

PSYCHODIAGNOSTISCH ONDERZOEK

Naam onderzochte: Dhr. W.E. van Kampen
Geboortedatum: 19-03-1945
Afdeling: Poli Ouderenpsychiatrie
Datum onderzoek: 05-12-2012 en 12-03-2013
Klinisch Neuropsycholoog: S.A. Melisse
Psycholoog: A.M.A. Simek

DOELSTELLING

In kaart brengen van het de kenmerken van de persoonlijkheid.

EERDER ONDERZOEK

In september 2011 is een persoonlijkheid onderzoek en autisme onderzoek verricht bij de poli Ouderenpsychiatrie. De conclusie van dit onderzoek luidt:

De klachten van onderzochte kunnen mogelijk verklaard worden vanuit zijn persoonlijkheidsstructuur die zichtbaar gemaakt is door het persoonlijkheidsonderzoek.

Destijds leken de klachten voort te komen uit een manisch episode van een bipolaire stoornis, waarvoor hij nog steeds lithium gebruikt. Zijn enigszins gestoorde realiteitszin waarbij onderzochte grootheidsfantasiën tot uiting wilde laten komen, zoals zijn filosofische gedachtengoed, lijkt hiervan een door onderzochte goed gecontroleerd en momenteel voor de buitenwereld onzichtbaar, voorbeeld. Het vermoeden bestaat dat hij zich in gedachte nog steeds kan verliezen aan deze door hem zelf bedachte theorieën waardoor hij zich afsluit en bij zijn naasten de indruk kan wekken van een autistischespectrumstoornis waarbij sociale interactie op een laag pitje staat. Hij lijkt door schade en schande geleerd te hebben zich in te houden op dergelijke momenten zodat zijn sociale omgeving niet van hem vervreemd. De daardoor veroorzaakte irritatie om niet gehoord te worden, neemt hij voor lief, onderdrukt hij sterk zodat zelfs hij er niet meer bij kan.

Mogelijk liggen aan zijn ontregeling, twee jaar geleden, schizotypische trekken ten grondslag, dat wil zeggen, hij kan zich moeilijk afstemmen op zijn omgeving, is individualistisch, kan vreemd en teruggetrokken gedrag vertonen, en vertoont teruggetrokken gedrag. Dit kan vervolgens leiden tot onverwachte acting-out, een uitbarsting van agressie, angstklachten en zelfs een psychose. Of in andere woorden, omdat onderzochte niet angstig of kwetsbaar is en zichzelf heeft aangeleerd onderliggende problematiek lang te verhullen en dus zijn woede - mocht hij deze al herkennen bij zichzelf - lang vasthoudt, zal hij op een onverwacht moment zijn (agressieve) gevoelens en gedachten kunnen gaan uiten. Hiermee zal hij dan zichzelf en zijn omgeving verbazen.

In maart-april 2011 is een neuropsychologisch onderzoek verricht bij de poli Ouderenpsychiatrie. De conclusie van dit onderzoek luidt:

Samenvattend en in antwoord op de vraagstelling komen uit het neuropsychologisch onderzoek en de observaties geen cognitieve stoornissen naar voren. Wel vallen bij de verbale geheugentaken opstartproblemen op, het executief functioneren kenmerkt zich door een gevoeligheid voor interferentie en neiging tot associatief reageren. Het cognitieve beeld is het meest passend bij psychiatrische problematiek.

In 2009 is deelgenomen aan een wetenschappelijk onderzoek 'psychosis in the elderly' (PSITE) (universiteit Maastricht). De samenvatting van dit onderzoek luidt:

- MMSE: 29/30
- Camcog: totaal 97, geheugensectie 33. Dit is een gemiddeld resultaat.
- 15-woordentest: inprenting benedengemiddeld, uitgesteld herinnering zeer laag, herkenning benedengemiddeld.

Uit eerder onderzoek naar psychopathologie (PSITE, 2009) (Universiteit Maastricht) is naar voren gekomen dat onderzochte op de BPRS/PANNS licht tot matig verhoogd scoorde op groetheidsideeën en obsessies. Hij scoorde zwak op oordeel- en inzicht. Uit de CIDI (sectie drugs) kwam naar voren dat onderzochte zeer matig alcohol gebruikt, niet rookt en geen drugs gebruikt. Hij neemt zijn medicijnen zoals voorgeschreven. Middels de SIS-R lijkt er geen sprake te zijn van sociale isolatie. Er werden middels de CANE (onopgeloste problemen bij ouderen met een psychiatrisch probleem) alleen problemen benoemd op het vlak van psychotische symptomen, die goed onder controle werden gehouden door de ingenomen medicatie. Uit het somatisch onderzoek lijken er op het moment van onderzoek geen medische problemen te spelen.

VRAAGSTELLING

- Welke klachten ervaart onderzochte?
- Welke copingstijlen hanteert onderzochte?
- Wat zijn de kenmerken van de persoonlijkheid van onderzochte?

INSTRUMENTKEUZE

Symptom Check List-90 (SCL-90), Utrechtse Coping Lijst (UCL), Nederlandse Verkorte MMPI (NVM), Nederlandse Persoonlijkeids Vragenlijst (NPV-2).

VERANTWOORDING INSTRUMENTKEUZE

De SCL-90 is een zelfbeoordelingsschaal voor de belangrijkste klachtgebieden in de psychopathologie.

De UCL is een zelfbeoordelingsvragenlijst, die de manier van omgaan met problemen en gebeurtenissen (coping) in kaart brengt.

Om kenmerken van de persoonlijkheid van onderzochte in kaart te brengen zijn de NVM en de NPV-2 afgenomen.

GESPREKSGEGEVENS/ANAMNESE

Verwijzer: N. Storm, GZ-Psycholoog

Reden verwijzing: Heronderzoek persoonlijkheid

Algemeen/indruk

Onderzochte is een 67-jarige, goed verzorgde man. Hij oogt conform zijn kalenderleeftijd. Er is sprake van adequaat oogcontact. Hij komt vriendelijk over in contact.

Klachten

Dhr. vertelt vorig jaar een persoonlijkheid onderzoek gehad te hebben. Hij heeft nu zelf gevraagd of hij een heronderzoek kan krijgen, omdat het nog steeds niet duidelijk is wat zijn diagnose nu precies is.

Hij vertelt in 2007 een filosofie boek gekregen te hebben van zijn zoon. Hij heeft dit boek driemaal gelezen. Vervolgens heeft hij zelf een boek geschreven in drie maanden tijd. Hij had toen een enorme schrijfdrang. Zijn verhaal was echter niet te volgen voor andere mensen, maar hijzelf kan zijn eigen verhaal wel volgen. Hij benoemt dit zelf als 'bijzonder gedrag'. Hij is toen 3 maanden opgenomen geweest bij Delta op de Aanloop. Hij heeft toen al gezegd: "Jullie vinden niets bij mij". Er is toen gedacht aan schizofrenie en aan een bipolaire stoornis, maar dit is nu nog steeds niet duidelijk. Hij vertelt nooit depressief of somber geweest te zijn. Hij geeft wel toe bijzonder gedrag te vertonen, maar dat hier geen 'ziekte aan gekoppeld kan worden'.

Hij vertelt dat hij lichamelijk niets mankeert. Uit de onderzoeken kwam volgens hem naar voren dat hij bijzondere antwoorden geeft, maar geen bijzonder gedrag vertoont. Hij kon zich niet herkennen in het persoonlijkheid onderzoek. Voorbeelden uit het onderzoek dat hij niet herkent is dat hij een narcistische dynamiek zou hebben en dat hij zelf niet kan zien dat hij bepaalde emoties bij anderen oproept.

Hij wil weten of het onderzoek wel klopt, hij vertrouwt het rapport niet. Hij heeft zelf een gedachte over zijn persoonlijkheid onderzoek, namelijk dat de schrijfdrang van God vandaan komt (hij gelooft echter niet in een bepaalde religie, maar heeft wel visioenen gehad) en 'dat de drang sterker is dan de wil en de drang dan dubbel voorkomt'. Ook geeft hij aan vanuit zijn schrijfdrang misschien bepaalde antwoorden gegeven te hebben en toen mogelijk in een bepaalde toestand gezeten te hebben, waardoor hij bepaalde antwoorden heeft gegeven en dit het onderzoek gekleurd heeft. Ook geeft hij aan dat de getallen 5 en 12 steeds terugkomen tijdens zijn schrijven. Zijn geboortedata van zijn broers/zussen hebben er allemaal mee te maken, hij heeft 12 broers/zussen, in de 5e maand kreeg hij zijn eerste visioen, het gesprek vandaag vindt op 5-12-2012 plaats, mw. Storm = 5 letters, mw. van Zonneveld = 12 letters. Hij geeft aan dat dat bijzonder is. Hij zoekt deze cijfers niet op, maar stelt ze alleen vast. Dhr. geeft verder aan er niet op uit te zijn om andere antwoorden te geven bij het onderzoek, maar naar waarheid te zullen invullen. Hij wil dit onderzoek puur voor zichzelf. Na het gesprek belde hij echter op om te vragen of hij ook kan simuleren met zijn antwoorden of hij 'normaal' is en niet alleen kan simuleren om een andere stoornis eruit te kunnen krijgen.

Bij het vervolgesprek op 12 maart 2013 geeft dhr. aan dat het vandaag de 12^e is. Hij vertelt dat er natuurgetallen zijn die een betekenis kunnen hebben. Deze kunnen direct of indirect afleesbaar zijn. Gewone getallen hebben geen betekenis. De getallen 5 en 12 zijn elkaars tegenpolen. Dit is ook het geval bij zijn behandelaren (mw. Storm en mw. van Zonneveld). Zij zijn qua karakter elkaars tegenpolen. Hij geeft aan dat hij dit bijzonder vindt. Dhr. vertelt verder dat hij nog steeds bezig is met zijn boek en hij denkt hier ongeveer nog een jaar mee bezig te zullen zijn. Vervolgens vertelt hij over 1 van zijn theorieën: Het leervermogen is de tegenpool van het begripvermogen. Het leervermogen is in meer of mindere mate aanwezig en het begripvermogen is in meer of mindere mate afwezig. Zo geeft hij aan dat zijn begripvermogen in mindere mate afwezig is. Hij geeft aan een andere manier van denken te hebben dan de meeste mensen. Hij vertelt cryptisch te zijn en niet te kunnen boeien in zijn communicatie. Dit zou passen bij zijn begripvermogen. Ook kan hij van de hak op de tak springen tijdens het filosoferen. Volgens dhr. lijkt zijn manier van denken chaotisch, maar is het niet. Hij geeft aan veel theorieën bedacht te hebben. Een van zijn andere theorieën is dat als er een binnenkant is er ook een buitenkant moet zijn.

Momenteel ervaart hij geen klachten. Hij geeft aan altijd goed gestemd te zijn.

Dhr. geeft aan goed te eten en een goede eetlust te hebben. Vervolgens vertelt dhr. echter filosofienachten te hebben waarbij hij eenmaal in de 14 dagen de hele nacht wakker is en loopt te filosoferen. Hierna wordt hij toch uitgerust wakker.

Somatische voorgeschiedenis

Hoge bloeddruk

Dhr. vertelt ook altijd slaapapneu gehad te hebben en een seksverslaving. Dit heeft hij nu ineens niet meer sinds zijn opname bij Delta. Dit vindt hij erg bijzonder. Hij is verder gezond.

Medicatie

Lithium lage dosering

Bloeddruk medicatie, hij vindt het echter opvallend dat hij juist altijd een vrij lage bloeddruk had en in oktober 2006 ineens een hoge bloeddruk van 222. Hij vertelt dat hij tijdelijk gestopt was met zijn bloeddruk tabletten, maar dat zijn bloeddruk toen toch weer hoger werd en hij toen de tabletten weer in is gaan nemen.

Intoxicaties (informatie uit onderzoek maart-april 2011)

Onderzochte rookt niet, gebruikt geen alcohol en heeft nooit drugs gebruikt. Het enige waar hij zich volgens zeggen af en toe aan te buiten kan gaan is chocola.

Sociale anamnese (informatie uit onderzoek maart-april 2011)

Opleiding en werk: Onderzochte heeft de LTS afgerond. Volgens zeggen heeft hij nooit het goede

onderwijs gevolgd, hij heeft moeite met veel tekst in lesboeken, bij voorkeur krijgt hij informatie kort en bondig gepresenteerd. Na de LTS is hij gaan werken in de scheepsreparatie. Ook is hij 3 maanden automonteur geweest. Na militaire dienst kwam hij in dienst bij de PTT als adviseur in de telecommunicatie. Hij heeft tijdens zijn werkzame leven allerlei bedrijfsopleidingen gedaan. Toen hij 54 jaar was heeft hij de HBO-opleiding projectmanagement aan de Hogeschool in West Brabant afgerond. Op 57-jarige leeftijd is onderzochte met de VUT gegaan. Om toch wat om handen te hebben, is hij in het zwembad gaan werken (badmeester en schoonmaker). Toen hij na zijn opname enkele jaren geleden medicatie moest gebruiken, mocht hij niet meer als badmeester werken. Onlangs is zijn baan bij het zwembad beëindigd, omdat de uren wegbezuinigd zijn. *Sociaal:* Onderzochte is getrouwd in 1974, hij heeft een zoon en een dochter. Contact met dochter is goed, met zoon is het contact niet goed.

OBSERVATIE/TESTAFNAME

Taal/spraak

Geen bijzonderheden.

Motoriek

Geen bijzonderheden.

Houding

Gedurende het testen stelt onderzochte zich coöperatief op.

Inzicht

Onderzochte heeft geen ziektebesef of ziekte-inzicht.

Aandacht

Dhr. lijkt moeite te hebben om bij de vragenlijsten te blijven en lijkt graag zijn verhaal te willen doen.

Tempo

Onderzochte werkt op een normaal tempo aan de vragenlijsten.

Waarneming

De visus is voldoende voor betrouwbare testafname. Onderzochte hoort goed.

TESTRESULTATEN

Klachten

In de **SCL-90** worden klachten gerapporteerd, waarvan onderzochte in de week voorafgaand aan het onderzoek en op de dag van onderzoek last heeft gehad.

De *Psychoneuroticisme* schaal is een maat voor het algehele niveau van psychisch en lichamelijk disfunctioneren. Vergeleken met de algemene normgroep wordt op deze totaalschaal een beneden gemiddelde score gezien.

In vergelijking met poliklinische psychiatrische patiënten behaalt onderzochte op de *Psychoneuroticisme* schaal een zeer lage score.

Coping

Uit de **UCL** blijkt dat wanneer zich problemen of vervelende situaties voordoen, onderzochte in zeer hoge mate geneigd is om de situatie rustig van alle kanten te bekijken, zaken op een rijtje te zetten en doelgericht en met vertrouwen te werk te gaan om het probleem op te lossen. Ook zal hij troost en begrip zoeken bij anderen, zijn zorgen aan iemand vertellen of om hulp vragen.

Onderzochte is niet geneigd om afleiding te zoeken en zich met andere dingen bezig te houden om niet aan het probleem te hoeven denken. Hierbij kan worden gedacht aan roken, drinken of zich ontspannen. Hij zal zich ook niet snel volledig door de problemen en de situatie in beslag laten nemen en de zaak somber inzien. Hij is niet geneigd te piekeren en zich terug te trekken. Ten slotte

zal hij ook niet snel de zaak op zijn beloop laten, de situatie uit de weg gaan of afwachten wat er gaat gebeuren.

Kenmerken van de persoonlijkheid

De NVM laat volgens de interpretatie van Luteijn en Kok het volgende beeld zien:

De schaal *Negativisme* bevat items die betrekking hebben op passief vermijdingsgedrag, op gevoelens van ontevredenheid en wrok met allerlei zaken uit het dagelijks leven en agressief gedrag. Onderzochte voelt zich niet gespannen en zal niet snel op gevoelens van onbehagen reageren door te mopperen en te klagen. Op de schaal *Negativisme* laat onderzochte vergeleken met de algemene normgroep een lage score zien. Vergeleken met de normgroep psychiatrische patiënten is de score zeer laag.

De schaal *Somatisatie* bevat voornamelijk items die betrekking hebben op allerlei vage lichamelijke klachten. Hij zal niet snel met lichamelijke klachten reageren op psychische spanningen. Op de schaal *Somatisatie* scoort hij vergeleken met de algemene normgroep laag. Vergeleken met de normgroep psychiatrische patiënten scoort hij zeer laag.

De items van de schaal *Verlegenheid* weerspiegelen voornamelijk een gevoel van verlegenheid en moeite in het contact met anderen. Onderzochte geeft aan zich niet verlegen te voelen en hij ziet zichzelf als vlot, open en sociabel. Vergeleken met beide normgroepen scoort hij laag.

De gemiddelde score op de *Psychopathologieschaal* (bizarre belevingen, wanen en/of paranoïde ideeën) wordt geïnterpreteerd als niet-afwijkend.

De items uit de schaal *Extraversie* slaan op allerlei vormen van sociale contacten en op een energieke en actieve instellingen in deze. Op de schaal *Extraversie* wordt er vergeleken met beide normgroepen gemiddeld gescoord.

Het NVM profiel wijst volgens de theoriegestuurde profielinterpretatie van Eurelings-Bontekoe en Snellen in de richting van een borderline persoonlijkheidsorganisatie met 'as-if' kenmerken en vroeg narcistische dynamiek.

De gemiddelde extraversiescore geeft aan dat onderzochte zowel terughoudend kan zijn als iemand die het contact met anderen aan kan gaan. De gemiddelde psychopathologiescore wijst erop dat onderzochte over een goede angsttolerantie beschikt, dat betekent dat hij bij oplopende spanningen niet snel psychiatrische klachten zal ontwikkelen. Met de lage score op de verlegenheidsschaal geeft onderzochte aan niet of nauwelijks geremd te zijn in zijn interactie met anderen. Met andere woorden, sociale angst en dus verlegenheid zijn hem vreemd. Hij heeft een illusie absolute controle over zijn agressieve gevoelens te hebben. Hij geeft eigenlijk aan boven alle verlegenheid, schuld en schaamtegevoelens te staan en er trots op te zijn 'onaanraakbaar' te zijn. Hij kan imponeren aangepast, sensitief en 'normaal' te zijn, maar aanpassing van zijn gedrag vindt alleen plaats als dit nodig is voor het behalen van zijn eigen wensen en behoeften. Agressie wordt eerder toegeschreven aan de omgeving waardoor de relaties met anderen verstoord kunnen worden. De lage score op de verlegenheidsschaal in combinatie met de gemiddelde score op de psychopathologieschaal wijst op een tekortschietende controle over zijn eigen gevoelens en gedachten. De score op de somatisatieschaal is extreem laag te noemen. Hiermee geeft onderzochte aan dat hij totaal geen gebruik maakt van somatisatie - (vage) lichamelijke klachten - als stressregulatiemechanisme. Wanneer de spanning oploopt, zal hij zich niet of nauwelijks bewust zijn van lichamelijk ongemak. Onderzochte lijkt onvoldoende bewust te zijn van wat er zich in zijn lichaam afspeelt: hij heeft weinig contact met zijn eigen gevoelsleven. Daarnaast speelt mogelijk mee dat er bij onderzochte een onwil bestaat om anderen in te schakelen voor hulp. Dit laatste wijst op de aanwezigheid van narcistische afweer, dat is het niet willen onderkennen van ongewenste gevoelens bij zichzelf en het ontkennen van een afhankelijkheidsbehoefte. Dit laatste wordt ook wel tegenafhankelijkheid genoemd. De lage tot zeer lage score op de negativiteitschaal wijst erop dat onderzochte nauwelijks lijdensdruk ervaart. Er lijkt geen sprake te zijn, dan wel, hij lijkt geen gevoelens van onvrede, teleurstelling of agressie bij zichzelf waar te nemen; hij lijkt te

willen zeggen met mij is niets aan de hand want ik voel dit niet. De score is passend bij de zeer lage score op de somatisatieschaal, immers, wanneer ongewenste gevoelens uit de beleving worden weggehouden is er ook geen lijdensdruk. Bij een profiel met een lage verlegenheidsscore die achterblijft op de negativiteitsscore kan bij het toenemen van spanning de controle over de eigen gevoelens en gedachten tekort schieten en bestaat er een onvermogen tot somatische kanalisatie en sociale onhandigheid tot het mobiliseren van anderen. Mogelijk is dit bij onderzochte ook zo.

In de **NPV-2** geeft onderzochte te kennen

- De items in de *Inadequatieschaal* zijn gericht op stabiliteit/labiliteit en het al dan niet kunnen incasseren van tegenslagen. Onderzochte scoort op deze schaal zeer laag in vergelijking met beide normgroepen. Hij geeft aan evenwichtig en stabiel te zijn en tegenslagen goed te kunnen incasseren.
- Op de *Sociale Inadequatie* schaal, die nagaat of men zich al dan niet competent voelt in contacten met anderen, behaalt onderzochte een lage score in vergelijking met de algemene normgroep en een beneden gemiddelde score vergeleken met psychiatrische patiënten. Hij geeft aan goed met anderen overweg te kunnen en open, vlot en sociabel te zijn.
- De score op de schaal *Rigiditeit* laat zien of iemand een flexibele instelling heeft of meer houdt van een strak planmatige aanpak en of hij openstaat voor nieuwe oplossingsmethoden. Onderzochte scoort op deze schaal zeer laag in vergelijking met beide normgroepen. Onderzochte presenteert zich als iemand met een flexibele instelling. Hij staat open voor nieuwe oplossingsmethoden.
- De schaal *Verongelijkheid* zegt iets over de houding van onderzochte naar anderen (wantrouwen, vijandigheid, (in)tolerantie, vriendelijkheid, begrip). Onderzochte scoort op deze schaal laag in vergelijking met de algemene normgroep en zeer laag vergeleken met psychiatrische patiënten. Hij kan goed naar anderen luisteren en is tolerant, vriendelijk en begrijpend.
- De score op de schaal *Zelfgenoegzaamheid* laat zien of onderzochte boodschap heeft aan anderen en hun problemen en of hij anderen wil begrijpen en helpen. Onderzochte scoort op deze schaal laag in vergelijking met beide normgroepen. Hij vindt van zichzelf dat hij anderen wil begrijpen en helpen en zich in anderen wil inleven. De instelling is altruïstisch.
- Op *Dominantie* (de mate van leiding nemen, overwicht, zelfvertrouwen in een groep, activiteit/passiviteit in een groep) wordt in vergelijking met de algemene normgroep beneden gemiddeld gescoord en gemiddeld vergeleken met psychiatrische patiënten.
- De schaal *Zelfwaardering* geeft aan in welke mate onderzochte onderscheid ervaart tussen wat hij is en wat hij graag wil zijn. Verder meet deze schaal of hij een positieve of negatieve kijk heeft op zichzelf en of hij optimistisch of pessimistisch is van aard. Onderzochte scoort op deze schaal gemiddeld in vergelijking met de algemene normgroep en hoog vergeleken met psychiatrische patiënten. Vergeleken met psychiatrische patiënten geeft onderzochte aan vrede te hebben met zijn werk en bezigheden. Hij ervaart nauwelijks onderscheid tussen wat hij is en wat hij graag wil zijn. Hij heeft een positieve kijk op zichzelf en is optimistisch van aard.

Het profiel van de **NPV-2** loopt min of meer van rechtsonder naar linksboven. Dit duidt op een gemiddelde tot hoge zelfwaardering, gemiddeld dominant gedrag, hij presenteert zichzelf niet als boos of verongelijkt, voelt zich goed in het gezelschap van anderen en is stabiel wat betreft zijn gemoedstoestand. Volgens de profielinterpretatie van Eurelings - Bontekoe en Snellen is dit profiel opvallend te noemen voor iemand die zich aangemeld heeft bij de ggz/ hulpverlening, ondanks dat onderzochte zich heeft "laten sturen" ofwel het verzoek van zijn omgeving heeft gerespecteerd. Onderzochte lijkt middels dit profiel te willen aangeven dat alles met hem in orde is; er is niets aan de hand; er is geen probleem. Eventuele tekorten worden door hem niet herkend of erkend maar ook niet ontkend, wellicht gebagatelliseerd: zijn introspectief vermogen, het zichzelf onder de loep kunnen en durven nemen, lijkt gebrekkig. Dit profiel wordt gezien bij narcistische pathologie.

INTEGRATIE VAN DE TESTRESULTATEN

Onderzochte is een 67-jarige man. Dhr. vertelt vorig jaar een persoonlijkheid onderzoek gehad te hebben. Hij heeft nu zelf gevraagd of hij een heronderzoek kan krijgen, omdat het nog steeds niet duidelijk is wat zijn diagnose nu precies is. Hij vertelt in 2007 een filosofie boek gekregen te hebben. Vervolgens heeft hij zelf een boek geschreven in drie maanden tijd. Hij had toen een enorme schrijfdrang. Hij is toen 3 maanden opgenomen geweest bij Delta op de Aanloop (opname afdeling voor ouderenpsychiatrie). Er is toen gedacht aan schizofrenie en aan een bipolaire stoornis, maar dit is nu nog steeds niet duidelijk. Hij vertelt nooit depressief of somber geweest te zijn. Hij geeft wel toe bijzonder gedrag te vertonen, maar dat hier geen 'ziekte aan gekoppeld kan worden'. Hij geeft aan momenteel geen klachten te ervaren. Dit komt overeen met de klachtenlijst die hij ingevuld heeft, waarop hij geen klachten rapporteert.

Ook bij het huidige onderzoek presenteert dhr. zichzelf aan de ene kant als een flexibel, stabiel en evenwichtig persoon die goed met anderen overweg kan. Hij is optimistisch en heeft een positief zelfbeeld. Daarnaast is onderzochte graag in gezelschap van anderen, is hij tolerant, vriendelijk en begrijpend. Boosheid en irritatie zijn hem vreemd, maar bij enige negatieve gevoelens zegt onderzochte dat hij deze kenbaar maakt. Agressie wordt eerder toegeschreven aan de omgeving waardoor de relaties met anderen verstoord kunnen worden. Dhr. geeft over zichzelf aan nu iets minder zelfwaardering (maar nog altijd gemiddeld tot hoog in vergelijking met de normgroepen) te hebben en wat meer altruïstisch te zijn ten opzichte van het onderzoek uit 2011. Dit heeft echter geen duidelijk verandering met zich meegenomen ten opzichte van het onderzoek uit 2011 in de persoonlijkheidsstructuur.

Als gekeken wordt naar de profielen van de verschillende tests die zijn afgenomen, komt ook nu een man naar voren bij wie narcistische dynamiek zijn gedrag kleurt. Hij heeft een ogenschijnlijk goede angsttolerantie, dat wil zeggen dat hij zich redelijk staande kan houden in situaties die spannend zijn en eventueel angst zouden kunnen oproepen. Wanneer de spanning oploopt, lijkt hij een gebrekkig introspectief vermogen te hebben, zal hij zich niet of nauwelijks bewust zijn van wat er zich in zijn lichaam afspeelt, er is bij hem sprake van een onvermogen om de spanningen te kanaliseren via het lichaam en een sociale onhandigheid om anderen om hulp te vragen. Mogelijk wil dhr. anderen ook niet om hulp vragen (niet afhankelijk willen opstellen). Aan de andere kant geeft hij echter aan juist wel sociale steun te zoeken als problemen zich voordoen en de problemen actief aan te pakken (actieve coping stijl). Hij zal niet snel afleiding zoeken, de zaak somber inzien of de problemen vermijden. Hij geeft aan nu minder afleiding te zoeken en minder de problemen te vermijden ten opzichte van een jaar eerder en nu meer zijn emoties te uiten.

Onderzochte ervaart nauwelijks lijdensdruk, dit is passend bij hem, omdat hij nauwelijks voeling lijkt te hebben met zichzelf. Hij lijkt geen gevoelens van onvrede, teleurstelling of agressie bij zichzelf waar te nemen; hij lijkt te willen zeggen met mij is niets aan de hand want ik voel dit niet. Bij het toenemen van spanningen heeft hij een tekortschietende controle over zijn eigen gedachten en gevoelens (dit kan zich bijvoorbeeld uiten in een enorme schrijfdrang, filosofische gedachten die voor anderen niet te volgen zijn). Hij denkt zelf echter wel absolute controle te hebben over zijn gevoelens en is hier trots op. Hij kan aangepast en 'normaal' overkomen, maar dit gedrag komt alleen naar voren als dit nodig is voor zijn eigen wensen en behoeften (bijvoorbeeld door zijn gedachten niet meer te uiten naar de buitenwereld, zodat zijn sociale omgeving niet van hem vervreemd).

CONCLUSIE

Vergeleken met het onderzoek uit 2011 is er op het huidige onderzoek geen duidelijke verandering te zien in de algehele persoonlijkheidsstructuur (narcistische dynamiek). Hierdoor is de conclusie van het vorige onderzoek nog steeds van toepassing.

AANBEVELINGEN VOOR BEHANDELING EN BEGELEIDING

Gezien de persoonlijkheidsstructuur van onderzochte heeft hij baat bij continuering van de individuele cognitieve(-declaratieve) gedragstherapie, zoals hij deze nu ontvangt van collega mw. N. Storm.

Rotterdam, 04-04-2013



A.M.A. Simek,
Psycholoog



S.A. Metisse
Klinisch Neuropsycholoog

Besproken met onderzochte en/of familie: mei 2013

Deze onderzoeksgegevens zijn verzameld ten behoeve van het hulpverleningsproces van onderzochte in het Delta Psychiatrisch Centrum. De resultaten van dit onderzoek moeten worden gezien als antwoorden op specifieke onderzoeksvragen. De onderzoeksgegevens hebben om die reden alleen in samenhang met deze specifieke onderzoeksvragen betekenis. Bovendien hebben de onderzoeksgegevens een min of meer tijdelijk karakter. Verstrekking van gegevens aan derden kan uitsluitend gebeuren na schriftelijke toestemming van onderzochte.

OVERZICHT TESTSCORES

SCL-90 2013 (normgroep: N = 'Normale populatie, P = Poliklinische Psychiatrische patiënten)

Schalen	Ruwe score	Zeer laag	Laag	Beneden gem.	Gemiddeld	Boven gem.	Hoog	Zeer hoog
ANG	10	P/N	N	N				
AGO	7	P/N	P/N	N	N			
DEP	16	P/N	N	N				
SOM	12	P/N	N					
IN	9	P/N	N	N				
SEN	26			P	N			
HOS	6	P/N	P/N	N				
SLA	3	P/N	P/N	N				
PSNEUR	99	P		N				

SCL-90 2011 (normgroep: N = Normale populatie, P = Poliklinische Psychiatrische patiënten)

Schalen	Ruwe score	Zeer laag	Laag	Beneden gem.	Gemiddeld	Boven gem.	Hoog	Zeer hoog
ANG	10	P/N	N	N				
AGO	7	P/N	P/N	N	N			
DEP	16	P/N	N	N				
SOM	13		P	N				
IN	9	P/N	N	N				
SEN	18	P/N	N					
HOS	6	P/N	P/N	N				
SLA	3	P/N	P/N	N				
PSNEUR	91	P/N						

UCL 2013 (normgroep: vergeleken met mannen, 55-65 jaar)

	Ruwe score	Zeer laag	Laag	Gemiddeld	Hoog	Zeer hoog
Actief aanpakken	27					X
Palliatieve reactie	8	X				
Vermijden, afwachten	11		X			
Sociale steun zoeken	17					X
Passief reactiepatroon	7	X				
Expressie van emoties	6			X		
Geruststellende, troostende gedachten	10			X		

UCL 2011 (normgroep: vergeleken met mannen, 55-65 jaar)

	Ruwe score	Zeer laag	Laag	Gemiddeld	Hoog	Zeer hoog
Actief aanpakken	27					X
Palliatieve reactie	14			X		
Vermijden, afwachten	13			X		
Sociale steun zoeken	21					X
Passief reactiepatroon	7	X				
Expressie van emoties	3	X				

Geruststellende, troostende gedachten	11			X	
---------------------------------------	----	--	--	---	--

NVM 2013 (normgroep: P = Psychiatrie, A = Algemeen)

	Ruwe score	Zeer laag	Laag	Beneden gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddeld	Hoog	Zeer hoog
Negativisme	2	P	A					
Somatisatie	0	P	A					
Verlegenheid	2		P/A					
Psychopath.	2				P/A			
Extraversie	16				P/A			

NVM 2011 (normgroep: P = Psychiatrie, A = Algemeen)

	Ruwe score	Zeer laag	Laag	Beneden gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddeld	Hoog	Zeer hoog
Negativisme	2	P	A					
Somatisatie	0	P	A					
Verlegenheid	2		P/A					
Psychopath.	2				P/A			
Extraversie	14			A	P			

NPV-2 2013 (normgroep: mannen, P = Psychiatrie, A = Algemeen)

Schaal	Ruwe score	Zeer laag	Laag	Ben. gem.	Gem.	Boven bem.	Hoog	Zeer hoog
Inadequatie	0	P/A						
Sociale Inadequatie	6		P	A				
Rigiditeit	10	P/A						
Verongelijkheid	2	P	A					
Zelfgenoegzaamheid	2		P/A					
Dominantie	18			A	P			
Zelfwaardering	30				A		P	

NPV-2 2011 (normgroep: mannen, P = Psychiatrie, A = Algemeen)

Schaal	Ruwe score	Zeer laag	Laag	Ben. gem.	Gem.	Boven bem.	Hoog	Zeer hoog
Inadequatie	0	P/A						
Sociale Inadequatie	2	P	A					
Rigiditeit	10	P/A						
Verongelijkheid	0	P/A						
Zelfgenoegzaamheid	7				P/A			
Dominantie	21				A	P		
Zelfwaardering	36						A	P

De scores in dit verslag zijn, waar mogelijk, beschreven aan de hand van de classificaties van de handleiding behorend bij de betreffende test. Daar waar handleidingen geen uitspraken doen over de classificatie is gekozen voor de onderstaande indeling (volgens Lezak).

Classificatie volgens Lezak

Decielen	Percentielen	Classificatie
	98-100	Zeer hoog
10	92-98	Hoog
9	77-91	Bovengemiddeld
8	66-75	(Hoog)gemiddeld
4-7	37-63	Gemiddeld
3	25-34	(Laag)gemiddeld
2	9-23	Benedengemiddeld
1	2-8	Laag
	0-2	Zeer laag

NB Bij sommige tests worden andere scores gehanteerd (bijvoorbeeld stanines, Z-scores, IQ-scores).

De heer W.E. van Kampen
Smallandstraat 42
3195 AS PERNIS

DATUM	22 augustus 2013	BIJLAGE(N)	-	TELEFOON	010 - 503 1403
KENMERK		E-MAIL	hanneke.friebel@deltapsy.nl	FAX	
BETREFT	klacht				

Geachte heer van Kampen,

Naar aanleiding van ons telefoongesprek bevestig ik hierbij de afspraken die we hebben gemaakt naar aanleiding van uw klacht d.d. 24 juli 2015 over uw psychodiagnostisch onderzoek.

Zoals eerder is voorgesteld door mevrouw Melisse en mevrouw Simek verwijderen zij de laatste 5 regels uit de conclusie van het onderzoek. Daarnaast voegen zij uw brief toe aan het onderzoeksrapport als zijnde uw zienswijze op de uitkomst van het onderzoek. Het onderzoeksrapport kan dan met uw brief als aanhangsel dienen als basis voor de voortzetting van uw behandeling. Uw behandelaar heeft toegang tot deze informatie via uw cliëntdossier. Ik zal mevrouw Melisse en mevrouw Simek hierover informeren.

Zoals we zojuist telefonisch hebben afgesproken is daarmee de klachtenprocedure afgerond.

Met vriendelijke groet,



J.E.M. Friebel
Ambtelijk secretaris klachtencommissie cliënten a.i.

W.E. van Kampen

Klachtencommissie Delta
Postbus 800
3171 DZ POORTUGAAL

Uw kenmerk

Uw brief van

Mijn kenmerk

Bijlage(n)

Brief aan mevrouw Hondebrink d.d. 28 november 2011

Datum

24 juli 2013

Onderwerp Klacht tweede psychodiagnostisch onderzoek d.d. 05-12-2012 en 12-03-2013.

Geachte heer/mevrouw,

Op 22 juli 2013 heb ik telefonisch de psycholoog A.M.A. Simek verzocht uitsluitend de eerste twee regels van de conclusie te handhaven en de resterende regels te verwijderen.

Op 24 juli 2013 vernam ik telefonisch van mevrouw Simek dat daar geen gevolg aan kan worden gegeven. Mevrouw Simek is wel bereid de conclusie van een voetnoot te voorzien.

Het betreft het volgende:

- 1 In de conclusie staat vermeld dat ik in het dagelijks leven tegen problemen aanloop.
Hier is geen sprake van. Het enige probleem wat mijn omgeving zou kunnen hebben is dat ik filosofer als voornaamste bezigheid. Ruim twee maanden ben ik na een zeer geleidelijke afbouw van de lithiumdosering medicatievrij. De afbouw vond tegen het advies van de psychiater (mevrouw Van Zonneveld) plaats.
- 2 In de conclusie staat dat er sprake is van een enigszins gestoorde realiteitszin.
Er is niet aangegeven waar dit uit blijkt.
- 3 In de conclusie wordt mijn filosofisch gedachtegoed als grootheidsfantasiën bestempeld.
Het onderzoek naar mijn gedachtegoed moet nog plaatsvinden!
- 4 In de conclusie wordt gesproken over filosofisch gedachtengoed.
Gedachte is kennelijk een object in concrete zin, zoals 'pan' in pannenkoek een object is.
- 5 Merkwaardig is dat in het onderzoek de op 6 februari 2009 gedane voorspelling: 'Het niet kunnen vinden van het Higgsboson' niet zijn meegenomen.
Sociale perceptie zal hierbij vermoedelijk een rol hebben gespeeld. Tijdens de bespreking van het onderzoek heb ik mevrouw Simek op sociale perceptie gewezen.

Voor het overig inhoudelijke verwijs ik u naar de brief aan mevrouw Hondebrink als reactie op het eerste psychodiagnostisch onderzoek.

Kortom, ik verzoek u stappen te ondernemen het tweede psychodiagnostisch onderzoek te ontdoen van waardeoordelen met betrekking tot mijn gedachtegoed.

Hoogachtend,

W.E. van Kampen.

Met kopie aan Delta psychiatrisch centrum t.a.v. mevrouw A.M.A Simek.

Hoogachtend,



W.E. van Kampen

Adres:
Smallandstraat 42
3195 AS Pernis-Rt

Telefoon
(010) 4166430

e-mail
w.e.vankampen@planet.nl

Giro
1265558

Delta Psychiatrisch Centrum
T.a.v. mw. Hondebrink
Postbus 800
3170 DZ Poortugaal

Uw kenmerk

Uw brief van

Mijn kenmerk
Delta-Hondebrink1

Bijlage(n)
Geen

Datum
28 november 2011

Onderwerp: Psychodiagnostisch onderzoek, september 2011

Geachte mevrouw Hondebrink,

Op zondag 20 november 2011 kwam tijdens een visite bij mijn oudere broer het onderzoeksresultaat van u ter sprake. Hij herinnerde zich van mijn kinderjaren dat ik, wat er ook gebeurde, mijn wil doorzette. Kortom, 'Wat hij in zijn kop heeft, heeft hij niet in zijn kont'. Dit was het enige wat hem bij is gebleven met betrekking tot mij.

Als voorbeeld: 'Op een vierzitsbank aan de keukentafel liet ik mij onder geen beding door oudere broers of zussen verdrijven'. Deze karaktertrek wordt ook bij mijn vrouw en mijzelf herkend.

Mijn oudere broer is dezelfde die bereid was (en is) vragen van u te beantwoorden. Hij is zo nodig te bereiken onder telefoonnummer 010-4385876. Een andere zus die twee jaar ouder is dan ik, herinnert mij als iemand die conflicten uitlokt. Ook zij is bereid eventuele vragen te beantwoorden. Haar telefoonnummer is 010-4380171. Misschien kunt u er wat mee.

Enige kanttekeningen bij het onderzoeksresultaat:

Blz. 1 regel 10

Het vastlopen van de behandeling is op basis van mijn filosofische theorie bij de aanvang voorspeld.

Blz. 3 regel 2

Het gebeurde *drie* jaar geleden in plaats van twee jaar.

Blz. 3 regel 31

Op geen enkele wijze heb ik mij op het onderzoek van september 2011 voorbereid.

Blz. 3 regel 35

Het ziektebesef was *drie* jaar geleden in plaats van twee jaar.

Blz. 7 regel 35

Drie jaar geleden heb ik inderdaad meerdere bijzondere ervaringen gehad. Eén van die ervaringen was een intensieve beleving van de schoonheid der natuur, en dat in een industriële omgeving! Deze ervaring was niet zintuiglijk van aard omdat ik geen beelden heb gezien. Andere ervaringen in die periode waren visioenen die ik ook niet als zintuiglijk heb ervaren.

Het is de eerste keer dat mij iets dergelijks is overkomen, zodat ik van uw weergave 'Hij vermeldt dat hij gevoelig is voor zintuiglijke ervaringen' graag afstand neem. Dat ik tijdens een dergelijke ervaring huilde was niet van angst maar van geluk, zodat ik van uw weergave 'Dit maakt hem angstig' ook graag afstand neem.

De afwijkende (filosofische) ideeën had ik en heb ik nog steeds. Nog sterker ze zijn zich aan het vermeerderden.

Blz. 11 regel 30

Wanneer ik gezegd heb: "Mijn moeder dacht je moet *als* mens niet zo willen hebben zoals je hem graag wilt zien", dan neem ik hier graag afstand van. Ze bedoelde; "Je moet *een* mens niet zo willen hebben zoals je hem graag wilt zien". Hier liggen filosofische stellingen aan ten grondslag.

Blz. 12 regel 5

Indien ik heb gezegd: "Kon ik maar vergeten dan zou mijn geweten belast zijn", dan wil ik daar graag afstand van nemen. Dit zou betekenen dat wanneer ik niet zou vergeten, mijn geweten onbelast zal zijn.

Blz. 15 regel 4

Uw voorspelling dat het lastig zal worden mij tot een behandeling te overtuigen is niet uitgekomen omdat ik mij, tijdens het voorlezen van de betreffende passage, spontaan daarvoor heb aangemeld. Wanneer een voorspelling het tegendeel oplevert, dient de onderliggende theorie failliet te worden verklaard.

Blz. 15 regel 12

Men zou hier ook kunnen spreken van twee theorieën:

- 1 Een wetenschappelijke met als voorspelling: 'Waarschijnlijk gaat deze drang hem *wél* weer eens problemen opleveren'.
- 2 Een filosofische met als voorspelling: 'Waarschijnlijk gaat deze drang hem *niét* weer eens problemen opleveren'.

Wanneer mijn filosofische theorie de juiste voorspelling doet, betekent dit uiteraard niet het faillissement van de wetenschappelijke theorie. Maar het zou wel aanleiding kunnen zijn serieus naar de filosofische theorie te kijken. Dezelfde filosofische theorie voorspelt het niet zullen ontdekken van het Higgs-boson (omdat het niet bestaat). Ook deze voorspelling is drie jaar geleden gedaan.

Afsluiting

Op grond van mijn filosofische theorie meen ik aan te kunnen tonen dat de hypomane verschijnselen het gevolg is van een externe drang. Uw conclusie met betrekking tot de testresultaten heeft mij in eerste instantie in hoge mate verwonderd, temeer omdat tot nu de bijbehorende verschijnselen niet door mij en mijn omgeving zijn waargenomen. De kans dat zoiets ééns optreedt lijkt mij gezien mijn leeftijd gering.

Uw conclusie heeft mij later aan het denken gezet met enige stellingen, gebaseerd op mijn filosofische theorie, als resultaat.

De stellingen zijn:

- 1 Bij *interne* drang zijn verschijnselen *wél* gekoppeld aan afwijkingen.
- 2 Bij *externe* drang zijn verschijnselen *niét* gekoppeld aan afwijkingen.
 - Is de oorzaak van de vastgelopen psychiatrische behandeling.
- 3 Bij *interne* drang zijn afwijkingen *wél* gekoppeld aan verschijnselen.
- 4 Bij *externe* drang zijn afwijkingen *niét* gekoppeld aan verschijnselen.
 - Is de voorspelde oorzaak van het vastlopen van de psychische behandeling.

Het is wat cryptisch maar onder afwijkingen versta ik een aandoening of buiten de norm vallende testresultaten.

Met vriendelijke groet,

Wim van Kampen.

Met kopie aan Delta psychiatrisch centrum t.a.v. mevrouw Van Zonneveld.

Adres:
Smallandstraat 42
3195 AS Pernis-Rt

Telefoon
(010) 4166430

e-mail
w.e.vankampen@planet.nl

