



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Een directieftherapeutisch perspectief op ADHD bij volwassenen *Behandelaanbod, bejegening en casuïstiek*

ADHD is de afkorting voor *attention deficit hyperactivity disorder* (APA, 2013), in het Nederlands vertaald als *aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis* (APA, 2014). Het is een ontwikkelingsstoornis die bepaald wordt door genetische factoren in wisselwerking met omgevingsfactoren. ADHD treft niet alleen kinderen, maar kan voortduren in de volwassenheid. De DSM-5 onderscheidt drie beelden van ADHD: overwegend onoplettend, overwegend hyperactief-impulsief en gecombineerd. Mensen met een overwegend onoplettend beeld hebben vooral last van aandachtsdeficiëntie in de zin van moeite hebben om aandacht op een taak te richten, die aandacht vast te houden en zich niet te laten afleiden. Mensen met een overwegend hyperactief-impulsief beeld zijn vooral voortdurend in beweging (hyperactief) en doen dingen zonder nadenken (impulsief). Bij volwassenen wordt vaak gesproken van 'kleine hyperactiviteit' als friemelen, wiebelen en draaien (Buitelaar & Paternotte, 2013). Ten slotte hebben mensen met een gecombineerd beeld last van zowel aandachtsdeficiëntie als hyperactiviteit en impulsiviteit. ADHD wordt ook wel een stoornis van de remfunctie op bewegen (onrustig, hyperactief), denken (chaotisch, snel afgeleid), voelen (prikkelbaar, wisselend gestemd) en handelen (impulsief, ondoordacht) genoemd (Kooij & Otten-Pablos, 2013). Soms kan er sprake zijn van hyperfocus ofwel overconcentratie. Daartoe kunnen mensen met ADHD in staat zijn als ze iets heel aantrekkelijk of interessant vinden. Iemand met ADHD is dus wel in staat om zich te concentreren, maar heeft een onvermogen om op het juiste moment de aandacht te richten en te verdelen.

Ruim tweederde (70%) van de kinderen met ADHD voldoet op volwassen leeftijd nog aan de kenmerken van de stoornis, met een actueel prevalentiecijfer voor volwassenen van 2.1% (Tuijthof, ten Have, van Dorsselaer & de Graaf, 2014). Betrouwbare gegevens over de man-vrouwverhouding ontbreken (Quinn, 2011), maar bij mannen wordt uitgegaan van een prevalentie van 2.9% en bij vrouwen een prevalentie van 1.2% (de Graaf, ten Have, van Gool & van Dorsselaer, 2011). Vergeleken met mannen met ADHD vertonen vrouwen met ADHD meer aandachtsdeficiëntiestoornissen en minder hyper-

activiteit en impulsiviteit (Nussbaum, 2012). Naast de ADHD bestaan vaak veel andere problemen en stoornissen. In de adolescentie is de comorbiditeit 65% (Yoshimasu et al., 2012) en in de volwassenheid loopt dit op tot circa 75%. Deze bestaat vooral uit stemmingsstoornissen, angststoornissen, verslavingen en persoonlijkheidsstoornissen (Carpentier, van Emmerik-van Oortmerssen & Schoevers, 2013; Goodman & Thase, 2009; Kooij & Otten-Pablos, 2013). Volwassenen met ADHD hebben vooral moeite met het organiseren en plannen van het dagelijkse leven, wat negatief uitwerkt op studie en werk. Ze ervaren moeilijkheden in sociale relaties, in het bijzonder de partnerrelatie, en hebben beperkte sociale vaardigheden (Moyá, Stringaris, Asherson, Sandberg & Taylor, 2014), meestal weinig zelfvertrouwen, beperkte probleemoplossingsvaardigheden, organisatorische problemen, last van onderpresteren, onzekerheid, angst, zelfverwijt en een sombere stemming (Blijd-Hoogewys, 2012). ADHD kan leiden tot een forse vermindering van de levenskwaliteit. Behandeling kan dan geïndiceerd zijn, niet alleen omdat men voldoet aan de symptomen van de stoornis, maar vooral omdat men er chronisch door kan gaan disfunctioneren. Er is inmiddels een scala aan behandelingsmethoden voor volwassenen met ADHD.

HET HUIDIGE BEHANDELAANBOD

De afgelopen jaren is de hoeveelheid aan behandelingsmethoden voor volwassenen met ADHD sterk toegenomen. Medicatie, psychotherapie en coaching worden de drie pijlers van de ADHD-behandeling genoemd (Ryffel, 2011).

Psycho-educatie/voorlichting is de eerste stap in de behandeling, ook als de verdere behandeling alleen uit medicatie bestaat (Blijd-Hoogewys, 2012). Op verschillende momenten in de gehele behandeling kan psycho-educatie vervolgens aangeboden en herhaald worden. Aan de cliënt en eventueel diens verwanten wordt informatie over ADHD gegeven, zoals over kenmerken, oorzaken, sterke en zwakke kanten van ADHD, misverstanden over ADHD, invloed van comorbide stoornissen en de beschikbare behandelmogelijkheden (Borms, Stes & van den Heuvel, 2009; van Lammeren & Brugge, 2011). Het uiteindelijke resultaat moet zijn dat de cliënt (en diens verwanten) op een zo adequaat mogelijke manier leren omgaan met de praktische en emotionele gevolgen van de stoornis (Hoencamp & Haffmans, 2013). Psycho-educatie kan zowel individueel als in een groep aangeboden worden. Speciaal voor de cliënt met ADHD geschreven boeken kunnen daarbij gebruikt worden, zoals *Leven met ADHD* van Kat, Beenackers en ter Brugge (2009).

Bij behandeling met medicatie zijn de psychostimulantia als methylfenidaat en dextroamfetamine de middelen van eerste voorkeur (Prince, Wilens, Spencer & Biederman, 2006) die in Nederland aan volwassenen met ADHD *off-label* worden voorgeschreven. Psychostimulantia zijn effectief gebleken bij 50-70% van de kinderen en volwassenen met ADHD (Faraone et al., 2002; Kooij et al., 2004; Spencer et al., 2005). De remfunctie van de hersenen wordt met psychostimulantia in werking gezet, omdat zij de hoeveelheid dopamine en noradrenaline in de synaps verhogen. Frances (2013) en Batstra (2012) zijn van mening dat medicatie pas overwogen moet worden nadat andere methoden geen oplossing gebracht hebben. Blijd-Hoogewys (2012) vindt echter dat de cliënt op eventueel minder effect van behandeling zonder medicatie gewezen dient te worden.

Zowel met als zonder medicatie, en zowel in een individuele als groepsbehandeling, blijken cognitief-gedragstherapeutische interventies effectief te zijn (Bramham et al., 2009; Emilsson et al., 2011; Marks, 2011; Safren et al., 2010). Solanto (2011) beschrijft een wetenschappelijk verantwoorde methode om volwassenen met ADHD te leren hun executieve functies te verbeteren. Timemanagement, organisatie en planning verbeterden effectief door CGT-interventies, waar deze met alleen medicatie niet vooruitging (Solanto et al., 2010). CGT (en in het verlengde daarvan schematherapie) wordt ook bewezen effectief ingezet bij het bewerken van negatieve cognities in het kader van faalangst, onzekerheid, lage zelfwaardering en perfectionisme, en voor de behandeling van comorbiditeit (Torrente et al., 2014). Er zijn verschillende praktische behandelprogramma's in omloop, zoals het werkboek *Cognitieve gedragstherapie voor volwassenen met ADHD* van Solanto (2012).

Een psychische stoornis heb je niet alleen (Baars & Van Meekeeren, 2013) en dat geldt zeker voor volwassenen met ADHD in een partnerrelatie. Partnerrelatietherapie kan geïndiceerd zijn wanneer de relatie (zeer) belast wordt door de ADHD, zoals door het vergeten van afspraken, impulsief reageren en chaotisch gedrag. In een partnerrelatietherapie is ADHD niet alleen van het individu, maar wordt de stoornis gezien als iets wat invloed heeft op de partnerrelatie en daarmee beide partners treft (Römer, 2014). Orlov (2011) reikt in haar boek *ADHD relaties praktische adviezen, oefeningen en handvatten* aan om negatieve patronen te doorbreken.

Met coaching wordt de cliënt met ADHD begeleiding bij het praktisch en concreet oplossen van problemen in het dagelijks leven aangereikt, zoals leren structureren van de dag, werken met een agenda, en de administratie op orde houden (Ryffel, 2011). Deze hulp wordt vaak geboden door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige of een woonbegeleider. Technische hulpmiddelen (telefoon, wekker, agenda) kunnen worden ingezet. Er bestaan verschil-

lende praktische programma's, zoals het boek *Volwassen ADHD* van Barkley en Benton (2011).

Bij verschillende ggz-afdelingen gespecialiseerd in ADHD heeft een volwassene met ADHD de keuze uit verschillende groepsbehandelingen, zoals een ADHD-vaardigheidstraining, studievaardigheidstraining, partnerrelatiegroep, zelfbeeldgroep, impulscontroletraining, slaapeducatiegroep, opvoedcursus voor ouders met ADHD, lotgenotencontactgroep (Kooij, 2009) en mindfulnessstraining (Zylowska, 2012).

Een alternatieve biologische interventie is neurofeedback, dat als doel heeft de mentale flexibiliteit te verbeteren. Bescheiden effecten als verbetering van gedrag en vaardigheden bij kinderen met ADHD worden genoemd. Voor volwassenen met ADHD kan nog geen uitspraak gedaan worden over de effectiviteit van neurofeedback (Sirviö & Ginsberg, 2011).

Uit bovenstaande kan opgemaakt worden dat er een ruim aanbod aan behandelingsmethoden voor volwassenen met ADHD is. Er bestaat nog geen richtlijn voor behandeling van volwassenen met ADHD, maar in de praktijk blijkt dat altijd gestart wordt met psycho-educatie/voorlichting en dat daarna medicatietherapie en/of andere behandelvormen kunnen volgen (Gibbins & Weiss, 2007). Dit is in grote lijnen overeenkomstig de aanbevelingen voor behandeling van kinderen en jeugdigen met ADHD in de *Multidisciplinaire richtlijn ADHD: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen* (LSMR-GGZ, 2005), waarin na psycho-educatie een combinatie van medicatie en (cognitieve) gedragstherapie bij ernstige ADHD wordt aanbevolen en in eerste instantie enkel gedragstherapeutische oudertraining bij minder ernstige ADHD. Medicatietherapie (en dan vooral de psychostimulantia) en cognitieve gedragstherapie zijn effectief gebleken interventies voor volwassenen met ADHD, zij het dat bijvoorbeeld 50-30% onvoldoende baat heeft bij psychostimulantia. Of men wel of niet medicamenteus kan behandelen en of de cliënt wel of geen medicatie wil gebruiken, is een kwestie die alleen op individueel niveau verstandig besproken kan worden (Ketelaars, 2012).

Wanneer een cliënt niet kan profiteren van medicatietherapie en/of medicatie niet wenselijk vindt, en wanneer cognitieve gedragstherapie eveneens niet tot resultaten leidt, rijst de vraag welke behandeling dan kan worden ingezet. Een directieftherapeutisch perspectief op een ADHD-behandeling kan in dat geval overwogen worden. Daarmee kan een therapeut de behandeling onderbouwen en 'ontwerpen' samen met de cliënt. Vanuit de directieve therapie kan de therapeut eveneens een perspectief geboden worden op een constructieve bejegening van de cliënt, rekening houdend met de ADHD en eventuele negatieve gevolgen daarvan voor de therapeut-clientrelatie.

EEN DIRECTIEFTHERAPEUTISCH PERSPECTIEF OP
BEHANDELING VAN VOLWASSENEN MET ADHD

De directieve therapie geeft de therapeut een visie, een richting, een referentiekader voor de behandeling van volwassenen met ADHD. Daarbij wordt niet uitgegaan van één duidelijke theoretische benadering, maar wordt vooral pragmatisch en eclecticisch gewerkt. Er wordt 'op maat' aangesloten bij de cliënt, daar waar effectief bewezen interventies niet aan de orde (kunnen) zijn (van der Velden & van Dyck, 2010).

Bij ADHD is zoals hiervoor geschetst een gevarieerd aanbod aan behandelingen beschikbaar vanuit verschillende theoretische achtergronden. Aan elke theoretische achtergrond kunnen waardevolle elementen ontleend worden. Aangezien er voor volwassenen met ADHD nog geen richtlijn of protocol beschikbaar is, blijft behandeling per persoon met ADHD nog een creatief ontdekken van wat werkzaam is en wat niet. Dit geldt ook wanneer men kiest voor de effectief bewezen medicatietherapie en cognitieve gedragstherapie.

De directieve therapie gaat ervan uit dat iedere situatie en iedere cliënt anders is en daarom dient de therapeut vooral antwoord te kunnen geven op de vraag: 'Wat werkt bij dit probleem, bij deze cliënt, in deze unieke situatie?' (van der Velden & van Dyck, 2010). Wanneer een bewezen effectieve behandeling niet aanslaat, niet gewenst is of niet aan de orde is, zal de therapeut creatief gebruik moeten maken van inzichten uit het overige behandelaanbod voor volwassenen met ADHD. De therapeut houdt dan niet dwingend vast aan één theorie, één behandelmodel, maar benut kennis, ervaring en persoonlijke eigenaardigheden op een creatieve manier (van der Velden & van Dyck, 2010). De ene cliënt met ADHD is de andere niet: bij de een is vooral een individuele medicatietherapie nodig en effectief, de ander is meer gebaat bij een ADHD-vaardigheidstraining en een derde kan profiteren van beide of anderszins.

MARJA

Marja, 48 jaar, is bekend met ADHD, gecombineerd beeld, en een depressieve stoornis. Geadviseerd wordt om eerst de stemmingsstoornis te behandelen en dan de ADHD (Goodman & Thase, 2009). Marja krijgt een SSRI (antidepressivum) voorgeschreven en er wordt gestart met een cognitieve gedragstherapie gericht op het bewerken van de depressogene cognities. Tijdens de behandeling is Marja voortdurend onrustig, kan nauwelijks stilzitten en spreekt van de hak op de tak. Ze kan niet profiteren van de depressiebehandeling doordat de ADHD in haar functioneren overheerst. Besloten wordt om het beleid te veranderen en beide

stoornissen tegelijk te behandelen (McIntosh et al., 2009). Ze krijgt bupropion (een antidepressivum dat de heropname van catecholamines remt) voorgeschreven, waardoor ze meer rust ervaart in spreken en gedrag, en ze zich minder depressief gestemd voelt. Ze kan daardoor meer profiteren van de cognitieve gedragstherapie.

EEN DIRECTIEF THERAPEUTISCH PERSPECTIEF OP BEJEGENING VAN VOLWASSENEN MET ADHD

In de praktijk komt het voor dat een cliënt met ADHD onophoudelijk praat, de therapeut geen ruimte geeft in het gesprek en geen aandacht schenkt aan de inbreng van de therapeut. Een cliënt met ADHD die moeite heeft om zich te concentreren kan dat wat de therapeut inbrengt niet onthouden en raakt gemakkelijk afgeleid door omgevingsinvloeden. De therapeut kan dan werken met onder andere directieven, gewone en ongewone aanwijzingen, suggesties, cognitieve herstructurering, raadgevingen, opdrachten, huiswerk en stapsgewijze instructies (Vansteenwegen, 2008). Voor mensen met ADHD wordt een directieve, doelgerichte, praktijkgerichte, oplossingsgerichte, educatieve, ondersteunende en inzichtgevende benaderingswijze van de therapeut aanbevolen (Nadeau, 1999).

TOM

Tom, 33 jaar, bekend met ADHD overwegend hyperactief-impulsief beeld en met antisociale persoonlijkheidstrekken, neemt in het eerste contact met de gz-psycholoog van een ADHD-afdeling geen blad voor de mond. Hij zegt direct bij binnenkomst in de spreekkamer: 'Luister, bij mij zit er geen rem op als ik aan het woord ben, dus ik zeg je nu alvast dat het beter is om een stopteken te geven of mij duidelijk te zeggen dat ik nu mijn mond moet houden. Als je dat niet doet, ben ik bang dat we nergens komen.' De gz-psycholoog besluit om 'ho, stop even' als stopteken te geven. Al snel blijkt dat dit niet gehoord wordt door Tom, die ongehinderd blijft doorpraten. Uiteindelijk blijkt het klappen in de handen door de gz-psycholoog wel aan te slaan: daardoor wordt Tom gestimuleerd om zijn spreken te stoppen en aandacht te geven aan wat zijn gz-psycholoog hem wil vertellen.

BRADLEY

Bradley, 25 jaar, bekend met ADHD, overwegend onoplettend beeld, vertelt zijn therapeut dat hij het op prijs stelt dat de tijd tijdens de sessie wordt bewaakt en regelmatig wordt genoemd, en dat het bureau van de therapeut opgeruimd is. Alleen dan is Bradley redelijk in staat om het gesprek gestructureerd te laten verlopen zonder afgeleid te worden. De therapeut laat Bradley om de vijftien minuten weten hoeveel tijd er nog rest tijdens het gesprek en vooraf zorgt de therapeut ervoor dat het bureau redelijk opgeruimd is.

Mensen met ADHD zijn gebaat bij concrete, welomschreven doelen waaraan stapsgewijs gewerkt kan worden. Dit voorkomt dat de aandacht van de cliënt verslapt en de behandeling verzandt. De therapeut stelt zich directief ondersteunend op in het contact, houdt de grote lijn in het gesprek vast en geeft stapsgewijs en educatief instructies om doelen op te stellen en uit te voeren. Bij voorkeur worden de doelen op schrift gesteld en in een map bewaard, waardoor de informatie altijd beschikbaar is voor de cliënt. De map kan thuis altijd worden ingezien en een map is sneller vindbaar dan een los A4-papier.

EDDY

Eddy, 22 jaar, bekend met ADHD, gecombineerd beeld, en een sociale angststoornis, volgt naast medicatietherapie (dextroamfetamine) een individuele sociale angstbehandeling. Tijdens de sessies wordt met een werkboek gewerkt waarin per bijeenkomst de agenda, de doelen, de theorie, de opdrachten en het huiswerk staan aangegeven. Per bijeenkomst is er tijd om met het werkboek letterlijk in de hand te werken aan de doelen en deze te evalueren. Zonder werkboek zou Eddy zijn aandacht er niet bij kunnen houden en verzandt de therapie in praten over van alles en nog wat.

De directief werkende therapeut heeft niet alleen aandacht voor klachten, problemen en beperkingen, maar ook voor mogelijkheden, veerkracht, sterke kanten en oplossingen. Er bestaan posters en boeken die aandacht hebben voor de pluspunten van ADHD, zoals fantasievol, creatief, spontaan, onderzoekend, ontdekkend zijn en durf hebben. Veel volwassenen met ADHD hebben een verleden van negatieve reacties van anderen op hun gedrag, wat angst, onzekerheid in contact en weinig zelfvertrouwen kan veroorzaken. Voor

veel volwassenen met ADHD is dan ook naast verwerking iemand (een therapeut) die hun een positieve en waarderende kijk op het functioneren en leven met ADHD voorhoudt meer dan welkom.

ANJA

Anja, 27 jaar, bekend met ADHD, gecombineerd beeld, evalueert met de psychiater de behandeling. In gesprek met de therapeut (T) laat Anja (A) weten dat ze de behandeling als zeer positief ervaart.

A: Ik voel me hier echt gehoord. Eindelijk eens begrip voor mijn klachten, eindelijk iemand die mijn ADHD accepteert en mij mijn mogelijkheden laat zien.

T: Je voelt je geaccepteerd en gezien.

A: Juist ja, en daar komt nog bij dat ik door de gesprekken met jou ook ben gaan inzien wat mijn sterke kanten zijn. Vaak krijg ik te horen dat ik dromerig ben en voor me uit zit te staren. Op dat soort momenten ben ik vooral creatief aan het nadenken over van alles en nog wat, en dan ontstaat er soms zomaar een geweldig idee, waar ik direct mee aan de slag ga. Dat is ook mijn ADHD, een kant van mijn ADHD die er mag zijn.

T: Zeker, en die kant heeft je ook onder andere gebracht dat je actief bent in de feestcommissie van de speeltuinvereniging van je kinderen.

Het gebeurt regelmatig dat cliënten met ADHD de afspraak vergeten of te laat komen op de afspraak. De therapeut kan het te laat komen en afspraken vergeten tot een behandeldoel maken. De cliënt met ADHD gaat daarmee een fase van oefenen, experimenteren en leren tijdens de behandeling in. De therapeut kan er rekening mee houden dat dit met vallen en opstaan gepaard kan gaan. Een lange adem, geduld en creativiteit zijn nodig voor zowel cliënt als therapeut. Dit vraagt van de therapeut een begripvolle houding naar de cliënt toe en een in contact gaan met de eigen emotie, met name als dit irritatie betreft. De therapeut dient aandacht te hebben voor zelfonderzoek en erkenning van het eigen aandeel in onbevredigend verlopende interacties met de cliënt (Hafkenscheid, 2014).

MARTINE

Martine, 35 jaar, psychotherapeut, vertelt in intervisie aan twee collega-psychotherapeuten dat ze een aantal cliënten met ADHD behandelt en dat deze cliënten haar zeer vermoeien. Ze raakt geïrriteerd dat de een altijd tien minuten te laat komt, een ander re-

gelmatig een afspraak vergeet en weer een ander bijna altijd het huiswerk vergeet te maken. In intervisie spreekt Martine uit dat ze altijd punctueel en geordend is, dat ze goed het overzicht kan houden, goed kan plannen en organiseren. Terwijl ze hierover spreekt, beseft ze dat dit allemaal kenmerken zijn die haar cliënten met ADHD missen. Haar hoge eisen en een bepaalde mate van perfectionisme (naar zichzelf en naar de ander toe) maken dat ze weinig speelruimte voor de ander laat. Ze komt tot het besef dat ze waarschijnlijk de lat te hoog legt voor deze drie cliënten en dat ze meer ruimte moet en mag geven aan hen. Ze is van plan dit kortdaat en creatief aan te pakken. Met de cliënt die tien minuten te laat komt, zal ze een stappenplan opstellen. Tevens spreekt ze met zichzelf af dat ze deze cliënt niet meer zal belonen met langer doorgaan op de afspraak, maar juist het gesprek op tijd zal stoppen. Met de cliënt die de afspraak vergeet, zal ze belmomenten vlak voor de afspraak gaan inplannen en met de cliënt die regelmatig het huiswerk vergeet te maken zal ze bespreken of de partner van die cliënt hem daarop attent kan maken op een vast moment in de week. Tevens wil ze in intervisie tijd besteden aan hoe zij meer kan verdragen van haar cliënten.

TOT SLOT

Er bestaat nog geen richtlijn of protocol voor behandeling van volwassenen met ADHD. Medicatietherapie (en dan vooral de psychostimulantia) en cognitieve gedragstherapie zijn effectief gebleken interventies voor volwassenen met ADHD. Gezien de heterogeniteit op gedragsniveau en de verschillende beelden van ADHD, is het vrij onwaarschijnlijk dat er voor een dergelijke veelzijdige, complexe categorie van stoornissen op korte termijn één, de totale problematiek omvattende protocollaire behandeling beschikbaar zal zijn. Meer onderzoek naar de effectiviteit van het al beschikbare behandel aanbod (ook naar de reeds effectief gebleken medicatietherapie met psychostimulantia en de cognitieve gedragstherapie) kan een aanzet zijn tot het ontwikkelen van een modulaire behandeling, zoals die momenteel ook gebruikelijk is bij de behandeling van patiënten met burn-out (zie Keijsers, Vossen, Kriens & Boelaars, 2011). Daarbij dient de therapeut de therapeutische relatie zo effectief mogelijk te hanteren (Hafkenscheid, 2014).

Tot het zover is, is in dit artikel voor de therapeut van volwassenen met ADHD een directieftherapeutisch perspectief uiteengezet voor het vormgeven van de behandeling wanneer effectief gebleken interventies niet aanslaan of niet aan de orde zijn, en voor een

constructieve manier van bejegenen van de cliënt met ADHD. Met een directieftherapeutisch perspectief wordt deze cliënt door de creatieve en vindingrijke therapeut een behandeling en een relatie op maat geboden. De (directieve) therapeut is bereid om aan te sluiten bij, rekening te houden met en om te gaan met de eigenaardigheden die ieder mens bezit (Hoogduin, 2010; Hoogduin & Hoogduin, 2010) en zo dus ook bij en met cliënten met ADHD.

DRS. RICHARD VUIJK is klinisch psycholoog, werkzaam bij SARR Expertisecentrum Autisme te Rotterdam. Hij verzorgt vanuit zijn eigen praktijk Autisme-SpectrumNederland scholing, supervisie en consultatie op het gebied van autismespectrumstoornissen. Hij is als docent en cursusleider verbonden aan verschillende RINO's en de Parnassia Academie.

Referenties

- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- APA (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Amsterdam: Boom.
- Baars, J. & van Meekeren, E. (red.). (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen: Praten met families en naastbetrokkenen*. Amsterdam: Boom.
- Barkley, R.A. & Benton, C.M. (2011). *Volwassen ADHD: Een praktisch programma in vijf stappen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Batstra, L. (2012). *Hoe voorkom je ADHD? Door de diagnose niet te stellen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Blijd-Hoogewys, E.M.A. (2012). Cognitief gedragstherapeutische en andere psychosociale interventies bij volwassenen met ADHD. In: A.M.D.N. van Lammeren, E.H. Horwitz & C.E.J. Ketelaars (red.), *Volwassenen met ADHD: Theorie en casuïstiek* (pp. 69-83). Assen: Van Gorcum.
- Borms, G., Stes, S. & van den Heuvel, R. (2009). *ADHD bij volwassenen: Leven met eigenwijze hersenen*. Tiel: Lannoo.
- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D. & Xenitides, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12, 434-441.
- Buitelaar, J. & Paternotte, A. (2013). Dit is ADHD: Alles over de kenmerken, diagnose, behandeling en aanpak thuis en op school. Houten: LannooCampus.
- Carpentier, P.J., van Emmerik-van Oortmerssen, K. & Schoevers, R. (2013). ADHD en verslaving. In: G. Dom, A. Dijkhuizen, B. van der Hoorn, H. Kroon, C. Muusse, S. van Rooijen, ... A. van Wamel (red.), *Handboek dubbele diagnose* (pp. 281-295). Utrecht: De Tijdstroom.
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C. & van Dorsselaer, S. (2011). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 203-213.
- Emilsson, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, J.F., Baldursson, G., Einarsson, E., Olafsdottir, H. & Young, S. (2011). Cognitive behavior therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11(1), 116.
- Faraone, S.V., Short, E.J., Biederman, J., Findling, R.L., Roe, C. & Manos, M.J. (2002). Efficacy of adderall and

- methylphenidate in attention deficit hyperactivity disorder: A drug-placebo and drug-drug response curve analysis of a naturalistic study. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5, 121-129.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: William Morrow/HarperCollins Publishers.
- Gibbins, C. & Weiss, M. (2007). Clinical recommendations in current practice guidelines for diagnosis and treatment of ADHD in adults. *Current Psychiatry Reports*, 9, 420-426.
- Goodman, D.W. & Thase, M.E. (2009). Recognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: Implications for identification and management. *Postgraduate Medicine*, 121, 20-30.
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hoencamp, E. & Haffmans, J. (2013). Psycho-educatie geef je nooit alleen. In: J. Baars & E. van Meekeren (red.), *Een psychische stoornis heb je niet alleen: Praten met families en naastbetrokkenen* (pp. 221-237). Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, C.A.L. (2010). Over moeilijke mensen. In: C.A.L. Hoogduin & W.A. Hoogduin (red.), *Omgaan met moeilijke mensen: Naar een professionele aanpak* (pp. 1-9). Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, W.A. & Hoogduin, C.A.L. (2010). Omgaan met moeilijke mensen. In: C.A.L. Hoogduin & W.A. Hoogduin (red.), *Omgaan met moeilijke mensen: Naar een professionele aanpak* (pp. 11-22). Amsterdam: Boom.
- Kat, F., Beenackers, M. & ter Brugge, W. (2009). *Leven met ADHD*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keijsers, G., Vossen, C., Kriens, S. & Boelaars, V. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met burn-out. In: G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2* (pp. 225-295). Amsterdam: Boom.
- Ketelaars, C.E.J. (2012). Medica-
menteuze behandeling van ADHD.
In: A.M.D.N. van Lammeren, E.H. Horwitz & C.E.J. Ketelaars (red.), *Volwassenen met ADHD. Theorie en casuïstiek*. Assen: Van Gorcum.
- Kooij, J.J.S. (2009). *ADHD bij volwassenen: Diagnostiek en behandeling*. Amsterdam: Pearson.
- Kooij, J.J., Burger, H., Boonstra, A.M., van Linden, P.D., Kalma, L.E. & Buitelaar, J.K. (2004). Efficacy and safety of methylphenidate in 45 adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized placebo-controlled double-blind cross-over trial. *Psychological Medicine*, 34, 973-982.
- Kooij, S. & Otten-Pablos, S. (2013). *Hyper Sapiens: Praktische gids voor mensen met ADHD*. Houten: Unieboek/Het Spectrum.
- LSMR-GGZ (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ) (2005). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos.
- Marks, D.J. (2011). Evidence base for cognitive-behavioral therapy. In: M.V. Solanto (Ed.), *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: Targeting executive dysfunction*. New York: The Guilford Press.
- McIntosh, D., Kutcher, S., Binder, C., Levitt, A., Fallu, A. & Rosenbluth, M. (2009). Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 137-150.
- Moyá, J., Stringaris, A.K., Asherson, P., Sandberg, S. & Taylor, E. (2014). The impact of persisting hyperactivity on social relationships: A community-based, controlled 20-year follow-up study. *Journal of Attention Disorders*, 18, 52-60.
- Nadeau, K. (1999). *Aandacht. Een kopzorg? Een gids voor volwassenen met concentratieproblemen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Nussbaum, N.L. (2012). ADHD and female specific concerns: A review of the literature and clinical implications. *Journal of Attention Disorders*, 16, 87-100.

- Orlov, M. (2011). *ADHD relaties: Verbeter de band met je partner in zes stappen*. Amsterdam: Hogrefe.
- Prince, J.B., Wilens, T.E., Spencer, T.J. & Biederman, J. (2006). Pharmacotherapy of ADHD in adults. In: R.A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 704-736). New York: The Guilford Press.
- Quinn, P. (2011). Gender differences in ADHD. In: J.K. Buitelaar, C.C. Kan & P. Asherson (Eds.), *ADHD in adults: Characterization, diagnosis, and treatment* (pp. 18-24). New York: Cambridge University Press.
- Römer, M. (2014). Wie heeft er het meeste last van 'ADHD'? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40, 49-61.
- Ryffel, D. (2011). Coaching in ADHD. In: J.K. Buitelaar, C.C. Kan & P. Asherson (Eds.), *ADHD in adults: Characterization, diagnosis, and treatment* (pp. 247-253). New York: Cambridge University Press.
- Safren, S.A., Sprich, S., Mimiaga, M.J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M. & Otto, M.W. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 304, 875-880.
- Sirviö, S. & Ginsberg, Y. (2011). Neurofeedback training for adult ADHD. In: J.K. Buitelaar, C.C. Kan & P. Asherson (Eds.), *ADHD in adults: Characterization, diagnosis, and treatment* (pp. 271-277). New York: Cambridge University Press.
- Solanto, M.V. (2011). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD. Targeting executive dysfunction*. New York: The Guilford Press.
- Solanto, M.V. (2012). *Cognitieve gedrags-therapie voor volwassenen met ADHD: Aandacht voor executieve disfuncties (werkboek)*. Leuven: Acco.
- Solanto, M.V., Marks, D.J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J.M.J. & Kofman, M.D. (2010). Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 167, 958-968.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Doyle, R.D., Surman, C., Prince, J., ... Faraone, S.V. (2005). A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 456-463.
- Torrente, F., López, P., Alvarez Prado, D., Kichic, R., Cetkovich-Bakmas, M., Lischinsky, A. & Manes, F. (2014). Dysfunctional cognitions and their emotional, behavioral, and functional correlates in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Is the cognitive-behavioral model valid? *Journal of Attention Disorders*, 18(5), 412-424.
- Tuithof, M., ten Have, M., van Dorsselaer, S. & de Graaf, R. (2014). Prevalentie, persistentie en gevolgen van ADHD in de Nederlandse volwassen bevolking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 10-19.
- van der Velden, K. & van Dyck, R. (2010). Wat is directieve therapie? In: K. van der Velden, K. Hoogduin & A. Lange (red.), *Directieve Therapie* (pp. 21-29). Amsterdam: Boom.
- van Lammeren, A.M.D.N. & Brugge-man, R. (2011). Psychoeducation for adults with ADHD: Impressions from the field. In: J.K. Buitelaar, C.C. Kan & P. Asherson (Eds.), *ADHD in adults: Characterization, diagnosis, and treatment* (pp. 240-246). New York: Cambridge University Press.
- Vansteenwegen, A. (2008). Communicatie en interactie: Directieve relatietherapie. In: A. Savenije, M.J. Van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 339-346). Utrecht: De Tijdstroom.
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W.J., Colligan, R.C., Voigt, R.G., Killian, J.M., Weaver, A.L. & Katusic, S.K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1036-1043.
- Zylowska, Y. (2012). *Mindfulness bij volwassenen met ADHD: Een 8-stappen-programma om emoties te beheersen, aandacht te verbeteren en doelen te bereiken*. Amsterdam: Hogrefe.