

Hoogbegaafde hulpzoekers

Wanneer je er zelf niet uitkomt

Lukien Hoiting & Noks Nauta

Voor alle hoogbegaafde volwassenen die als cliënt hun weg zoeken in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). En voor alle GGZ-hulpverleners die elke dag opnieuw hun best doen om de mens in de cliënt te zien.

Colofon

HOOGBEGAAFDE HULPZOEKERS

Wanneer je er zelf niet uitkomt

Auteurs: Lukien Hoiting en Noks Nauta

Ontwerp: Linda Batenburg

Vormgeving: Linda Batenburg

Tekstredactie: Manny Moerman

Uitgever: Donald Suidman, BigBusinessPublishers

Drukwerk: Publishers Services

ISBN 9789493171282

Eerste druk, januari 2022

© 2022 IHBV / BigBusinessPublishers Utrecht

www.bbpublishers.nl/hoogbegaafd

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaargemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, social media of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Inhoud

VOORWOORD	8	
1 INLEIDING	16	
1.1	Waarom aandacht voor hoogbegaafden in de GGZ?	16
1.2	Wat willen we bereiken?	17
1.3	Voor wie is dit boek?	18
1.4	Uitgangspunten voor het boek	20
1.5	Leeswijzer	21
1.6	Reageren op dit boek?	22
1.7	De rol van het IHBV	22
DEEL I THEORIE OVER HOOGBEGAAFDE CLIËNTEN IN DE GGZ	25	
2 THEMA'S IN HET LEVEN VAN HOOGBEGAAFDEN	28	
2.1	'Er is iets mis met mij'	28
2.2	Asynchronie	29
2.3	Sociale en emotionele ontwikkeling	30
2.4	Hoogsensitiviteit bij hoogbegaafden	31
2.4.1	Overprikkeld	32
2.5	Anders denken	33
2.6	Omgaan met anders zijn	34
3 DEFINITIES EN BESCHRIJVINGEN VAN HOOGBEGAAFDHEID	36	
3.1	Hoogbegaafdheid: meer dan een IQ-getal	36
3.2	(Hoge) intelligentie	36
3.2.1	Verdeling van intelligentie in een bevolking	37
3.2.2	Intelligentietesten	37
3.2.2	Zeer hoge intelligentie	39
3.2.3	Kritiek op intelligentietesten	39
3.2.4	Betrouwbaarheid intelligentietest bij hogere scores	40
3.2.5	Test inbedden in breder onderzoek	41
3.2.6	Positieve kanten intelligentietest	41
3.3	Delphimodel Hoogbegaafdheid	42
3.4	Discussie	45

Inhoud

4	VERVORMDE KENMERKEN VAN HOOGBEGAAFDHEID	50
4.1	Kenmerken ingezakt, neutraal of overdreven	50
4.2	Overdreven kenmerken	51
4.3	Ingezakke kenmerken	53
4.4	Overzichtstabel met vervormde kenmerken	54
5	CLASSIFICATIE EN DIAGNOSTIEK VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN BIJ HOOGBEGAAFDE VOLWASSENEN	60
5.1	DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)	60
5.1.1	Diagnose versus classificatie	61
5.1.2	Hoogbegaafdheid en de DSM-5	62
5.2	Classificatie en diagnostiek bij hoogbegaafde cliënten	62
5.3	ASS, stoornissen in het autismespectrum	64
5.4	ADHD, aandachtstekortstoornis	66
5.5	Depressieve stoornis en suïcidaliteit	67
5.6	Narcistische persoonlijkheidsstoornis	68
5.7	Obsessieve-Compulsieve stoornis	69
5.8	PTSS, Post Traumatische Stresstoornis	70
5.8.1	Hypothesen over hoogbegaafdheid en trauma	71
5.8.2	Microtrauma's	72
5.9	Dissociatieve stoornis	76
6	KNELPUNTEN IN DE GGZ VOOR HOOGBEGAAFDEN	78
6.1	De GGZ	78
6.1.1	Organisatie van de GGZ	78
6.1.2	Diagnostiek en classificatie binnen de GGZ	79
6.2	Verkeerde classificaties	80
6.3	Ernst van problemen onderschat	81
6.3.1	Vertrouwen in de hulpverlener eerst testen	81
6.3.2	'Overcapaciteit' bij hoogbegaafden	82
6.4	Moeizame communicatie met hulpverleners	83
6.5	Niet-aansluitende behandeling	84
6.5.1	Behandeling te simpel	84
6.5.2	Behandeling te confronterend	85
6.5.3	Anders reageren op medicatie	85
6.5.4	Niet-passende groepstherapie	86
6.5.5	Niet-passende dagbesteding	86

Inhoud

6.6	Geen aandacht voor hoogbegaafdheid	86
6.7	Declaratieproblemen	87
6.8	Beperkte kennis over hoogbegaafdheid in de GGZ	88

7 BESCHIKBARE KENNIS OVER HOOGBEGAAFDE CLIËNTEN IN DE GGZ **90**

7.1	Beschikbare kennis over hoogbegaafde volwassenen	90
7.1.1	Ervaringskennis	90
7.1.2	Wetenschappelijke kennis	91
7.1.3	Knelpunten bij wetenschappelijk onderzoek naar hoogbegaafden	92
7.2	Relevante onderzoeken	93
7.2.1	Aandeel hoogbegaafden onder cliënten met psychische problemen	93
7.2.2	Relatie met de therapeut	95

DEEL II ERVARINGSVERHALEN VAN HOOGBEGAAFDE HULPZOEKERS **97**

8 JOYCE **103**

8.1	Gezinsleven	103
8.2	Herkennen hoogbegaafdheid	103
8.3	Intake GGZ	104
8.4	(Complexe) PTSS	105
8.5	EMDR	106
8.6	Asynchrone ontwikkeling	107
8.7	Hoogbegaafd en trauma	108
8.8	Onrust	109
8.9	Twee jaar later	110
8.10	Samenvatting	110
8.11	Naschrift psychotherapeut	110

9 JOHANNES **115**

9.1	Plusklas?	115
9.2	Psycholoog	115
9.3	Misschien hoogbegaafd	116
9.4	Psychiater	117
9.5	Gezin	117
9.6	Gevoel van teleurstelling	118
9.7	Ziekte	119
9.8	Psycholoog	119

Inhoud

9.9	Zingeving	121
9.10	Hoogbegaafdheid	121
9.11	Drie jaar later	121
9.12	Samenvatting	122
9.13	Naschrift psychotherapeut	122

10 ELMA **125**

10.1	Moeder	125
10.2	Relatie	125
10.3	Werk	125
10.4	Ziekte	126
10.5	Psycholoog	127
10.6	ASS of hoogbegaafd?	127
10.7	Psychiater 1	128
10.8	OCPS	129
10.9	Blijven werken	130
10.10	Psychiater 2	131
10.11	Twee jaar later	131
10.12	Samenvatting	132
10.13	Naschrift psychotherapeut	133

11 TOM **137**

11.1	Kiezen	137
11.2	Werk	137
11.3	Ziekte	138
11.4	Psycholoog 1	138
11.5	Bedrijfsarts	139
11.6	Psycholoog 2	139
11.7	In de kliniek	140
11.8	Behandelteam	140
11.9	Conflict	141
11.10	Relaties	141
11.11	Hoogsensitief	141
11.12	Inzicht burn-out	142
11.13	Familiepatronen	142
11.14	Psychotherapeut	143
11.15	Twee jaar later	143
11.16	Samenvatting	144

Inhoud

11.17	Naschrift psychotherapeut	144
-------	---------------------------	-----

12 NAOMI 147

12.1	Gefocust	147
12.2	Op school	147
12.3	Psycholoog voor autisme	147
12.4	Psycholoog met ervaring in hoogbegaafdheid	148
12.5	Kinderpsychiater	149
12.6	Niet meer naar school	149
12.7	Thuis zitten	150
12.8	Centrum voor Creatief Leren	151
12.9	Universiteit	151
12.10	Afknappen	152
12.11	Psychiater en psychotherapeut	152
12.12	Vier jaar later	153
12.13	Samenvatting	154
12.14	Naschrift psychotherapeut	154

DEEL III AANDACHTSPUNTEN VOOR HOOGBEGAAFDE HULPZOEKERS 157

13 AANBEVELINGEN 160

13.1	Onderzoeken van je eigen hoogbegaafdheid	160
13.1.1	Diverse kennisbronnen	161
13.2	Werken aan de therapeutische relatie	163
13.3	Vorbereiden van het intakegesprek	167
13.4	Kritisch kijken naar de diagnosesstelling	168
13.5	Zoeken naar gelijkgestemden en zingeving	170

BIJLAGEN

Eindnoten	175
Literatuur	176
Overzicht informatiebronnen hoogbegaafdheid en GGZ	180
Trefwoordenregister	183
Auteurs	185

1 INLEIDING

De GGZ is er om hulp te bieden bij psychische en psychiatrische problemen, aan alle mensen in de samenleving. Toch zijn er signalen, van zowel cliënten als GGZ-professionals, dat hoogbegaafde volwassenen die hulp zoeken binnen de GGZ, niet altijd de hulp krijgen die bij hen past. De hoogbegaafde hulpzoekers ervaren dat hun hoogbegaafdheid niet wordt meegenomen in de behandeling, terwijl dat voor hen zelf wel een wezenlijk deel van hun persoon is. Met als gevolg dat ze bijvoorbeeld: niet goed herstellen, voortijdig afhaken of (onnodig) lange trajecten doorlopen in de GGZ. Dit wordt veroorzaakt door onbekendheid met hoogbegaafdheid bij de hulpverleners in de GGZ. Daarnaast speelt dat hoogbegaafden het zelf lastig vinden om over hun hoogbegaafdheid te beginnen, als de hulpverlener het niet herkent en aan de orde stelt. Het resultaat van deze twee factoren is dat hulpverleners nogal eens denken dat er bij hen geen hoogbegaafde cliënten voorkomen. Echter, wanneer er aan GGZ-professionals voorlichting over hoogbegaafdheid wordt gegeven met concrete voorbeelden, herkennen zij meestal snel één of meer van hun cliënten in de beschrijving van hoogbegaafdheid. Hier geldt de uitspraak van Johan Cruijff: “Je ziet het pas als je het door hebt.”

Dit boek is in de eerste plaats geschreven voor de hoogbegaafde hulpzoekers en hun naasten, uiteraard hopen we dat het ook begrip en inzichten zal bieden aan hulpverleners in de GGZ.

1.1 WAAROM AANDACHT VOOR HOOGBEGAAFDEN IN DE GGZ?

Noks Nauta (de tweede auteur van dit boek) en vele anderen die zich met de doelgroep bezig houden, horen de verhalen van hoogbegaafde hulpzoekers al jarenlang. Op de sociale media, op het HB-Forum en tijdens lezingen en workshops van het Instituut Hoogbegaafdheid Volwassenen (IHBV) komt eveneens naar voren dat er hoogbegaafde hulpzoekers zijn die zich niet begrepen voelen door de GGZ.

Een kwantitatieve, verkennende studie van Emans (2017) bevestigde dit vermoeden. Van de hoogbegaafde deelnemers uit het onderzoek van Emans meende 87% dat hun hoogbegaafdheid een rol speelde in hun psychische en psychiatrische problematiek. Ondanks het feit dat deze hoogbegaafde deelnemers zelf het verband zagen, werd slechts bij 40% van de deelnemers, de hoogbegaafdheid (h)erkend in het behandeltraject (Emans, 2017).

Hoofdstuk 1

Ten tweede willen we de hoogbegaafde hulpzoeker kennis aanreiken rondom hoogbegaafdheid en psychische problemen. We hebben gemerkt dat het herkennen van kenmerken van hoogbegaafdheid, belangrijke eyeopeners oplevert. Sommige hoogbegaafden gaan een ander soort hulp vragen. Anderen gaan erover praten met hun hulpverlener of zoeken een hulpverlener die bekend is met hoogbegaafdheid. Bij een aantal cliënten komen de psychische of psychiatrische klachten en symptomen door de kennis over hoogbegaafdheid in een heel ander daglicht te staan. Het kan zelfs gebeuren dat een deel van de psychische of psychiatrische symptomen verdwijnt. Ook beogen we, door meer kennis te verspreiden, een aantal vooroordelen over hoogbegaafdheid te ontzenuwen. Zo weten we dat de mythe ‘genialiteit en gekte liggen dicht bij elkaar’ nog steeds rondwaart. Terwijl het al lang bekend is dat dit wetenschappelijk niet klopt (Schlesinger, 2014).

Ten derde willen we hoogbegaafden zoveel mogelijk stimuleren om zelf aan de slag te gaan met het verkennen van hun eigen hoogbegaafdheid. We hopen dat dit boek eraan bijdraagt dat zij de schroom om over hoogbegaafdheid te praten zullen overwinnen, zodat ze bij hulpverleners duidelijk kunnen aangeven hoe zij de situatie ervaren en welke behoeftes ze hebben. We weten dat hulpverleners in de GGZ er open voor zullen staan, zeker als hulpverleners merken dat de cliënt er op een constructieve manier mee bezig is. Uiteindelijk willen we met dit boek bijdragen aan een betere kwaliteit van leven voor hoogbegaafde volwassenen die hulp zoeken in de GGZ.

1.3 VOOR WIE IS DIT BOEK?

Dit boek is primair geschreven voor volwassen hoogbegaafde hulpzoekers. Waar we in het boek 'je' gebruiken, spreken we de hulpzoeker aan. Met een hulpzoeker bedoelen we een ‘hoogbegaafde cliënt’; dit kan ook gelezen worden als: ‘mogelijk hoogbegaafde cliënt’. Er zijn namelijk nogal wat hoogbegaafden die vermoeden dat ze hoogbegaafd zijn of dat ze kenmerken van hoogbegaafdheid hebben, maar die geen intelligentietest hebben gedaan, waardoor een hard bewijs voor hoogbegaafdheid ontbreekt. Voor het lezen van dit boek maakt het echter niet uit of een intelligentietest heeft uitgewezen of je hoogbegaafd bent of niet. Wij hanteren een brede omschrijving van hoogbegaafdheid, het zogenaamde Delphimodel van hoogbegaafdheid, dat luidt:

Hoofdstuk 6

6.2 VERKEERDE CLASSIFICATIES

Uit de talrijke verhalen van hoogbegaafde cliënten die we hebben opgetekend komt naar voren dat GGZ-behandelaars het moeilijk vinden om bij hen een classificatie en een diagnose te stellen. Ze vertellen ook dat ze onterechte classificaties en diagnoses kregen of dat juist een wel terechte classificatie of diagnose niet werd gesteld, naar later bleek.

Hoogbegaafdheid kan inderdaad samengaan met een psychische stoornis, maar afgaande op de ervaringen en op het boek van Webb et al (2020) kun je rustig stellen dat misclassificaties vaak voorkomen.

Bij somatische (lichamelijke) aandoeningen is het in veel gevallen gemakkelijker om vast te stellen wat er precies aan de hand is. Denk aan een gebroken been, een te hoge bloeddruk of kanker, deze aandoeningen zijn meetbaar door een laboratoriumtest of een foto. Wel moeten door artsen afspraken gemaakt worden wanneer er van een bepaalde ziekte sprake is. Bij psychische en psychiatrische aandoeningen is het veel lastiger af te spreken wat de grens van een aandoening is, er zitten veel meer subjectieve kanten aan.

Zoals in hoofdstuk 5 is besproken, is het DSM classificatiesysteem met betrekking tot psychische en psychiatrische aandoeningen en de criteria wanneer iets zo wordt genoemd, zijn gebaseerd op wereldwijde afspraken. De interpretatie van de klachten en symptomen en het verwerken daarvan in een classificatie en vervolgens een diagnose blijft deels een subjectieve zaak. Misclassificatie en misdiagnostiek zijn dus in het algemeen al een aandachtspunt in de geestelijke gezondheidszorg.

Wanneer de hulpverlener dan ook nog onvoldoende kennis heeft van de kenmerken van hoogbegaafdheid, kan dat de classificatie en diagnostiek van psychische aandoeningen bij hoogbegaafden extra complex maken. In het kader staan enkele voorbeelden van de manier waarop hoogbegaafden onderzoek in de GGZ beleven.

UITSPRAKEN VAN HOOGBEGAAFDE OVER PSYCHODIAGNOSTISCH ONDERZOEK:

(enkele citaten uit Van Thiel & Slief-Boom, 2020).

- *“De test was kennelijk zaligmakend. God zelf had gesproken. Terwijl ik er zo mijn bedenkingen bij had.”*
- *“Ik had de onbedwingbare neiging om van alles in de kantlijn te schrijven. Toen ze dat zag, zei ze dat dat niet de bedoeling was en dat er niets mee gedaan zou worden.”*
- *“Na een paar vragen had ik door waar ze naar toe wilden. En dan word ik recalcitrant. Ik vind het kinderachtig om mensen er op die manier in te laten tippelen. Dus dat heb ik maar wat bijgestuurd.”*

6.3 ERNST VAN PROBLEMEN ONDERSCHAT

De ernst van de psychische problematiek wordt bij hoogbegaafden nogal eens onderschat. Nu is het inschatten van de ernst van klachten bij iedereen lastig. Hoe kun je zeker weten hoe ernstig iemands klacht is? Er zijn mensen die hun klachten bagatelliseren of bewust ontkennen (geen ziekte-inzicht). Er zijn ook voorbeelden van bekend dat iemand zich bij de hulpverlener heel anders presenteert dan hij of zij zich thuis gedraagt. De hulpverlener moet werken met de waarheid die iemand zelf kan, wil of durft te vertellen. De vraag is wat er op dit punt bij hoogbegaafden aan specifieke aandachtspunten is. We noemen er twee die wij vaak zien.

6.3.1 VERTROUWEN IN DE HULPVERLENER EERST TESTEN

Veel cliënten in de GGZ vinden het moeilijk om een hulpverlener snel te vertrouwen. Dat hangt vaak samen met knelpunten in hun hechting^c eerder in het leven en dat komt ook bij hoogbegaafden voor. We weten niet of dit zich bij hoogbegaafden anders manifesteert, omdat hier geen onderzoek naar is gedaan. Wat we zien is dat de hoogbegaafde, nog wat sterker dan gemiddeld, wil checken of de hulpverlener capabel en betrouwbaar is.

We hoorden verhalen van hoogbegaafden (maar dat is bij iedereen waarschijnlijk wel zo) dat het te maken kan hebben met eerdere slechte ervaringen in hulpverleningssituaties. Cliënten ‘testen’ de hulpverlener eerst of deze wel goed genoeg voor hen is, of deze betrouwbaar is en hen

Hoofdstuk 6

in die test niet in de steek laat. Als de cliënt de hulpverlener niet vertrouwt en zich daardoor niet voldoende uit, kan de hulpverlener ook geen goede inschatting van de ernst van de situatie maken. Voor hoogbegaafde lezers is het een relevante vraag om voor zichzelf na te gaan wanneer de hulpverlener volgens hen voldoet aan de ‘test’.

6.3.2 ‘OVERCAPACITEIT’ BIJ HOOGBEGAAFDEN

Een andere reden voor verkeerde inschattingen is dat de hoogbegaafde vaak heel lang kan blijven functioneren, ook al gaat het psychisch niet goed met haar of hem. Hoogbegaafden hebben als het ware ‘overcapaciteit’, ze blijven door hun gedrevenheid en nieuwsgierigheid van alles doen en ook vaak op een redelijk niveau (zeker in vergelijking met mensen met een gemiddelde intelligentie) en maken zo een normale indruk. Een voorbeeld is een hoogbegaafde moeder die niet in de gaten heeft dat ze een postnatale depressie heeft, omdat ze niet huilend op de bank zit, maar gewoon elke dag naar haar werk gaat als hoogleraar. Door deze overcapaciteit is de cognitieve achteruitgang van de hoogbegaafde cliënt niet zichtbaar. Terwijl voor de gemiddelde cliënten in de GGZ geldt, dat ze door hun psychische problemen en/of door medicatie juist cognitief minder goed gaan functioneren, hetgeen ook bij testen tot uiting komt; ze scoren dan beduidend lager op cognitieve testen.

CITAAT VAN EEN HOOGBEGAAFDE CLIËNT

‘Ik zei tegen mijn hulpverlener dat ik als een berg opzag tegen het upgraden van de software van mijn computer, maar dat het toch echt moest gebeuren. Zij zei dat ze daar zelf ook altijd heel erg tegen opzag en het daarom door haar man liet doen.

Maar ik dacht: ‘Drie jaar geleden zag ik helemaal niet op tegen het upgraden en vond ik het juist leuk om uit te zoeken hoe dat moest.’

Een hoogbegaafde, die vóór de psychische problemen bijvoorbeeld een IQ van 130 heeft gescoord, scoort mét problemen dan op een intelligentietest bijvoorbeeld 110. Dat is volgens de standaardnormen nog wel bovengemiddeld, maar voor iemand die ooit 130 scoorde, is dit wel een teken van cognitieve achteruitgang. Omdat het gemiddelde (IQ van 100) meestal als standaard geldt, gaat de behandelaar ervan uit dat deze cliënt dus bovengemiddeld functioneert. Echter, de cognitieve achteruitgang

Knelpunten in de GGZ voor hoogbegaafden

wordt door de hulpverlener niet opgemerkt en de hulpverlener denkt: het valt wel mee, terwijl de cliënt wel degelijk lijdt onder het verlies van capaciteiten en vaardigheden en eigen identiteit.

Hieronder een voorbeeld dat toont dat de cliënt met zichzelf moet worden vergeleken (vóór de problemen) en niet met gemiddelden en standaarduitkomsten of met de hulpverlener zelf.

6.4 MOEIZAME COMMUNICATIE MET HULPVERLENERS

De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en hulpverlener is van grote invloed op het succes van de behandeling. Afhankelijk van het onderzoek gaat het om een bijdrage aan het behandelingsucces tussen de 30% en de 80%. Als er geen klik is tussen de hulpverlener en de hoogbegaafde cliënt, voelt de hoogbegaafde zich niet gezien en niet begrepen en haakt dan sneller af. Wij zijn ervan overtuigd dat de klik tussen hoogbegaafde cliënt en hulpverlener nog nauwer luistert, juist door de hoogbegaafdheid. Er is nu eenmaal een gerede kans dat hun denkniveaus van elkaar verschillen en dat maakt een natuurlijke aansluiting niet vanzelfsprekend in een situatie waarin de hoogbegaafde zich in een kwetsbare positie bevindt.

EEN EMAIL AAN HET SECRETARIAAT VAN HET IHBV:

'Ik heb via de site van het IHBV een hulpverlener gevonden die bij mij aan weet te sluiten. Dat is wel echt mijn lichtpunt van 2020. Ik heb een jarenlange achtergrond in de ggz en ik voel voor het eerst gezien. Hier kan ik werkelijk iets mee. Een verademing.'

Tess, 39 jaar

De communicatie wordt gehinderd wanneer de hoogbegaafde en de hulpverlener niet op dezelfde golflengte zitten. Hoogbegaafden ervaren dit gevoel van niet begrepen worden vaak al vroeg in hun leven, bijvoorbeeld in het onderwijs, in sociale contacten en later in het werk. Door het zich niet begrepen voelen, zijn hoogbegaafden extra gevoelig voor signalen van mogelijke afwijzing, hebben een negatief zelfbeeld ontwikkeld en soms geen behoefte aan sociale contacten (zeggen ze) of ze hebben daar een echte angst voor ontwikkeld.

Een andere belangrijke oorzaak van moeizame communicatie is dat tussen hoogbegaafde cliënten en hulpverleners nogal eens conflicten voorkomen. Dat gebeurt bijvoorbeeld als de hoogbegaafde cliënt zijn of haar onvrede

Hoofdstuk 6

aangeeft op een manier die door de hulpverlener geclassificeerd wordt als een stoornis. Is de hulpverlener onbekend met hoogbegaafdheid, dan denkt hij of zij aan bijvoorbeeld classificaties in de hoek van narcisme, autisme of borderline. Wij denken dat met kennis van hoogbegaafdheid deze conflicten juist zinvol gebruikt kunnen worden in een behandeling. In het kader staan nog enkele ervaringen van hoogbegaafden over hun behandeling.

UITSPRAKEN VAN HOOGBEGAAFDEN OVER HOE ZIJ HUN BEHANDELING BELEVEN:

(enkele citaten uit Van Thiel & Slief-Boom, 2020)

- *'Ik had het gevoel dat ik niet in zijn denkkader paste. Onze manieren van denken sloten totaal niet op elkaar aan. Hij was niet bereid om eens een keer mee te gaan in mijn manier van kijken en denken.'*
- *'Ze zei maar steeds dat ik te moeilijk deed, de dingen te moeilijk maakte. Maar ik vond haar juist zo simplistisch.'*
- *'Achteraf gezien schaam ik me er wel voor, maar ik speelde met ze. Het was allemaal zo voorspelbaar.'*

6.5 NIET-AANSLUITENDE BEHANDELING

Wanneer hoogbegaafde cliënten ervaren dat behandelingen niet bij hen aansluiten, dan kunnen daar verschillende redenen voor zijn. Hier belichten we een aantal redenen die veel voorkomen.

6.5.1 BEHANDELING TE SIMPEL

Eén van de behandelingen die veel voorkomt in de GGZ is cognitieve gedragstherapie (CGT). Dit is een stappenplan met een invulformulier, waarbij gestructureerd inzicht wordt verkregen. Je zou denken dat deze analytische aanpak goed aansluit bij hoogbegaafden, maar bij velen is het tegendeel waar. Hoogbegaafde cliënten ervaren het al snel als te star, er is geen ruimte voor eigen ideeën en filosofieën. We horen ook dat deze therapie wordt ervaren als te simplistisch, een denktrucje waarmee aan symptoombestrijding wordt gedaan. Behandelaars van hun kant klagen soms dat de (hoogbegaafde) cliënt in de CGT te snel gaat.

8 JOYCE

Joyce is een levendige en sympathieke vrouw van 42. Ze komt uit een gezin in het westen van het land en heeft een jongere broer. Haar ouders hadden een winkel. Omdat haar vader jarenlang in de gevangenis zat, deed haar moeder in die tijd de winkel alleen. Joyce volgde een hbo-opleiding in de sociale dienstverlening en had een leuke baan bij een buurthuis. Ze is getrouwd en heeft twee kinderen, die zijn nu 11 en 17.

8.1 GEZINSLEVEN

Na de geboorte van de kinderen richtte Joyce zich een aantal jaren vooral op het moederschap. De kinderen vroegen veel aandacht, maar Joyce genoot er ook van. Daarnaast kon ze veel van haar talenten kwijt in haar vrijwilligerswerk voor een natuureducatiecentrum, waar ze penningmeester was. Ze maakt zich zorgen om het milieu en vindt het belangrijk om zich daar voor in te zetten. Haar dochter gaat binnenkort het huis uit om te studeren en Joyce probeert haar zo goed mogelijk te ondersteunen bij een studiekeuze. Ze herinnert zich haar eigen studietijd nog goed. Ze kreeg een aantal vrienden met wie het echt klikte, voelde zich helemaal thuis in haar studie en genoot van alle verschillende onderwerpen die aan bod kwamen. Tangodansen werd haar nieuwe passie. De ingewikkelde passen had ze verrassend snel onder de knie en gaven haar alle gelegenheid zich uit te leven. Nadat ze haar man had leren kennen, ging ze zich richten op schaatsen. Hij was een fanatieke schaatser en zo konden ze samen tochten maken. De twee kinderen van Joyce liepen twee jaar geleden op school op een aantal dingen vast. Haar dochter werd gepest en kreeg angstaanvallen en haar zoon liet vooral faalangst zien en wilde niet meer naar school. Via goede begeleiding en onderzoek werd een jaar geleden vastgesteld dat beide kinderen hoogbegaafd zijn. Ze krijgen nu begeleiding en passend onderwijs. Daardoor is er meer rust in huis en de kinderen floreren weer.

8.2 HERKENNEN HOOGBEGAAFDHEID

Om te snappen wat er met de kinderen aan de hand is, gaat Joyce lezen over hoogbegaafdheid en tot haar eigen verbazing herkent ze daar zelf veel van. Ze ontdekt dat er heel veel informatie over hoogbegaafdheid is als het om kinderen gaat, maar over volwassenen is veel minder bekend. Wel is er een Instituut Hoogbegaafdheid Volwassenen (IHBV) met

Hoofdstuk 8

allemaal informatie en lezingen over hoogbegaafdheid. Toch gaat haar aandacht vooral uit naar haar kinderen. Zelf heeft ze immers geen problemen, ze heeft zich goed gered: een opleiding, een leuke man, goede vriendschappen. Joyce wil weer geleidelijk betaald werk zoeken. Haar hart ligt bij therapeutisch werken en ze gaat daarom een intensieve training volgen om zich daarin te scholen. Tijdens deze opleiding valt ze na enkele maanden uit met forse psychische klachten, vooral paniekaanvallen. Het is haar onduidelijk wat er aan de hand is met haar en wat het met de opleiding te maken heeft.

8.3 INTAKE GGZ

Joyce zoekt hulp via de huisarts en heeft een intakegesprek in de GGZ. De psycholoog werkt een standaardlijst af. Het gesprek bevalt haar niet, ze kan haar echte verhaal helemaal niet doen. Daarnaast merkt ze dat de vragen die de psycholoog stelt, behoorlijk sturend zijn. Ze weet precies wat ze moet antwoorden om een bepaalde diagnose wel of niet te krijgen. Ook voelt ze aan dat ze een conflict zal krijgen, als ze dat zou zeggen, dus houdt ze haar mond. Er komt als classificatie uit: 'Angststoornis bij een ontwijkende persoonlijkheid' met een geprotocolleerd behandelplan. Joyce twijfelt aan de classificatie. Op internet heeft ze er het een en ander over opgezocht en ze herkent zich er niet in. 's Nachts ligt ze wakker. Moet ze nu verder gaan met deze behandeling en de psycholoog een kans geven of haar gevoel volgen en een andere (betere) zoeken? En waar gaat ze die dan vinden? Ze weet van zichzelf dat ze soms te snel en te oordelend is, dus besluit ze door te gaan met deze psycholoog. Na vijf sessies voelt ze zich nog steeds niet gehoord als mens en het behandelplan geeft haar een knellend gevoel, maar ze durft niet te stoppen. De therapeut doet zo zijn best, en misschien doet zij wel niet haar best? Als ze dit bespreekt met haar man zegt hij: "Een therapeut is geen liefdadigheidsinstelling! Als het je niet helpt moet je gewoon stoppen." Ze vindt via het internet zelf een andere psycholoog, Barbara, en dat contact verloopt meteen heel anders.

HULPVERLENERS VOOR HOOGBEGAAFDE VOLWASSENEN

Het IHBV heeft op de website een overzicht met hulpverleners die zelf aangeven bekend te zijn met hoogbegaafdheid bij volwassenen; dit kan behulpzaam zijn bij het zoeken naar een geschikte hulpverlener. Er is geen kwaliteitstoetsing. Het Kwaliteitsregister Hoogbegaafdheid heeft wel zo'n toetsing.

Barbara stelt veel meer vragen over Joyce als mens, bij haar kan ze haar verhaal kwijt. Barbara is echt geïnteresseerd en stopt haar niet meteen in een hokje. Het verhaal over haar jeugd en de tijd dat haar vader in de gevangenis zat, komt nu pas naar voren.

8.4 (COMPLEXE) PTSS

Barbara bespreekt dan met haar dat ze mogelijk complexe PTSS heeft, vraagt Joyce of ze hierover mee wil denken en geeft haar wat literatuur. Joyce gaat hier zelf meteen over lezen. Ze herkent veel ervan, maar een deel ook niet. Dat ze traumatische ervaringen in haar jeugd heeft gehad, weet ze eigenlijk wel, maar hoe komt het dat die pijn nu terugkomt?

WAT IS (COMPLEXE) PTSS?

In paragraaf 5.8 staat een uitgebreide beschrijving van (complexe) PTSS, daarom hier slechts een korte samenvatting in het licht van dit verhaal.

In de DSM-5 staan de criteria voor PTSS beschreven. De vier hoofdsymptomen (langer dan een maand bestaand en met lijdensdruk) zijn: herbeleven, vermijden, negatieve gedachten en stemming, hyperactivatie.

Complexe PTSS staat niet in de DSM-5. Als men de term in de praktijk gebruikt, bedoelt men hiermee dat er sprake is van PTSS mét symptomen in andere clusters: problemen op het gebied van emotieregulatie, negatief zelfbeeld en problemen met relaties (Van Minnen, 2018).

9 JOHANNES

Johannes is een serieuze man van 37 jaar. Hij komt uit een muzikaal gezin met twee zussen en is violist in een groot, regionaal orkest. Hij is getrouwd met Marieke en samen hebben ze drie kinderen.

9.1 PLUSKLAS?

Al heel jong wist Johannes dat hij musicus wilde worden. Thuis was het heel gewoon dat iedereen muziek maakte, alle kinderen speelden een instrument. Op de school van Johannes was ook een Plusklas voor hoogbegaafde kinderen en de leerkracht had tegen zijn ouders gezegd dat ze hem daarvoor wilde opgeven. Hoewel zijn oudere zus daar ook was en het er erg naar haar zin had, wilde Johannes niet naar de Plusklas, want hij wilde niet opvallen. Hij paste zich aan, sprong nooit echt uit de band. Zijn leerkrachten hadden het idee dat hij ook wel kenmerken van autisme zou kunnen hebben, maar Johannes functioneerde best goed. Hij leek er zelf verder geen last van te hebben dat hij anders was dan de andere kinderen. De leerkrachten brachten het meerdere keren bij de ouders ter sprake, maar die meenden dat Johannes gewoon was zoals hij was, een ernstige jongen die hard werkte.

9.2 PSYCHOLOOG

Johannes wist dat hij van nature een serieus iemand is. Hij nam het leven niet luchtig op en in zijn puberteit had hij het zwaar. Vaak zat hij alleen op zijn kamer en wilde hij niet met vrienden op stap. Zijn cijfers waren vrij goed, maar hij vond het op school niet echt leuk. Veel van zijn tijd ging naar het oefenen op de viool en op zijn zeventiende ging hij al naar het conservatorium. Daar ging het in het eerste jaar helemaal niet goed met hem. Hij had zich er zo op verheugd om eindelijk alleen maar met muziek bezig te zijn, maar op de een of andere manier viel dat tegen. Hij had zich er iets anders van voorgesteld en hij werd steeds somberder. Zijn moeder merkte dit wanneer hij in het weekend thuis kwam en ze drong erop aan dat hij een psycholoog zou zoeken. Om zijn moeder een plezier te doen deed hij dat ook. Maar op het intakegesprek met een eerstelijnspsycholoog knapte hij helemaal af. Zo'n jong meisje, wat wist die nu van het leven? Zo iemand kon hem toch niet helpen? Hij ging zich steeds meer afvragen wat de zin van het leven eigenlijk was. Daar werd hij niet blijer van. Hij las ook boeken die dat gevoel ondersteunden,

bijvoorbeeld van Russische schrijvers.

9.3 MISSCHIEN HOOGBEGAAFD

KENMERKEN VAN HOOGBEGAAFDHEID?

Wij zien dat Johannes veel kenmerken heeft die op hoogbegaafdheid kunnen wijzen. Eén van de aanwijzingen is dat zijn zus hoogbegaafd is. Het was nooit een punt voor de ouders om hier iets mee te doen. Ze kenden hun zoon en gaven hem de mogelijkheid zichzelf te laten zijn.

Nu het met Johannes niet zo lekker gaat, kan het voor hem wel van belang zijn om meer over zichzelf te weten te komen. Wat opvalt is dat hij veel met existentiële vragen bezig is. Maar het zal lang duren, voordat hij op het spoor komt van zijn hoogbegaafdheid. De hulpverleners die hij raadpleegt hebben het er niet over.

Johannes had het meteen helemaal gehad met het zoeken naar hulp. Hij kon het wel alleen af, vast ervan overtuigd dat het hem ging lukken en hij werkte er ook heel hard voor. Na vier jaar conservatorium haalde hij zijn bachelor met hoge cijfers en ging meteen door voor een master. Hij woonde alleen, had geen partner en sprak zelden met vrienden af. Door op allerlei plekken viool te spelen, in orkesten en kleine ensembles, verdiende hij geld. Viool was zijn passie, maar echt plezier voelde hij niet zo vaak als hij had gehoopt. Soms had hij ook last van podiumangst, al was dat snel over als hij begon met spelen.

Toen hij met zijn viooldocent zijn vorderingen besprak, gaf die hem het advies om minder viool te spelen en meer te gaan leven: erop uitgaan en mensen ontmoeten om zich zo te ontwikkelen en meer gevoel in zijn spel te kunnen leggen. Johannes was verbijsterd. Vioolspelen ging toch over het beheersen van het instrument? Daarvoor hoefde je geen mensen te ontmoeten op feestjes! Hij vond het onzin en bleef doorgaan met zijn eigen fanatieke manier van repeteren.

Op zijn 25e had hij ook de master op zak. Toen hij solliciteerde bij een groot regionaal orkest, werd hij meteen aangenomen bij de eerste violen. Hij was er blij mee, maar merkte dat zijn gevoelsleven steeds vlakker werd. Hij sliep ook slecht en vroeg aan de huisarts om slaapmedicatie. De huisarts wilde verder doorvragen, maar Johannes wist er handig omheen te praten en kreeg het recept. Zijn moeder zag dat het nog altijd niet echt lekker ging. Ze wist ook dat ze niet meer moest beginnen over een

psycholoog, want daar zou hij alleen maar boos door worden.

9.4 PSYCHIATER

Een paar weken nadat Johannes was begonnen bij het orkest, kwam hij niet op de repetitie. Zijn collega's vertrouwden het niet. Omdat ze hem per telefoon niet te pakken kregen, belden ze na onderling overleg toch de politie. Die ging kijken in zijn appartement en vonden hem daar na een suïcidepoging. Ze kwamen nog net op tijd en in het ziekenhuis kwam hij weer bij. Zijn ouders werden gebeld en kwamen meteen. Johannes zat versuft in zijn ziekenhuisbed en schaamde zich tegen over hen, voor zijn poging uit het leven te stappen. De ziekenhuispsychiater zei tegen hem dat hij verschijnselen van een depressie had en raadde medicijnen aan en intensieve psychotherapie.

Johannes volgde het advies op en ging naar een psychiater. Het consult duurde kort. Hij was verbaasd dat ze hem zo weinig vragen stelde. Hij probeerde haar uit te leggen welke vragen hij allemaal had. Over depressie, maar ook de levensvragen waar hij niet uit kwam en die volgens hem hadden geleid tot de depressie. Zij was toch een intelligente vrouw en aan haar kon hij toch wel deze vragen stellen?

Zij behandelde hem voor de depressie door het voorschrijven van medicatie. Omdat hij in het verleden gemerkt had dat hij gevoelig was voor medicatie, vroeg Johannes om een lage dosering. De psychiater reageerde afwijzend: "Een lagere dosis voorschrijven dan de voorgeschreven startdosering, dat is homeopathie en ik heb niet voor niets de eed van Hippocrates afgelegd, dus daar doe ik niet aan." Na een aantal weken gingen de antidepressiva werken. Johannes voelde zich minder somber en ging weer plezier beleven aan zijn leven en vooral aan de muziek. Hij stortte zich op het vioolspelen en was helemaal in een flow als een concert goed ging en bleef nog dagen daarna in een goed humeur. Maar als een concert niet goed ging, was hij boos op zijn collega's of op de dirigent. Hij vond hen dan vaak gemakzuchtig.

9.5 GEZIN

Zo ging het een aantal jaren redelijk goed. Hij ontmoette via één van zijn collega's een leuke vrouw, Marieke. Zij was ook muzikaal, maar geen professioneel musicus. Marieke was een rustig, vriendelijk iemand, die hem helemaal op zijn gemak kon stellen. Toen Johannes 30 was, gingen ze samenwonen en tot zijn eigen verrassing beviel het hem goed.