

# Analyseren, een functie van betekenis

*Functie- en betekenisanalyse, een krachtig hulpmiddel voor diagnostiek en behandeling van een patiënt met ADHD en PTSS*

Nadat een uitgebreide intake was afgenomen, werd Anna<sup>1</sup> geclassificeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) en een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD). Anna kwam vervolgens in behandeling bij een psychiatrisch verpleegkundige in opleiding tot specialist. Daar ontstonden vermoedens van een post-traumatische stressstoornis (PTSS). Met gebruikmaking van, onder andere, functie- en betekenisanalyses (FA en BA) werd nadere diagnostiek verricht. Vervolgens werd de behandeling aangepast. Na een korte theoretische inleiding wordt aan de hand van een casusbeschrijving duidelijk gemaakt welke bijdrage FA's en BA's kunnen leveren aan de diagnostiek en behandeling door de verpleegkundig specialist GGZ (vs GGZ).

## Inleiding

### **Borderline Persoonlijkheidsstoornis**

Een BPS kenmerkt zich door een diepgaand patroon van instabiliteit van intermenselijke relaties, zelfbeeld, affecten en impulsiviteit vanaf de vroege volwassenheid (American Psychiatric Association [APA], 2000). De prevalentie van mensen met een BPS ligt, afhankelijk van het onderzoek, tussen de 1,1-1,7% van de algemene bevolking (De Jong, Van den Brink, & Ormel, 1999). Het aantal mensen met een BPS in Nederland wordt geschat op 100.000 (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001). De instabiliteit en impulsiviteit zorgen voor problemen op meerdere levensgebieden. Met name het in stand houden van wederkerige relaties is moeilijk voor mensen met een BPS.

### **Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit**

ADHD is een externaliserende psychische stoornis, waarbij gedrag en het verstorende effect hiervan op de omgeving centraal staat (Trim-

<sup>1</sup> Anna is een gefingeerde naam.

bos-instituut, 2005). De DSM-IV-TR kent drie subtypes, namelijk het overwegend onoplettendheid type, het overwegend hyperactief-impulsief type en het gecombineerde type (APA, 2000). Deze casus betreft het gecombineerde type. De incidentie van ADHD neemt de laatste jaren steeds meer toe. ADHD is inmiddels een vaak voorkomende stoornis onder kinderen en jeugdigen (3-5%), met een hoge persistentie (1-1,5%) tot in de volwassenheid (De Jong et al., 1999; Gezondheidsraad, 2000). Afhankelijk van de ernst van de symptomen kan ADHD leiden tot schooluitval, onderpresteren op het werk, verstoord contact met leeftijdsgenoten en een verhoogd risico op betrokkenheid bij antisociale activiteiten, middelenmisbruik en persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos-instituut, 2005).

### **Cognitieve gedragstherapie, functie- en betekenisanalyse**

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een integratie van gedragstherapie en cognitieve therapie (Korrelboom & Ten Broeke, 2010). Gedragstherapie vindt zijn oorsprong in het behaviorisme, waar de relatie tussen observeerbare prikkels en observeerbaar gedrag wordt bestudeerd. Waar bij gedragstherapie alleen oog is voor externe aanleidingen voor problematisch gedrag, gaat cognitieve therapie vooral uit van de invloed van cognities op het voelen, denken en handelen (Ellis, 1999; Beck, 1995). De ontwikkelingen in de praktijk en de wetenschap hebben ervoor gezorgd dat cognitieve therapie en gedragstherapie steeds meer zijn geïntegreerd (Korrelboom & Ten Broeke, 2010).

In de CGT wordt gebruik gemaakt van twee analyseschema's die veelal samengaan: een functieanalyse (FA), waarmee een verondersteld verband wordt aangegeven tussen disfunctioneel gedrag en consequenties van gedrag; en een betekenisanalyse (BA), om een aangeleerde associatie tussen twee prikkels in beeld te brengen (Korrelboom & Ten Broeke, 2010). Daar waar de DSM-classificatie vooral een beschrijving is van geclusterde symptomen, zijn de FA en BA vooral bedoeld om problemen te verklaren (Korrelboom & Ten Broeke, 2010). Beide zijn complementair aan elkaar en zorgen voor totale diagnostiek als vertrekpunt voor behandelinterventies.

In de hier beschreven casus roepen de klachten van Anna vragen op omdat eerder ingezette interventies niet lijken aan te slaan. De huidige beschrijvende diagnostiek lijkt niet voldoende om de onderliggende dynamiek helder te krijgen, waardoor het onduidelijk blijft welke interventies het best passend zouden zijn. Het toevoegen van FA's en BA's aan het diagnostisch proces kan deze onduidelijkheid wegnemen en richting geven aan de behandeling. Onder verpleegkundig specialisten is het gebruik van FA's en BA's minder vanzelfsprekend dan bij aanpalende beroepsgroepen. De vs GGZ is echter wel degelijk opgeleid in het toepassen van deze analyses.

**Tabel 1**  
DSM-IV classificatie bij verwijzing

As I	314.01	Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit
As I	V61.20	Ouder-kind relatieproblemen
As II	301.83	Borderline persoonlijkheidsstoornis (hoofddiagnose)
As IV	50	Woonproblemen
As V	GAF	55 (max 60)

## Gevalsbeschrijving

### Voorgeschiedenis en verwijzing

Anna is een 19 jarige vrouw die al een aantal jaren moeite heeft haar emoties te reguleren en grenzen aan te geven. Ook heeft ze last van voortdurende onrust en een negatief zelfbeeld. Anna heeft een hulpverleningsgeschiedenis, waarin ze een patroon van therapieontrouw en wisselende stemmingen laat zien. In 2010 is in een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling psychologisch onderzoek verricht, waar een disharmonisch intelligentieprofiel, ADHD-factoren en een borderline persoonlijkheidsdynamiek werden vastgesteld. Hierna volgde een poliklinische behandeling van twee jaar met onder andere gezinsgesprekken, ouderbegeleiding, psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en medicatie (methylfenidaat).

Nu werd Anna verwezen door de huisarts met de vraag om begeleiding omdat ze zich moeilijk staande weet te houden in het leven door onder andere haar impulsiviteit en onzekerheid. Na een uitgebreide intake werd ze verwezen naar de verpleegkundig specialist GGZ in opleiding (vs GGZ i.o.) voor behandeling en begeleiding van de emotieregulatieproblemen, ADHD-factoren en haar negatieve zelfbeeld en grenzeloosheid. Bij verwijzing was sprake van de DSM classificatie, zoals weergegeven in tabel 1.

### Situatie bij de start van de behandeling

Na de start van haar behandeling bij de vs GGZ i.o. bleken interventies gericht op gedragsverandering niet aan te slaan. Anna liet in bepaalde concrete situaties ernstig vermijdingsgedrag zien, terwijl ze in andere situaties gezond functioneerde. Dit was moeilijk te verklaren vanuit de BPS, waardoor vermoedens van een PTSS groeiden. Verdere diagnostiek moest de hypothese PTSS bevestigen. Naast medisch/psychiatrische diagnostiek was het noodzakelijk de reden en betekenis van het probleemgedrag beter in kaart te brengen. Hiervoor werd verklarende diagnostiek verricht door middel van functie- en betekenisanalyses. Verder werden de gevolgen voor het dagelijks leven in kaart gebracht aan de hand van verpleegkundige diagnostiek.

## Diagnostiek

De vs GGZ i.o. ziet een slanke, verzorgde vrouw van 19 jaar, bij wie in het verleden de diagnose ADHD is gesteld vanwege impulsiviteit en aandachts- en concentratieproblemen. De klachten behorend bij ADHD zijn nog steeds dagelijks aanwezig en leiden tot onvermogen haar dag goed te structureren. Daarnaast heeft patiënt moeite met het reguleren van emoties, wat zich uit in prikkelbaar/geagiteerd gedrag of hevige huilbuien. Verder is al lange tijd sprake van een basaal gevoel van onzekerheid, laag zelfbeeld en wantrouwen naar anderen, waardoor ze moeilijke situaties vermijdt en grenzeloos is. Ook is er sprake van een verstoord dag-/nachtritme; Anna heeft zowel in- als doorslaapproblemen. Alle bovengenoemde klachten leiden tot een negatief toekomstperspectief en een gevoel van wanhoop bij de patiënt. In eerdere relaties met oudere mannen heeft Anna meerdere traumatische ervaringen opgedaan, wat als luxerende factor kan worden gezien. Daarnaast zijn de scheiding van ouders, hun pedagogische onmacht en het pestverleden van de patiënt beïnvloedende factoren voor haar klachten. Inmiddels is het contact met beide ouders verbeterd ten opzichte van de intakefase.

Anna heeft op dit moment een relatie, woont op zichzelf en werkt bij de Kwantum. Ondanks alle klachten lukt het haar goed om dit vol te houden. Haar doorzettingsvermogen, zelfkennis, spontaniteit en humor hebben een positieve invloed. Mogelijk is er sprake van een PTSS in combinatie met ADHD. Deze combinatie kan worden aangezien voor een BPS. Daarom zal de PTSS als differentiaal diagnose (DD) worden meegenomen in het behandelproces.

Bovenstaande beschrijvende diagnose werd ondergebracht in een aangepaste DSM-classificatie en ICF-classificaties (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007) (tabel 2 en tabel 3).

Door middel van functie- en betekenisanalyses werd gekeken naar trauma's als verklaring voor bepaalde gedragsproblemen. Er werden meerdere analyses gemaakt, de belangrijkste FA is weergegeven in figuur 1. De Sd (discriminatieve stimulus) beschrijft de context of gebeurtenis waarin het gedrag zich voordoet. De R staat voor respons, ofwel het gedrag. Bij de Sr (de cognitieve representatie van de reinforcerende stimulus) worden de belangrijkste bekrachtigers voor het gedrag (R) beschreven en tot slot de negatieve consequenties van het gedrag.

Omdat normaal gesproken iemand niet in de kast gaat zitten huilen in een dergelijke context werd gezocht naar een verklarende hypothese voor dit gedrag.

In figuur 2 staat de BA die voortvloeide uit bovenstaande FA. De cs (conditioned stimulus) beschrijft een situatie of gebeurtenis die oorspronkelijk geen speciale betekenis had, maar door ervaringen een be-

**Tabel 2**  
Gewijzigde DSM-IV classificatie

As I	314.01	Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit
As I	309.81	DD: Posttraumatische stress-stoornis
As II	799.9	Diagnose op As II uitgesteld
As III	Geen	Geen
As IV	10	Problemen binnen de primaire steungroep
As V	GAF	55 (max 60)

**Tabel 3**  
ICF-classificatie

Functiestoornissen	Activiteiten en participatie	Externe factoren
Matige stoornis in temperament en persoonlijkheid (b126.2)	Lichte beperking in het richten van aandacht (d160.1)	Naaste familie is licht ondersteunend, maar ook licht belemmerend (e310+1/e310.1)
Lichte stoornis in energie en driften (b130.1)	Ernstige beperking in het oplossen van complexe problemen (d1751.3)	Vrienden zijn matig ondersteunend (e320+2)
Matig verstoorde slaap (b134.2)	Lichte beperking in het ondernemen van meervoudige taken (d220.1)	Hulpverleners in de gezondheidszorg zijn matig ondersteunend (e355+2)
Matige stoornis in aandacht (b140.2)	Matige beperking in het omgaan met stress en andere mentale	Persoonlijke attitudes van vrienden zijn matig belemmerend (e420.2)
Lichte stoornis van het geheugen (b144.1)	eisen (d240.2)	
Matige stoornis van stemming (b152.2)	Ernstige beperking in intieme relaties (d770.3)	

paalde betekenis heeft gekregen. De UCS/UCR-representatie (unconditioned stimulus/unconditioned response) geeft de onderliggende associatieve cognitieve structuur aan die het gevolg is van een eerdere leerervaring. Deze associaties kunnen referentieel of sequentieel zijn. Bij een referentieel verband doet de CS denken aan een andere (problematische) gebeurtenis en bij een sequentieel verband is de CS een voorspeller van een verhoogde kans op een bepaalde gebeurtenis. Bij Anna is er sprake van een referentieel (figuur 2) en een sequentieel verband. Een aantal jaren geleden is Anna verkracht en de CS doet denken aan deze verkrachting en zorgt voor de CR (conditioned response): verdriet. Dezelfde CS zorgt echter ook voor de CR angst (voor verkrach-

**Figuur 1**  
Functieanalyse

Sd	R	Sr
Stoeien met vriend, vriend pakt haar/ staart vast	In de kast zitten huilen (vermijding)	<p>→ Voorkomen van angst voor mishandeling of verkrachting</p> <p><b>Negatieve consequenties</b></p> <p>→ Niet begrepen worden, angst verlaten te worden door vriend, schuldgevoel, schaamte, herbelevingen, verdriet en angst</p>

**Figuur 2**  
Betekenisanalyse

CS	UCS/UCR-representatie
Aanraken van bepaalde lichaamsdelen door vriend	Verkrachting
	↓
	CR
	Verdriet

ting), wat wijst op een sequentieel verband. Naast de beschreven FA en BA werden meerdere analyses gemaakt, waarbij het gedrag in alle gevallen uit vermijding bestond. Op basis van de uitkomsten uit de FA's, BA's en psychiatrische diagnostiek aangevuld met de Zelfinventarisatielijst (ZIL) PTSS (Hovens, Bramsen & Van der Ploeg, 2000) kon worden geconcludeerd dat er sprake was van een PTSS.

In tabel 4 worden de verpleegkundige diagnoses, met bijbehorende interventies, doelen en meetinstrumenten weergegeven.

**Tabel 4**  
NANDA, NIC, NOC en meetinstrumenten

Verpleegkundige diagnose (NANDA international, 2009)	Verpleegkundige zorgresultaten (Johnson & Maas, 1999)	Interventies (NIC)	Meetinstrumenten
Posttraumatisch syndroom (00141)	Herstel na mishandeling: seksueel	Counseling (5240) EMDR	Zelfinventarisatielijst PTSS (ZIL)
Ineffectieve coping (00069)	Coping	Verbetering van de probleemhantering (5230) Gedragsregulering: hyperactiviteit/aandachtstekort (4352)	Utrechtse Copinglijst (UCL)
Chronische geringe zelffaching (00119)	Zelffaching	Opbouwen therapeutische relatie (5000) Bevorderen eigenwaarde (5400) Cognitieve herstructurering (4700)	Session Rating Scale (SRS) Rosenberg Self-Esteem Scale

## Behandeling

De interventies werden gebaseerd op de noodzaak in te grijpen op de uitlokkende en in stand houdende factoren uit de FA's en BA's (Korrelboom & Ten Broeke, 2010). Omdat uit de FA's en BA's de trauma's als belangrijkste uitlokkende factor naar voren kwamen wordt eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) als interventie aanbevolen (Beck, 1995; Beck, 1996; Korrelboom & ten Broeke, 2010). Dit is in overeenstemming met de aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen (Trimbos-instituut, 2013). Twee EMDR sessies bij de psychiater zorgden voor een sterke afname van emotie-regulatieproblemen en beter kunnen ontspannen. In de vervolgesprekken bij de vs GGZ i.o. werd door empathie te tonen en te valideren gewerkt aan verdere rouwverwerking (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2010). Na de behandeling van de uitlokkende factor konden interventies gericht op de in stand houdende factoren, namelijk de vermijding en lage zelfwaardering, worden ingezet (Korrelboom & ten Broeke, 2010). De uitkomsten van de UCL

(Schreurs & Van de Willige, 1988) bevestigden dat Anna een vermijgende copingstijl had. Door middel van cognitieve herstructurering en exposure in vivo konden nieuwe copingstijlen worden aangeleerd en bestaande functionele copingstijlen worden versterkt (Bulechek et al., 2010; Korrelboom & Ten Broeke, 2010; Trimbos-instituut, 2013). Samen met Anna werd gekeken welke copingvaardigheden konden worden versterkt of aangeleerd. Sociale steun zoeken, humor en afleiding zoeken waren al bestaande copingmechanismen en deze werden gestimuleerd. Door het bespreken van doorgemaakte stressvolle situaties werd met Anna nagegaan hoe ze anders naar dergelijke situaties zou kunnen kijken. Ook werd samen besproken welke positieve strategieën ze zou kunnen toepassen om anders met deze situaties om te gaan; deze werden als exposure oefeningen meegegeven.

Met behulp van cognitieve herstructurering en COMET (Competitive Memory Training) voor negatief zelfbeeld (Bulechek et al., 2010; Korrelboom, 2011) werden compenserende en corrigerende gedachten en uitspraken geformuleerd. Er werd gewerkt met een schrift waarin opdrachten meegegeven werden om thuis te oefenen met bewustwording van positieve eigenschappen.

Naast de interventies die ingrijpen op de factoren uit de FA's en BA's heeft Anna overeenkomstig de aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn ADHD (Trimbos-instituut, 2005) een psycho-educatie cursus gevolgd voor ADHD. Verder werd samen met Anna gezocht naar manieren voor een betere zelfbeheersing, die in de praktijk echter moeilijk toepasbaar bleken. De vriend van Anna is bij twee gesprekken aanwezig geweest om uitleg te krijgen over hoe hij Anna kan helpen structureren en haar kan ondersteunen. De afspraken uit deze twee gesprekken zijn ook verwerkt in een signaleringsplan (Fortinash & Holoday-Worret, 1991). Tijdens de gesprekken had de vs GGZ i.o. een hoopgevende positieve houding. Gedurende de hele behandeling werd elk gesprek afgerond met een korte evaluatie aan de hand van de Session Rating Scale (SRS) (Duncan et al., 2003). De therapeutische relatie stond hierbij centraal en de patiënt werd uitgedaagd te oefenen in assertiviteit.

## Resultaten

Na elk vijfde gesprek vond een behandel-evaluatie plaats. In de laatste evaluatie werd door Anna mondeling gerapporteerd dat ze opener was geworden in relaties met anderen, beter haar grenzen kon aangeven en nauwelijks emotionele buien meer had. Daarnaast voelde ze zich rustiger en meer ontspannen. Dit zorgde er volgens haar voor dat ze zich een normaler mens voelde en zichzelf beter kon accepteren.



**Tabel 5**  
Resultaten meetinstrumenten

	Start	Eind	Range
<b>ZIL-score</b>	56	26	22-88
<b>UCL</b>			
Actief aanpakken	13	16	7-28
Palliatieve reactie	12	17	8-32
Vermijden	24	18	8-32
Sociale steun zoeken	18	19	6-24
Passief reactiepatroon	16	13	7-28
Expressie van emoties	11	10	3-12
Geruststellende gedachten	9	15	5-20
<b>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)</b>	6	11	0-30

In de ICF-classificatie zorgde dat voor de volgende veranderingen: geen stoornis meer in temperament en persoonlijkheid, slaap en stemming. En ook geen of verminderde beperkingen in oplossen van complexe problemen, ondernemen van meervoudige taken, omgaan met stress en intieme relaties. Daarmee voldeed ze ook niet aan de DSM-criteria voor een BPS en was de PTSS in vroege remissie. Bovenstaande resultaten werden ondersteund met meetinstrumenten zoals weergegeven in tabel 5.

Op de ZIL was een sterke daling te zien op de subschalen herbeleving en hyperarousal. De UCL liet een afname zien op palliatieve, passieve en vermijdende copingstijlen en een toename op actief aanpakken en geruststellende gedachten. De RSES meet op basis van tien beweringen de zelfwaardering (Franck, De Raedt, Barbez, & Rosseel, 2008). Na behandeling behaalde Anna 5 punten meer dan ervoor.

## Bespreking

Toen behandeling onvoldoende verbetering van klachten gaf, rees de vraag of deze gericht was op de juiste factoren, of dat er mogelijk andere factoren waren die het probleemgedrag verklaarden. Naast gangbare psychiatrische en verpleegkundige diagnostiek werden FA's en BA's gemaakt en daardoor kwam de PTSS goed in beeld waarna interventies konden worden ingezet op uitlokkende en in stand houdende factoren. Zonder deze analyses was de focus beperkt gebleven tot een BPS en ADHD, en zou de behandeling niet aangeslagen zijn.

De beperkte focus is mogelijk te verklaren door de symptoomoverlap tussen ADHD, BPS en PTSS (Eurelings-Bontekoe, Snellen, & Verheul, 2009). PTSS kan de al bestaande ADHD-symptomen versterken (Ver-

heij, Verhulst, & Ferdinand, 2007). Bij 44% van de mensen met ADHD is sprake van comorbiditeit, waarvan 20-30% angst- of stemmingsstoornissen, waaronder PTSS (Trimbos-instituut, 2005; Jensen, Martin, & Cantwell, 1997).

De diagnose BPS is in deze casus ten onrechte gesteld. Uit literatuur blijkt dat ADHD regelmatig voor een persoonlijkheidsstoornis wordt aangezien (Eurelings-Bontekoe et.al., 2009). Persistierende ADHD zorgt echter ook voor een verhoogde kans op persoonlijkheidsstoornissen (Biederman, Faraone, & Spencer, 1993; Miller et al., 2008).

Gedurende de opleiding tot vs GGZ worden verpleegkundige, medische, sociaalpsychiatrische en ook psychologische interventies aangeleerd om vanuit een holistische visie behandeling en begeleiding te kunnen bieden aan patiënten met complexe psychiatrische problematiek (COOV en GGZ vs, 2006). Deze brede competenties hebben in deze casus geleid tot een goede differentiaaldiagnostiek, waarbij gebruik is gemaakt van FA's en BA's. Veelal zullen FA's en BA's onderdeel zijn van een brede psychotherapeutische behandeling.

Psychotherapie is volgens Korrelboom en Ten Broeke (2010) voorbehouden aan psychotherapeuten en begeleiding aan verpleegkundigen. Gegronde argumenten voor deze verdeling blijven echter achterwege, wel wordt opgemerkt dat de opleidingsachtergrond van de hulpverlener leidend is. Een volledige psychotherapeutische behandeling zal dan ook voorbehouden blijven aan de psychotherapeut. De vs GGZ is echter goed in staat FA's en BA's praktisch toe te passen als ondersteuning van een goede (differentiaal)diagnostiek en als hulpmiddel voor het bepalen van interventies.

Verder kan de aandacht voor opbouw en onderhoud van een therapeutische relatie een positieve bijdrage hebben geleverd aan het welslagen van de behandeling (Peplau, 1997; Koekkoek, 2011).

Er zijn ook kanttekeningen te plaatsen. Zo is de zelfwaardering wel iets gestegen door de behandeling, maar pas een scoreverschil op de RSES van minimaal 6 punten tussen begin- en eindmeting wordt als betrouwbare verandering gezien (Jacobson & Truax, 1991). Bij Anna was sprake van een scoreverschil van 5 punten, waardoor de kans op een mogelijke terugval groot is (Korrelboom, 2011).

## Conclusie

Zoals blijkt uit de casus is een goede diagnostiek van cruciaal belang om de behandelinterventies te laten aansluiten bij de problematiek van de patiënt. Met behulp van functie- en betekenisanalyses kan verklarende diagnostiek opheldering geven en daarmee ook richting geven aan de interventies. De vs GGZ wordt opgeleid tot een expert op het gebied van complexe psychiatrische verpleegkunde. Signaleren

en analyseren is daar een belangrijk onderdeel van. De functie- en betekenisanalyses behoren tot het brede palet aan interventies die de vs GGZ tot zijn beschikking heeft. Toepassing van FA's en BA's zal leiden tot diagnostiek en behandeling die recht doet aan de patiënt en wordt dan ook sterk aanbevolen. Een scheidslijn tussen disciplines op het gebied van uitvoeren van interventies is niet altijd even duidelijk te trekken, bekwaamheid is hierbij de voorwaarde.

**Nawoord**

Graag wil ik Alinda Pronk (GZ-psycholoog) bedanken voor haar kritische aanvulling bij de tekstgedeelten over de functie- en betekenisanalyses en het helpen structureren van de interventiebeschrijving. Ook wil ik mijn opleider, Gerrit de Niet, bedanken voor het meelesen en het geven van feedback voor de finishing touch.

**Literatuur**

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders; fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy; Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J.S. (1996). Cognitive therapy of personality disorders. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K.A. et al. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1792-1798.
- Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey Dochterman, J. (2010). *Verpleegkundige interventies* (3e druk). Amsterdam: Reed Business Education.
- Coov en opleidingsinstelling GGZ vs. (2006). *Competentieprofiel GGZ-Verpleegkundig Specialist*. Geraadpleegd op 18 oktober 2013 via [http://www.ggzvs.nl/Portals/16/pdf\\_documenten/competentieprofielggzvs.pdf](http://www.ggzvs.nl/Portals/16/pdf_documenten/competentieprofielggzvs.pdf)
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J. et al. (2003). The Session Rating Scale: psychometric properties of a 'working' alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Ellis, A. (1999). Why rational-emotive therapy to rational emotive behavior therapy? *Psychotherapy*, 36(2), 154-159.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Snellen, W.M., & Verheul, R. (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fortinash, K.M., & Holoday-Worret, P.A. (1991). *Psychiatric nursing care plans*. St. Louis (MO): Mosby.
- Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric Properties of the Dutch Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychologica Belgica*, 48(1), 25-35.
- Gezondheidsraad. (2000). *Diagnostiek en behandeling van ADHD*. Geraadpleegd op 4 oktober 2013 via <http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/optimale-gezondheidszorg/diagnostiek-en-behandeling-van-adhd>
- Hovens, J.E., Bramsen, I., & Ploeg, H.M. van der (2000). *Zelfinventarisatielijst Post-traumatische Stresstoornis: ZIL*. Lisse: Swets Test Publisher.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Jensen, P.S., Martin, D., & Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1065-1079.
- Johnson, M., & Maas, M. (1999). *Verpleegkundige zorgresultaten*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Jong, A. de, Brink, W. van den, Ormel, J. (Red.). (1999). *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding: Methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld: Competitive Memory Training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K., & Broeke, E. ten (2010). *Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie; handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Miller, C.J., Flory, J.D., Miller, S.R., Harty, S.C., Newcorn, J.H., & Halperin, J.M. (2008). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(9), 1477-1484.
- NANDA International. (2009). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2009-2011*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2007). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health* (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Peplau, H. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167.
- Schreurs, P.J.G., & Willige, G. van de (1988). *UCL: Utrechtse Copinglijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger bv.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Trimbos-instituut. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Geraadpleegd op 11 september 2013 via <http://www.psyq.nl/files/Files/PsyQ/Artikelen/ADHD%20bij%20volwassenen/AFO635RichtlijnADHDKindJeugd.pdf>
- Trimbos-instituut. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*. Geraadpleegd op 10 oktober 2013 via [http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn\\_id=35](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=35)
- Verheij, F., Verhulst, F.C., & Ferdinand, R.F. (2007). *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Behandeling en begeleiding*. Assen: Koninklijke Van Gorcum bv.

### Samenvatting

Een 19-jarige vrouw met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit en een borderline persoonlijkheidsstoornis kwam in behandeling bij de verpleegkundig specialist GGZ in opleiding. Na kennismaking ontstond het vermoeden van doorgemaakte trauma's en werd de hypothese posttraumatische stressstoornis geformuleerd. Deze hypothese werd bevestigd door de psychiatrische en verpleegkundige diagnostiek en met behulp van functie- en betekenisanalyses (FA en BA). Vervolgens werden behandelinterventies gekozen die aangrepen op uitlokkende en in stand houdende factoren uit de FA's en BA's. Waar eerdere behandeling niet aansloeg, bleek deze aanpak te resulteren in een sterke afname van emotieregulatie problemen, verbeterde coping en de ervaring een normaal mens te zijn. De inzet van FA's en BA's door de verpleegkundig specialist GGZ wordt aanbevolen.

*Trefwoorden* Gevalsbeschrijving betekenisanalyse, functieanalyse, GGZ verpleegkundig specialist