

ADHD bij volwassenen

Enige tijd geleden werd ik benaderd door een volwassen man met ADHD met de vraag of ik hem wilde begeleiden. Hij was gediagnostiseerd als ADHD-er door zijn behandelend therapeut. Diens behandeling was gericht op het zo goed mogelijk leven met de symptomen.

Hoewel er ruimschoots gekwalificeerde specialistische therapeuten zijn op het vlak van ADHD, voelde ik me zeer zeker niet geremd met deze man aan de slag te gaan. Laten we hem voor dit artikel Koen noemen. Koen kwam met een vraagstuk omdat hij zich vaak surrealistisch voelde, alsof hij niet in zijn lichaam zat en daar wilde hij wat aan (laten?) doen. In dit artikel wil ik u meenemen in mijn bevindingen rondom NLP & ADHD waarbij ik hoop de dialoog te openen rondom het vraagstuk of ADHD wel zo onveranderbaar is als vaak gesteld wordt.

ADHD is een aandachtsstoornis waarbij op basis van DSM-IV¹ de volgende criteria van belang zijn:

- Onoplettendheid;
- Hyperactiviteit;
- Impulsiviteit.

Als aanvullende vereisten geldt dat deze symptomen:

- Vaker voorkomen dan bij leeftijdgenoten;
- Voor het zevende levensjaar zijn begonnen;
- De leerprestaties, het werk en het sociale contact met anderen beïnvloeden;
- Niet het gevolg zijn van een andere stoornis.

Overigens zijn deze criteria ontwikkeld voor en getoetst aan kinderen. ADHD bij volwassenen is pas recent erkend, men dacht vroeger dat het na de kindertijd over zou gaan. Dit blijkt niet het geval, hoewel de symptomen wel kunnen veranderen. Naar schatting 60% van de kinderen blijft klachten houden tot in de volwassenheid. Uit onderzoek blijkt dat bij mensen met ADHD



*Altijd, altijd ben ik
elders, altijd verlangen
in mijn kop. Op zolder
wil steeds naar kelders,
en in kelders juist weer
hogerop*

Youp van het Hek

bepaalde delen van de hersenen onvoldoende glucose ontvangen en daardoor niet goed werken. Dit tekort aan glucose zou samenhangen samen met het onvoldoende aanwezig zijn van de neurotransmitters Dopamine (DA) en Norepinephrine (NE). Dopamine zou hersenstructuren activeren die verantwoordelijk zijn voor beloning of versterking van sociaal geaccepteerd gedrag, en die de lichamelijke activiteit reguleren. Norepinephrine werkt diffuser in de hersenen en zou het gevoel van 'arousal', het vermogen selectief aandacht te schenken en het gevoel van oriëntatie reguleren².

De reguliere wetenschap ziet ADHD als een neurobiologische stoornis en medicijnen zoals bijvoorbeeld Ritalin beïnvloeden de hoeveelheid en werking van deze neurotransmitters. De oplossing die gekozen wordt, is dus vooral één van medicatie, gecombineerd met gedragstherapie. Dit laatste om op gedragsniveau de patiënt te leren omgaan met de stoornis. Eventuele aanvullende psychotherapie heeft dan vooral te maken met andere emotionele problemen die als rechtstreeks gevolg van de ADHD dan wel als indirect gevolg namelijk naar aanleiding van de sociale reacties ontstaan. Te denken valt aan: niet geaccepteerd voelen, relatieproblemen, depressie. In vaktermen wordt benoemd dat er vaak sprake is van comorbiditeit, dat wil zeggen het samengaan van ADHD met andere psychische stoornissen zoals angst of depressie..

Is ADHD een stoornis?

Tot zover heb ik mij gehouden aan de gebruikelijke terminologie die van stoornis spreekt, patiënten kent en therapie noodzakelijk acht. Als coach/ therapeut met NLP en systemisch werk als achtergrond, heb ik mezelf de uitdaging gesteld

om ADHD vanuit een ander perspectief te benaderen. Om mijn ideeën te staven aan de praktijk heb ik een aantal mensen die gediagnosticeerd zijn als ADHD-er uitgenodigd om met mij te werken. Graag neem ik u mee in de wereld van mijn ideeën en bevindingen. In de loop van dit artikel zal mogelijk opvallen dat waar ADHD staat misschien tal van lichamelijke en geestelijke 'ziekten' gelezen zouden kunnen worden. Per slot van rekening is het geen nieuwe zienswijze om welke ziekte dan ook te beschouwen als een symptoom van onbalans in lichaam en geest ³. Ik heb mij beperkt tot ADHD omwille van de specificiteit en omdat anderen al veel beter algemene beschouwingen over gezondheid hebben geschreven, denk aan Deepak Chopra's Quantumgenezing.

Hoe kom je aan ADHD?

Het lijkt gevaarlijk de vraag te stellen: "hoe komt iemand aan ADHD?". Vrijwel alle literatuur beschrijft ADHD als een gegeven waar nog geen sluitend bewijs van een eenduidige oorzaak voor te vinden is. In elk geval lijkt het vooral iets dat iemand nu eenmaal heeft, en mee heeft te leren leven. Laat ik een andere meer neutrale vraag stellen: hoe worden mensen verkouden? Logisch zou je zeggen: door het verkoudheidsvirus! In een tijd dat 'iedereen' ziek is en het dus 'heerst' willen we ons nog wel eens neerleggen bij het onvermijdelijke van het ziek worden. Uit onderzoek blijkt echter dat als een verkoudheidsvirus rechtstreeks op de slijmvliezen wordt aangebracht, slechts zo'n 12% van de proefpersonen daadwerkelijk verkouden werd. Dus: het virus is niet de hoofdoorzaak, hooguit wat juristen een 'conditio sine qua non' noemen: een factor zonder welke het resultaat niet zou zijn opgetreden. En

wat maakt dat persoon A wel en persoon B niet verkouden wordt? Conditie? humeur? Wat hij vanochtend gegeten heeft? Wanneer hij het laatst seks heeft gehad? En is het misschien niet nog veel interessanter uit te zoeken hoe het komt hoe sommige mensen het presteren werkelijk elke griepgolf fluitend te doorstaan? Wie het weet mag het zeggen. Virologen zullen u dankbaar zijn!

Ooit merkte Bandler op hoe bijzonder hij het vond dat in de geestelijke gezondheidszorg artsen/therapeuten op zoek gaan hoe het komt dat iemand schizofreen wordt. Veel interessanter lijkt het hem om uit te vinden hoe mensen NIET schizofreen worden ⁴.

ADHD wordt gezien als een gevolg van een biochemische stoornis. En hoe zou het er uitzien als we de hypothese omdraaien en veronderstellen dat de biochemische processen het gevolg zijn van ADHD? Laten we eens veronderstellen dat iemands wijze van organiseren van gedachten zodanig in elkaar zit dat dit een bepaald effect heeft op het (niet) aanmaken van DA en NE. Vreemde gedachte? En kan het dan wel zo zijn dat als we gestrest zijn het hormoon cortisol aanmaken dat bijvoorbeeld ook weer invloed heeft op spijsvertering, slaap en andere lichamelijke processen. Sommige mensen krijgen last van hun maag van stress, anderen van hun darmen en weer anderen krijgen er koppijn van. En andersom: iemand die flink gesport heeft kan daardoor endorfine aangemaakt hebben en zich daardoor heerlijk high voelen. Kortom dat er een verband is tussen emoties en het ontstaan van transportstoffen accepteren we in het algemeen wel. En misschien gaat die werking veel en veel verder dan algemeen gedacht wordt.

ADHD anders bekeken

Met deze wetenschap begon bij mij de gedachte te vormen dat ook zoiets als ADHD toch te benaderen moet zijn vanuit de structuren zoals we die kennen vanuit ondermeer de NLP. De gedachte dat ADHD van tijdelijke aard kan zijn, geeft in elk geval voedingsbodem voor positieve verandering. Dit uitgangspunt heb ik ooit eens gelezen in een boek van Henriette Mol die vanuit haar werk met kinderen schreef:

"Wanneer van een kind gezegd wordt "Hij is een échte autist" zal dat kind weinig uitgedaagd worden gedragsalternatieven te ontwikkelen. Zo'n diagnose doodt praktisch ieder veranderingsalternatief van zijn begeleiders. Ideeën dat autisme aangeboren is (...) leiden eerder tot een berustende houding dan tot verandering. De gedachte 'het moet kunnen' heeft veel ontwikkelingen in gang gezet. Ideeën van vernieuwers worden soms voor gek versleten, maar als Leonardo da Vinci niet zo eigenwijs en fantasierijk was geweest, vlogen wij niet zo gemakkelijk de hele wereld rond." ⁵

Dus ben ik van alles gaan lezen en met collega's gaan discussiëren over de mogelijkheden en onmogelijkheden rondom ADHD en vooral: met een aantal mensen met ADHD aan de slag gegaan.

Wat me opviel bij het werken met cliënten (de meest werkbare term voor een artikel hoewel ik mensen in de coaching doorgaans niet zo noem) is dat de meesten van hen al enorm veel 'tikken op de neus' had gekregen. Meestal was het daarom eerst zaak gebleken om de spreekwoordelijke rugzak wat te legen. Wie net als ik ervaring heeft met het begeleiden vanuit NLP-principes weet ook dat het mogelijk is om met hele elementaire oefen-

ningen en simpele veranderingen heel veel impact te creëren. De eerste afspraken besteed ik daarom meestal aan basale zaken rondom het stabiliseren van de cliënt. Gedeeltelijk door bewustwording van eigen (lichamelijke) reacties en door interne (!) hulpbronnen te activeren. Verder merkte ik ook dat het soms nodig was om een beetje te 'ont-therapeutiseren'. Hoeveel mensen hadden zichzelf tot hun eigen onderzoeksobject gemaakt! Daardoor kwamen symptomen meer en meer centraal te staan, met minder ruimte voor uitwegen. Een belangrijke hulp was ook datgene dat ik geleerd heb vanuit het traumawerk van onder andere Peter Levine. Vrijwel iedereen met wie ik gewerkt heb, had in de vroege jeugd sterk traumatische gebeurtenissen meegemaakt. En de vraag die onder andere daardoor regelmatig bij me opkwam was: wat is ADHD en wat is bijvoorbeeld overmatig dissociëren als overle-

vingsstrategie bij trauma (of noem het significant emotionele gebeurtenis)?

Pas nadat de cliënt een bepaalde mate van stabiliteit had bereikt, ben ik mensen gaan begeleiden bij het werken met submodaliteiten en tijdlijn. Time Line Therapy draait om bewustworden van verleden / heden / toekomst en structuur. Niet onbelangrijk, als chaos, plannen en impulsiviteit items zijn!

In alle gevallen zag ik de persoon per keer groeien en vooruitlopend: een groot gedeelte van de problemen zal niet het gevolg zijn van ADHD. Misschien kunnen we de term secondary loss hier invoeren als tegenhanger van de secondary gain (ziektewinst). Onder secondary loss zou ik dan verstaan: wat heeft iemand allemaal verloren door een bepaalde klacht te hebben? En soms is de schade na twintig jaar heel groot. Ik weet nog wel van mezelf dat mijn eerste

NLP-training een enorme eye-opener was. Ook ik had al een jaar of twintig rondgelopen met het opbouwen van secundair verlies gebaseerd op een aantal etiketjes uit mijn jeugdijaren. Hele elementaire zaken in communicatie zoals 'hoe leg je contact' (rapport), 'hoe is dit voor de ander' (2e positie), mijn metaprogramma's ('goh, ik ben dus introvert!') maakten dat ik mezelf een stuk beter begreep....Terzijde: dit was ook aangenaam voor mijn omgeving.

ADHD en (gebrek aan) structuur

NLP gaat over structuur, niet over inhoud. ADHD is enerzijds inhoudelijk omdat het een diagnose is. Aan de andere kant is het 100% een structuurvraag namelijk HOE verwerkt iemand zodanig de informatie dat hij het gedrag vertoont van een ADHD-er. En HOE wijkt dat af van iemand die wel de rust en het overzicht ervaart waardoor hij bij-



voorbeeld dingen kan afmaken? Ik vermoed overigens dat iedereen bij tijd en wijle zichzelf wel herkend in de criteria voor ADHD. Alleen dat al geeft aan dat het dus een toestand is die voor sommige mensen kan komen en (belangrijker!) weer kan gaan. Het verschil waarmee je jezelf officieel ADHD-er mag noemen wordt volgens de DSM-IV indeling vooral bepaald door de mate waarin je er zelf of je omgeving last van hebt.

Doel van dit artikel is om een opzet te presenteren voor factoren die mee zouden kunnen bepalen aan het wel of niet opbouwen van ADHD. Iemand heeft 'officieel' ADHD als de kenmerken al voor het zevende levensjaar zijn ontstaan. De parallel die ik trok met de neusverkoudheid is dat er niet één soort gebeurtenis is die tot een bepaald gevolg (ziek worden) leidt maar dat verschillende mensen op verschillende manieren tot hetzelfde resultaat komen. Graven in het verleden op zoek naar één gemeenschappelijke noemer zou daarin dan niet zinvol zijn. Wat me wel zinvol lijkt is kijken wat de gemeenschappelijke structuren zouden kunnen zijn en waar die gewijzigd kunnen worden. De hypothese die ik, en ik vermoed vele anderen, in mijn werk hanteer is dat minimaal een heel groot deel van de ADHD-symptomen te verminderen is. Eén van de uitgangspunten daarbij is dat bij ADHD centraal staat dat er meer informatie bewerkt wordt dan iemand prettig vindt om goed mee te functioneren. Wat maakt dat iemand de filters zodanig ingesteld heeft dat er te weinig wegge laten, gegeneraliseerd en vervormd wordt? (vergelijk ook met HSP, iets wat veel ADHD-mensen ook bij zichzelf herkennen). Heeft de cliënt dit niet geleerd om cognitieve redenen (zoals sommige mensen de tafel van 9 nu eenmaal makkelijker

in hun hoofd krijgen dan anderen) of om emotionele redenen? Binnen NLP vooronderstellen we dat iedereen alle bronnen in zich heeft om succesvol te zijn. Laten we er dus voor het gemak vanuit gaan dat elke ADHD-er kan leren om 'beter' te filteren. Wat zouden we daarvoor moeten doen?

1. Dissociatie/ trauma

Vrijwel elke cliënt bleek in hoge mate gedissocieerd te functioneren. Dat wil zeggen niet met de aandacht in het hier en nu. Vanuit de ideeën van Peter Levine bleek werken met body awareness al een enorme verbetering te geven en een toename van de ervaren rust. Werkelijk diepgaand traumawerk bleek daar nog niet eens voor nodig al vermoed ik dat dit veel symptomen kan doen verminderen. Anders gezegd: als het systeem niet meer in een permanente vecht-vlucht respons hoeft te zitten hoeft het ook niet meer alle informatie te beoordelen alsof het van levensbelang is. Er mogen je dingen ontgaan, je mag ontspannen!

2. 1e/2e/3e positie

Voortbouwend op het vorige merkte ik een sterk ontwikkelde voorkeur voor 2e positie. Een besef hoe informatie op anderen overkomt kan heel functioneel zijn en als het je voorkeur wordt, is het hard werken om informatie altijd minstens twee keer af te wegen.

3. Time Line Therapy

In het werken met Time Line Therapy viel op dat de meeste cliënten een tijdlijn hebben die bijna te vergelijken is met een kluwen wol. Kortom op onbewust niveau wordt het concept tijd niet op een overzichtelijke manier opgeslagen, wat in mijn ogen niet verwonderlijk maakt dat plannen een lastige zaak is.

4. Doelen voelen

Vrijwel elke cliënt omschreef als belangrijkste wens 'dat het rustig wordt in mijn hoofd'. Op mijn vraag 'hoe zou het zijn als het rustig in je hoofd is?' kon vrijwel niemand eenvoudig antwoord geven. Zoals Anthony Robbins adviseerde: wil je leven als een miljonair doe dan alsof je het al bent! (kijk uit met dit advies...), ben ik mensen meer gaan associëren met hun doel. Het associëren met het gevoel van rust is een belangrijk onderdeel van de behandeling geweest. Of vanuit de NLP: de geest kent geen verschil tussen fantasie en werkelijkheid dus doe dan maar eerst alsof je je rustig voelt. Het was mooi om te zien hoe elke cliënt op zich aangenaam verwonderd was te merken dat hij/zij zich zo rustig kon voelen.

5. Hulpbronnen

Kennelijk is het nodig om bij wijze van spreke de vaart er uit te halen zodat iemand niet meer alles op hoeft te nemen. Voorbeelden om dat te versterken is om met hulpbronnen te werken (eventueel gecombineerd met een familie-opstelling), een visual squash te doen met rust/onrust of de beperkende overtuigingen die de basis vormen voor het aldoor maar door gaan wegnemen. In deze context werden bijvoorbeeld als beperkende overtuigingen genoemd: als ik niet bezig ben dan doe ik nooit meer wat, als ik niet nadenk dat blijft er niets meer over, ik mag geen fouten maken, ik moet alle opties openhouden want stel dat ik de verkeerde keuze maak.

6. Familie dynamiek

Een gemeenschappelijke factor in het perspectief van familie-opstellingen heb ik nog niet gevonden. Mogelijk dat ook hier iets vergelijkbaars speelt. Zoals

Hellinger een verband legt tussen autisme en dood, zou hier iets vergelijkbaars kunnen spelen. In elk geval is een centraal thema elke keer weer het niet in het hier en nu kunnen zijn. Wie ruime ervaring heeft in dit opzicht nodig ik uit om de kennis met andere geïnteresseerden te delen.

Wetenschappelijk?

Om een erkend wetenschappelijk onderzoek te doen naar de mogelijke positieve invloeden op ADHD zou ik me kunnen voorstellen met minstens 50 mensen te gaan werken. Deze mensen allemaal dezelfde behandeling te laten ondergaan, ze bijvoorbeeld allemaal een MBTI-test te laten doen, ze allen hun eigen tijdlijn te laten uittekenen, ze allemaal hun overtuigingen uit te vragen etc. Behalve organisatorisch bewerkelijk, is dit inhoudelijk al niet mogelijk. Immers: het is niet mogelijk om niet te veranderen, laat staan iedereen dezelfde prikkel tot verandering te geven. Enkel door het onderzoek ontstaat er bijvoorbeeld al verandering, alleen al het bewust worden van het feit dat er een tijdlijn bestaat is voor sommige mensen een aardverschuiving in mentaal opzicht gebleken. Overigens zou deze stelling voor erkend onderzoek met bijvoorbeeld medicatie dezelfde kritiek mogen ontvangen. Welk effect heeft het medicijn en welke andere factoren zijn beïnvloed door het verstrekken van het medicijn? Wat placebo genoemd wordt ligt misschien nog wel dichterbij het begrip synchroniciteit dan je op het eerste oog zou denken!

Conclusie : Als je denkt dat je het kan...

In NLP termen zouden we stellen dat iemand met ADHD zijn filters erg ruim heeft afgesteld. Er komt meer informatie binnen dan mogelijk is om te verwerken op zodanige wijze dat iemand zich daar prettig bij voelt. Er wordt onvoldoende gegeneraliseerd en weggelaten. Als je op deze wijze naar ADHD kijkt, ontstaan er mogelijkheden tot aanpassing. Vanuit de traditionele benadering wordt vooral op niveau van omgeving en gedrag gewerkt (timers zetten, agenda-beheer etc.) omdat 'er niets aan te doen is'. Als je kijkt naar niveau van overtuigen, identiteit en doel blijkt er nog heel veel winst te halen. Daarbij zal ieder inhoudelijk een andere verhaal hebben 'hoe het zo gekomen is'. En in termen van structuur kunnen we veel doen met bekende interventies zoals hulpbronnen activeren, beperkende overtuigingen opruimen, associëren met doelen etc. Met Koen heb ik een ruim aantal keren gewerkt aan zaken als tijdlijn, associëren/ dissociëren en ik heb een aantal opstellingen met hulpbronnen gedaan. We hebben nog zeker wat werk te doen, en zoals elke cliënt bepaalt ook hij zelf hoever hij daarin wil gaan. En niet alleen voor hem geldt: als je denkt dat ADHD niet over gaat heb je gelijk, als je denkt dat het wel overgaat heb je ook gelijk!

CATHELIJNE WILDERVANCK HEEFT NA HAAR STUDIE FISCAAL EN CIVIEL RECHT DE OMMEZWAAI GEMAAKT NAAR MEER MENS-GERICHTE BENADERINGEN. ALS TRAINER EN COACH IS ZIJ WERKZAAM BIJ DE EERSTE VERDIEPING, ORGANISATIE VOOR TRAINING COACHING EN ADVIES IN ZWETH.

Meer info: www.1e-verdieping.nl
www.wildervanck.nl

1. DSM-IV staat voor *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition*. Hierin staat een classificatie van diagnostische criteria voor de meeste mentale (=psychiatrische) ziekten en gebreken d.m.v. een omschrijving van alle waarneembare (ziekte-)symptomen. Elke ziekte krijgt een nummer en ADHD kreeg 314.xx. De "xx" staat voor de verschillende vormen:

00 - overwegend onoplettend;
01 - overwegend hyperactief-impulsief en

1 - gecombineerd type.

De DSM-IV "diagnose" is inmiddels een van de belangrijkste criteria geworden, die in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg wordt gebruikt.

2. bron: Wikipedia

3. De constatering dat ziekte een uiting is van een onbalans in welke vorm dan ook maakt, zo heb ik gemerkt, mensen nogal eens boos. Ze stellen dit gelijk met dat het dan 'je eigen schuld' is en dat je er als met een toverstaf iets aan kan doen. Dat is niet wat ik, en velen met mij, mee willen uitdrukken.

4. Hoe haal je wat in je hoofd, p. 22

5. bron: NisPel Spelenderwijs NLP-en met kinderen. Drs. Henriette Mol

ADHD: Alle Dagen Heel Druk (beschouwingen van een NLP-psychiater)

Voorgaand artikel van Cathelijne Wildervanck over ADHD en NLP is uitdagend. Het zet je aan het denken over een aantal Heilige Huisjes in de GGZ. Want de gezondheidszorg in Nederland ligt onder vuur. Helaas niet zozeer inhoudelijk maar vooral omdat we ons druk moeten maken over dat er dit jaar weer eens heel veel geld bij de GGZ moet en de overschotten vorig jaar al uitgegeven zijn aan ICT.

Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ) in Nederland is een almaar uitdijend gewzel van door fusies steeds groter worden de instituten, die helaas weinig meer van doen hebben met steeds meer uitdijende kolossen van steeds groter wordende ziekenhuizen. Dus als je een ontstoken knie hebt dan ga je naar het gewone ziekenhuis; heb je ADHD dan ga je naar een GGZ instelling. Hoewel, door de wachtlijsten bij de GGZ behandelen steeds meer kinderartsen - in de gewone ziekenhuizen! - ook ADHD-kinderen. Voor de GGZ is ADHD een kwestie van eerst de diagnose stellen en dan gaan behandelen. De diagnose wordt vastgesteld aan de hand van interviews over de voorgeschiedenis en het klachtenpatroon en dan kiest het team voor de diagnose ADHD en dat komt in de ontslagbrief. Omdat er GGZ boven aan de brief staat, is de ziekte of handicap daarmee een vast staand feit geworden en zo'n diagnose kan je je leven lang blijven achtervolgen.

Behandelen van ADHD betekent meestal tabletten voorgeschreven krijgen: ritalin, concerta of strattera. En als dat niet voldoende helpt, weer andere pillen die dempen (angsten ook!), de stemming verbeteren (antidepressiva) of nog wat anders: slaapmiddelen, neuroleptica (tegen de psychose) enzo. Omdat deze strategie gewoonte is geworden bij kinderen wordt deze nu ook steeds meer toegepast bij volwassenen: ADHD? Dan een maandelijks recept voor de medicatie!

Het is daarom zo verfrissend om Cathelijne's reactie te lezen op de klacht van de patiënt /cliënt: "Het is zo druk in mijn hoofd".

Binnen de GGZ behandelteams zou de reactie zijn: "dan moeten we de medicatie bijstellen". De cognitie dus: "druk in het hoofd" is een gevolg van teveel/te weinig lichaamseigen stoffjes in je hersenen en met biochemisch ingrijpen gaan we het evenwicht daar weer herstellen. Dankzij ritalin/concerta / strattera zijn dan dus de ADHD symptomen geëlimineerd!

Robert Dilts stelt in de structuur van de neurologische niveaus dat het oplossen van een probleem op het ene niveau het beste gaat door er op hoger niveau aan te gaan werken. Als ADHD een probleem is op identiteitsniveau ("ik ben behept met ADHD en ADHD beheerst mijn leven") dan is

het sleutelen daaraan op omgevingsfactoren (een pilletje met een werkzame stof) wellicht toch niet zo effectief als dat je op het niveau van "Missie" met de cliënt gaat werken. En dat doet Cathelijne met de vraag "hoe zou het voor jou zijn als het rustig in je hoofd is?". Cognitie: je kunt er voor kiezen om het heel druk in je hoofd te hebben en je kunt er voor kiezen om minder gedachten/gevoelens/beelden enzovoorts tegelijk te willen ervaren. Wat daarmee gebeurt, is dat de cliënt gaat werken aan eigen autonomie in plaats van afhankelijk gemaakt te worden van anderen, de pillen, de GGZ medewerker, de ADHD diagnose die je veroordeelt om levenslang ADHD-er te blijven! (Uiteraard heeft ADHD ook op de andere neurologische niveaus z'n impact, het voert in deze context te ver om dit helemaal uit te werken).

De GGZ is de laatste tien jaren toenemend gaan bezuinigen op "psychotherapie" omdat "marktgerichte hulpverlening" en "kosteneffectieve transparantie" opgedrongen werd door overheid en ziektekosten- verzekeraars. Psychotherapie of NLP gaan over communicatie met jezelf en met anderen, dus over de kwaliteit van leven. Een recept voorschrijven is uiteraard veel meer kostenbesparend, waar tijd voor geld staat.

Een artikel als dat van Cathelijne wens ik toe om gepubliceerd te worden in vaktijdschriften van psychologen en psychiaters. Een aanpak als die van Cathelijne zou ik graag in discussie willen zien gebracht onder GGZ medewerkers zodat er serieus gewerkt gaat worden aan een verbetering van het leven van iedere ADHD cliënt/patiënt.

Natuurlijk hoeven we hierbij de "pillen" niet in de ban te doen. Ze zijn een hulpmiddel naast het "praten". Misschien is het dan ook nog zo dat met deze duale aanpak de kosten voor de gezondheidszorg juist gaan afnemen. In elk geval geven we dan de ADHD cliënten meer mogelijkheden om te werken aan een verbetering van hun eigen kwaliteit van leven, mogelijk zelfs werken aan beter worden!

Frederik van Meeteren
Psychiater en psychotherapeut
Kinder- en jeugdpsychiater

info:
meeteren@home.nl