

Uitdagingen van Hoogbegaafden in de Geestelijke Gezondheidszorg: Van Misdiagnose tot Existentieel Onbegrip

Sectie I: De Systemische Kloof: Hoogbegaafdheid als 'Niet-Gezien' Factor in de GGZ

1.1. De Paradox van de Hoogbegaafde Cliënt: 'Anders, Maar Toch Niet Gek'

De primaire uitdaging voor hoogbegaafde individuen die hulp zoeken in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is dat hun hoogbegaafdheid door het zorgsysteem doorgaans niet wordt erkend als een relevante contextuele of constitutionele factor die hun klachten beïnvloedt. Veel hoogbegaafden melden dat zij in GGZ-trajecten vastlopen omdat de standaard 'gebruiksaanwijzing' of de geprotocolleerde aanpak simpelweg niet aansluit bij hun unieke behoeften.

Dit probleem vloeit voort uit een fundamenteel kennisgebrek binnen de GGZ. Er is nog maar weinig wetenschappelijke kennis over hoogbegaafdheid in de volwassenenzorg aanwezig, en in sommige gevallen wordt het concept van hoogbegaafdheid als verklaring voor psychische klachten zelfs ontkend. Dit gebrek aan erkenning heeft verstrekken gevolgen voor de diagnostiek en behandeling. Hoogbegaafden met psychische klachten ervaren dat er niets met hun hoogbegaafdheid wordt gedaan, ondanks dat zij zelf in meerderheid menen dat er een duidelijke relatie bestaat tussen hun begaafdheid en hun klachten.

Het niet-erkend worden versterkt de pijnlijke beleving die veel hoogbegaafden al van jongs af aan ervaren: het gevoel 'anders' te zijn dan de omgeving, of dit nu ouders, leerkrachten of leeftijdsgenoten zijn. Wanneer deze uniciteit niet wordt herkend of erkend, leidt dit tot een diepgaande existentiële zoektocht. Cliënten stellen vaak expliciet de vraag: "Wat is er met mij aan de hand?" of de meer alarmerende vraag: "Ik weet dat er iets met mij is, maar ik ben toch niet gek?". Het falen van het GGZ-systeem om deze unieke kenmerken te erkennen en te valideren, veroorzaakt aanzienlijk lijden.

De systemische nalatigheid om hoogbegaafdheid als relevante factor te overwegen, kan een diepe vertrouwensbreuk tussen cliënt en behandelaar veroorzaken. Gegeven de intense behoefte aan inzicht, waarheid en analytische diepgang (een kenmerk van Intellectual Overexcitability, zie Sectie III), wordt de competentie van het GGZ-systeem zwaar ondermijnd wanneer de cliënt jarenlang wordt behandeld zonder dat de hoogbegaafdheid als optie is overwogen. Dit valideert de kritische houding van de cliënt en kan therapeutische resistentie in de hand werken, wat resulteert in een chronisch gevoel van onbegrip of vroegtijdige beëindiging van de hulpverlening.

1.2. De Kwestie van Overschatting en Onderschatting van Capaciteiten

Een veelvoorkomende valkuil in de GGZ-diagnostiek bij hoogbegaafden is de misinterpretatie van hun functioneren, wat kan leiden tot zowel overschatting als onderschatting van hun werkelijke capaciteiten.

Onderschatting door Maskering: Hoge cognitieve capaciteit stelt hoogbegaafden vaak in staat om diepliggende functionele of emotionele problemen te maskeren. De cliënt kan bijvoorbeeld extreem welbespraakt zijn over de aard van hun problemen of complexe concepten met betrekking tot psychopathologie snel doorgronden. De behandelaar kan hierdoor de indruk krijgen dat de cliënt de problematiek volledig onder controle heeft, terwijl de onderliggende emotionele disregulatie, trauma, of executieve disfunctie ernstig is.

Overschatting en Functionele Paradoxen: Het omgekeerde is ook een veelvoorkomend fenomeen. Behandelaars kunnen ervan uitgaan dat hoge intelligentie gepaard gaat met universeel excellent functioneren. Dit klopt vaak niet. Hoogbegaafden ervaren juist frequent functioneringsproblemen, waaronder onverwachte moeilijkheden met basisvaardigheden zoals planning, organisatie en concentratie (Executieve Functies). Wanneer een behandelaar deze tekortkomingen in het dagelijks leven ziet (bijvoorbeeld het falen van planning of het missen van deadlines), kan dit ten onrechte worden geïnterpreteerd als ernstige psychopathologie, zoals een manische episode, ernstige laksheid, of een gebrek aan motivatie. In werkelijkheid komen deze problemen vaak voort uit een gebrek aan adequate mentale uitdaging in het verleden, waardoor ze nooit de noodzaak hadden om planningsvaardigheden te ontwikkelen, of het resultaat zijn van pure intellectuele afleidbaarheid.

Om onderschatting of overschatting van de werkelijke capaciteiten te voorkomen, is het cruciaal dat bij vermoedens van hoge intelligentie altijd een formeel intelligentieonderzoek wordt uitgevoerd. Dit moet, indien nodig, gebeuren met aanpassingen om tot een betrouwbare schatting te komen. Dit vormt de noodzakelijke eerste stap voor het opstellen van een valide differentiaaldiagnose.

Sectie II: Differentiaaldiagnostiek: De Systematische Risico's op Misdiagnose

De meest acute problematiek die hoogbegaafden in de GGZ ervaren, betreft de systemische risico's op een verkeerde diagnose ('misdiagnose' of 'verkeerde diagnoses'). Dit gebeurt omdat de constitutioneel bepaalde intensiteit van hoogbegaafden overlapt met de symptomen van diverse psychiatrische stoornissen.

2.1. De Overlap met Aandachtstekortstoornissen (ADD/ADHD)

Een van de meest voorkomende verkeerde diagnoses bij hoogbegaafden is die van ADHD of ADD. De oorzaak hiervan ligt in de manifestatie van de intellectuele en psychomotorische overexcitabiliteiten (OE), die gedragingen vertonen die de typische symptomen van aandachtsstoornissen nabootsen.

De Psychomotorische OE kenmerkt zich door hoge energieniveaus, constante beweging, snel en 'drammerig' spreken, impulsief handelen, zenuwachtige gewoonten of tics, en een intense gedrevenheid die kan neigen naar workaholisme. Deze uitingen worden gemakkelijk geïnterpreteerd als hyperactiviteit. Tegelijkertijd impliceert de Intellectuele OE een extreem actieve geest en een onstilbare honger naar kennis, wat kan leiden tot afleidbaarheid. Deze afleidbaarheid is echter vaak het gevolg van de cliënt die constant complexe verbanden legt, de taak te simpel vindt, of vervalt in diepgaande dagdromen over complexe gedachten, wat lijkt op

aandachtstekort.

Het cruciale onderscheidende kenmerk, de klinische differentiator, is dat de zogenaamde 'aandachtstekort' bij hoogbegaafdheid vaak situationeel is. Er is sprake van gerichte concentratie, of 'hyperfocus', wanneer de cliënt voldoende mentaal gestimuleerd wordt en een diepgaande intellectuele uitdaging aangaat. Bij klinische ADHD daarentegen, is dit patroon van gerichte concentratie veel moeilijker op te roepen en te handhaven, ongeacht de complexiteit van de taak.

Een complicatie treedt op bij het fenomeen van Tweevoudige Uitzonderlijkheid (Twice Exceptional, 2E), waarbij hoogbegaafdheid en ADHD daadwerkelijk samengaan. Hoewel intelligentie gemiddeld genomen het risico op psychische problemen verlaagt, ervaren hoogbegaafde kinderen met ADHD mogelijk juist méér problemen. De bovengemiddeld snelle informatieverwerking kan leiden tot een brein dat met informatie wordt 'gebombardeerd', wat het initiëren, remmen en volhouden van gedrag sterker onder druk zet. In deze 2E-gevallen is behandeling (eventueel met medicatie of gedragsinterventies) effectief, maar de aanpak moet altijd een aanpassing van de intellectuele uitdaging omvatten, met een her-evaluatie van de symptomen na een (half) jaar.

De onderstaande tabel illustreert de kritieke differentiële kenmerken tussen constitutionele intensiteit en klinische pathologie.

Tabel I. Differentiaaldiagnose: Hoogbegaafdheid (OE) versus Aandachtstekortstoornissen (ADD/ADHD)

Kenmerk	Manifestatie bij Hoogbegaafdheid (OE)	Manifestatie bij ADHD (Klinisch)	Klinische Differentiator
Motorische Onrust/Druk Praten	Psychomotorische OE; Kan stoppen voor intensieve, gerichte concentratie op een complexe taak.	Gedrag is continu en consistent, onafhankelijk van intellectuele uitdaging.	Aanwezigheid van hyperfocus en taakspecifieke concentratie.
Afleidbaarheid/Aandacht	Intellectuele OE; Afgeleid door eigen complexe, interne gedachten of te lage complexiteit van de taak.	Gerelateerd aan disfunctie in inhibitie en volhouden van de taak, ongeacht de complexiteit.	De oorzaak van de afleiding (interne complexiteit versus disfunctie in executieve controle).
Impulsiviteit	Kan ontstaan door snelle informatieverwerking of emotionele intensiteit; vaardigheid tot reflectie is intact, maar niet altijd gebruikt.	Onvermogen om acties te remmen (inhibitie); weinig tot geen rationele reflectie vooraf.	De mate waarin impulsiviteit vermindert na aanpassing van de intellectuele uitdaging en verbeterde emotionele regulatie.

2.2. Verwarring met Stemnings- en Persoonlijkeitsstoornissen (Bipolair, Borderline)

De uitzonderlijke emotionele gevoeligheid, intensiteit en complexiteit van de emoties, kenmerkend voor hoogbegaafden, leidt frequent tot verwarring met ernstige affectieve en persoonlijkheidsstoornissen.

Verwarring met Bipolaire Stoornis: Individuen met een sterke Emotionele Overexcitability (OE) ervaren extreme emotionele pieken en dalen, waardoor zij soms ten onrechte verondersteld worden een bipolaire stoornis te hebben. De intensiteit van de stemmingswisselingen kan lijken op die van de rapid-cycling bipolaire stoornis. Daarnaast kunnen perioden van intense gedrevenheid, zoals beschreven bij Psychomotorische OE, ten onrechte worden geïnterpreteerd als hypomanische episodes. De klinische differentiële diagnostiek vereist echter een nauwkeurige beoordeling of er sprake is van de definitieve duur, de ernstige disfunctie en de vaak aanwezige psychotische kenmerken die bij een klinische bipolaire stoornis horen.

Verwarring met Borderline Persoonlijkheidsstoornis (BPS): De differentiatie met BPS is complex vanwege de overlap in ervaren instabiliteit en relationele problematiek. BPS wordt gekenmerkt door instabiele relaties, problemen met het zelfbeeld, en gevoelens van leegte. Hoogbegaafden ervaren ook relationele problemen doordat zij zich niet begrepen voelen en teleurgesteld zijn in anderen, door een onvermogen om het verlangen naar diepgang en intimiteit bevredigd te zien. Ook het zelfbeeld kan worstelen met gevoelens van ontoereikendheid of minderwaardigheid, gevoed door het chronische gevoel 'anders' te zijn. De klinische sleutel tot onderscheid ligt in de aard van de instabiliteit. Bij hoogbegaafdheid zonder pathologie is de emotionele intensiteit vaak direct gerelateerd aan een waargenomen onrechtvaardigheid of een existentiële angst. De relationele problemen ontstaan primair door een **kwalitatieve mismatch** (de behoefte aan intellectuele en emotionele diepgang) in de interactie met anderen, in plaats van een structureel onvermogen tot stabiele relatievorming door angst voor verlating of fundamentele impulsiviteit, zoals vaak het geval is bij BPS.

2.3. Het Risico van Dubbeldiagnose (2E): HB en ASS/OCPS

Naast misdiagnoses dient de mogelijkheid van een dubbele diagnose (Twice Exceptional, 2E) te worden overwogen, met name de complexe overlap met Autisme Spectrum Stoornis (ASS) en Obsessief-Compulsieve Persoonlijkheidsstoornis (OCPS).

Bepaalde kenmerken van Intellectual en Sensitieve OE – zoals een sterke focus op details, diepgaande interesses en zintuiglijke overgevoeligheid – kunnen gemakkelijk worden verward met kenmerken van ASS. Bij hoogbegaafde individuen met ASS wordt de hoge intelligentie vaak ingezet om sociale tekorten te maskeren, wat leidt tot het missen van de ASS-diagnose, of juist andersom, waarbij de kenmerken van hoogbegaafdheid worden toegeschreven aan de ASS-diagnose.

De intensieve drang tot analyseren, de behoefte aan waarheid, en het zeer kritische vermogen van Intellectual OE kunnen ook lijken op de dwangmatige behoefte aan orde of perfectie die kenmerkend zijn voor OCPS.

De neiging binnen de GGZ om extreme intensiteit direct als pathologie te labelen, in plaats van als een constitutioneel kenmerk, is een methodologische fout. Wanneer het zorgsysteem onvoldoende kennis heeft of HB ontkent, wordt elk gedrag dat afwijkt van het gemiddelde – of het nu gaat om extreme gevoeligheid of diepe focus – automatisch in het ziektekader van de DSM geplaatst. Het gevolg is dat men intensiteit meet, het vergelijkt met een ziektemodel, en de niet-pathologische, constitutionele bron (de Overexcitabilities) negeert, wat resulteert in het ten onrechte geven van een psychiatrische diagnose.

Sectie III: De Psychologische Intensiteit: Dabrowski en

Existentiële Lasten

De unieke aard van de psychische uitdagingen bij hoogbegaafden wordt het best verklaard door de theorie van Kazimierz Dabrowski, met name het concept van de Vijf Overexcitabiliteiten (OE), die de basis vormen voor zowel talent als lijden.

3.1. Het Model van Dabrowski: De Vijf Overexcitabiliteiten (OE)

De OE's beschrijven een verhoogde responsiviteit van het zenuwstelsel op interne en externe prikkels. Deze intensiteiten, die een integraal onderdeel vormen van de persoonlijkheid van de hoogbegaafde, worden onder druk vaak de bron van psychische klachten, wat de complexe overlap met pathologieën verklaart.

De **Intellectual OE** verklaart de onstilbare honger naar inzicht en waarheid, de analytische drang en de hyperkritische houding. Deze kritische aard leidt vaak tot conflicten in professionele omgevingen, waarbij hoogbegaafden in een klokkenluiders- of zondebokpositie terechtkomen.

De **Imaginational OE** manifesteert zich als een enorme verbeeldingskracht en een voorkeur voor visueel denken. Hoewel dit creatief is, kan de cliënt onder spanning gedetailleerde en levendige rampscenario's visualiseren, wat angst en bezorgdheid verergert. Het is voor de behandelaar belangrijk te bewaken dat de cliënt het verschil tussen realiteit en fantasie kan behouden.

De **Sensitieve OE** zorgt voor een verhoogd bewustzijn van alle vijf de zintuigen, leidend tot gevoeligheid voor geluiden, geuren, of tastbare stimuli (zoals kledinglabels). Dit kan in een prikkelrijke omgeving tot chronische overbelasting en angstklachten leiden.

De volgende tabel koppelt de OE's direct aan de klinische uitdagingen en mogelijke misdiagnoses:

Tabel II. De Vijf Overexcitabiliteiten (OE) en Klinische Overlap

Overexcitability (OE)	Klinische Uitdaging/Cliëntbeleving	Mogelijke Misdiagnose in GGZ	Impact op de Cliënt (Kernbeleving)
Emotional OE	Intense gevoelens, kwetsbaarheid, lichamelijke reactie op emoties (bv. buikpijn), gevoelens van schuld en overdreven verantwoordelijkheidszinn.	Bipolaire Stoornis, Borderline Persoonlijkheidsstoornissen.	Zich 'te gevoelig voor eigen bestwil' voelen; de last van de wereld dragen.
Intellectual OE	Onstilbare honger naar inzicht/waarheid, hyperkritisch, onafhankelijk denken, neiging tot overmatig piekeren.	OCPS, Algemene Angststoornis (door piekeren).	Vervreemding door gebrek aan diepgang; conflicten met autoriteit.
Psychomotor OE	Hoge energie, intense gedrevenheid (workaholisme), zenuwachtige	ADHD, Angststoornissen.	Overweldigend zijn voor anderen; neiging tot uitputting/burn-out.

Overexcitability (OE)	Klinische Uitdaging/Cliëntbeleving	Mogelijke Misdiagnose in GGZ	Impact op de Cliënt (Kernbeleving)
	gewoonten/tics, minder slaap nodig.		
Sensitieve OE	Overgevoeligheid voor zintuiglijke prikkels (geluid, textuur, geur), behoefte aan comfort en esthetiek.	Angststoornissen (door prikkeloverload), ASS.	Fysiek lijden door omgeving; isolatie.
Imaginational OE	Levendige dromen, rijkdom aan beelden/metaforen, gedetailleerde visualisatie van angst.	Angststoornissen, (zelden) Psychose/Dissociatieve stoornis.	Moeite om realiteit en fantasie gescheiden te houden onder druk.

3.2. Het Overontwikkelde Verantwoordelijkheidsgevoel en Existentiële Last

De gebruikersvraag over een 'te groot verantwoordelijkheidsgevoel' wordt direct verklaard door de Emotionele OE, die gevoelens van schuld, bezorgdheid voor anderen, en een verhoogd gevoel van goed, kwaad, onrecht en hypocrisie omvat. Deze intensiteit leidt ertoe dat hoogbegaafden de neiging hebben zich verantwoordelijk te voelen voor het welzijn van anderen, de staat van de wereld, en het dichten van de kloof tussen hoe de wereld is en hoe die zou moeten zijn.

Dit intense gevoel van rechtvaardigheid en verantwoordelijkheid, gecombineerd met de Intellectual OE (die de onvolkomenheden van de wereld snel analyseert), is een voedingsbodem voor existentiële problematiek. Dit lijden wordt in de hoogbegaafdheidsliteratuur vaak aangeduid als 'Het Grote Verdriet'. Dit is een vorm van depressie die niet zozeer chemisch of gedragsmatig van aard is, maar eerder een rationeel, existentieel antwoord op de onvolmaaktheid van de menselijke ervaring en maatschappelijke structuren. De behandelaar moet erkennen dat de intensiteit van deze gevoelens, hoewel zij melodramatisch kunnen lijken voor minder emotionele personen, in feite een eerlijke weerspiegeling van de innerlijke belevingswereld is.

3.3. Relationale Barrières en Communicatieve Mismatch

De intensiteit van hoogbegaafden creëert aanzienlijke relationele uitdagingen. De zoektocht naar diepgang leidt tot frustratie, omdat zij hun verlangen naar intimiteit en diepgaande gesprekken zelden bevredigd zien in relaties. Dit onvermogen om aansluiting te vinden, resulteert in een chronisch gevoel van eenzaamheid en teleurstelling in anderen.

Op de werkvloer of in sociale groepen leidt de combinatie van een sterke Intellectual OE en een verhoogd gevoel van rechtvaardigheid (Emotionele OE) er vaak toe dat hoogbegaafden hyperkritisch zijn op structurele fouten en onrecht. Dit kan resulteren in een zondebok- of klokkenluiderspositie. Binnen de GGZ worden deze conflicten met leidinggevenden of collega's te snel geïnterpreteerd als paranoïde neigingen of persoonlijkheidsproblematiek. De analyse moet echter omvatten dat deze conflicten vaak logische, zij het intense, reacties zijn op een kritische analyse van structurele tekortkomingen.

De relatief hoge frequentie van gemelde burn-outs onder hoogbegaafden kan worden toegeschreven aan deze complexe wisselwerking. De uitputting is niet uitsluitend het gevolg van werkdruk, maar van een combinatie van intense gedrevenheid (Psychomotorische OE), hoge interne perfectiestandaarden, en de uitputting door chronisch onbegrip en onderstimulatie in een omgeving die hun potentieel niet benut. Burn-out bij hoogbegaafden wordt daarom vaak gekarakteriseerd als een *existentiële burn-out*.

Sectie IV: Gespecialiseerde Behandeling en Adaptaties in de GGZ

Om hoogbegaafde cliënten effectief te helpen, zijn fundamentele aanpassingen in zowel de bejegening als de therapeutische methoden noodzakelijk.

4.1. Noodzaak tot Aangepaste Bejegeningstrategieën

De eerste stap in effectieve hulpverlening is de validatie en erkenning van de hoogbegaafdheid als context voor het lijden, in lijn met de cliëntervaring 'Anders, maar niet gek'.

De therapeut dient de kritische houding van de cliënt te respecteren en de kritiek op essentiële aspecten van de persoonlijkheid te accepteren, in plaats van deze te pathologiseren. Aangezien de Emotionele OE leidt tot intense en complexe gevoelens, moet de behandelaar alle gevoelens accepteren, zonder ze als melodramatisch te bestempelen.

Gezien de Sensitieve OE, die leidt tot zintuiglijke overprikkeling, is het ook aan te bevelen dat de therapeutische omgeving rustig en prikkelarm is. Verder moet de cliënt voldoende ruimte krijgen voor spontane, niet-afgebakende activiteiten, wat in een therapeutische context neerkomt op het respecteren van hun neiging tot associatieve en complexe 'freewheelende' denkprocessen.

4.2. Adaptaties in Gangbare Interventies

Standaard protocollen, zoals die voor Cognitieve Gedragstherapie (CGT), moeten worden aangepast om aan te sluiten bij de snelle en diepgaande informatieverwerking van de hoogbegaafde cliënt.

Aanpassing van CGT en Eclectische Behandeling: Hoogbegaafden doorzien de logica en mechanismen van CGT-protocollen vaak snel en lopen het risico deze methoden intellectueel te 'overdenken'. De behandeling voor hoogbegaafden moet daarom eclectisch en existentieel zijn, met een verschuiving van oppervlakkige cognitieve herstructurering naar het adresseren van de achterliggende existentiële betekenis van gedachten.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT): ACT wordt specifiek genoemd als een benadering die effectief kan zijn, mits aangepast aan de behoeften van deze doelgroep. De focus van ACT op waarden en het accepteren van intense interne ervaringen sluit goed aan bij de complexiteit van de Emotionele OE. Het is noodzakelijk dat de therapeut in staat is om de existentiële angst en het 'Grote Verdriet' te adresseren door middel van een existentiële behandelwijze.

Andere Behandelvormen: Ook technieken zoals Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) vereisen mogelijk aanpassingen in de snelheid en complexiteit van de instructies, gezien de snelle informatieverwerking. Opleidingen en trainingen zijn beschikbaar

om GGZ-professionals te bekwamen in deze aanpassingen.

4.3. Structurele Aanbevelingen voor de GGZ

Om de systemische kloof te dichten en de kwaliteit van zorg te verbeteren, zijn structurele maatregelen noodzakelijk.

Kennisvergroting en Opleiding: Er moet een structurele verhoging van de aandacht voor hoogbegaafdheid plaatsvinden binnen de GGZ, zoals bepleit door organisaties als Akwa GGZ. Het is van cruciaal belang om gespecialiseerde trainingen aan te bieden voor GZ-psychologen en psychiaters, gericht op de differentiaaldiagnostiek en de juiste bejegening van hoogbegaafde cliënten. Organisaties zoals het Instituut Hoogbegaafdheid Volwassenen (IHBV) en het Kennisnetwerk Psychiatrie en HB spelen een belangrijke rol in het verzamelen en delen van deze kennis.

Integratie van Expertise: De oplossing ligt in het bevorderen van samenwerking tussen klinische GGZ-professionals en gespecialiseerde experts in hoogbegaafdheid. Door de kennis over HB te vergroten, zoals reeds op de agenda staat, kan de basis worden gelegd voor het voorkomen van onterechte diagnoses.

De ultieme professionalisering van de zorg voor deze doelgroep vereist een verschuiving in perceptie: van het zien van de intensiteiten (OE's) als de bron van pathologie, naar het erkennen en kanaliseren van deze uitersten als unieke talenten en krachtige, zij het ongekanaliseerde, bronnen. De therapeutische focus moet verschuiven van puur symptoomreductie naar existentiële integratie en het zoeken naar zingeving, wat de hoogste vorm van gespecialiseerde zorg voor hoogbegaafden vertegenwoordigt.

Conclusies en Differentiële Zorg

De analyse toont aan dat de uitdagingen die hoogbegaafden in de GGZ ervaren, primair voortkomen uit een systemische onwetendheid en het verkeerd interpreteren van constitutionele intensiteit als klinische pathologie. Hoogbegaafden lopen vast in de GGZ vanwege drie hoofdredenen:

1. **Gebrek aan Erkenning:** Hoogbegaafdheid wordt niet meegenomen in diagnostiek en behandeling, wat het existentiële gevoel van 'anders zijn' verergert.
2. **Verkeerde Diagnostiek:** De constitutionele intensiteit, beschreven door de Overexcitabiliteiten van Dabrowski, leidt tot een aanzienlijk risico op misdiagnoses, met name ADHD, Bipolaire Stoornis en Borderline Persoonlijkheidsstoornis. De symptomen, zoals de neiging tot workaholisme, hyperfocus, zintuiglijke overbelasting en intense emoties, moeten worden gedifferentieerd van klinische stoornissen.
3. **Mismatched Behandeling:** Standaard GGZ-protocollen zijn ongeschikt en te oppervlakkig voor de diepgaande intellectuele en existentiële behoeften van de cliënt. Dit vereist adaptaties in methoden zoals CGT en de inzet van eclectische en existentiële behandelvormen.

De belangrijkste aanbeveling is de noodzaak tot het implementeren van **differentiële zorg**, waarbij formeel intelligentieonderzoek verplicht is bij vermoeden van HB en waarbij GGZ-professionals opgeleid worden om constitutionele intensiteit (OE) te onderscheiden van psychopathologie. Pas wanneer de intense gevoelens en het overontwikkelde verantwoordelijkheidsgevoel van de cliënt als valide, maar ongekanaliseerde, krachten worden erkend, kan de hoogbegaafde cliënt effectief geholpen worden bij het vinden van zingeving en

het integreren van hun unieke zijn.

Geciteerd werk

1. Hoogbegaafd: wel anders maar niet gek - LVSC,
https://www.lvsc.eu/sites/default/files/lvsc_import/knowledge_base/files/tsvb-2020-04-01_hoogbegaafd_wel_anders_maar_niet_gek.pdf
2. Volwassen hoogbegaafde cliënten in de GGZ - Hoogbegaafdexpert,
<https://hoogbegaafdexpert.nl/wp-content/uploads/2022/12/hoogbegaafde-mensen-in-de-GGZ.pdf>
3. Is ADHD een valide diagnose wanneer er sprake is van hoogbegaafdheid? - mijn-bsl,
<https://mijn.bsl.nl/is-adhd-een-valide-diagnose-wanneer-er-sprake-is-van-hoogbegaafd/1499682>
4. Misdiagnose van hoogbegaafden - Wij-leren.nl,
<https://wij-leren.nl/misdiagnose-hoogbegaafden.php>
5. Organisaties die werken op het vlak van hoogbegaafdheid en hq, zoals Mensa en IHBV.,
<https://www.hoogbegaafd-idee.nl/hoogbegaafd/organisaties-hb.html>
6. Bipolair of toch gewoon hoogbegaafd? - Your Evolving Self,
<https://www.yourevolvingself.nl/blog/bipolair-of-toch-gewoon-hoogbegaafd>
7. De kracht van de 5 overexcitabiliteiten van Dabrowski | Gromicoach,
<https://growth-mindset.be/de-kracht-van-de-5-overexcitabiliteiten-van-dabrowski/>
8. Richtlijn Bipolaire stoornissen (richtlijn 2015) - GGZ Standaarden,
https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_ed00f6d2-8a52-4741-83ff-1fbdbdef1d17_bipolaire-stoornissen-richtlijn-2015__authorized-at_01-01-2015.pdf
9. HB in de psychiatrie - het Landelijk Kennisnetwerk Psychiatrie en Hoogbegaafdheid,
<https://kennisnetwerkphb.nl/over-hoogbegaafdheid/hb-in-de-psychiatrie/>
10. Misdiagnose hoogbegaafdheid en add, adhd, autisme en andere zaken,
<https://www.hoogbegaafd-idee.nl/hoogbegaafd/hb-misdiagnose.html>
11. Heeft jouw hoogbegaafde kind mogelijk een verkeerde diagnose? - Hoogbloeiër®,
<https://www.hoogbloeiër.be/nl/themas/heeft-jouw-hoogbegaafde-kind-mogelijk-een-verkeerde-diagnose>
12. Welkom bij het IHBV | Instituut Hoogbegaafdheid Volwassenen, <https://ihbv.nl/>
13. Hoogbegaafdheid in de psychiatrie – the spotlights trainen, spelen en groeien,
<https://thespotlights.nl/hoogbegaafdheid-in-de-psychiatrie/>
14. Werkt ACT bij hoogbegaafdheid en zo ja, waarom? - Hoogbegaafdexpert,
<https://hoogbegaafdexpert.nl/werkt-act-bij-hoogbegaafdheid-en-zo-ja-waarom/>
15. Meer aandacht voor hoogbegaafdheid - Akwa GGZ,
<https://akwaggz.nl/meer-aandacht-voor-hoogbegaafdheid/>