

# KWETSBAARHEIDSMODEL BIJ ADHD

## Signalering, behandeling en begeleiding van mensen die op volwassen leeftijd de diagnose ADHD krijgen

### Inleiding en vraagstelling

Wij hebben dit artikel geschreven als afsluiting van de opleiding tot Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige aan de Hogeschool van Amsterdam. Gedurende ons werk binnen de RIAGG kwamen wij in aanraking met diverse psychiatrische beelden.

De laatste jaren is er een toenemende aandacht voor de problematiek van de ADHD bij volwassenen. Zover wij wisten hoorde deze problematiek binnen de Jeugdzorg en was deze specifiek voor de kinderpsychiatrie.

Verrast waren wij dat tijdens een studiemiddag over ADHD van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV) er ook informatie werd gegeven over dit ziektebeeld bij volwassenen.

De keuze van dit onderwerp kwam enerzijds tot stand vanuit onze onwetendheid met betrekking tot ADHD bij volwassenen, anderzijds vanuit een interesse naar dit onderwerp. Het ziektebeeld ADHD bij volwassenen lijkt hiermee nog weinig bekendheid te hebben.

In ons artikel hanteren wij het kwetsbaarheidsmodel wat als meest geschikt theoretisch denkkader naar voren kwam.

Binnen het kwetsbaarheidsmodel wordt ervan uitgegaan dat er bij veel psychiatrische stoornissen sprake is van een bepaalde mate van blijvende kwetsbaarheid of verlaagde draagkracht.

Dit kan aangeboren, of tijdens de individuele ontwikkeling zijn ontstaan.

### Probleemstelling

Binnen dit artikel zetten wij de volgende probleemstelling centraal:

*Op welke wijze kan de SPV binnen de RIAGG een bijdrage leveren aan de signalering, behandeling en begeleiding van mensen die op volwassen leeftijd de diagnose ADHD krijgen?*

Wij hebben 2 SPV-en geïnterviewd waarvan er een met groepen

**Dhr. Frenk Bonnet**  
**Mw. Els de Ruyter,**

*Auteurs zijn sociaal psychiatrisch verpleegkundige, recentelijk afgestudeerd aan de Hogeschool voor Amsterdam.*

volwassenen met ADHD gewerkt heeft en de andere individuele begeleidingen gedaan heeft.

Geïnterviewde SPV heeft jarenlange ervaring met de ambulante individuele begeleiding en behandeling van volwassenen met ADHD.

We hebben gesproken over de rol van de SPV in de begeleiding van volwassenen met ADHD.

Een opvallend verschil tussen kind en volwassenen is dat de hyperactiviteit bij volwassenen afneemt. Daarnaast is men handiger in het omgaan met de klachten geworden, omdat zij langer met deze klachten bekend zijn. Dat is duidelijk. De hyperactiviteit hangt ook van de medicatie af. Het Ritalin innemen stopt aan het einde van de dag waardoor mensen

vaak een rebound effect krijgen. Rebound is eigenlijk een versterking van het effect van bijvoorbeeld hyperactief gedrag dat sterker te voorschijn komt na onderdrukking hiervan. De meesten nemen het rond vier uur 's middags voor het laatst in. De reden hiervoor is dat Ritalin vaak slaapproblemen op kan leveren. Een enkeling kan 's avonds nog wel de laatste dosis innemen. De cliënten waren veelal ingesteld op Ritalin of een ander amfetaminepreparaat voordat zij bij de SPV kwamen. Soms viel er medicamenteus ook geen winst te halen. Er waren dan zoveel bijwerkingen en klachten dat mensen niet meer gemotiveerd waren om medicatie te blijven slikken. Er zijn altijd mensen die helemaal geen medicatie willen slikken, ook niet als je ze hiervoor probeert te motiveren. Mensen hebben vaak het idee dat medicatie niet zal helpen. Als ze wel Ritalin gebruiken, vullen ze scoringslijsten in over symptomen en bijwerkingen. De psychiater wil dat ze medicatie gebruiken. Wat je ziet als ze dit doen is dat de omgeving als eerste opmerkt dat de cliënt aan het veranderen is. Er is meer aan de hand dan alleen ADHD. Heel veel mensen hebben toch ernstige persoonlijkheidsstoornissen erbij. Die persoonlijkheidsstoornis is blijvend. De klachten vormen dan geen onderdeel van de ADHD. De problematiek is moeilijk te onderscheiden. Het gaat om de praktische kant ervan. Of iemand nu impulsief is door ADHD of AS II problematiek is niet relevant in je benadering als SPV. Deze dingen vallen niet goed te scheiden en dit hoeft ook niet. Je zou kunnen zeggen dat ADHD medicamenteus bijvoorbeeld met Ritalin te behandelen is en dat cliënten met persoonlijkheidsstoornissen daar niet op reageren. De grenzen tussen bijvoorbeeld

Borderline en ADHD zijn niet altijd zo scherp te stellen.

Ritalin is *niet* als diagnosticum te gebruiken om ADHD vast te stellen. Dit zou een te simpele oplossing zijn. Er zijn ook mensen die niet reageren op Ritalin en aanverwante medicatie, terwijl ze wel ADHD hebben.

De benadering door SPV-en heeft in de beginfase grote overeenkomsten met het werken met mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

De voornaamste taak van de SPV is de cliënt te leren om te gaan met zijn impulsiviteit. Het verminderen van deze impulsiviteit is de beste ingang en laat het snelste resultaten zien.

De SPV kan hier tal van strategieën voor bedenken zoals:

- Voor het moment dat de cliënt impulsieve inkopen wil doen spreekt hij met zichzelf af dat het te besteden bedrag niet hoger zal zijn dan bijvoorbeeld Fl.25,-.
- Bij iedere hogere uitgave dan Fl.25,- stelt hij deze een uur uit en neemt dit vervolgens in beraad.
- Mensen een agenda laten aanschaffen of een organisator helpt bij de ordening (anders lopen afspraken mis).
- Helpen de dag planmatig te structureren, en het plannen van pauzes daarin.

Een opvallend verschil tussen mensen met ADHD en Borderline is het acting – out gedrag wat bij ADHD niet voorkomt. De emotionele kwetsbaarheid is anders bij iemand met een borderline persoonlijkheidsstructuur.

Het claimende en manipulatieve gedrag is bij iemand met ADHD niet in die mate aanwezig. Het nemen van eigen verantwoordelijkheid wordt bij persoonlijkheidsstoornissen snel bij de ander neergelegd, dit in tegenstelling tot mensen met ADHD – problematiek.

Daarentegen zie je vaak dat het steunsysteem bij ADHD groter is; er is minder isolement. De beste graadmeter (diagnosticum?) is de kennis en vaardigheden van de SPV zelf. Cliënten met een enkelvoudige ADHD **zonder** comorbiditeit zijn goed te behandelen en in principe is dit kortdurend van aard.

Het traject is dan als volgt: de cliënt wordt ingesteld op medicatie door de psychiater.

De SPV heeft als taak om de cliënt te begeleiden, dit noemen we coaching. Door de medicatie worden de mensen rustiger en dan begint de coaching.

De coaching bestaat uit:

- het plannen van de dag
- cognitieve gedragstherapie en vaardigheidstrainingen
- psycho-educatie aan cliënt en systeem ( partners en familieleden )
- leren omgaan met medicatie
- activiteiten leren structureren en rustmomenten inlassen
- eventueel inschakelen van psychiatrische thuiszorg
- eventueel inschakelen maatschappelijk werk bij financiële problemen

Als je een zogenaamde "schone" ADHD hebt dan ben je in vijf gesprekken klaar. Eigenlijk is dit basis SPV-werk. Je leert iemand organiseren, hoe hij dingen moet regelen, structuur aan brengen, zelf leren problemen op te lossen en in deeltjes op te splitsen ( stapsgewijs ) om daardoor meer overzicht te krijgen. Mensen hebben vaak een hoog streefniveau en een laag zelfbeeld. Dit uit zich door te denken dat zij niets kunnen, dom zijn. Je ziet dan dat mensen hun gehele leven hun best doen, het moet allemaal goed en volmaakt.

Cognitieve training is belangrijk, het beïnvloeden van het denken van de cliënt. Om een voorbeeld te geven

schets ik een vrouw met ADHD die een gezin heeft met 4 jonge kinderen en vindt dat ze alles moet kunnen. Er wordt samen met haar bekeken in hoeverre het een reëel probleem is dat zij geen tijd meer heeft voor het huishouden. Door daar vragen over te stellen en het probleem duidelijk te krijgen worden teleurstellingen inzichtelijk gemaakt, bijvoorbeeld het lukt niet omdat zij alle activiteiten met haar kinderen op één dag organiseert.

De andere geïnterviewde SPV werkt met groepen volwassenen die lijden aan ADHD.

Zij verteld dat in het werken met deze doelgroep het vaak moeilijk is om structuur aan te brengen. Cliënten zijn druk en praten door elkaar heen. Het voordeel van zo'n groep is dat mensen van elkaars ervaring kunnen leren, soms meer van elkaar aannemen dan van hun behandelaar. Onderling is er veel stimulans om bijvoorbeeld medicatie te blijven slikken. Het verschil in de duur van medicatiegebruik is onderling groot. Vooral in het begin is het nodig dat de mensen gestimuleerd worden deze medicatie te blijven gebruiken.

Pas na een week of drie is het effect voor de patiënt merkbaar. Tot deze tijd hebben velen de neiging tot medicatieontrouw vanwege de vervelende bijwerkingen ( misselijkheid, hoofdpijn, hartkloppingen ). De noodzaak om medicatie te blijven slikken is ook als het goed gaat met de cliënt nog altijd aanwezig. Dit is een langdurige noodzaak. Pas na lange tijd kan er aan gedacht worden om de medicatie te verminderen. De reactie van de cliënten op het langdurige medicatiegebruik is in vele gevallen ambivalent. Uiteindelijk neemt de opluchting de over-hand omdat men eindelijk weet wat er nu aan de hand is.

Velen hebben hiervoor talrijke diagnoses gesteld gekregen, waaronder depressie, borderline et cetera.

Wat de cliënten het eerste merken van het gebruik van de medicatie is goed te benoemen door het woord 'helderheid'. Iets wat ze nooit eerder hebben ervaren. Op het moment dat de mensen merken dat het gaat werken, zijn ze zo gelukkig. Ze hebben het idee dat ze alles aankunnen. Hier moeten zij regelmatig in afgeremd worden en attent gemaakt worden op deze valkuilen. Mensen ervaren het als een groot probleem dat de klachten die zij hebben nooit eerder als ADHD problematiek herkend is.

Achteraf blijkt nu dat deze klachten met medicatie en gesprekken te behandelen zijn.

Mensen vinden het moeilijk om een andere denkwijze aan te leren. Zij hebben gedurende hun hele leven de dingen op hun manier gedaan met alle hyperactiviteit en impulsiviteit die erbij hoorde. De scherpe kanten zijn er nu van af en zij zijn er als het ware geïnvaleerd uit gekomen.

De SPV helpt hen te leren revalideren en rehabiliteren.

Dit is een langdurig proces waarin de cliënt veel met zichzelf worstelt. Veel vaardigheden moeten nieuw aangeleerd worden.

De concentratieproblemen en aandachtsproblemen blijven bestaan. Dus er zullen nog steeds stapsgewijs activiteiten moeten worden aangeleerd. Sommige zien na het aanslaan van de medicatie ook pas de gevolgen. De mensen krijgen ineens zicht op hoe ze tot die tijd hebben gefunctioneerd. De herkenning van de chaos waar ze gedurende hun hele leven in hebben gezeten wordt opeens zichtbaar. Er is sprake van een rouwproces.

Tegen velen is gezegd dat ze niet goed hun best hebben gedaan. Dat ze lui zijn en dom. Als ze maar écht zouden willen zouden ze het kunnen. Daar hebben ze een laag zelfbeeld van gekregen. Over het algemeen zijn het beschadigde mensen.

Na elke groepsbijeenkomst wordt de cliënt gestimuleerd om doelen en afspraken in een schriftje bij te houden. Dit kan dan later thuis worden besproken.

Door de SPV worden er praktische handvatten gegeven zoals:

- Het aanschaffen van een medicijndoosje die op gezette tijden een bliepje horen laat zodat mensen weten dat zij hun medicijnen in moeten nemen.
- Het structureren van de dag door allerlei wekkers te zetten die het signaal vormen dat er een andere taak verricht moet worden.
- Haalbaar maken van gestelde doelen. Bijvoorbeeld het maken van boodschappenlijstjes en dit voor een paar dagen tegelijk te doen (het vooruit leren kijken).

Op dit moment is er ook veel aandacht voor de partners en familieleden. De relationele problematiek die voortvloeit uit ADHD vereist een systeemgerichte aanpak.

We werken aan het opzetten van een cursus om hen te ondersteunen en psycho-educatie te geven.

Opvallend is dat zij een grote rol hebben of hebben gehad in het structuur aanbrengen in het leven van de cliënt. Nu dit gaat veranderen wordt hun rol ook anders. Het is wenselijk om in de toekomst meer huisbezoeken te doen. De coachende rol van de SPV kan met name in de thuissituatie een meerwaarde geven.

Tijdens beide interviews is ons opgevallen, dat de tijdsduur voor een individuele behandeling vaak korter is dan die bij een groepsbehandeling. In de individuele behandeling is vaker sprake van een "schone" ADHD. Bij de cliënten die deelnemen aan een groep is er meestal sprake van comorbiditeit waardoor de problemen meer complex zijn.

De geïnterviewde SPV-en vermelden dat zij niet volgens één bepaald verpleegkundig model werken. Zij gaan er vanuit dat er sprake is van psychiatrische invaliditeit en dat de mensen kunnen leren omgaan met hun tekortkomingen.

#### **Het kwetsbaarheidsmodel als theoretisch denkkader bij volwassenen met ADHD**

Wij zijn van mening dat het voordelen biedt om volgens een bepaald model te werken. Dit geeft sturing, inhoud en methodiek aan het verpleegkundig proces. Wij hebben gekozen voor het kwetsbaarheidsmodel omdat ervan uit gegaan wordt dat bij chronische stoornissen sprake is van een bepaalde mate van blijvende kwetsbaarheid of verlaagde draagkracht, die aan-geboren kan zijn of tijdens de individuele ontwikkeling kan zijn ontstaan. Mensen met ADHD hebben zo'n aandoening die veel beperkingen geeft.

Als de diagnose gesteld is kunnen een heleboel problemen beter worden begrepen; men kan misschien ophouden zichzelf steeds de schuld te geven van mislukkingen. Sterke kanten kunnen beter tot hun recht komen als meer rekening wordt gehouden met de beperkingen.

Met behandeling en voorlichting is duidelijk verbetering van de klachten te bereiken (Kooij, 1998).

#### **1) Kwetsbaarheid**

(eerste centrale concept uit het kwetsbaarheidsmodel)

De kwetsbaarheid, waardoor mensen met ADHD onder belastende omstandigheden disfunctioneren, is gerelateerd aan stoornissen die bij deze populatie in het informatie-verwerkende systeem, ook wel het "cognitieve systeem" genoemd, aangetroffen zijn. Resultaten tonen aan dat er vooral problemen bestaan bij de bewuste verwerking van informatie. Basale cognitieve functies zoals concentratie en verwerkingscapaciteit blijken bij tenminste een subgroep van mensen met ADHD gestoord te zijn. Meer complexe functies zoals ordenen van informatie en planning, waarbij een beroep wordt gedaan op deze basale functies, kunnen echter, ondanks stoornissen worden getraind en verbeterd door compensatiemechanismen te ontwikkelen. Cognitieve functiestoornissen maken het effectief uitvoeren van vaardigheden en gedrag vaak tot een probleem.

Een aantal veel voorkomende stoornissen:

- **Vasthouden van de aandacht:**

**Handicap:** Mensen met ADHD hebben vaak een beperkte mentale spanningsboog. De mogelijkheid om de aandacht actief en bewust te richten op een bepaalde activiteit is beperkt, hetgeen ertoe kan leiden dat maar zeer korte tijd achter een aan een bepaalde taak kan worden gewerkt.

**Gedrag:** Gevolgen van een beperkt vermogen om de aandacht vast te houden kunnen zijn: onrust, weglopen of roken voordat de taak af is, met anderen gaan praten, koffie willen

drinken of gaan spreken van de hak op de tak. Bovendien gaat de inhoud en de samenhang van hetgeen moet worden geleerd verloren.

- **Selectie van relevante informatie:**  
**Selectiviteit:** heeft betrekking op het scheiden van relevante en niet-relevante prikkels (stimuli). Een belangrijk aspect van de informatieverwerking is dat er voortdurend selectie plaatsvindt. Door selectieve aandacht wordt de opname en verwerking van informatie efficiënt en kan er een bepaalde richting aan worden gegeven.  
**Handicap:** Wanneer het selectiemechanisme gestoord is, kan een aantal verschijnselen optreden. Ten eerste een verhoogde afleidbaarheid waardoor geluiden op de achtergrond, die normaal niet of nauwelijks opgemerkt worden, de aandacht trekken of harder doordringen en daardoor een reactie uitlokken die niet past bij het onderwerp waarover wordt gesproken of de taak waaraan wordt overgegaan of met een andere taak wordt begonnen, zonder dat hiervoor enige aanleiding lijkt te bestaan.  
**Gedrag:** een gestoord selectiemechanisme kan leiden tot terugtrekgedrag dat kan worden gezien als een strategie waarmee wordt geprobeerd de stroom van prikkels te reduceren en te controleren.
- **Capaciteit:** er is een grens aan de hoeveelheid informatie die het cognitieve systeem kan verwerken. Wordt de capaciteit overschreden door overstimulatie met informatie, dan leidt dit tot fouten in de verwerking. Taken verschillen in de mate waarin ze verwerkingscapaciteit vragen. Vooral taken waarbij een gerichte mentale inspanning moet

worden geleverd, (bijvoorbeeld een taak waarbij moet worden nagedacht), doen een sterk beroep op verwerkingscapaciteit. Taken waarbij dit niet zozeer het geval is en die min of meer automatisch gaan, kosten minder verwerkingscapaciteit.

**Handicap:** Wanneer er stoornissen zijn in de verwerkingscapaciteit, wordt de grens van de hoeveelheid informatie die verwerkt worden, eerder bereikt. Ook processen die normaal vrijwel automatisch verlopen, kunnen dan gestoord zijn zodat er steeds opnieuw bewust nagedacht moet worden bij activiteiten die voor anderen automatisch verlopen.

**Gedrag:** een gestoorde verwerkingscapaciteit kan er toe leiden dat bij het bespreken van een bepaald onderwerp of het uitvoeren van een taak onzekerheid ontstaat en hierdoor een laag zelfbeeld. Mensen krijgen last van faalangst.

- **Flexibiliteit:**  
Flexibiliteit: De aandacht verplaatst zich zeer snel van de ene informatiebron naar de andere.  
Handicap: Wanneer de selectiviteit gestoord is, is er meestal sprake van een verminderd vermogen om de aandacht van de ene informatiebron naar de andere te verplaatsen.  
**Gedrag:** Bij gestoorde flexibiliteit wordt bijvoorbeeld doorgedaan over een onderwerp dat niet meer aan de orde is. Ook persevereren kan worden gezien als een onvermogen zich bij een onderwerp te houden. Ze schakelen van de ene informatiebron naar de andere.  
Wanneer perseveraties optreden door selectiestoornissen, blijft de cliënt zich als het ware steeds weer aan dezelfde steen stoten.
- **Geheugen:**  
**Handicap:** Bij mensen met ADHD zijn er geen stoornissen aanwezig bij het

gebruik van het geheugen als opslagmedium voor informatie. Wel kunnen er problemen ontstaan in het organiseren en aanbrengen van structuur van te onthouden informatie. Dit betekent dat informatie wel in het geheugen wordt opgeslagen, maar dat deze moeilijk of niet kan worden teruggehaald zonder vervormd te worden met associaties uit eerdere informatie-bronnen.

**Gedrag:** Dit heeft tot gevolg dat de inhoud van gesprekken of afspraken die daarin gemaakt zijn, vaak niet kunnen worden herinnerd wanneer ze niet direct in bijvoorbeeld een agenda worden genoteerd.

- **Denken:**

**Handicap:** Het verloop van het denkproces is afhankelijk van functies (handicaps) die hiervoor beschreven zijn. Denken vanuit een bepaald thema, het abstractie- en voorstellingsvermogen blijkt voor mensen met ADHD vaak een probleem te zijn.

**Gedrag:** Er ontstaan problemen bij het hanteren van verschillende zienswijzen en bij het uitwisselen van meningen. Ook problemen bij het ordenen van informatie volgens een bepaald principe kunnen worden opgevat als denkstoornissen.

Hierdoor kost het cliënten vaak erg veel moeite om hun eigen situatie te overzien en om problemen 'op een rijtje' te zetten. Bovendien hebben veel cliënten regelmatig last van zogenaamde perioden waarin zij last hebben van "gedachtenvlucht". Het denken lijkt op hol geslagen door vele niet ter zake doende associaties en de cliënt heeft het gevoel dat zijn hoofd overloopt met niet nuttige informatie.

## 2) Stress

(tweede centrale concept uit het kwetsbaarheidsmodel)

Ingrijpende levensgebeurtenissen, ook wel **life-events** genoemd, zijn veranderingen in levensomstandigheden die tot gevolg hebben dat de dagelijkse routine min of meer ingrijpend moet worden veranderd. Naast life-events blijken ook zogenaamde dagelijkse ongemakken (relatief kleine stressoren die inbreuk maken op de dagelijkse regelmaat omdat ze irritatie opwekken, frustreren of pijnlijk zijn), psychopathologie te kunnen veroorzaken.

Deze dagelijkse ongemakken komen bij volwassenen met ADHD veel voor.

Enkele voorbeelden: Organisatorische problemen bijvoorbeeld op het gebied van financiën, werk, relatie, zorgen over de toekomst en bijwerkingen van de medicatie.

Het **identificeren van stressoren** is specifiek van belang voor de (methodisch-systematische) begeleiding door de hulpverlener van mensen met ADHD problematiek. Zicht krijgen op de gezonde aspecten van de cliënt en die als uitgangspunt in de hulpverlening te nemen, helpen hem overeind te houden en geen verdere afbreuk doen aan zijn zelfbeeld. Een overprikkelende omgeving zorgt voor extra stressoren voor mensen met ADHD.

## 3) Coping

(derde centrale concept uit het kwetsbaarheidsmodel)

De subjectieve beleving van stress is waarschijnlijk nog belangrijker dan het objectief optreden van stress. Wat voor de één als een grote last wordt ervaren, kan de ander gemakkelijk van zich af zetten.

De subjectieve beleving van de stressor speelt daarom een belangrijke rol in het verband tussen het optreden van stress en het ontstaan van psychopathologie. De mate waarin een objectieve stressor van invloed is op iemands leven is een

gevolg van de subjectieve betekenis die aan de stressor wordt gegeven.

Het effect van stress op een persoon blijkt uit het daaropvolgende gedrag van die persoon. Dit gedrag wordt coping genoemd.

Volwassenen met ADHD leren al heel vroeg met hun handicap om te gaan en hebben een hele reeks van structuren of copingmechanismen ingebouwd. Hierdoor lijkt de ADHD een onderdeel te zijn geworden van hun persoonlijkheid.

#### 4) Rouw

(het vierde centrale concept uit het kwetsbaarheidsmodel)

Ontstaan en beloop van ADHD gaan vaak gepaard met een verminderd vermogen van planning en ordening. Vaardigheden, hoewel latent aanwezig, zijn onvoldoende ontwikkeld. Er is een achterstand in deze patronen. De sociale relaties, rollen en posities zijn ontwikkeld vanuit het ADHD en daardoor te beschouwen vanuit het gehandicapt zijn. Dit zegt heel veel over hoe de omgeving deze mensen en de mensen zichzelf zien. Gerelateerd hieraan ligt het verlies van zelfvertrouwen en toekomstperspectief. Dit verlies kan verschillende emotionele reacties oproepen die te vergelijken zijn met emoties die tijdens een rouwproces optreden. Voorbeelden daarvan zijn: verdriet, wanhoop, woede, machteloosheid, acting-out gedrag, depressie en verhoogde activiteit door middel van impulsdoorbraken (vrij vertaald naar Appelo, 1993 en Louwersens, 1994).

#### Taken in de begeleiding en behandeling van volwassenen met ADHD door de SPV

Vanuit het kwetsbaarheidsmodel zijn er een aantal specifieke taken voor de SPV te analyseren. De SPV is de eerst aangewezen die met deze problematiek in aanraking komt. Na de diagnosestelling is het leren omgaan

van de cliënt met zijn 'handicap' een uitgelezen SPV-taak. Het merendeel van de cliënten is aangewezen op ambulante zorg. Hun mate van kwetsbaarheid moet verminderd worden door het copinggedrag te verbeteren.

De stapsgewijze verwerking van nieuwe informatie, het verbeteren van de concentratie, ordening en planning kan getraind worden in zowel individuele als in groepscontacten.

Door een combinatie van medicijnen en cognitieve gedragstherapie zullen cliënten beter in staat zijn om hun aandacht vast te houden. Het leervermogen is groeiende. De aangeboden structuren hebben een gereede kans te zullen bekliffen. De specifieke SPV taken die wij in dit artikel al eerder benoemden zijn hieronder in de theorie van dit kwetsbaarheidsmodel geplaatst:

**Kwetsbaarheid:** De cliënt met ADHD is extra belast. De SPV kan de cliënt bijstaan om zijn cognitieve functies zoals eerder omschreven te verbeteren. Het aanleren van vaardigheden is een van de belangrijkste manieren om kwetsbaarheid te verkleinen of te compenseren, de draagkracht te verbeteren en dus het verdere beloop van een handicap gunstig te beïnvloeden. De SPV begeleidt de cliënt in het structureren en plannen van zijn dagelijkse leven. De SPV geeft psychoeducatie aan de cliënt en zijn systeem en voorziet hen van informatie waardoor zij de ziekte in een ander perspectief kunnen plaatsen. De cliënt en zijn systeem wordt geleerd om te gaan met beperkingen die uit de ADHD voortkomen. Het doel van psychoeducatie is het vestigen van een therapeutische relatie met de familie, het beïnvloeden van het ziektegevoel, het vergroten van de ziekte-inzicht van de cliënt en het bevorderen van de medicatietrouw (Henselmans, 1989).

**Stress:** De SPV helpt de cliënt zijn stressoren te benoemen en geeft aanwijzingen hoe hij hier het beste mee om kan gaan. Het gaat hier om het voorkomen van stressoren of het vergroten van de eigen mogelijkheden van de cliënt en zijn systeem (gezondheidsbevordering). De SPV ondersteunt de cliënt in het nemen van kleine stapjes en het inbouwen van rustmomenten. Activiteiten worden gekanaliseerd.

**Coping:** De SPV gaat uit van het gezonde functioneren van de cliënt. Wat heeft hij/zij door de tijd heen opgebouwd, welke situaties zijn uit de weg gegaan, welke copingmechanismen zijn functioneel en welke kunnen er toegevoegd worden.

**Rouw:** De SPV kijkt samen met de cliënt naar diens rouwbeleving. De zelfbeleving van de cliënt in welke mate is deze beschadigd. Het zelf-beeld en het zelfvertrouwen moeten gedeeltelijk weer worden opgebouwd. De SPV kan samen met de cliënt diens toekomstperspectief in ogenschouw gaan nemen.

In zijn omgang met de doelgroep van volwassenen met ADHD dient de SPV zich directief en sturend (richtinggevend) op te kunnen stellen. Het inzicht geven is niet het allerbelangrijkste. Het: 'waarom doe je zoals je doet' van de cliënt is ondergeschikt aan de (beleving van) de problemen in het hier en nu. Het structuur brengen in de chaos van alledag en daarbij praktische handvatten aanreiken is waar de cliënt het meest mee geholpen is.

De valkuil voor de SPV is dat je mensen snel te hoog inschat terwijl zij zichzelf niet kunnen structureren. De basisvaardigheden zijn nog niet voldoende ontwikkeld. De aandacht moet gericht blijven om haalbare doelen te

stellen en hier kleine stappen in te nemen. De informatie moet kort en bondig zijn en regelmatig herhaald worden. De SPV moet zijn eigen verwachtingen continue aanpassen aan de fase waarin de cliënt zich bevindt. Het omgaan met deze cliëntenpopulatie vereist dat de SPV doorzettingsvermogen en geduld heeft. Soms lijkt een al eerder behaald doel nog niet beklifd te zijn en moet er weer op hetzelfde terugkomen worden.

### Conclusies en aanbevelingen

In ons artikel hebben wij een overzicht gegeven van de kennis die er in de literatuur bestaat van volwassenen met ADHD en onze ideeën over de rol van de SPV in de signalering, behandeling en begeleiding kan spelen. Het mogelijk duidelijk zijn dat dit onderwerp nog volop in ontwikkeling is en er nog een lange weg te gaan is voordat alle hulpverleners deze kennis tot zich genomen hebben.

Bij de hulpverlening is er nog weinig bekend over dit onderwerp en men is nog zoekende om hier adequate hulpverlening op te zetten.

Al langere tijd is ADHD in de Verenigde Staten een fenomeen. In Nederland zijn er sinds vier jaar veel onderzoeken gaande met betrekking tot behandeling en begeleiding van deze problematiek. Volgens ons wordt er ten aanzien van dit onderwerp nog te weinig gebruik gemaakt van de kennis en kunde van de SPV. De SPV zou wel meer geschoold kunnen worden in deze problematiek. Het is duidelijk dat de ADHD behandeling / begeleiding bij volwassenen zowel op individuele als op groepsbasis plaats kan vinden en wanneer je voor welke vorm kiest.

Aan de hand van de probleemstelling hebben wij naar antwoorden gezocht. Volgens het functieprofiel van de NVSPV is de begeleiding van mensen met deze problematiek bij uitstek een taak van de SPV.

Het stress - kwetsbaarheidmodel is een goed uitgangspunt om de psychosociale problematiek in kaart te brengen en vaardigheden sturing te geven.

Een valkuil kan zijn dat elke hulpverlener vanuit zijn eigen referentiekader denkt en handelt. Diegenen die veel kennis hebben van een bepaald ziektebeeld zijn sneller geneigd om allerlei verschijnselen en klachten te plaatsen in dit ziektebeeld dan anderen. Valkuil is dat de hulpverlener oogkleppen krijgt en alleen maar die diagnose *wil* zien die hij/zij wil zien. ADHD komt dan in de plaats van AS II problematiek of opvoedingsproblemen (te weinig structuur bieden, de afwezige ouder en dergelijke).

Samenvattend kunnen we stellen dat de SPV kennis moet hebben van de ADHD problematiek volgens de DSM - IV classificatie zoals deze bij kinderen is opgesteld en deze criteria kunnen vertalen naar volwassenen. Door primair kennis te nemen van de problematiek zoals deze zich voordoet bij kinderen kan men herkennen wat er in de volwassenheid overblijft. Om ADHD te onderscheiden van andere stoornissen is het slechts mogelijk dit te onderzoeken door middel van retrospectieve diagnostiek. De ervaringen en belevingen van vroeger moeten nauwgezet worden geïnventariseerd om tot een goede en

juiste diagnosestelling te komen.

De SPV dient creatief en vindingrijk te zijn bij het bedenken van strategieën in de omgang met de cliënt die ADHD heeft. De SPV moet directief en concreet kunnen werken om de cliënt te kunnen structureren in zijn chaos. De houding van de SPV moet ondersteunend, motiverend en geduldig zijn.

Door het geven van psycho-educatie aan de cliënt en zijn systeem voorziet de SPV hen van informatie waardoor zij de ziekte in een ander perspectief kunnen plaatsen. De cliënt en zijn systeem wordt geleerd om te gaan met beperkingen die uit de ADHD voortkomen. Het doel van psycho-educatie is het vestigen van een therapeutische relatie met de familie, het beïnvloeden van het ziektegevoel, het vergroten van de ziekte-inzicht van de cliënt en het bevorderen van de medicatietrouw.

Tenslotte willen wij erop wijzen dat er een landelijke vereniging bestaat die zich richt op ADHD problematiek. Deze vereniging heet "Balans". Hier kunnen lotgenoten, familieleden en anderen, informatie en ondersteuning krijgen. Dit jaar wordt er een nieuwe vereniging opgericht speciaal voor volwassenen met ADHD. Deze krijgt de naam "Adhesie".

---

## Literatuurlijst

**Appelo** M.T. *De begeleiding van de chronische psychiatrische patiënt*, Uitgeverij Bohn, Stafleu, van Lochem, 1993

**Balans**, Landelijke vereniging voor mensen met ADHD, *Informatiebrochure* 1999 Bilthoven.

**Barclay** R.A. Editor. *ADHD: Handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford press, 1997: 190:613-54

**DeMilio** L. Psychiatric syndroms in adolescent Substance abusers. *Am J. Psychiatry* 1989: 146: 1212-4

**Gunning** W.B. Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*. 1994. 138: 854-8

**Henselmans**,H.W.J. Psycho- educatie in de individuele begeleiding van patiënten, *Directieve Therapie 9* Pag.292-305

**Kooij**, J.J.S Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit bij volwassenen ( ADHD ), *informatiebrochure voor patiënten*, september 1998

**Louwersens**, J.W. e.a. Het kwetsbaarheidsmodel: Behandelstrategieën. Bohn Stafleu van Lochem, 1994.

**Lie**, N. Follow – ups of children with ADHD review of literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1992. 368:1-40

Lezing Dhr. **Schulpen**, kinderarts WKZ / JGZ Congress in Utrecht op 08-12-1998.

**Ward** MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender-Utah-“rating-scale” an aid in the retrospective diagnosis of childhood ADHD. *Am J Psychiatry* 1993: 150:885-90

**Wender** PH. *The hyperactive child, adolescent and adult*. Oxford university press., 1987: 117-39.

**Wilens** TE, e.a. *Pharmacotherapy of adult attention deficit hyperactivity disorder: a review* 1995:15:270-9

Dr. Alan **Zametkin**, 1995 ( National Institute of Mental Health ) NIMH. *ADHD and its equivalents in psychotherapeutic treatment*.