeft om alles te vertellen. Angst om vertrouwen te geven en dat deze dan geschaad gaat worden. ...

05.05.2017: ... bang van allesverslindend affectief hongerig demon/beest in hem. Bang door ernaar te kijken dat het hem helemaal gaat overnemen, geen controle over. ...

20.05.2017: 7,5 maanden residentieel opgenomen. Doet erg zijn best om overal aanwezig te zijn, lijkt van anderen niet te verdragen dat ze soms afwezig zijn. Lijkt zich kwetsbaarder op te stellen ... heeft het gevoel dat de groep hem niet altijd steunt wanneer hij kwetsbare dingen brengt ... zegt dat wanneer hij geïrriteerd geraakt hij niet meer rationeel kan denken en der dan alles 'uitgooit', dat dit niet in dank werd aangenomen. ... zegt veel zwarte gedachten te hebben, durft niet na te denken over de toekomst. Heeft de relatie met zijn vriend al enige tijd stop gezet maar vriend woont nog bij hem, hoopt ergens nog dat het goed komt als vriend ook deze therapie volgt. ...

22.05.2017: ... moeilijk ... met de limbo-situatie van de relatie. ... feit dat partner nog in zijn appartement woont enerzijds heel verwarrend en stresserend is voor hem maar anderzijds hoe moeilijk hij het heeft met alleen zijn, en hoe bezorgd hij is over partner. Zeer sterke bezorgdheid/verantwoordelijkheid naar partner toe, voelt dat het meer dan bezorgdheid is maar kan het niet voelen/benoemen. Voelt zich erg schuldig voor wat hij in het verleden gedaan heeft ... naar partner toe. ...

29.05.2017: ... afwezig ...

30.05.2017: ... belde op: leek buiten adem, aan het hyperventileren. Zei net wakker te zijn. ... denkt gebruikt te hebben zondagavond en maandagochtend opnieuw. Wim was heel kwaad geworden en had net met een stoel naar hem gegoid. ... vroeg of hij een slaappil mocht innemen. Gezegd dat ik dit geen goed idee vond ... weende, zei maar 1 oplossing te zien. Kreeg dan van Wim te horen at hij komedie aan het spelen was. ...

31.05.2017: ... Lijkt heel moedeloos, weet niet wat hij moet doen en heeft het gevoel dat hij buiten gezet wordt en geen handvaten krijgt toegereikt. Wou maandag overdosis nemen en niet meer wakker worden ... Wil hier niet weg, zegt hier veiligheid te hebben en rust te hebben. Heeft angst om alleen te zijn. ... vrijdag stopt het hier, ... advies zich aanmelden op spoed bij dichtstbijzijnde ziekenhuis, naar PAAZ of Spiegel. Kan hij de hechting hier wel aan? Lijkt terug te bijten in de hand die hem voedt. ...

01.06.2017: ... Laatste sessie. Enorm emotioneel. ... Laatste groepsvergadering. Zegt het hier wel te gaan missen ... Is nazorg aan het regelen. Het plan nu is dat hij bij zijn ouders naar Oostende gaat en daar iets ambulant

gaat zoeken. Heeft ook afspraak met De Spiegel en eigen psychiater. Leek heel nuchter hier naar te kijken. ... vindt het misschien toch nog goed dat het hier stopt. Heeft misschien meer nood aan individuele therapie en deeltijds terug aan het werk te gaan. ... Excuseerde zich voor de mindere momenten. ...

02.06.2017: S is een aantal keren afwezig geweest. Algemeen was er weinig verandering op vlak van zijn resultaatgerichtheid, dit bleef sterk op de voorgrond staan. Ook bleef hij vasthouden aan bepaalde rigide ideeën (alles moet op voorhand duidelijk zijn, anders is het niet eerlijk). ..."

Prof. Dr. VERMOTE - Dr. MARTENS, psychiatrie UPC Leuven, dd. 16.06.2017:

"... van 03.10.2016 tem 02.06.2017 opgenomen op onze afdeling KLIPP-V ... Opnameverloop ... aanvankelijk erg positief maar dit keerde snel. Leek zich de eerste maanden erg bezig te houden met het detecteren van allerlei fouten die wij zouden maken. Ging dit indirect aanklagen via mail en via de ombudsdienst. In gemeenschapsvergaderingen haalde hij vaak het systeem naar beneden, leek zich moeilijk in een afhankelijkheidspositie te kunnen opstellen. Naar het einde toe kon hij zich kwetsbaarder en afhankelijker opstellen en liet hij ook wekelijkse gesprekken met de verpleging toe. Leek steeds heel betrokken naar groepsgenoten.

Gedurende heel de opname gepreoccupeerd bezig met relatie die moeilijk liep. Regelmatig coke blijven gebruiken wat resulteerde in een aantal dagen afwezig blijven waarbij hij dan soms totaal niets liet weten. ... Is verplicht met ontslag moeten gaan nadat dit de laatste keer ook weer is misgelopen. ... Gaf aan de therapie hier zwaar te vinden, bang om zich slechter en slechter te gaan voelen. ... bleef het erg moeilijk vinden om de controle los te laten. ... Relatie met partner ... beëindigd tegen het einde van de opname. Partner bleef wel bij hem inwonen wat soms tot verwarde gevoelens leidde. ...

Er is een grote nood aan een goede moederborst ... Differentiëren met anderen blijft moeilijk. Triggert de angst van niet begrepen te worden ... Blijft gecontroleerd in het gedeelde verhaal en blijft hierin ook slechts hechten vanuit een veilig onthechte positie. ...

Een belangrijke rode raad in S. zijn contacten met (dichte) anderen is de angst voor eenzaamheid en de angst voor dichte relaties; het lijkt alsof hij hierin was gevangen zit, toch kan hij hier in een later gesprek meer reflectief over spreken dan in het begin behandeling. In gezinsintake waren het gemis van zijn ouders in het 'gewone leven' (en hun harde werken) en het compensatiegedrag? van grootmoeder (verwennerij) belangrijke thema's. ... Thema's als op internaat gestuurd worden (waar hij zich erg alleen voelde) lijken emotioneel nog sterk aanwezig. ...

De relatie met partner en nadien het afspringen ervan zorgden voor een acute lijdensdruk bij Stephan en dit vanaf het begin van de behandeling. Beiden leken zich erg defensief (en vermijdend) te gedragen naar elkaar toe, hoewel er bij S ook een sterk verlangen was naar meer nabijheid. ... Diagnose bij ontslag: As I: depressieve stoornis, recidiverend, matig. Misbruik van cocaïne. As II: persoonlijkheidsstoornis NAO. ...

Besluit: We leerden Stephan kennen als een man met een zeer sterk epistemisch wantrouwen. Gevoelens van falen en schaamte werden aanvankelijk sterk via projectieve identificatie in het team opgewekt. ... Zeer geleidelijk aan kon er een begin van veiligheid opgebouwd worden. Zijn zelfgevoel bleef erg kwetsbaar en zeer gevoelig aan afwijzing, waardoor een niet samenvallen met zijn perspectief als zeer bedreigend ervaren werd. Hij kreeg meer zich op zijn manier van functioneren ... maar gaf zelf aan dat de winst van een zich kwetsbaarder in handen van anderen geven nog als te onveilig beleefd werd. Het lijkt alsof een blijvend cocaïnemisbruik met dagenlange afwezigheid, ondanks de duidelijke afspraken en laatste verwittiging hier rond een manier was om toch de aftocht te kunnen blazen.

Hopelijk kan er in een ambulante therapie verder gewerkt worden rond deze zich steeds duidelijker aftekende dynamiek."

Overzicht medisch/psychiatrische voorgeschiedenis:

1976: geboorte: epilepsie. Vanaf 6 jaar: Depakine. Vanaf 26 jaar: Keppra. Vanaf 43 jaar ... Briviact.

2010: HIV. ...  
2013: begin depressieve klachten. ...  
2015: opvolging psychiater Dr. C. Van Moorsel. Nog steeds. Vermeld eerste maal link tussen Keppra en depressie.  
2016/2017: opnames UPC Kortenbergh ... beëindiging zonder succes nadat depressieve klachten nog slechter werden tijdens opname.  
2017: nieuwe psycholoog ... tot heden.  
2019: nieuwe poging aanpassing medicatie epilepsie. ... Voorlopig positieve ervaring: aanvalsvrij + merkbare verbetering gemoedstoestand. ...

Prof. Dr. DE RAEDT, neurologie, behandelverslag dd. 08.04.2019: " ... EEG 2015: ... Twijfelachtige eenmalige plek thv linker hemisfeer. ... EEG vandaag: normaal. ...  
Bespreking: opvolging tonisch clonisch gegeneraliseerde epilepsie met onduidelijke onset. Mogelijk nog nachtelijke aanvallen, doch onzeker. Ernstige depressie waarvoor al allerlei medicatie werd geprobeerd. ECT werd hem afgeraden, gezien laag slagingspercentage ... en anderzijds ook insomnie. Patiënt heeft schrik om Keppra af te bouwen wat nochtans mogelijk zou kunnen mede een oorzaak zijn van zijn depressie. ... akkoord om Lyrica bij te nemen ... "

Prof. Dr. ALLARD, interne geneeskunde, behandelverslag dd. 21.10.2019: " ... HIV-1 infectie waarvoor therapie sinds april 2010. Sindsdien ... uitstekende virologische respons met bewaarde immuniteit. Wegens achteruitgang van de nierfunctie ... werd in juni 2016 op Triumeq overgeschakeld. Afgelopen zomer werd een nieuwe therapie switch doorgevoerd omwille van slaapstoornissen enerzijds en recidief depressie anderzijds, waarbij een mogelijke invloed van Triumeq niet uit te sluiten valt. Patiënt staat op heden ... op Symtuza."

## 6. PSYCHIATRISCHE ONDERZOEKSgegevens

**6.1 Algemeen voorkomen:** Dhr. VAN DER AA Stephane bood zich een uur eerder aan op de geplande afspraak (hij stond er reeds omstreeks 06.00 uur (stuurde SMS). Hij had een verzorgd voorkomen: betrokkene was conform leeftijd en seizoen gekleed. Hij legde een aangenaam en vriendelijk contact. Ten aanzien van het onderzoek was hij tevens goed medewerkzaam. Alle test-instructies werden zonder enig probleem begrepen en hij werkte efficiënt aan alle vragenlijsten. Betrokkene gaf na enige tijd testing aan nood te hebben aan een pauze. Het uitgebreide testonderzoek bleek voor hem cognitief belastend te zijn. Bij deze pauze ging betrokkene een korte wandeling maken. Stoorfactoren konden tijdens de testing niet waargenomen worden. Tenslotte was dhr. VAN DER AA Stephane tijdens de GIT 2 intelligentiemeting voldoende prestatie gemotiveerd.

**6.2 Realiteitstoetsing:** er bestaat volgens zijn verhaal een verstoorde waarneming van de realiteit. Meer bepaald bestaan er psychotische symptomen zoals hallucinaties (waarnemingsstoornissen). Er bestaan geen obsessieve of compulsieve symptomen (dwanggedachten en dwanghandelingen), fobieën (pathologische bezorgdheden) of dissociatie (pathologisch overlevingsmechanisme

waardoor bepaalde herinneringen/ gevoelens niet toegankelijk zijn voor het geheugen).

**6.3 Cognitieve vermogens:** er zijn geen neurologische of aanverwante problemen zoals deterioratie (mentale aftakeling). Betrokkene komt klinisch over als iemand met toereikende intellectuele vaardigheden. Dit alles houdt in dat er voldoende cognitieve vermogens bestaan om enerzijds waarheidsgetrouw te verhalen en anderzijds om met probleemsituaties om te gaan.

**6.4 Gedragsregulatie:** betrokkene kan de eigen handelingen matig tot soms gebrekkig controleren. Hij laat zich hierbij sturen vooral sturen door emoties. Er bestaat een verhoogde impulsiviteit. Verder is er een normale frustratietolerantie. Eigen behoeftes kunnen in gebrekkige mate uitgesteld worden. Er is een normale reagibiliteit (snelheid van reageren op de levenssituatie). Hierbuiten bestaat een beperkte volharding wanneer iets wordt ondernomen.

**6.5 Interpersoonlijk functioneren:** de sociale contacten van betrokkene zijn in aantal erg beperkt (zodat van sociale isolatie kan gesproken worden). Deze contacten kenmerken zich door een ontoereikend empathisch vermogen, wat maakt dat slechts moeizaam gevoelsbanden kunnen opgebouwd worden. Volgende kenmerken zijn meest uitgesproken: wantrouwigheid/ inhibitie/ het aannemen van een slachtofferrol.

**6.6 Copingmechanismen:** er zijn voornamelijk primitieve afweermechanismen zijnde splitsing (zwart-wit percepties), projectie (verantwoordelijkheden afschuiven op anderen) wat op een gebrekkig mature (ik-gerichte) persoonlijkheid wijst.

**6.7 Intrapsychisch functioneren:** er is geen tendens tot conformistisch gedrag. De onderliggende persoonlijkheid wordt wel getoond wat de beoordeling ervan mogelijk maakt. We zien een toereikende gewetensfunctie, hetgeen de kans verlaagt op antisociaal gedrag. Het driftleven omvat geen bijzonderheden. Er bestaat een gemiddeld agressiepotentieel. De seksualiteitsbeleving omvat geen gekende bijzonderheden. Het gevoelsleven bevat geen noemenswaardigheden. Er zijn geen stemmingsstoornissen aanwezig. De basisstemming is vrij stabiel. Hierbuiten bestaat een laag zelfbeeld. Er is een ingeperkt toekomstperspectief. De inzichtelijke vermogens zijn beperkt ontwikkeld.



## 7. PSYCHOLOGISCH ONDERZOEK

Onderzoeksdatum: dd. 29.10.2020

Onderzoeksmethode:

1. Intelligentie-onderzoek: verkorte GIT 2 (6 subtests)
2. Symptoomvaliditeit: validiteitschalen MMPI-2-RF, SIMS
3. Symptomatisch bilan: MMPI-2-RF, SCL-90, BDI
4. Persoonlijkheid: MMPI-2-RF, BDHI, UCL

### 7.1 GRONINGER Intelligentietest 2

	Ruwe score	C-score
Subtest 1: Woordenmatrijs	13/20	7
Subtest 2: Legkaart	17/20	9
Subtest 3: Woordenlijst	16/20	7
Subtest 4: Figuren	14/20	6
Subtest 5: Cijferen	5/32	1
Subtest 6: Woord opnoemen	15	3
<b>Totale C-score</b>		<b>33</b>

Betrokkene behaalde op de GIT 2 een totale C-score van 33. Dit komt, rekening houdend met de leeftijd en met het aantal afgenomen subtesten, overeen met een intelligentiequotiënt van 106. Hiermee situeert hij zich tot de groep van de normaal intellectuelen. De test-attitude omvatte geen noemenswaardige bijzonderheden. Er werd een toereikende medewerksaamheid aan de dag gelegd.

### 7.2 Structured Inventory of Malingered Symptomatology

De SIMS is een zelfrapportage screeningsvragenlijst ten behoeve van het in kaart brengen van symptomen en klachten die worden vergeleken met symptomen behorende bij psychopathologie. De SIMS functioneert als screenings-instrument om de effectiviteit van het algehele testonderzoek te verhogen. Het geeft een beeld van de houding van de onderzochte persoon ten opzichte van zichzelf en het testonderzoek. De SIMS bestaat uit 75 ja/nee vragen die eventuele aanwezigheid van symptomen op de volgende vijf facetten aantonen: neurologische stoornissen, depressie, psychose, cognitieve disfuncties en geheugenstoornissen.

Deze vragenlijst werd door betrokkene zelf ingevuld. Betrokkene begreep de items zonder enig probleem. Een SIMS-score boven de cutoff-score bezit een diagnostische sensitiviteit van 93 à 95% en een diagnostische specificiteit van 88 à 98%. Betrokkene behaalt een totaalscore van 17 die boven de cutoff-score uitkomt (>16). Het is belangrijk te benadrukken dat een verhoogde SIMS-score niet als waterdichte indicatie voor malingeren kan worden opgevat. Deze score betekent niet meer en niet minder dan dat het vermoeden van malingeren rijst en nader onderzoek met meer gespecialiseerde instrumenten gewenst is.

### 7.3 Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form

De MMPI-2-RF is een persoonlijkheidsvragenlijst die peilt naar de aanwezigheid van zowel acute psychologische symptomen, als naar meer gestabiliseerde persoonlijkheidstrekken via het beoordelen van 338 stellingen.

#### 7.3.1 Personalalia

Naam : VAN DER AA Stephane Code : 2020-088  
 Leeftijd : 44 Datum : 29-10-2020  
 Geboortedatum : 25-10-1976  
 Geslacht : man

#### 7.3.2 Resultaten per schaal

Validiteitschalen		T-Score	Ruw
Schaal			
?	- Open gelaten items (0%)	0	?
VRIN-r	- Ongerichte antwoordinconsistentie, herzien (100%)	60	5 VRIN-r
TRIN-r	- Gerichte antwoordinconsistentie, herzien (100%)	517	11 TRIN-r
F-r	- Laag frequentieschaal, herzien (100%)	83	9 F-r
Fp-r	- F psychopathologie, herzien (100%)	70	4 Fp-r
Fs	- Infrequent antwoordpatroon somatiek (100%)	56	2 Fs
FBS-r	- Ongeloofwaardige somatische en cognitieve klachten (100%)	81	16 FBS-r
L-r	- Ongebruikelijke deugden (100%)	53	6 L-r
K-r	- Ongebruikelijk hoog niveau van psychologische aanpassing (100%)	42	6 K-r

Hogere orde schalen en geherstructureerde klinische schalen			
Schaal		T-Score	Ruw
EID	- Emotioneel/Internaliserend disfunctioneren (100%)	71	23 EID
THD	- Cognitief disfunctioneren/gedachtenstoornis (100%)	86	10 THD
BXD	- Gedragstoornissen/Externaliserend disfunctioneren (100%)	57	6 BXD
RCd	- RCd - Demoralisatie (100%)	72	14 RCd
RC1	- RC1 - Somatische klachten (100%)	59	7 RC1
RC2	- RC2 - Lage Positieve Emoties (100%)	58	8 RC2
RC3	- RC3 - Cynisme (100%)	44	5 RC3
RC4	- RC4 - Antisociaal Gedrag (100%)	66	7 RC4
RC6	- RC6 - Betrekkingsideeën (100%)	82	7 RC6
RC7	- RC7 - Disfunctionele Negatieve Emoties (100%)	64	9 RC7
RC8	- RC8 - Afwijkende Ervaringen (100%)	76	7 RC8
RC9	- RC9 - Hypomane activering (100%)	50	10 RC9

Schalen voor schizotypie/soortelijke en interpersoonlijke problemen				
Schaal		T-Score	Ruw	
MLS	- Malaise (100%)	71	6	MLS
GIC	- Maag- en darmklachten (100%)	46	0	GIC
HPC	- Hoofdpijnklachten (100%)	61	2	HPC
NUC	- Neurologische klachten (100%)	68	4	NUC
COG	- Cognitieve klachten (100%)	81	7	COG
SUI	- Suicidale ideatie (100%)	79	2	SUI
HLP	- Hulpeloosheid/hopeloosheid (100%)	85	5	HLP
SFD	- Zelftwijfel (100%)	64	2	SFD
NFC	- Incompetentie (100%)	73	7	NFC
STW	- Stress/bezorgdheid (100%)	73	5	STW
AXY	- Angst (100%)	90	2	AXY
ANP	- Geneigdheid tot woede (100%)	51	1	ANP
BRF	- Gedragsbeperkende angsten (100%)	61	1	BRF
MSF	- Diverse concrete angsten (100%)	65	4	MSF

Schalen voor schizotypie/soortelijke en interpersoonlijke problemen en interesses				
Schaal		T-Score	Ruw	Percentiel
JCP	- Gedragsproblemen in Jeugd (100%)	54	1	50,8
SUB	- Middelenmisbruik (100%)	64	2	86,0
AGG	- Agressie (100%)	55	2	60,6
ACT	- Activatie (100%)	82	7	98,9
FML	- Familiale problemen (100%)	80	6	98,3
IPP	- Interpersoonlijke passiviteit (100%)	46	2	27,9
SAV	- Sociale verlamming (100%)	77	10	96,7
SHY	- Verlegenheid (100%)	59	5	78,8
DSF	- Distantiëring (100%)	75	4	94,6
AES	- Esthetische literaire interesse (100%)	49	1	38,9
MEC	- Mechanische/fysieke interesse (100%)	39	1	6,3

Schalen voor schizotypie/soortelijke en interpersoonlijke problemen en interesses				
Schaal		T-Score	Ruw	
AGGR-r	- Agressiviteit, herzien (100%)	51	10	AGGR-r
PSYC-r	- Psychoticisme, herzien (100%)	78	9	PSYC-r
DISC-r	- Ontremming, herzien (100%)	42	3	DISC-r
NEGE-r	- Negatieve Emotionaliteit/Neuroticisme, herzien (100%)	66	10	NEGE-r
INTR-r	- Introversie/Lage Positieve Emotionaliteit, herzien (100%)	53	11	INTR-r

### 7.3.3 Interpretatie

#### Interpersoonlijke problemen

##### a) Non-responsiviteit of antwoordinconsistentie

###### - de ? (CNS) schaal

Deze schaal is het aantal niet scorebare antwoorden op de 338 MMPI-2-RF items. Het meest voorkomende type van niet scorebare antwoord is het ontbreken van een antwoord; maar als de respondent zowel Akkoord als Niet-Akkoord heeft aangeduid bij een item, is dat antwoord ook niet scorebaar. De ?-schaalscore voor deze afname bedraagt 0. De respondent gaf scorebare antwoorden op alle 338 items en was aldus coöperatief voor zover betreft de bereidwilligheid om op de items te antwoorden.

###### - de VRIN-r schaal

Deze schaal geeft informatie over de ongerichte antwoordinconsistentie. VRIN-r = 60, Het profiel is valide. Respondent was in staat de items te begrijpen en relevant te beantwoorden.

###### - de TRIN-r schaal

Deze schaal geeft informatie over de gerichte antwoordinconsistentie. TRIN-r = 51, Het profiel is valide. Er zijn geen aanwijzingen voor inhoudinconsistent antwoorden.

##### b) Overrapportage

Volgens de definitie is er sprake van overrapportage wanneer de zelfpresentatie van de respondent een mate van disfunctie laat zien die 'niet-geloofwaardig' is.

###### - de F-r schaal

De Laag frequentie-schaal, herzien (F-r) geeft informatie over de mate van overrapportage van een breed scala aan psychologische, cognitieve en somatische symptomen. Dit in vergelijking met de normale populatie. F-r = 83, Deze hoge score is ongebruikelijk, zelfs bij personen met ernstige psychologische problemen en geloofwaardige symptomen. Bij personen zonder relevante voorgeschiedenis of actuele collaterale informatie over disfunctie, is overrapportage waarschijnlijk.

###### - de Fp-r schaal

De F psychopathologie, herzien (Fp-r) toont aan of er al dan niet aanwijzingen zijn voor overrapportage van psychopathologie in vergelijking met de psychiatrische populatie.

Fp-r = 70, Dit niveau van infrequent antwoorden kan voorkomen bij individuen met echte, ernstige psychopathologie, die geloofwaardige symptomen rapporteren. Echter bij personen zonder geschiedenis van of actuele ondersteunende aanwijzingen voor psychopathologie, wijst het zeer waarschijnlijk op overrapportage.

###### - de Fs schaal

De Infrequent antwoordpatroon somatiek (Fs) toont aan of er al dan niet

aanwijzingen zijn voor overrapportage van somatische symptomen, dit in vergelijking met de somatische populatie.

Fs = 56, Protocol is interpreteerbaar. Er zijn geen aanwijzingen voor overrapportage.

**- de FBS-r schaal**

Deze schaal gaat personen identificeren die ongeloofwaardige somatische en cognitieve klachten presenteren. Er wordt vergeleken met de medico-legale populatie

FBS-r = 81, Dit niveau van infrequent antwoorden kan voorkomen bij personen met aanzienlijke medische problemen, die geloofwaardige somatische en cognitieve symptomen rapporteren, maar het kan ook op overdrijving wijzen. Scores op de somatische en cognitieve schalen moeten in het perspectief van deze waarschuwing geïnterpreteerd worden.

**c) Onderrapportage**

Volgens de definitie doet onderrapportage zich voor wanneer de zelfpresentatie van de respondent een niveau van functioneren suggereert dat beter is dan wat aangegeven zou worden door een hypothetische objectieve beoordeling.

**- L-r schaal**

De L-r schaal geeft de mate van ongebruikelijke deugden aan.

L-r = 53, Er zijn geen aanwijzingen voor onderrapportage. Het protocol is interpreteerbaar.

**- K-r schaal**

Deze schaal indiceert de mate van aanpassing van de respondent.

K-r = 42, Profiel is valide, aangezien er geen aanwijzingen zijn voor onderrapportage.

**a) Somatische/ Cognitieve disfunctie**

**- MLS schaal (Malaise)**

MLS = 71, Een licht verhoogde score geeft aan dat de respondent een slechte gezondheid ervaart en zich zwak of moe voelt. Veelvoorkomende klachten zijn slaapproblemen, vermoeidheid, weinig energie en seksueel disfunctioneren.

**- NUC schaal (Neurologische klachten)**

NUC = 68, Personen met een verhoogde NUC-score rapporteren vage neurologische klachten waaronder duizeligheid, gevoelloosheid, zwakte en onwillekeurige bewegingen. Deze score dient bekeken te worden in het licht van de medische conditie van de respondent.

**- COG schaal (Cognitieve klachten)**

COG = 81, Deze score is indicatief voor een verscheidenheid van cognitieve moeilijkheden, waaronder geheugenproblemen, concentratiemoeilijkheden,

intellectuele beperkingen en verwarring. Ook slecht met stress om kunnen gaan en het hebben van een lage frustratietolerantie kunnen voorkomen.

**b) Emotionele disfunctie**

**- EID schaal (Emotioneel/ Internaliserend disfunctioneren)**

EID = 71, Antwoorden wijzen op een verhoogd niveau van emotionele onrust. De respondent kan symptomen en moeilijkheden ervaren, samenhangend met demoralisatie, lage positieve emoties en negatieve emotionele ervaringen (zoals laag moreel, depressie, angst, zich overspoeld voelen, hulpeloos, pessimistisch).

**- RCd schaal (Demoralisatie)**

RCd = 72, De RCd is een schaal die een pervasieve, met affect beladen dimensie weergeeft van ongelukkig zijn en ontevredenheid over de huidige levensomstandigheden. Mensen met deze score hebben een gebrek aan motivatie en gedrevenheid. Zij ervaren gevoelens van verdriet en zijn negatief tav de toekomst. Er is een beperkte range aan interessegebieden en een gebrek aan zelfvertrouwen.

**- SUI schaal (Suicidale ideaties)**

SUI = 79, De respondent rapporteert een voorgeschiedenis van suicidale ideatie en/of pogingen. Hij ervaart een gevoel van hulpeloosheid en wanhoop en kan gepreoccupeerd zijn met zelfmoord en de dood.

**- HLP schaal (Hulpeloosheid / Hopeloosheid)**

HLP = 85, Een sterk verhoogde score op deze schaal hangt samen met het gevoel dat het leven zwaar en hopeloos is; met hopeloos zijn en zich overweldigd voelen, geloven dat het leven je niet eerlijk behandelt en geen motivatie hebben om te veranderen. De persoon is niet in staat zijn of haar problemen op te lossen en de veranderingen aan te brengen die nodig zijn om zijn of haar levensdoelen te bereiken.

**- NFC schaal (Incompetentie)**

NFC = 73, Deze verhoogde NFC score geeft aan dat de respondent, wanneer geconfronteerd met moeilijkheden, waarschijnlijk een passieve houding en een gebrek aan zelfvertrouwen zal hebben. Hij is besluiteloos en ondoeltreffend. Hij gelooft niet in staat te zijn om om te gaan met actuele problemen. Hij heeft een gebrek aan zelfredzaamheid.

**- STW schaal (Stress / Bezorgdheid)**

STW = 73, Een licht verhoogde STW score houdt in dat de respondent een boven gemiddeld niveau van stress en zich zorgen maken rapporteert.

**- AXY schaal (Angst)**

AXY = 90, Deze verhoogde AXY score hangt samen met aanzienlijke angst en met aan angst verbonden problemen, opdringerige ideatie, slaapproblemen en posttraumatische stress.

**- MSF schaal (Diverse concrete angsten)**

MSF = 65, De respondent rapporteert diverse specifieke angsten voor

bepaalde dieren of natuurverschijnselen. Hij stelt zich risico vermijgend op en vermijdt kans op schade.

- **NEGE-r schaal (Negatieve emotionaliteit / neuroticisme, herzien)**

NEGE-r = 66, Een verhoogde NEGE-r score hangt samen met negatieve emoties zoals angst, onzekerheid en zich zorgen maken evenals een algemene neiging om situaties als rampen te beschouwen en het ergste te verwachten. Er is sprake van opdringerige gedachten bij de respondent. Hij is zelfkritisch ingesteld en voelt zich snel schuldig. Zijn gedrag is geremd vanwege de negatieve emoties.

c) Gedachtendisfunctie

- **THD schaal (Cognitief disfunctioneren, Gedachtendisfunctie)**

THD = 86, Antwoorden wijzen op ernstige verstoring in denken. Er wordt een breed gamma van symptomen en moeilijkheden gerapporteerd die samenhangen met verstoord denken (zoals paranolde en niet paranolde wanen, auditieve- of visuele hallucinaties, onrealistisch denken).

- **RC6 schaal (Betrekkingsideeën)**

RC6 = 82, Bij hoogscoorders op deze schaal is er sprake van op de voorgrond staande betrekkingen die waarschijnlijk het niveau van paranolde wanen bereiken. Deze mensen voelen zich slecht behandeld en zijn wraakzuchtig. Projectie wordt als verdedigingsmechanisme gebruikt. Dergelijke betrekkingen of achtervolgingsideeën kunnen interfereren met het aangaan van een therapeutische relatie en het volhouden van een behandeling.

- **RC8 schaal (Afwijkende ervaringen)**

RC8 = 76, Deze schaal meet de graad van mentale verwardheid, het gevoel 'dat ik en de wereld geen zin maken of steek meer houden', van vreemd en bizar zijn. Een verhoging op deze schaal wijst op ongewone, bizarre denkpatronen, onconventioneel gedrag, op een ernstige problematiek en op chroniciteit. Mogelijks weerspiegelt deze score schizofrene processen of situationele of persoonlijke nood. Deze mensen geloven over een speciaal zintuigelijk waarnemingsvermogen te beschikken. Hun realiteitstoetsing is mogelijk ernstig verstoord en deze personen kunnen aldus geen onderscheid meer maken tussen fictie en realiteit. Door een angst voor, vermijden van of ontbreken van emotionele bindingen of hechting kunnen er beperkingen optreden in het beroepsmatig en interpersoonlijk functioneren. De angst, het emotioneel en sociaal vervreemd-zijn bemoeilijken het aangaan en vormen van een therapeutische relatie.

- **PSYC-r schaal (Psychoticisme, herzien)**

PSYC-r = 78, Een verhoogde PSYC-r score hangt samen met ongewone gedachtenprocessen en waarnemingsfenomenen en met vervreemd zijn van anderen. De respondent denkt op een onrealistische wijze en presenteert een

verminderde realiteitstoetsing. Er worden met andere woorden meerdere ervaringen met gedachtestoornis gerapporteerd door de onderzochte.

d) Gedragsdisfunctie

- **RC4 schaal (Antisociaal gedrag)**

RC4 = 66, Personen die verhoogde scores produceren op deze schaal, rapporteren een belangrijke geschiedenis van antisociaal gedrag. De verschillende vormen van 'acting-out' gedrag die empirisch samenhangen met deze schaal betreffen: contact met de politie/justitie, er niet in slagen zich te conformeren aan maatschappelijke normen en verwachtingen, moeilijkheden met autoriteit, conflictueuze interpersoonlijke relaties, antisociale kenmerken bij verveling, gescheidenis van jeugddelinquentie, middelenmisbruik, gezinsproblemen, interpersoonlijk agressief en impulsief gedrag.

- **ACT schaal (Activatie)**

ACT = 82, De ACT schaal beschrijft ervaringen van een overmatige opwindings- en energieniveau, onbeheersbare stemmingswisselingen en niet kunnen slapen. Verhoogde ACT scores hangen samen met een voorgeschiedenis van manische of hypomane episodes en een huidig aanwezige overmatige activatie.

e) Interpersoonlijk functioneren

- **FML schaal (Familiale problemen)**

FML = 80, Een sterk verhoogde FML score houdt in dat de respondent conflictueuze relaties in de familie en een gebrek aan steun van de familie gerapporteerd heeft. Er is sprake van negatieve familiale attitudes en ervaringen waaronder frequente ruzies, afkeer van familieleden en het gevoel dat men niet gewaardeerd wordt en niet op familieleden kan rekenen in tijden van nood.

- **SAV schaal (Sociale vermijding)**

SAV = 77, Bij deze SAV score presenteert de respondent zich als iemand die niet van sociale gelegenheden houdt en sociale situaties tracht te vermijden. Hij heeft moeite met het vormen van hechte relaties, is introvert en emotioneel ingeperkt.

- **DSF schaal (Distantiëring)**

DSF = 75, De respondent rapporteert een afkeer van mensen te hebben en van met mensen samen te zijn.

f) Interesses

Uitgesproken interesses op esthetisch-literair of op mechanisch-fysiek gebied zijn niet aanwezig bij de respondent. Daar er evenmin significant lage schaa scores weerhouden kunnen worden op de interesseschalen, kan vastgesteld worden dat de respondent niet psychologisch onthecht is van zijn omgeving. Er zijn nog interesses buiten zichzelf aanwezig.

#### 7.4 BUSS-DURKEE agressie vragenlijst

##### 7.4.1 Personalia

Naam: VAN DER AA Stephane  
Leeftijd: 44  
Geslacht: man

##### 7.4.2 Resultaten

De testpsychologische onderzoeken geven aan dat indien betrokkene agressief wordt (en dit geeft niet aan dat hij gemakkelijk of vaak agressief wordt), betrokkene dit bij voorkeur op een directe of indirecte wijze gaat uiten. Op grond van de resultaten van de vragenlijst kan volgend overzicht weergegeven worden:

Schaal	Ruwe score	Landelijke populatie	Psychiatrische populatie	Gedetineerde populatie
Directe agressie	4	gemiddeld	laag	zeer laag
Indirecte agressie	12	zeer hoog	hoog	hoog
Sociale wenselijkheid	2	gemiddeld	gemiddeld	gemiddeld

##### 7.4.3 Interpretaties

Indien betrokkene agressie gaat vertonen, dan zal hij dit voornamelijk op een indirecte manier doen. Een indirecte manier van uiten van agressie houdt in dat hij kwaadheid gaat opkroppen. De gemiddelde sociale wenselijkheid wijst erop dat hij zich inzake agressie correct heeft voorgedaan ten opzichte van de werkelijkheid.

#### 7.5 UTRECHTSE copinglijst

De UCL evalueert de wijze waarop individuen over het algemeen genomen omgaan met moeilijke situaties. Scores betreffende individuele copingstijlen worden vergeleken met deze van een niet-klinische normgroep van leeftijdsgenoten.

##### 7.5.1 Personalia

Naam: VAN DER AA Stephane  
Leeftijd: 44  
Geslacht: man

##### 7.5.2 Resultaten

Copingstijl	Ruwe score	Vergelijk met de normgroep			
		NS	Studenten	Scholieren	verpleegkundigen
Actief aanpakken	24	zeer hoog	-	-	hoog
Palliatieve reactie	15	gemiddeld	-	-	gemiddeld
Vermijden	11	laag	-	-	laag
Sociale steun zoeken	12	gemiddeld	-	-	gemiddeld
Passief reactiepatroon	15	gemiddeld	-	-	gemiddeld
Expressie van emoties	6	gemiddeld	-	-	gemiddeld
Geruststellende gedachten	12	gemiddeld	-	-	gemiddeld

##### 7.5.3 Interpretaties: Normgroep NS

Betrokkene gaat bij problemen deze actief aanpakken. Hij gaat de situatie rustig van alle kanten bekijken, de zaken op een rijtje zetten; doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen.

#### 7.6 SCL-90 symptomenvragenlijst

De Symptom Checklist is een multi-dimensionele klachtenlijst, gebaseerd op zelfbeoordeling door de proefpersoon.

##### 7.6.1 Personalia

Naam: VAN DER AA Stephane  
Leeftijd: 44  
Geslacht: man

##### 7.6.2 Resultaten

Subschaal	Score	Vgl. normgroep Polyklinische psychiatrische patienten	Vgl. normgroep gevoene bevolking / normalen	Vgl. normgroep Chronische pijnpatienten	Vgl. normgroep Klinische verslaafden	Vgl. normgroep Clienten uit eerstelijns- psychologenpraktijk ken	Vgl. normgroep Patienten uit huisartsenpraktijk en
Angst	27	Gemiddeld	Zeër hoog	Boven gemiddeld	Boven gemiddeld	Hoog	Hoog
Agorafobie	12	Gemiddeld	Zeër hoog	Boven gemiddeld	Boven gemiddeld	Boven gemiddeld	Boven gemiddeld
Depressie	50	Boven gemiddeld	Zeër hoog	Hoog	Boven gemiddeld	Hoog	Hoog
Somatische klachten	26	Gemiddeld	Hoog	Gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddeld	Boven gemiddeld
Insufficiënt ie van denken en handelen	31	Hoog	Zeër hoog	Zeër hoog	Hoog	Hoog	Zeër hoog
Wantrouwen en interpersoon lijke sensitiviteit	60	Hoog	Zeër hoog	Zeër hoog	Hoog	Zeër hoog	Zeër hoog
Hostiliteit	9	Beneden gemiddeld	Boven gemiddeld	Gemiddeld	Beneden gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld
Slaapprobleem en	11	Hoog	Zeër hoog	Hoog	Hoog	Hoog	Hoog
Psychoneurot icisme	253	Boven gemiddeld	Zeër hoog	Zeër hoog	Hoog	Hoog	Hoog

##### 7.6.3 Interpretaties

Qua behandeling gaat dhr. VAN DER AA Stephane eens om de 4 à 6 weken langs bij een psychiater. Hierdoor dient bij de SCL-90 een vergelijking opgemaakt te worden met de normgroep van de polyklinische psychiatrische patienten. Vergelijken hiermee kan vastgesteld worden dat de respondent gewag maakt van cognitieve klachten en van slaapproblemen. Tevens is hij erg wantrouwig en achterdochtig ingesteld naar zijn omgeving toe.

## 7.7 Beck Depression Inventory

Betrokkene behaalde op de Beck depressielijst een score van 31/63. Deze score is indicatief voor lijdensdruk, in ernstige mate. Er werd voornamelijk gescoord op de somatische (12) dimensie (cognitief: 10, affectief: 9).

## 7.8 Bespreking

### 7.8.1 Validiteitsprotocol van het testprofiel

Bij de verkorte GIT 2 was dhr. VAN DER AA Stephane voldoende prestatie gemotiveerd waardoor deze intelligentiemeting valide is. Voor het opsporen van een negatieve responsbias maken we gebruik van gevalideerde instrumenten, met name de SIMS en de MMPI-2-RF. Betrokkene behaalde op de SIMS een totaalscore van 17, hetgeen zich boven het traditioneel afkappunt (>16) situeert. Gezien hij in behandeling is bij een psychiater is een aangepast afkappunt aangewezen vanwege de lage specificiteit (met een verhoogde kans op vals positieve uitslagen) bij personen met reële psychopathologie. In een recente meta-analyse<sup>1</sup> wordt dit aangepast afkappunt op >19 vastgesteld (of >24 om zekerheid te verkrijgen hetgeen evenwel de sensitiviteit van de SIMS aantast). In dat geval wijst de SIMS-totaaluitslag niet op een ongeloofwaardige rapportage van psychiatrische symptomen. De MMPI-2-RF verschaft een solide en empirisch onderbouwd beeld van de testattitude van betrokkene. Alle vragen (338 items) van de test werden beantwoord. Betrokkene heeft deze uitgebreide persoonlijkheidstest op een consistente en samenhangende wijze ingevuld daar zowel de VRIN-r- (T=60) als de TRIN-r-schaal (T=51T) beiden binnen normale normen vallen. Verhogingen op de overige schalen kunnen bijgevolg niet toegeschreven worden aan een inconsistente antwoordtendens. Er zijn aanwijzingen voor overrapportage van psychopathologie of problematische persoonlijkheidstrekken (F-r=83; Fp-r=70). Betrokkene heeft namelijk in hoge mate ingestemd met symptomen die maar zeer zelden voorkomen bij personen met psychiatrische problemen die geloofwaardig rapporteren. Tov de medische populatie zijn er geen aanwijzingen voor overrapportage van somatische of cognitieve symptomen (Fs=56), doch bij een vergelijking met de medico-legale populatie kan er een lichte factor aggraving weerhouden worden (FBS-r=81). Een analyse buiten de test om leert ons dat de onderzochte in behandeling is bij een psychiater. De FBS-r-schaal is erg sensitief voor psychische problemen zodat ze tot veel vals positieve uitslagen leidt bij bonafide personen met een reële psychopathologie<sup>2</sup>. Daar de SIMS-totaalscore zich onder het aangepaste afkappunt bevindt, kan deze lichte factor aggraving verwaarloosd worden. Tevens bij de SCL-90 wordt een gevarieerd antwoordpatroon bekomen. Het testresultaat zal een adequate indicatie geven van betrokkene's klachtenpatroon. Over de validiteit van de BDI kan niets gezegd worden daar deze test niet over een validiteitschaal beschikt en bijgevolg zuiver zelfrapportage betreft.

Het verkregen klinische testprofiel wordt voorts niet gekenmerkt door een positieve zelfpresentatie. De indicatoren van de MMPI-2-RF geven geen indicaties voor onderrapportage van psychopathologie of voor een tendens tot sociale wenselijkheid (K-r=42; L-r=53). De verscheidene vragenlijstitems inzake agressie werden op de BDHI testing niet sociaal wenselijk beantwoord. Het resultaat correleert met de realiteit. Ook bij de UCL testing inzake betrokkene's copingvermogen wordt een gevarieerd antwoordpatroon bekomen.

Samenvattend; het verkregen validiteitsprotocol wijst in de richting van een aanwezige factor aggraving van voornamelijk psychische klachten. Deze aggraving kan niet toegeschreven worden aan een bewuste overrapportage. Voorzichtigheid bij de analyse van de inhoudelijke schalen is geboden.

### Noot

<sup>1</sup> Impelen, van A., Merckelbach, H., Jelicic, M. & A. Merten (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28 (8), 1336-1365.

<sup>2</sup> Butcher, J., Arbisi, P., Atlis, M. & J. McNulty (2008). The construct validity of the Lees-Haley Fake Bad Scale. Does this scale measure somatic malingering and feigned emotional distress. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 855-864.

### 7.8.2 Symptomatisch bilan en persoonlijkheid

Betrokkene heeft een actueel gemeten intelligentiequotient van 106. Hiermee situeert hij zich op normaal intellectueel niveau. Op grond van de MMPI-2-RF verkrijgen we een algemeen beeld van het functionerings- en aanpassingsniveau van betrokkene. Inzake somatische/ cognitieve disfunctie (a) toont grafiek 3 dat de respondent vooral kampt met gevoelens van malaise door een slechte gezondheid, vermoeidheid en algemene zwakte (MLS=71). Hij geeft voorts aan dat hij ook cognitieve klachten (COG=81) en neurologische klachten (NUC=68) heeft. Betreffende de emotionele disfunctie (b) rapporteert betrokkene duidelijke angsten (AXY=90; MSF=65). Ook de verhoogde NEGE-r-schaalscore (T=66) wijst op dysfunctionele negatieve emoties zoals angst en bezorgdheid. Zichzelf zorgen maken staat centraal in zijn leven (STW=73). Grafiek 2 toont een verhoogde schaalscore voor algemene factor Demoralisatie (RCd=72) wat impliceert dat de onderzochte zich niet goed voelt en emotionele problemen heeft (EID=71). Hij koestert gevoelens van verdriet en voelt zich duidelijk ongelukkig. Het algemeen distressniveau is verhoogd. Er zijn zelfs suïcidale gedachten aanwezig (SUI=79). Betrokkene ervaart een grote mate van hulpeloosheid (HLP=85). Gunstig hierbij is wel dat de onderzochte rapporteert doorgaans zelf over voldoende copingvermogen en veerkracht te beschikken om tegenslagen in het leven actief en beredeneerd aan te pakken. Hij gaat hierbij de gehele probleemsituatie op een rijtje zetten om vervolgens doelgericht en met vertrouwen het probleem aan te pakken. Een markante persoonlijkheidstrekket betreft de afkeer die betrokkene heeft van mensen en van met mensen samen te zijn (DSF=75).

Sociale contacten (e) worden zoveel mogelijk vermeden door de respondent (SAV=77). Het gevoel 'dat ik en de wereld geen zin maken of steek meer houden' overheerst bij dhr. VAN DER AA Stephane. Er kan duidelijk achterdocht en wantrouwen worden vastgesteld hetgeen zelfs het niveau van paranoïde waanvorming kan bereiken (PSYC-r=78; RC6=82). Er is duidelijk een storing in betrokkene's denken aanwezig (THD=86; denken en perceptie (c)). Betrokkene maakt gewag van familiale conflicten (FML=80). Frustraties worden wel eerder indirect ipv direct tot uiting gebracht. Betrokkene kan wel episodes van overmatige energie en opwindning ervaren (ACT=82). Hij rapporteert een belangrijke geschiedenis te kennen van antisociaal gedrag (RC4=66; gedragsproblemen (d)). Tenslotte getuigen de interesseschalen (f) van weinig bijzonderheden. Uitgesproken interesses op esthetisch-literair of op mechanisch-fysiek gebied zijn niet aanwezig bij de respondent.

### 7.8.3 Conclusie over de huidige problematiek

Aangaande de problematiek kan vastgesteld worden dat betrokkene op zelf-rapportage-niveau gewag maakt van een duidelijke storing in het denken. Er is sprake van vervreemding en derealisatie. Er kan tav de omgeving een achterdochtige ingesteldheid weerhouden worden waardoor er sprake is van sociale introversie. Voorts wordt betrokkene's slaapkwaliteit sterk aangetast. De BDI is indicatief voor depressieve gevoelens, volgens zelfrapportage, in ernstige mate. Deze depressieve gevoelens gaan gepaard met een verhoogd angst- en stressniveau, een laag copingvermogen, een grote mate van hulpeloosheid en suicidale gedachten. Voorts is er sprake van cognitieve en somatische hinder. Betrokkene's slaapkwaliteit wordt sterk aangetast.

Dient hierbij genoteerd te worden dat het verkregen validiteitsprotocol wijst in de richting van aggraving. Het is bijgevolg niet uitgesloten dat dhr. VAN DER AA Stephane in realiteit minder hinder ondervindt van zijn klachten dan dat hij op het testonderzoek aangeeft.

## 8. BESPREKING

### 8.1 Evaluatie van de premorbide toestand

#### 8.1.1 Persoonlijkheid en Cognitieve en intellectuele vermogens

Betrokkene werd 44 jaar geleden geboren. Hij groeide op in een matig stabiele gezinssituatie. Psychologe Mw. HOUBEN vermeldt in het verslag van psychodiagnostisch onderzoek (dd. 19.07.2016) '... dat hij grotendeels opgevoed werd door zijn grootmoeder. ... rotverwend en kreeg er wel de affectie en bewondering die hij zocht maar bij zijn ouders niet vond. ... hij

echter een normale gezinssituatie miste. ...'. De band met moeder omschrijft hij thans als moeilijker, met vader en zijn jongere broer is deze goed. Familiaal anamnestic vermeldt betrokkene vermoedens van psychische problemen bij een neef langs vaderzijde.

Tijdens zijn jeugd weerhoudt betrokkene 'pedofilie' ten aanzien van medeleerlingen toen hij op internaat verbleef. Hij wist dat het gebeurde, maar was zelf geen slachtoffer. Psychologe Mw. HOUBEN vermeldt in het verslag van psychodiagnostisch onderzoek (dd. 19.07.2016) 'pestgedrag tijdens de jeugdjaren'.

Op relationeel vlak had betrokkene twee langdurige relaties met mannen. Een eerste relatie was vanaf 2003 tot 2009 à 2010. Een tweede relatie duurde tien jaar en werd beëindigd in januari 2020. Sindsdien heeft betrokkene geen relatie meer gehad.

Op medisch vlak maakt hij gewag van aangeboren epilepsie. Op psychiatrisch vlak ging hij in 2013 in behandeling bij een psycholoog en rond 2014/ 2016 ging hij ook op raadpleging bij een psychiater.

Qua medicatie gebruikte betrokkene Keppra, één jaar geleden is hij overgeschakeld naar Briviact. Verder is er sprake van het gebruik van antidepressiva, anti-epileptica en slaapmedicatie. Een tijdje werd ook Xanax Retard gebruikt.

De psychologische testing leert ons dat betrokkene doorgaans zelf over voldoende copingvermogen en veerkracht beschikt om tegenslagen in het leven actief en beredeneerd aan te pakken. Hij gaat hierbij de gehele probleemsituatie op een rijtje zetten om vervolgens doelgericht en met vertrouwen het probleem aan te pakken.

Betrokkene heeft een actueel gemeten intelligentiequotiënt van 106. Hiermee situeert hij zich op normaal intellectueel niveau. Dit is congruent met zijn schoolse en professionele vaardigheden, betrokkene zelf omschrijft zich als een zwakkere leerling in het lager en diende zowel in het middelbaar als in hoger onderwijs een jaar te bissen. In het middelbaar behaalde hij een TSO-diploma boekhouden/ informatica, waarna nog een graduaatsopleiding informatica werd voltooid. Beroepshalve begon hij te werken als programmeur/ analist bij een consultancy bedrijf, na ongeveer vijf jaar schakelde hij over naar een bedrijf gespecialiseerd in HR-dienstverlening. Daar had hij meerdere functies, een laatste functie was director strategie/ portfolio management. In 2015/ 2016 werd betrokkene arbeidsongeschikt. In zijn vrije tijd gaat hij fitnessen.

#### 8.1.2 Bespreking

Bij betrokkene kan een verstoorde jeugd weerhouden worden, waarbij affectie in overmaat via de grootmoeder, maar niet via de ouders gegeven werd. Er is in de behandelverslagen sprake van een vermijdende persoonlijkheids- (stoornis). Dit komt in huidig onderzoek minder op de voorgrond. Binnen

psychoanalytisch denkkader zou ik eerder spreken van een abandonistische persoonlijkheidsstoornis. Hieronder wordt verstaan dat de betrokkene affectie/ hechting gekend heeft en hiernaar verlangd, maar dat dit in de jonge kinderjaren ontnomen werd, waardoor er een blijvende angst is dat relaties niet zullen blijven duren. Binnen een relatie (in de brede betekenis van interpersoonlijke band) gaat hij telkens opnieuw deze 'uittesten' om zijn separatieangst te onderdrukken, maar legt aldooende zo veel druk op deze relaties, dat ze uiteindelijk verbroken worden wat zijn angst opnieuw versterkt en dit steeds opnieuw in een vicieuze cirkel.

### 8.2 Evaluatie van het ziekteverloop

Betrokkene werd rond 2015/ 2016 arbeidsongeschikt. Hij was toen reeds in behandeling bij een psycholoog en psychiater. Rond 2016 begon hij ook zelfmoordgedachten te ontwikkelen en wou hij zich laten opnemen in het UPC Kortenbergh, maar was er een wachttijd. De opname ging dan van start in oktober 2016 en heeft geduurd tot mei 2017. In 2019 ondernam hij nog meerdere zelfmoordpogingen.

Qua behandeling consulteert betrokkene thans nog om de vier à zes weken een psychiater. Hiervan kregen we geen recente informatie, ondanks herhaalde vraag. Qua medicatie neemt hij HIV-medicatie, Briviact en Xanax Retard indien nodig. Psychologe Mw. HOUBEN vermeldt in het verslag van psychodiagnostisch onderzoek (dd. 19.07.2016) '... evidentie voor een persoonlijkheidsproblematiek en onvoldoende evidentie voor een ontwikkelingsproblematiek zoals ASS en ADHD. ...'

Qua evolutie geeft betrokkene aan zich al veel beter te voelen dan in 2016/ 2017, maar dat er nog steeds zelfmoordgedachten aanwezig zijn.

Een werkherleving denkt hij nog niet aan te kunnen, tenzij eventueel 50% of 60% (?). Maart 2020 had hij het werk aan 50% hervat, niet lang nadien werd de lockdown uitgeroepen en eind mei 2020 heeft betrokkene zelf zijn ontslag ingediend omdat hij naar eigen zeggen gepest werd. Dit ontslag werd hem initieel geweigerd, maar twee maanden later kreeg hij dan toch zijn ontslag. Vooreerst diende hij een opzegperiode uit te doen, maar uiteindelijk werd hij ontslagen omwille van dringende reden omdat hij twee dagen onwettig afwezig geweest zou zijn. Begin augustus is betrokkene hiertegen een procedure gestart. Sinds 01.08.2020 staat hij opnieuw op ziekenkas.

### 8.3 Huidige klachten en hun objectivatie

De afspraken met betrokkene verlopen zeer moeizaam en chaotisch. Hij brengt een verhaal van faalangst en zelfdodingsgedachten, maar komt zeker niet depressief over in het klinisch contact. Hij verhaalt wel 'een soort van auditieve hallucinaties', maar deze zijn totaal atypisch en heb ik op deze manier nog nooit weten verwoorden. Anderzijds is het dan ook weer niet het type gesimuleerde 'hallucinaties' die we frequent horen in medicolegale

context. De inhoud van zijn 'hallucinaties/ wanen', ligt wel geheel in de lijn met hetgeen hij los daarvan in zijn levensverhaal verteld en gaat over gepest worden, niet erkend worden. Al bij al een wat ongebruikelijk beeld, dat niet éénduidig binnen een omschreven psychiatrische stoornis kan geplaatst worden. Een bevinding die ook uit het psychodiagnostisch verslag van 2016 naar voren komt.

Ons testpsychologisch onderzoek wijst op aggraving van psychiatrische klachten op de MMPI-2-RF, evenwel niet met een bewuste factor volgens de SIMS. De SCL-90 daarentegen geeft een gedifferentieerd beeld, wat dan weer minder indicatie geeft voor aggraving. De afwijkende bevindingen op deze SCL90 zijn in de persoonlijkheidspathologie te kaderen, en niet in een afzonderlijke psychopathologie.

Er werd aanvullende behandelinformatie gevraagd aan betrokkene. Deze leert ons dat men de problematiek van betrokkene vooral kadert in zijn persoonlijkheid en dit op stoornis niveau. Men spreekt van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis, zij het dat ik zelf eerder dynamieken van een zogenaamde abandonistische persoonlijkheidsstoornis meen te herkennen (volgens DSM een mengbeeld tussen paranoïde en vermijdende persoonlijkheidsstoornis). Er werd geen behandelinformatie van zijn huidige recente psychiatrische opvolging bekomen.

Betrokkene verhaalt dat hij wel denkt 50 à 60% te kunnen werken, maar geen voltijdse functie. Hij brengt ook een verhaal van 50% werkherleving in maart 2020, maar dan het aanbieden van zijn ontslag omwille van gepest worden. Dan volgt een heel ingewikkeld verhaal over geweigerd ontslag, ontslag om dwingende redenen en een gerechtelijke procedure hiertegen (?).

### 8.4 Diagnosestelling

Geen objectiveerbare acute psychopathologie (vroeger As 1 stoornissen genoemd in de DSM), maar wel een abandonistische persoonlijkheidsstoornis (volgens DSM een mengbeeld tussen paranoïde en vermijdende persoonlijkheidsstoornis).



## 9. BESLUIT

Na deskundig onderzoek besluiten wij op de gestelde vragen:

*"psychiatrische evaluatie"*

Geen objectiveerbare acute psychopathologie (vroeger As 1 stoornissen genoemd in de DSM), maar wel een abandonistische persoonlijkheidsstoornis (volgens DSM een mengbeeld tussen paranoïde en vermijdende persoonlijkheidsstoornis).

Opgesteld in eer en geweten, te Schoten op 20 november 2020.

Prof. Dr. Dillen Chris  
Forensisch Psychiater