



## Artikel

# Coaching van volwassen ADHD- patiënten in groepsverband

Marije de Kruijf  en Sandra Kooij 

*Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57 (2002), p. 579-591

## Inhoud

- [Behandeling](#)
- [Coaching](#)
- [Opzet van de coaching](#)
- [Thema 's](#)
- [Evaluatie door deelnemers en behandelaars](#)
- [Maatwerk](#)
- [Literatuur](#)

De aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD) wordt pas sinds kort herkend bij volwassenen. Diagnostiek en medicamenteuze behandeling werden reeds eerder beschreven. Over coaching, een vorm van begeleiding gericht op voorlichting, lotgenotencontact en structurende begeleiding bij patiënten met ADHD, is nog weinig gepubliceerd. In dit artikel presenteren we een vorm van groepsgewijze coaching, zoals we die ontwikkelden in GGZ Delfland en bij Parnassia. Inmiddels hebben we coaching in groepsverband zo'n twintig keer gegeven, aan in totaal ongeveer honderdtwintig volwassenen met ADHD. Alle deelnemers waren gediagnosticeerd en ingesteld op medicatie.

In dit artikel beschrijven wij hoe coaching in groepsverband nu wordt toegepast. Een voordeel van deze werkwijze is dat meerdere patiënten tegelijkertijd –en sneller –kunnen worden behandeld. Bovendien biedt ze deelnemers de mogelijkheid van contact met lotgenoten. De werkwijze wordt voortdurend bijgesteld op basis van de evaluaties door de deelnemers. Onze ervaringen kunnen wellicht als leidraad dienen voor psychiaters, psychologen en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen die willen beginnen met coaching-groepen voor volwassenen met ADHD.

Aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis oftewel ADHD (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder) was lange tijd uitsluitend bekend in de kinderpsychiatrie met een prevalentie van 3 à 5% (APA, 1994). Aangenomen werd dat de symptomen verdwenen op volwassen leeftijd. Inmiddels is gebleken dat de stoornis aanhoudt bij minimaal een derde van de gevallen op volwassen leeftijd (Weiss e.a., 1985). Dat brengt de geschatte prevalentie bij volwassenen op 1% of meer. Over diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen werd eerder gepubliceerd (Kooij e.a., 1999; Buitelaar & Kooij, 2000; Weisfelt e.a., 2001; Kooij e.a., 2001). De kernsymptomen van ADHD zijn aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit. Deze uiten zich in afleidbaarheid, problemen met organiseren en dingen afmaken, moeite met lezen en luisteren, innerlijke rusteloosheid, druk praten, ongeduldig zijn, impulsief relaties en banen aangaan of verbreken. Tevens zijn er allerlei secundaire problemen, zoals leerproblemen, moeite met sociale contacten, financiële problemen, stemmingswisselingen, woede-uitbarstingen, delinquent gedrag of relatie-en werkproblemen. Bij driekwart van de ADHD-patiënten komen andere psychiatrische stoornissen voor: angst, depressie, drugs-of alcoholmisbruik en persoonlijkheidsstoornissen (Biederman e.a., 1993; Kooij e.a., 2001; Van der Glind e.a., 2001).

De diagnose ADHD is bij volwassenen gebaseerd op een levenslang patroon van symptomen en disfunctioneren, zoals vastgesteld door middel van anamnese, biografie, hetero-anamnese van partner en ouders, verslagen van eerder psychiatrisch of psychologisch onderzoek en eventueel commentaar op het gedrag in basisschoolrapporten (Kooij e.a., 1999). Neuropsychologische tests en het psychiatrisch onderzoek zijn niet toereikend voor de diagnose. De verschijnselen van hyperactiviteit, impulsiviteit en afleidbaarheid kunnen namelijk tijdelijk afwezig lijken, omdat ADHD-patiënten bij belangrijke gesprekken of onder spanning vaak rustiger en beter geconcentreerd zijn.

Patiënte is dertig jaar, gehuwd en heeft een zoontje van acht dat onlangs is gediagnosticeerd met ADHD en gedragsproblemen. Zij wil zelf ook onderzocht worden op ADHD en eventuele andere stoornissen. Haar aanmeldingsklachten bestaan uit stemmingswisselingen en prikkelbaarheid waardoor frequent hevige ruzies met haar echtgenoot ontstaan. Aanleiding vormt vaak onenigheid over de aanpak van hun moeilijke kind. De klachten zijn hanteerbaar in het begin van de cyclus, maar nemen premenstrueel in hevigheid toe. Verder klaagt patiënte over vergeetachtigheid, onvermogen het huishouden te organiseren, te laat komen, chaotisch en onrustig zijn, behoefte aan steeds nieuwe uitdagingen en indrukken, snel verveeld en impulsief zijn. Dit heeft geleid tot een aan-uit-relatie met echtgenoot en tot verschillende verhuizingen. Het lukt patiënte niet om te werken, wat ze graag zou willen. Ze is intelligent, maar kon het VWO niet afmaken omdat ze zich niet op haar huiswerk kon concentreren. Dankzij haar charme kreeg ze het voor elkaar dat ze verschillende keren werd 'gematst' door leraren. Ze heeft enkele malen hulp gezocht voor relatie-en opvoedingsproblemen. Ze is niet bekend met depressieve episoden, angst of middelenmisbruik.

Bij psychiatrisch onderzoek imponeert patiënte als een goed verzorgde, levendige vrouw die er niet uitziet of ze ernstige klachten heeft. De anamnese wijst echter op chronisch persisterende hyperactiviteit, impulsief gedrag en concentratieproblemen, deels gecompenseerd door een goede intelligentie en de nodige flair. Daarnaast zijn er ernstige

stemmingswisselingen die premenstrueel toenemen en leiden tot heftige relatieproblemen. De hetero-anamnese van de echtgenoot ondersteunt de anamnese, evenals die van haar broer over haar kindertijd. Op haar basisschoolrapporten staan beschrijvingen van haar gedrag die kunnen passen bij ADHD: 'niet zoveel praten!, snel afgeleid, kan beter'.

De DSM-IV-classificatie op as luidt: ADHD, gecombineerde type, en premenstrueel syndroom met toename van stemmingswisselingen en woedebuien (dd depressieve stoornis). As II en III: geen diagnose. As IV: relatie- en opvoedingsproblemen, onderpresteren in opleiding en werk, thans WAO.

## Behandeling

De behandeling van ADHD bestaat uit psycho-educatie, medicatie, coaching, lotgenotencontact en psychotherapie. Methylfenidaat en tricyclische antidepressiva (desipramine, imipramine) zijn in gecontroleerd onderzoek effectief bij kinderen en volwassenen. Bupropion, geregistreerd voor stoppen met roken, blijkt ook effectief voor ADHD (Wilens e.a., 1996; Spencer e.a., 1995; Barrickman e.a., 1995). Andere medicatie die bij kinderen effectief is gebleken (dextroamfetamine, clonidine) is bij volwassenen niet gecontroleerd onderzocht.

Kinderen met ADHD worden behalve met medicatie vooral behandeld met gedragstherapie. In twee studies werd de effectiviteit van medicatie en gedragstherapie vergeleken. Gittelman-Klein e.a. (1980) vonden dat de combinatie van beide effectiever was dan gedragstherapie alleen. De recente Multi-Modal-Treatment-Approach (MTA) studie vergeleek de effectiviteit van medicatie, gedragstherapie, de combinatie van beide en de standaardzorg door de huisarts bij een grote groep kinderen met ADHD. Medicatie bleek effectiever dan gedragstherapie, met name voor de aandachtsproblemen. Medicatie die in het kader van het onderzoek werd gegeven bleek voorts effectiever dan medicatie die als standaardzorg door de huisarts werd gegeven. Mogelijk was dit te danken aan de extra structuur en monitoring in de onderzoekssituatie. De combinatie van medicatie en gedragstherapie had meerwaarde op het gebied van de sociale vaardigheden en gaf meer tevredenheid bij de ouders (The MTA Cooperative Group, 1999).

De effectiviteit van gedragstherapie en van andere niet-medicamenteuze behandelingsstrategieën voor volwassenen met ADHD is nog niet onderzocht. Wel wordt gerapporteerd over ervaringen met 'psychologische counseling', psychosociale interventies, cognitieve therapie, psychotherapie, 'lifemanagement skills', relatietherapie en groepstherapie (Murphy, 1995; Murphy, 1998; Hallowell, 1995; Ratey e.a., 1995; Brown, 2000; McDermott, 2000; Nadeau, 1995; Nadeau, 1999; Triolo, 1998). Algemeen adviseren deze auteurs om naast medicatie ook een doelgerichte, praktische, coachende vorm van begeleiding aan te bieden. Dit kan zowel individueel als in groepsverband. Enkele auteurs doen kort verslag van ervaringen met groepsgewijze behandeling (Hallowell, 1995; Murphy, 1995;1998). Onlangs verscheen een eerste uitvoeriger beschrijving van groepsbehandeling van volwassenen met ADHD in groepsverband (Morgan, 2000). De overeenkomsten met onze werkwijze zijn opvallend.

In de praktijk blijkt medicatie alleen niet voldoende bij de behandeling van volwassenen met ADHD. Veel patiënten vragen om informatie, steun en praktische begeleiding. Dit was de aanleiding om een groepsbehandeling op te zetten. De term 'coaching' is afkomstig uit de Verenigde Staten en verwijst naar een specifieke vorm van begeleiding. De patiënt is de ervaringsdeskundige, de therapeut heeft de rol van coach die aanmoedigt, bijstuurt, tips en suggesties geeft bij de prestaties die de patiënt moet leveren.

## Coaching

Bijna elke ADHD-patiënt worstelt met het plannen en uitvoeren van activiteiten, doelgericht werken, het oplossen van problemen, emotionele labiliteit en het gebrek aan sociale vaardigheden. Het doel van coaching in groepsverband is het aanpakken van de kernsymptomen van ADHD (aandachts- en planningsproblemen, onrust en impulsiviteit), en van de met ADHD geassocieerde symptomen en van de gevolgen voor het functioneren (onderpresteren, laag zelfbeeld, relatieproblemen). De werkwijze is gestructureerd, praktisch en concreet. De attitude is directief, steunend en bemoedigend. Coaching in groepsverband steunt op drie pijlers: psychoëducatie, steun en lotgenotencontact, en het gestructureerd leren werken aan eigen doelen.

### Psycho-educatie.

De therapeuten geven informatie over symptomen, diagnostiek en behandeling van ADHD. De deelnemers leren wat ze wel en niet kunnen verwachten van medicatie, de werking, bijwerkingen en wijze van gebruik. De invloed van ADHD op dagelijks leven, werk, studie, huishouden, financiën, sociale contacten, relaties en intimiteit wordt besproken.

### Steun en lotgenotencontact.

Vaak ontmoeten deelnemers in de groep voor het eerst anderen met ADHD. Die ontmoeting kan als zeer steunend worden ervaren. Ieder blijkt te worstelen met dezelfde problemen. Dit stimuleert het onderling uitwisselen. Van groepsgenoten die van hun eigen struikelblokken hebben geleerd accepteert men adviezen gemakkelijker dan van hulpverleners.

### Gestructureerd leren werken aan eigen doelen.

Patiënten met ADHD zijn meestal chaotisch en slecht georganiseerd. Ze zijn geneigd hun impulsen te volgen en af te wijken van de planning. Hierdoor krijgen ze problemen met afspraken, verantwoordelijkheden en deadlines, en met het omgaan met tijd en geld. De doelen die ze zichzelf stellen, weten ze zelden te behalen. Dit veroorzaakt veel frustratie. Na de diagnose en behandeling met medicatie krijgen ze vaak pas goed overzicht over de ernst van de situatie; dan is de behoefte aan en de motivatie voor gedragsverandering het grootst. De benodigde vaardigheden moeten echter eerst worden aangeleerd. Coaching voorziet in een stapsgewijze behandeling van relevante thema's die elke patiënt vertaalt in concrete persoonlijke doelen die op de bijeenkomsten worden geëvalueerd. Zo wordt geleerd om doelen bij te stellen, om te leren van mislukkingen en om door te gaan.

## Opzet van de coaching

Coaching wordt aangeboden als een cursus van acht wekelijkse bijeenkomsten van twee uur, en een terugkombijeenkomst na twee maanden. De bijeenkomsten hebben een duidelijke structuur en worden geleid door twee vaste therapeuten: een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een arts of psychotherapeut. Het aantal deelnemers is maximaal zeven tot acht. Een grotere groep blijkt moeilijker te houden aan de structuur en de tijdslimiet. De therapeuten hebben liefst enige ervaring met diagnostiek en behandeling van ADHD.

Voorwaarden voor deelname zijn dat de diagnose ADHD is gesteld, en dat de medicatie is ingesteld. Dit laatste is van belang vanwege het gunstige effect van medicatie op de concentratie en het vermogen tot luisteren, waardoor beter kan worden geprofiteerd van de groep. Deelnemers moeten naast de groep een ambulante behandelaar hebben. Comorbiditeit op zich is geen exclusiecriteria, maar ernstige onbehandelde comorbiditeit vormt wel een contra-indicatie, bijvoorbeeld ernstige depressie of persoonlijkheidsstoornis, actuele verslaving of suïcidaliteit. Voorafgaand aan de cursus wordt met iedere deelnemer een kennismakingsgesprek gevoerd om geschiktheid en wederzijdse verwachtingen te beoordelen.

De eerste bijeenkomst verloopt rustig. De deelnemers maken kennis met elkaar door te vertellen over hun problemen, hoe de diagnose ADHD werd gesteld en hoe de periode daarna is verlopen. Halverwege de tweede bijeenkomst wordt een van de groepsleden (A.) erg onrustig. Hij is voortdurend luidruchtig in de weer met papieren, agenda, tas en pennen die hij in een grote boog om zich heen op tafel heeft uitgestald. Hij neemt al een tijdje geen deel meer aan het gesprek. Wanneer een van de therapeuten hem vraagt of hij iets te zeggen heeft, barst hij los dat hij hier niets aan heeft, dat het allemaal veel te traag gaat, dat hij verwachtte nu eindelijk de oplossing voor zijn problemen te zullen vinden, maar nog steeds niets in die richting heeft gehoord.

De therapeut vraagt of zijn boosheid en frustratie over het niet in één keer kunnen oplossen van de problemen, herkenbaar zijn voor andere groepsleden. Een deelnemster vertelt hoe ze dacht door de medicatie van haar problemen af te zullen zijn, maar merkte dat dat eigenlijk alleen maar het begin was. Ze moest alles als het ware opnieuw leren, van het maken van boodschappenlijstjes tot het organiseren van het naar bed brengen van de kinderen.

A. kalmeert wat en raakt in gesprek met de anderen. Een deelnemer zegt dat hij de indruk kreeg dat A. zich niet interesseerde voor het gesprek, omdat hij zo met zijn spullen bezig was. A. antwoordt dat hij door tegelijkertijd met iets anders bezig te zijn, juist probeert zijn ongeduld te bedwingen en beter naar de anderen te luisteren. Tijdens de rest van de bijeenkomst betreft de groep A. meer bij het gesprek. De keer daarop vertelt A. dat hij de afgelopen week erg heeft geworsteld met zijn hoge verwachtingen van de groep. Toch heeft hij besloten zichzelf nog de kans te geven er iets van op te steken, al zullen er misschien minder problemen 'opgelost' worden dan hij had gehoopt. Uiteindelijk maakt hij de hele cursus af en heeft hij op een aantal punten vooruitgang geboekt. Wel blijft hij regelmatig zijn teleurstelling uiten over de moeite die het kost om ingesleten patronen te veranderen.

## Thema 's

De onderwerpen die in de cursus aan bod komen zijn praktisch en concreet en sluiten nauw aan bij de kernsymptomen en gevolgen van ADHD. De thema's van de acht bijeenkomsten en van de terugkombijeenkomst zijn achtereenvolgens:

1. kennismaken,
2. diagnose en behandeling,
3. één ding tegelijk doen,
4. agendaplanning,
5. omgaan met geld,
6. ADHD en communicatie,
7. ADHD en relaties,
8. evaluatie en
9. terugkombijeenkomst.

Deze thema's zijn vooraf vastgesteld en staan vermeld in het programma dat de deelnemers van tevoren hebben gekregen. Veel van de thema's zijn terug te vinden in *Aandacht, een kopzorg...?* (Nadeau, 1999). Hieronder volgt een korte invulling van elk van de thema's.

1) Kennismaken. Tijdens de kennismakingsbijeenkomst vertellen de deelnemers hoe ze de diagnose ADHD hebben gekregen. Vaak zijn er eerst verschillende andere diagnoses gesteld. Er is veel variatie in de mate waarin de deelnemers de diagnose accepteren. In deze bijeenkomst worden de verschillende fasen van het acceptatieproces besproken (ontkenning, boosheid, marchanderen, verdriet, acceptatie). Tevens komen verwachtingen van de cursus aan bod. Vanaf het begin wordt duidelijk gemaakt dat verandering tijd en inspanning kost, in kleine stappen gaat, en dat de cursus zeker niet de oplossing voor alle problemen zal bieden. Ook wordt de strakke structuur van de bijeenkomsten besproken. Het zal vaak nodig zijn om deelnemers af te kappen of bij te sturen. Als huiswerk kan men een bijpassend hoofdstuk van *Aandacht, een kopzorg ...?* laten lezen.

2) Diagnose en behandeling. Hierover wordt informatie gegeven door een arts, eventueel als 'gastspreker'. Een korte inleiding over symptomen, voorkomen, oorzaken, diagnostiek en behandeling, aangepast aan het niveau van de cursisten, geeft meestal aanleiding tot discussie. Mogelijke huiswerkdoelen zijn: de medicatie ook in het weekend op de juiste tijden innemen; een medicijndoosje of horloge met vooraf instelbaar alarm aanschaffen om op tijd te blijven doseren; ontbijten vóór de eerste medicatie-dosis als ten gevolge van de medicatie de eetlust teveel afneemt et cetera.

3) Eén ding tegelijk doen. Deze bijeenkomst gaat over het zich concentreren op een taak en deze ook afmaken. Veel voorkomende valkuilen worden besproken, zoals afleiding, te lang doorgaan zonder pauze, na een onderbreking vergeten waarmee je bezig was. Mogelijke huiswerkdoelen zijn: een bepaalde activiteit wekelijks op een vast tijdstip doen zodat dit routine wordt; een kookwekker gebruiken om regelmatig pauzes in te lassen; je bureau leegmaken voordat je aan iets begint.

4) Agendaplanning. Een goede agendaplanning is de basis voor elke persoonlijke organisatie. Veel mensen met ADHD zijn niet gewend met een agenda te werken of vergeten voortdurend erin te kijken. Sommige deelnemers blijken bij navraag geen of een lege agenda te hebben, anderen hebben alleen wat losse kladblaadjes of bierviltjes op zak met afspraken en telefoonnummers. Leren werken met een agenda, die altijd bij zich hebben en er ook daadwerkelijk in kijken,

zijn voorwaarden voor het ordenen van de chaos. Mogelijke huiswerkdoelen zijn: een agenda of organizer kopen; een weekschema maken voor de vaste afspraken; elke avond in de agenda kijken; een prioriteitenlijst maken van dingen die moeten gebeuren.

5) Omgaan met geld. Bijna alle mensen met ADHD kunnen moeilijk met geld omgaan. Hun financiële administratie is niet op orde, ze hebben schulden door impulsieve uitgaven, of ze komen nooit uit met hun budget. Ook op deze bijeenkomst worden weer praktische adviezen gegeven, zoals het maken van een begroting; alleen met contant geld werken; pasjes bij een ander in bewaring geven; vaste lasten automatisch laten overschrijven; bedenktijd inlassen over aankopen; hulp inschakelen bij de financiële administratie. Mogelijke doelen zijn: een map aanschaffen voor de giro-en bankafschriften; giro-enveloppen openmaken en de afschriften op een vaste plaats bewaren; afspreken om uitgaven boven een bepaald bedrag altijd eerst met de partner te bespreken; voor het boodschappen doen een lijstje maken en je daaraan houden.

6) ADHD en communicatie. Door concentratieproblemen, impulsiviteit en hyperactiviteit kan bij gesprekken van alles misgaan. De valkuilen worden tijdens deze bijeenkomst besproken: in de rede vallen, door slecht luisteren vergeten wat de ander net gezegd heeft, vergeten wat je zelf wilde zeggen, dingen eruit flappen die je eigenlijk niet had willen zeggen. Adviezen voor een betere communicatie worden gegeven, zoals zorgen dat achter de gesprekspartner een lege muur is zodat je niet wordt afgeleid; van tevoren op papier zetten welke punten je wilt bespreken; aantekeningen maken tijdens een gesprek. Mogelijke huiswerkdoelen zijn: een aantal malen per dag erop letten de ander aan te kijken tijdens een gesprek; een samenvatting geven van wat de ander zojuist heeft gezegd; pen en papier gebruiken tijdens een gesprek om opkomende gedachten te noteren voor later.

7) ADHD en relaties. Veel voorkomende problemen worden besproken: het risico dat ADHD in de relatie als excuus wordt gebruikt voor ongewenst gedrag; de kans op een ongelijkwaardige verhouding met de partner, omdat deze veel praktische organisatie moet overnemen. De leuke en positieve eigenschappen die degene met ADHD inbrengt, raken dan ondergesneeuwd. Vaak is er gebrek aan (seksuele) intimiteit omdat in alle chaos vergeten wordt tijd voor elkaar te maken. Als er tijd is voor intimiteit, is het voor degene met ADHD moeilijk de aandacht erbij te houden en emoties van de ander waar te nemen. Mogelijke doelen zijn: elke avond een kwartier vrijmaken om met de partner de dag door te nemen en de volgende dag te plannen; samen een weekendje uitgaan; eenmaal per week samen iets leuks doen.

8) Evaluatie. De deelnemers vullen een evaluatieformulier in over opzet en inhoud van de cursus, de begeleiding, het contact met lotgenoten en over suggesties ter verbetering van de coaching. Daarnaast kunnen de deelnemers vertellen wat ze aan de cursus hebben gehad, wat ze hebben gemist, en welke concrete doelen ze voor de komende twee maanden hebben. Deze bijeenkomst kan ook gebruikt worden om een belangrijk onderwerp nog eens kort te herhalen, of om nader in te gaan op vragen die nog bij de deelnemers leven.

9) Terugkombijeenkomst. Deze bijeenkomst volgt in principe dezelfde structuur als de andere bijeenkomsten. Eerst bespreken de deelnemers wat ze de afgelopen twee maanden wel en niet hebben bereikt naar aanleiding van de gestelde doelen. Het 'theoriegedeelte' wordt besteed aan het benadrukken van de positieve kanten van ADHD. Veel mensen met ADHD zijn zich bijzonder goed bewust van wat ze allemaal *niet* kunnen omdat ze daar hun leven lang op gewezen zijn. Veel lastiger is het voor hen om goede eigenschappen van zichzelf te noemen. Ter introductie noemen de therapeuten mogelijke positieve eigenschappen van mensen met ADHD, zoals creativiteit, flexibiliteit, snel oplossingen kunnen verzinnen, goed onder stress kunnen functioneren, gangmaker kunnen zijn (Nadeau, 1999). Hierna noemen de deelnemers een aantal positieve eigenschappen van zichzelf. De groepsgenoten kunnen elkaar daarbij helpen. De bijeenkomst wordt afgesloten met het vaststellen van doelen voor de komende tijd. De zojuist belichte, positieve eigenschappen kunnen hierbij een rol spelen.

## Structuur van de bijeenkomsten

Elke bijeenkomst duurt twee uur en heeft dezelfde structuur. In het eerste half uur bespreken we de huiswerkdoelen. De deelnemers beginnen om beurten. We staan stil bij behaalde doelen en bespreken hoe het nieuwe gedrag kan worden volgehouden. Indien doelen niet zijn behaald beschouwen we dat niet als falen, maar bekijken we wat hiervan te leren valt: was het doel niet haalbaar of niet belangrijk genoeg; is misschien een deel van het doel wel behaald en werd het resultaat te negatief weergegeven. Dan volgt een ontspanningsoefening, bijvoorbeeld progressieve relaxatie of een geleide fantasie, om de deelnemers gelegenheid te geven de drukte van de dag achter zich te laten en zich te richten op de bijeenkomst. Hierna geven de therapeuten psychoëducatie over het thema van de bijeenkomst. Gebruik van *flap-over* of *white board* en een samenvatting op een A4-tje kunnen hierbij helpen. Ook illustratie met een herkenbaar alledaags voorbeeld en praktische tips en adviezen houdt de sfeer levendig.

Dan volgt een korte pauze. Vervolgens is er gedurende een half uur gelegenheid voor vragen en aanvullingen bij het besproken thema. In de laatste twintig minuten formuleren de deelnemers doelen voor de komende week. Voorbeeld-doelen passend bij het thema staan op een *flap-over*. Bij het vaststellen van doelen wordt erop gelet dat deze concreet, haalbaar en toetsbaar zijn.

Te laat komen op de bijeenkomsten verdient aparte aandacht, omdat dit bij ADHD-patiënten frequent voorkomt. Enerzijds moet te laat komen niet worden goedgekeurd, anderzijds moet erkend worden dat het een onderdeel van de stoornis is. De therapeuten kunnen voorstellen het op tijd komen als huiswerkdoel te nemen. Andere groepsgenoten kunnen tips geven en eigen ervaringen inbrengen. Als iemand bij herhaling lang na de aanvangstijd binnenkomt, stellen we het op tijd komen als voorwaarde om te kunnen blijven deelnemen, omdat de cursus niet voldoende zal opleveren voor wie steeds het eerste deel van de bijeenkomst mist.

## Evaluatie door deelnemers en behandelaars

Tijdens de achtste bijeenkomst vullen de deelnemers het evaluatieformulier in. Ook kunnen ze mondeling toelichten wat ze ervan hebben gevonden. Hieronder volgt een globale beschrijving van de evaluatie door de deelnemers, en een overzicht van de aanpassingen in het programma die daaruit voortvloeiden.

In de beginperiode van de cursus was er kritiek op de thema's: die waren te abstract. De thema's 'concentratie' en 'impulsiviteit' zijn toen veranderd in 'één ding tegelijk doen', 'agendaplanning' en 'omgaan met geld', wat meer houvast bood. Ook duurde het programma aanvankelijk langer (twaalf bijeenkomsten), en participeerden de therapeuten in wisselende samenstelling. Dit gaf te weinig continuïteit. Sindsdien is de cursus ingekort tot acht bijeenkomsten met twee

vaste therapeuten. Hierna haakten minder deelnemers voortijdig af (van twee tot drie naar gemiddeld één per groep). Deze cursusduur handhaven we hoewel de deelnemers de cursus nu weer te kort vonden. De beperkte duur maakt het programma overzichtelijk en lijkt de meeste kans te bieden op afronding. De terugkombijeenkomst is op verzoek van de deelnemers ingevoerd omdat het moeilijk bleek om het geleerde vast te houden als de 'druk' van de cursus wegvalt.

Een lastig punt blijft dat deelnemers zowel vragen om meer gelegenheid tot informele uitwisseling, als om een strakkere structuur. Wij hechten aan een strikte tijdsindeling, zodat iedereen voldoende aan bod komt en we niet gezamenlijk in chaos verzanden. Informeel contact tussen de deelnemers kan na afloop van de cursus plaatsvinden.

Nog een probleem vormen de soms grote onderlinge verschillen in kennis over en ervaring met ADHD. Deelnemers suggereerden om aparte cursussen te geven voor 'beginners' en 'gevorderden'. Dit is echter in de praktijk (nog) niet haalbaar. De verschillen hebben ook voordelen: groepsleden kunnen voor elkaar een voorbeeldfunctie vervullen.

Herhaaldelijk meldden deelnemers in de evaluatie dat het acceptatieproces te weinig werd belicht. Kennelijk is dit een herkenbaar en belangrijk fenomeen. Sindsdien brengen we het proces van acceptatie van de diagnose expliciet in de eerste bijeenkomst ter sprake, zonder er echter al te diep op in te gaan: de cursus moet in eerste instantie praktisch blijven.

De meeste deelnemers vinden de coaching in de huidige opzet zinvol en leerzaam. De rol van de therapeuten beoordelen ze als positief. De herkenning en steun door het ontmoeten van lotgenoten wordt erg gewaardeerd, evenals tips en adviezen.

## Maatwerk

Het is nooit een probleem om voldoende deelnemers te krijgen. Dit tekent de behoefte van patiënten aan coaching. Het begeleiden van een ADHD-groep is vaak vermoeiend, maar tegelijkertijd leuk, gevarieerd en uitdagend. Niet in de laatste plaats geeft het veel voldoening om te kunnen voorzien in de behoefte aan informatie, steun en advies, waarvan de deelnemers vaak lange tijd verstoken zijn geweest.

Het is van belang dat ADHD-patiënten een op maat gesneden, gestructureerde, coachende begeleiding krijgen. Deze specifieke vorm van behandeling gaat in op de typische problemen bij ADHD.

## Summary

Kruiff, M. de, & S. Kooij

**'Coaching adults with ADHD in a group setting'**

**Diagnosis and treatment of attention-deficit and hyperactivity disorder (ADHD) in adults is of recent origin. Both drug and nondrug treatment options have been proposed in the literature, but they have yet to be sufficiently evaluated. Group coaching is a nondrug treatment that is already being used in adult ADHD. We have developed it at the Delfland Mental Health Service in Delft and the Parnassia Psychomedical Centre in The Hague in response to patient needs for information, structure and peer contact. This article describes our group coaching procedure. We hope our experiences will benefit other professionals who work with this treatment approach or who wish to do so.**

## Literatuur

1. American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* Washington DC: APA.
2. Barrickman Les, L., P. J. Perry, A. J. Allen, e. a. (1995). Bupropion versus methylphenidate in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 649-657.
3. Biederman, J., S. V. Faraone, T. Spencer, e. a. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-1798.
4. Brown, T. E. (2000). Psychosocial interventions for attention-deficit disorders and comorbid conditions. In T. E. Brown, *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington: American Psychiatric Press.
5. Buitelaar, J. K., & J. J. S. Kooij (2000). Aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD); achtergronden, diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 1716-1723.
6. Gittelman-Klein, R., H. Abikoff, E. Pollack, e. a. (1980). A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. In C. Whalen & B. Henker, *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment*. New York: Academic Press.
7. Glind, G. van de, A. Eland & M. Janssen (2001). ADHD en verslaving. Een literatuuronderzoek naar de samenhang tussen ADHD en verslavingsproblemen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 56, 537-555.
8. Hallowell, E. M. (1995). Psychotherapy of adult attention deficit disorder. In K. G. Nadeau, *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults*. New York: Brunner/Mazel.
9. Kooij, J. J. S., J. K. Buitelaar & W. van Tilburg (1999). Voorstel voor diagnostiek en behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op volwassen leeftijd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 349-358.
10. Kooij, J. J. S., L. P. Aeckerlin & J. K. Buitelaar (2001). Functioneren, comorbiditeit en behandeling van 141 volwassenen met aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD) op een algemene polikliniek Psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1498-1501.
11. McDermott, S. P. (2000). Cognitive therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. In T. E. Brown, *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington: American Psychiatric

Press.

12. Morgan, W. D. (2000). Group treatment of adults with adhd . *The adhd Report*, 8 , 1-15.
13. Murphy, K. R. (1995). Empowering the adult with add . In K. G. Nadeau, *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults* . New Yo k: Brunner/Mazel.
14. Murphy, K. R. (1998). Psychological counseling of adults with adhd . In R. A. Barkley, *Attention deficit hyperactivity disorder:A handbook for diag- nosis and treatment* . New Yo k:Guilford Press.
15. Nadeau, K. G. (1995). Life Management Skills fo the adult with add . In K. G. Nadeau, *A compre- hensive guide to attention deficit disorder in adults* . New Yo k:Brunner/Mazel.
16. Nadeau, K. G. (1999). *Aandacht, een kopzorg ...?* Lisse:Swets &Zeitlinger.
17. Ratey, J. J., E. M. Hallowell, &A. C. Miller (1995). Relationship dilemmas for adults with add : The biology of intimacy. In K. G. Nadeau, *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults* . New Yo k:Brunner/Mazel.
18. Spencer T., T. Wilens, J. Biederman, e. a. (1995). A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 52 , - 434- 443.
19. The mta Cooperative Group (1999). A 14-month andomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal treatment study of children with adhd . *Archives of General Psychiatry*, 56 , 1073- 1086.
20. Triolo, S. J. (1998). Psychotherapeutic treatment of adhd adults. In S. J. Triolo, *Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood:a practioner 's handbook* . New Yo k:Brunner/Mazel.
21. Weisfelt, M., A. C. Schrier &M. C. de Leeuw (2001). Druk gedrag bij volwassenen;mogelijk aan- dachtstekort- hyperactiviteitstoornis (adhd ). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145 , 1481-1484.
22. Weiss, G., L. Hechtman, Th. Milroy, e. a. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults:A controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24 , 211-220.
23. Wilens T. E., J. Biederman, J. Prince, e. a. (1996). Six- week, double-blind, placebo-controlled study of desipramine for adult attention deficit hyperac- tivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153 , 1147-53.

**Copyright 2005, Bohn Stafleu van Loghum, Houten**