

De moestuin

Een gedragstherapeutische groep voor AD(H)D'ers

Esther Boucher (e.boucher@uva.nl) is cognitief gedragstherapeut en werkt als studentepsycholoog/coördinator.

‘Mijn college ging niet door vandaag, dus ben ik de groep ook vergeten.’
‘Dublin leek ons opeens zo leuk, dus wij zijn donderdag even op en neer gegaan.’
‘Nu heb ik een agenda en daar zet ik alles in, maar ik vergeet om erin te kijken.’
‘Mijn moeder is met vakantie, dus ik ben mijn hele ritme kwijt.’

Wie werkt met AD(H)D'ers zal bovengestane uitspraken zeer herkenbaar vinden, net als datgene wat eruit spreekt: de impulsiviteit, het gebrek aan structuur en organisatievermogen, het vermogen vaardigheden aan te leren maar er geen vervolg aan kunnen geven, de machteloosheid en de onzelfstandigheid.

Context

In 2008/2009 ontstaat er een toename in aanmeldingen van studenten met de diagnose AD(H)D en studenten die dit bij zichzelf vermoeden. Deze toename gaat gelijk op met een grotere maatschappelijke aandacht voor volwassenen met AD(H)D. Gezien de vermeende complexiteit en hardnekkigheid van de stoornis verwijzen wij tot dusver bijna standaard naar de ggz.

Immers, ons kortdurende aanbod zal niet in de hulpvraag van deze studenten kunnen voorzien.

De vraag om specifieke begeleiding blijft groeien, zowel bij studenten als bij student-begeleiders. Wij werken vraaggestuurd en willen meevibreren met de behoefte van onze klanten. Er zijn financiële mogelijkheden binnen het potje ‘studeren met een functiebeperking’. We besluiten van daaruit de mogelijkheden te onderzoeken.

Het onderzoek leidt ons naar PsyQ, vooruitstrevend als het gaat om behandeling van volwassenen met AD(H)D. En inderdaad blijkt AD(H)D een hardnekkige stoornis die veel negatieve consequenties kan hebben op een breed scala van leefgebieden zoals studie, werk en relaties. Ook kent de stoornis veel comorbiditeit zoals (faal)angst, depressie en middelengebruik (Kooij, 2002). Het wordt ons tevens duidelijk dat de ggz goede diagnostiek- en behandelingsmogelijkheden biedt.

Ook gaan wij op zoek in eigen huis, bij de Faculteit Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Er vindt daar onderzoek plaats naar cognitief gedragstherapeutische behandeling van jongeren met AD(H)D. De onderzoeksleider verzoekt en adviseert ons

een *evidence based* gedragstherapeutisch programma uit te voeren (Safren, 2005). Dit programma is ontwikkeld in het Massachusetts General Hospital (Harvard Medical School). Men gaat uit van een cognitief gedragstherapeutisch model waarin een neuropsychiatrisch probleem op het gebied van aandacht, inhibitie en zelfregulering centraal staat. Daaruit komt een gebrek aan copingstrategieën voort op het gebied van organiseren, plannen en aanpak van vermijdingsgedrag en afleidbaarheid. Beide leiden tot problemen als falen en onderpresteren. Dit veroorzaakt negatieve gedachten en opvattingen. Deze hebben op hun beurt stemmingsproblemen tot gevolg. Achtereenvolgens richt het programma zich op plannen/organiseren, afleidbaarheid verminderen, cognitieve training en facultatief op uitstelgedrag. Wij besluiten dit programma te gebruiken in een pilot waarin wij kiezen voor individuele behandeling. Die blijkt erg onbevredigend, vooral vanwege de hoge no show. Het jaar daarop besluiten we tot een nieuwe pilot: het uitvoeren van hetzelfde programma maar dan in een groep. Waar er dan een niet komt opdagen, zijn er altijd nog genoeg anderen aanwezig.

Taakstructuur

De groep kan het beste aangeduid worden als een groepsgedragstherapie en nog specifiekere als een gedragstherapeutische werkgroep (Koch, 1993). Kenmerk daarvan is de probleem- of klachtgerichte oriëntatie en de nadrukkelijke doelgerichtheid. Doel

is de cliënt zo vertrouwd te maken met verschillende gedragstherapeutisch interventies dat hij die na de groep zelf zal kunnen toepassen. Vaak wordt gebruikgemaakt van psycho-educatie. Belangrijke factor is onderlinge steun en herkenning.

Het specifieke probleemgebied waar deze groep zich op richt is ADHD of ADD en de daaruit voortkomende last in de studie. Het gaat steeds om concentratiegebrek, de korte spanningsboog, planningsproblemen en uitstelgedrag. Ook in de studiemethode kan soms sprake zijn van aan AD(H)D-gelieerde problemen zoals het te veel ingaan op een detail of juist blijven steken in grote lijnen. Als comorbide klacht treffen wij vooral faalangst, negatief zelfbeeld en depressieve klachten.

Voorwaarden voor deelname zijn een recentelijk (tot maximaal drie jaar geleden) gestelde diagnose en een gevolgde behandeling in de ggz gericht op het verbeteren van de executieve vaardigheden. Van die laatste regel wijken we wel eens af. Vaak hebben studenten dan wel een behandeling gehad maar is die voornamelijk gericht geweest op medicatie-instelling, de impact van de diagnose of op de comorbide verschijnselen.

Doel van de groep is studenten te leren structureren en agenderen, de concentratie te verbeteren, prioriteiten te stellen en uitstelgedrag en (impulsief) studievermijndend gedrag in te perken. Doel is natuurlijk ook de studievoortgang te verbeteren en, om het populair te zeggen, er uit te laten komen wat erin zit. Interventies zijn vooral psycho-educatie, vaardigheden aanleren,

oefenen en verstevigen, herhaling en beloning van gewenst gedrag.

Uit het programma van Safren selecteren wij de hoofdstukken die te maken hebben met bovenstaande doelen. De theorie en de opdrachten zijn simpel en doeltreffend. De opdrachten en uitgangspunten zijn helder en geven veel houvast. Bovendien kent het programma een duidelijke opbouw en veel herhaling.

De groep kent twee duidelijk van elkaar te onderscheiden fasen. De eerste fase bestaat uit vijf bijeenkomsten met behandeling van vijf hoofdstukken uit het programma van Safren. Deelnemers krijgen uitleg over de vaardigheden en doen in de sessie een oefening. Dit kan zijn een grote taak verdelen in subtaken of taken van een eigen takenlijst scoren op prioriteit.

Daarna zijn er zo'n veertig wekelijkse bijeenkomsten die samen ongeveer een studiejaar beslaan. In de bijeenkomsten maken deelnemers een weekplanning en evalueren we gezamenlijk de planning van de afgelopen week. Successen en mislukkingen worden geanalyseerd. Daarbij wordt teruggegrepen op de eerder geleerde vaardigheden. Is de agenda een paar dagen niet ingezien? Is de takenlijst niet goed bijgehouden? Waren de prioriteiten niet goed gesteld? Waren de taken te groot? Wat heeft gemaakt dat de agenda wel dagelijks is gebruikt?

We kiezen voor een half gesloten groep. Twee keer per jaar, bij de start van een semester, bieden we de eerste fase aan. Op het moment dat de tweede groep in de tweede fase komt, opereert de eerste groep

daar al een aantal maanden in. De twee groepen worden op dat moment samengevoegd. Het minimum aantal deelnemers wordt gesteld op vier en het maximum op tien. Eén therapeut begeleidt de groep.

Groepsdynamiek

In een gedragstherapeutische werkgroep zijn er voor de therapeut drie fundamentele taken; ten eerste het vormen en in stand houden van de groep, ten tweede cultuurvorming door het stellen van normen en het bekrachtigen van gewenst gedrag en ten derde dient de therapeut de aandacht te houden bij het hier en nu.

Vooral de eerste en laatste taak binnen een groep AD(H)D'ers vragen om een doorgewinterde therapeut. Het in stand houden van de groep wordt ernstig bemoeilijkt door de symptomen en door de comorbide klachten, vooral de depressieve klachten. Vaak beginnen studenten enthousiast. De eerste vijf sessies kennen een hoge aanwezigheid. Daarna steekt de stoornis herkenbaar de kop op. Deelnemers vergeten vaak de sessie, het huiswerk en melding van afwezigheid. De herhaling is noodzakelijk maar maakt dat ze zich gaan vervelen. Als het even beter met ze gaat, besluiten ze redelijk impulsief dat ze de groep niet langer nodig hebben. Een besluit waar ze vaak binnen twee weken weer op terug komen. Het komt nogal eens voor dat deelnemers wegblijven zonder zich af te melden en zonder te reageren op verzoeken om te laten weten wat er aan de hand is. Via groepsgenoten horen we soms dat het gaat

om somberheid. Ook vernemen we soms, veel later weliswaar, dat het beter met ze is gegaan en dat de groep niet langer nodig was. Als therapeut is het belangrijk dit te attribueren daar waar het hoort: bij de stoornis. Voor medegroepsleden behoort dit niet altijd tot de mogelijkheden. Ze zijn vaak teleurgesteld in elkaar en voelen zich in de steek gelaten.

Voor het houden van de aandacht bij het hier en nu is behoorlijk wat vasthoudendheid nodig. Deelnemers springen van de hak op de tak of dromen weg.

De groep bestaat uit een mix van lesgeven en groepsleden op elkaar betrekken. Herkennen de deelnemers de problemen bij elkaar? Hoe hebben zij een dergelijk probleem eerder opgelost? Wat valt hen op in het verhaal van de ander? Wat wensen ze de ander toe? Begonnen wordt altijd met bespreken van de week in tweetallen. Daarbij valt op hoe moeilijk het is voor de deelnemers om te focussen op het gespreksonderwerp. De essentie van die besprekingen wordt plenair besproken. In deze besprekingen valt een verschil op tussen degenen met ADHD en degenen met ADD. De ADHD'ers spreken gemakkelijk over zichzelf in boude bewoordingen. Hun kritiek op de medegroepsleden is vaak ongezoeten. De ADD'ers daarentegen moeten persoonlijk aangesproken worden om over zichzelf te praten of op een ander te reflecteren. Ze raken gemakkelijk ondergesneeuwd door het verbale mitrailleurvuur en de impulsiviteit van de ADHD'ers. Beide groepen komen overeen in de neiging zich te richten op een detail uit het ver-

haal waarop ze lang door kunnen voortborduren. Of ze missen juist de details en spreken in abstractie. Concentreren op een wat langer verhaal van een ander kost veel moeite.

Het samenvoegen van de twee groepen leidt tot rolverwarring. Groepsrollen vragen om herdefiniëring. Wie is nu die leuke drukke of juist de stilste? Wie neemt het meeste initiatief? Wie is degene die zo goed door kan vragen? Voor sommigen wordt de groep te groot. Ze raken ondergesneeuwd. Daarnaast is er opnieuw gelegenheid tot herkenning en spiegeling.

Reflectie

Als therapeut moet je behoorlijk stevig in je schoenen staan en het doel van de bijeenkomst en van de leerprocessen goed in het vizier houden. Deelnemers geven in de beginfase aan erg veel te hebben aan de herkenning bij elkaar. Het gaat dan om de onevenredige moeite die het studeren kost, om de kracht van de stoornis en de impact ervan, het onbegrip en de vele negatieve opmerkingen uit de omgeving. Zichtbaar knappen ze daarvan op. Ze zouden daar eindeloos mee door kunnen gaan. Mogelijk vermijden ze daarmee ook het moeilijke van het veranderen van gedrag. Dat is toch het doel van de groep. Door te bespreken wat de rol is van de vermijding komen vaak de diepere oorzaken ter sprake. Dat kunnen vele mislukkingen zijn, de grote angst dat het nooit zal gaan lukken, de somberheid en wanhoop die dat veroorzaakt. Soms speelt de angst dat ook deze groep niet zal gaan

helpen en de vrees van het verlies van de positieve kanten van de stoornis. Bij de ADHD'ers gaat dit om zaken als de dynamische levensstijl, de daaruit voortvloeiende populariteit in de peergroep en creativiteit. Bij al die gevoelens wordt (kort) stilgestaan. Deelnemers worden gestimuleerd om juist deze gevoelens te ervaren om daarmee in te zien dat behalve de stoornis ook dat is wat dagelijks belemmert in de studie.

Diane meldt zich met ADHD-klachten en scriptieproblemen. In de groep is ze actief. Ze komt dan wel onveranderlijk te laat maar is altijd aanwezig. Ze vertelt vrijuit over zichzelf en kan onbevangen nieuwsgierig en kritisch op anderen reageren. Haar motivatie om te veranderen is groot, net als haar inspanning om de overige groepsleden tot verandering te brengen. Tegen het eind van groep stapt ze – op tijd! – de groepsruimte binnen en vertelt triomfantelijk dat ze dé oplossing voor haar probleem heeft gevonden: een moestuin! De groep en ook de therapeut reageren verbaasd. Is dit een nieuwe afleidingsstrategie? Maar dan legt ze uit wat de moestuin voor haar betekent: gestructureerde aandacht geven op gezette tijden, wieden, zaaien, planten, oogsten en natuurlijk water geven en bemesten. Zonder structuur en aandacht immers zal haar moestuin niets opleveren. Die structuur en aandacht, weet ze zeker, zal ze mee kunnen nemen naar haar studie.

Literatuur

Kooij, J.J.S. (2002). *ADHD bij volwassenen*. Amsterdam: Pearson.

Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S. & Otto, M.W. (2005). *Behandelgids ADHD bij volwassenen, therapeutenhandleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Safren, S.A., Sprich, S., Perlman, C.A. & Otto M.W. (2005). *Behandelgids ADHD bij volwassenen, cliëntenwerkboek*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Koch, E.J. (1993). De gedragstherapiegroep. In M.P. Boelen et al. (red.), *Handboek Groepspsychotherapie*, A3. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu van Loghum.