ADHD: HOE HAAL JE HET *UÍT* JE HOOFD?

Cathelijne Wildervanck

ADHD Hoe haal je het *uít* je hoofd?

scriptum psychologie

Eerste druk, oktober 2009
Tweede druk, juli 2010
Derde druk, september 2011
Vierde herziene druk, juni 2013
Vijfde druk, september 2014
Zesde herziene druk, februari 2017
Zevende herziene druk, oktober 2019

Copyright © 2009, 2013, 2017 , 2019 Cathelijne Wildervanck
Copyright foto cover © Getty Images
Copyright auteursportret cover © Gerard-Jan Vlekke www.gerardjanvlekke.nl
Grafische vormgeving binnenwerk en cover www.igraph.be

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd in enige
vorm of op enige wijze zonder schriftelijke toestemming, met
uitzondering van korte citaten als onderdeel van kritieken
en boekbesprekingen.

ISBN 978 90 5594 277 0 | NUR 770 Psychologie Algemeen

www.scriptum.nl

INHOUD

VOORWOORD 7
INLEIDING Weer een boek over ADHD? 10

DEEL 1

1 Over ADHD en ADD 15
2 AD(H)D, een begin 20
3 Aansturing van gedrag 30
4 Je brein een black box? 40
5 Het is zo vol in mijn hoofd. Zeven ± twee 49
6 De chemische fabriek: stof tot nadenken 70
7 Basistypologieën 84

DEEL 2

8 ADHD: hoe haal je het uit je hoofd? 97
9 Gevolgschade 110
10 Inzicht in je communicatie 129
11 AD(H)D natuurlijk 160
12 AD(H)D en werk 174
13 Kan ik dit zelf, of: hoe vind ik goede begeleiding? 177

TOT SLOT 185

VOORWOORD

Mensen stellen me nogal eens de vraag: wat heb jij met ADHD? Ik ben namelijk oprichter en directeur van ADHD-centrum Nederland, en van ADHD & Werk, en daardoor rijst het vermoeden dat ik zelf vast ook wel 'iets met ADHD heb'. Ik antwoord meestal dat ik tot dit specialisme ben gekomen door een beetje toeval en een flinke dosis eigenwijsheid. Persoonlijk houd ik namelijk niet zo van onmogelijkheden en van voldongen feiten. Waarschijnlijk was ik als kind al niet erg ontvankelijk voor de uitspraak: 'Omdat ik het zeg!' Dingen zijn niet zo omdat iemand het zegt. Dingen zijn voor mij ook niet zo omdat het tegendeel nog niet bewezen is. Ik zoek en kijk graag verder en houd dus niet zo van 'kan niet'. Wat dat betreft heb ik de ontwikkeling van de wetenschap aan mijn kant. Immers, in de wetenschap ontdekt men ook steeds weer dat vorige ontdekkingen tóch niet helemaal waar zijn of dat onmogelijke dingen toch wél blijken te kunnen. En zo ontwikkelt onze kennis van de wereld zich steeds verder. De Amerikaanse wetenschapsfilosoof Thomas Kuhn (1922) ontwikkelde op basis hiervan zijn paradigmatheorie. Een paradigma is een set van denkbeelden en modellen die je zienswijze bepaalt. Alles wat we ervaren, interpreteren we dan binnen het kader van dit model. Maar wanneer er te vaak iets gebeurt wat niet meer logisch binnen deze zienswijze past, dan brokkelt het paradigma af. Het gaat er volgens Kuhn niet meer om wat wel en niet waar is, het gaat er om

wat we voorlopig voor waar aannemen. Volgens Kuhn is er geen onafhankelijk criterium voor (wetenschappelijke) kennis. Het is hooguit gebaseerd op een gemeenschappelijke overtuiging *for the time being*. Pas wanneer er te veel bevindingen zijn die de bestaande gemeenschappelijke visie ontkrachten, wordt het tijd er eens 'heel anders' tegen aan te gaan kijken. Een paradigmawisseling zogezegd.

Overigens is een paradigmawisseling niet voorbehouden aan de wetenschap alleen. Vrijwel iedereen heeft in zijn leven wel iets meegemaakt dat zodanig vernieuwend was dat oude opvattingen niet meer konden voortbestaan.

Wanneer jouw set van denkbeelden en modellen onder meer bestaat uit de overtuiging dat een ziekte ongeneselijk is en per definitie tot beperkingen zal leiden, dan zul je dus veel gebeurtenissen interpreteren binnen dit paradigma. Een voorbeeld van zulk beperkend denken: toen de telefoon werd uitgevonden, leek de mensen dit een handige uitvinding want dan kon je bellen om door te geven dat er een telegram aankwam. Als je ervan uitgaat dat ADHD gepaard gaat met een aantal tekortkomingen en problemen, die iemands mogelijkheden beperkt maken, dan denk je vanuit een blijvend ziektemodel. Dat is een paradigma dat leidt tot steeds dieper inzoomen op de oorzaak van het probleem. Dit soort algemeen geaccepteerde opvattingen dagen weinig uit tot het verleggen van grenzen. Het leidt soms ook tot het steeds meer dicht doen van spreekwoordelijke deuren (we gaan niet naar Duinrell want dat zijn te veel prikkels voor onze kinderen. Of: een carrière is voor mij niet weggelegd, ik neem wel genoegen met een baantje). Maar gelukkig zijn er steeds weer mensen die zich op een bepaald terrein afvragen: hoe zou dit misschien wél kunnen? Hier hebben we immers de gloeilamp, vliegtuigen en antibiotica aan te danken, om maar eens enkele klassiekers te noemen.

Ik ben mijn 'ADHD-carrière' begonnen omdat ik de uitgedeelde etiketjes niet begreep. Voor mij klopten de hokjes niet waar cliënten

met wie ik werkte ingestopt werden. En dus ging ik aan de slag met ze vanuit de gedachte dat mensen met ADHD net zozeer als andere mensen succesvol kunnen functioneren. Niet ondanks een handicap, maar zónder de handicap.

Dit boek is geen verzameling nieuwe wetten en modellen die het oude paradigma van ADHD als stoornis moet vervangen. Dat zou immers van de arrogantie getuigen dat dit boek wel een blijvend denkraam biedt. Maar uit de reacties die ik de afgelopen jaren op mijn boek heb gekregen, kan ik wel afleiden dat dit boek wezenlijk iets toevoegt voor veel mensen. Bijvoorbeeld hoop dat je met ADHD of ADD niet veroordeeld bent tot stomme lijstjes, beperkingen en je aanpassen. De meeste oplossingen die voor mensen met ADHD/ADD aangedragen worden, vallen in de categorie 'ja dat had ik zelf ook wel kunnen bedenken'. Dus ik bied geen tips, regels en oplossingen. Wel een andere manier om naar jezelf te kijken. En wellicht om jezelf daarmee meer te gaan waarderen. Want, en nu loop ik op zaken vooruit, de meeste mensen blijken meer last te hebben van de onzekerheid, het gevoel van uitsluiting, de frustratie en andere 'gevolgschade' dan van de oorspronkelijke kenmerken die bij ADHD horen. Je bent meer dan je ADHD, dat geldt in alle opzichten en ik wens je veel plezier bij het (her)ontdekken daarvan.

Cathelijne Wildervanck,
maart 2017

WWW.ADHD-NEDERLAND.NL

INLEIDING
Weer een boek over ADHD?

Vraag een willekeurig iemand wat hij weet van AD(H)D* en de kans dat je stereotypen zult horen is groot. Veel mensen denken bij ADHD aan stuiterende kinderen. Veel mensen denken ook aan de kreet 'reinheid, rust en regelmaat'. Dit boek gaat niet specifiek over kinderen en het gaat ook niet over rust en structuur. Dit boek gaat over een benadering die kijkt naar wat er mogelijk is met AD(H)D, wat je meer bent dan een diagnose en hoe je (weer) kunt leven vanuit mogelijkheden. Veel benaderingen van AD(H)D gaan uit van beperkingen, van wat iemand met AD(H)D niet zou kunnen. Dit boek gaat uit van de gedachte dat je met AD(H)D niet voor de rest van je leven bent veroordeeld tot te laat komen en warrig in je hoofd zijn. Dit boek is een verkenning van wat er mogelijk is wanneer je ánders naar AD(H)D gaat kijken. Zodat je niet een leven tegemoet hoeft te gaan van beperkingen, opgelegde rust en regelmaat en functioneren binnen hokjes waar je misschien nooit wérkelijk in zult passen. Dit boek is namelijk geschreven vanuit de gedachte dat je vaak wél de dingen kunt leren en bereiken waarvan velen zeggen dat dit buiten je bereik ligt omdat je AD(H)D hebt…

---

* In dit boek zal steeds wanneer er over ADHD en ADD geschreven wordt, de notatie AD(H)D gebruikt worden tenzij er specifiek een van de twee vormen bedoeld wordt.

Dit boek richt zich op iedereen die persoonlijk of professioneel te maken heeft met AD(H)D en belangstellend is naar een vernieuwende visie. Denk daarbij aan mensen met AD(H)D, familie van mensen met AD(H)D, psychiaters, psychologen en allerlei andere begeleiders. In elk geval richt het boek zich op ieder die zich afvraagt of er meer mogelijk is dan medicatie en gedragstherapie, en hoe het zou zijn als je zou uitgaan van meer mogelijkheden bij AD(H)D. De oefeningen die in het boek staan, dienen veelal ter illustratie en zijn goed bruikbaar voor mensen met AD(H)D terwijl ook andere lezers veel van de oefeningen als ervaring kunnen meenemen. Zelfs wanneer zij geen AD(H)D hebben. Het lezen van dit boek vervangt echter niet hetgeen goede coaching voor iemand kan betekenen. Net zo min als je autorijden uit een boek leert, de magie van een film ervaart wanneer iemand erover vertelt of dat je viool leert spelen door het bekijken van een dvd. Maar wel kan het je triggeren om anders te gaan kijken, met alle mogelijke effecten van dien.

Dit boek is ontstaan vanuit de werkwijze die ADHD-centrum Nederland en ADHD & Werk toepassen. Dit zijn twee organisaties die werken vanuit het gedachtegoed zoals het in dit boek beschreven staat. Veel mensen met AD(H)D, zo blijkt in onze praktijk, kunnen best keuzen maken en veranderingen doorvoeren die maken dat klachten verdwijnen. Stel dat er dan een deel overblijft dat inderdaad niet te genezen zou zijn, dan nog tekenen de meeste mensen graag voor deze aanpak. Hoe AD(H)D ontstaat en of het aangeboren is of niet, doet in onze visie eigenlijk niet zo ter zake. Veel interessanter is hoe het al zo velen gelukt is om de klachten die samengingen met AD(H)D te verminderen en er succesvol mee te zijn. In dit boek gaan we niet uit van de drie-eenheid 'reinheid, rust en regelmaat' als de weg om AD(H)D hanteerbaar te maken. Voor een aantal mensen met AD(H)D is dit namelijk een schijnoplossing, die maakt dat je beter doet wat de wereld van je verwacht zonder dat je er zelf echt gelukki-

ger of productiever van wordt. Ik zal onderbouwen waarom structuur en rust lang niet altijd een duurzame oplossing biedt, en zeker niet voor iedereen. Alleen al om die reden is dit boek niet standaard en is onze aanpak voor veel mensen verrassend. Dit boek is geschreven vanuit de ambitie nog meer mensen toegang te verschaffen tot dit gedachtegoed en deze benadering. Daarmee is dit boek niet de zevenklapper die AD(H)D direct uit de wereld bant. Het is een begin, dat je hopelijk aanzet tot meer. Voetballen leer je niet alleen door het op tv te bekijken maar het zien van een goede wedstrijd kan wel inspiratie geven om zelf (weer) te gaan trainen.

DEEL 1

1 | *Over ADHD en ADD*

ADHD is een afkorting van Attention Deficit Hyperactivity Disorder en ADD staat voor Attention Deficit Disorder. ADD is dus kort gezegd ADHD zonder de hyperactivity. AD(H)D werd vooral bij kinderen geconstateerd en de inzichten van de laatste jaren zijn dat AD(H)D lang niet altijd als vanzelf overgaat. Het aantal mensen dat gediagnosticeerd is met een van deze twee 'stoornissen' neemt toe en pas recent is bekend geworden dat AD(H)D iets is dat niet na de kindertijd overgaat maar juist vaak bij volwassenen ook aanwezig blijft. Zo zijn er op dit moment veel volwassenen die door het gedrag van hun kind bij zichzelf te rade gaan en zich realiseren dat ze misschien zelf wel AD(H)D hebben. Met als gevolg dat er vaak veel puzzelstukjes uit het verleden op hun plaats vallen. Ik noem dat ook wel 'tweede generatie AD(H)D'.

ADHD en ADD zijn verzamelnamen voor een bepaald type afwijking in gedrag, waarvan aannemelijk is dat dat ontstaat als een gevolg van een afwijking in je hersenen. Deze afwijkingen worden veroorzaakt door een tekort aan bepaalde neurotransmitters, de transportstoffen tussen zenuwcellen. Dit tekort maakt dat iemand erg druk en ongeconcentreerd kan zijn. De oplossing wordt meestal gezocht in medicatie aangevuld met bijvoorbeeld gedragstherapie. Deze laatste richt zich dan op het leren van een aantal vaardigheden die voor mensen met AD(H)D lastig zijn zoals plannen, dingen afmaken en je hoofd ergens bijhouden.

AD(H)D is vanuit de psychiatrie geredeneerd een stoornis en dus een afwijking van normaal. Veel mensen focussen vooral op de stoor-

niskant wanneer er een diagnose gesteld is door een arts, psychiater of psycholoog. De afwijking van normaal, de problemen, en wat er níet kan, wegen vaak het zwaarste. Een diagnose die vaak eerst vooral opluchting en duidelijkheid geeft, kan daarmee ook een levenslange handicap betekenen.

Gek genoeg wordt er nog weinig tegengas gegeven op de visie dat AD(H)D chronisch is, met vooral medicatie als werkelijke oplossing. Er wordt weliswaar aan alle kanten geëxperimenteerd vanuit andere invalshoeken, waarbij te denken valt aan voeding, visolie, neurofeedback enzovoort. Deze vooral door de praktijk gestuurde benaderingen lijken echter geen wetenschappelijke voet aan de grond te krijgen. Immers, vaak stoelt een dergelijke aanpak op maatwerk en individualisme en kan het de criteria van wetenschappelijk onderzoek daarmee niet doorstaan. Overigens kies ik met dit boek geen kant. Ik ben niet voor of tegen het aanbod dat er is. Ik zou graag zien dat mensen meer keuze aangeboden krijgen om op die manier te ontdekken waar ze op aanslaan en wat voor hen werkt.

Het gebaande pad is dat AD(H)D niet overgaat en alleen met medicatie werkelijk in banen te leiden valt. Het gebaande pad is ook dat mensen met AD(H)D gebaat zullen zijn bij structuur, regelmaat en rust. In dit boek kijken we vanuit een paradigma met andere oplossingen en resultaten. De problemen die samenhangen met AD(H)D worden vaak toegeschreven aan een aangeboren, erfelijke en blijvende neurobiologische afwijking, maar er is juist zoveel waar je wél zelf iets aan kan doen! Het fijne van dat uitgangspunt is dat je zelf grip kunt krijgen, klachten kunt verminderen om uiteindelijk wellicht jezelf te kunnen gaan zien als een zeer geslaagd mens met wellicht nog wat 'minder handige trekjes'. En wees nou eerlijk, die heeft toch iedereen!

In dit boek zien we AD(H)D -gedrag als een symptoom. Als een resultaat van alle processen die in je hoofd plaatsvinden en die uiteindelijk leiden tot bepaald (onrustig) gedrag. Wij gaan ervan uit dat

je de aansturing van dat gedrag wel degelijk zelf kunt beïnvloeden en daarmee je resultaten. Dit boek gaat over de manier waarop je mentale processen kunt beïnvloeden óók als je AD(H)D hebt. Je kunt je denken meer richting geven. Dat is functioneler dan je bij je tekortkomingen neer te leggen. Anders gezegd: wanneer je met de auto op stap gaat en verdwaalt, dan kun je de auto de schuld geven en hem te koop aanbieden op Marktplaats. Handiger is het wellicht om een navigatiesysteem aan te schaffen.

Ik ga dus niet uit van de stelling 'eens AD(H)D altijd AD(H)D' en dat is voor sommige mensen wellicht vergaand. Maar mij is nog geen onderzoek bekend waaruit blijkt dat mensen die AD(H)D hebben, dit als baby ook al hadden. Ook is het niet een gegeven dat iedereen die een bepaalde genetische typering heeft die met AD(H)D samenhangt, ook daadwerkelijk AD(H)D ontwikkelt. Pas als een kind of volwassene kenmerken van AD(H)D vertoont, wordt er een hersendeficiëntie met terugwerkende kracht aangenomen. En sowieso wordt zelden ook daadwerkelijk getest of die afwijkingen er ook zijn, we nemen het aan als mensen zich 'zus en zo' gedragen en redeneren dan terug dat er een hersenafwijking moet zijn. Omdat uit onderzoek blijkt dat mensen met ADHD eigenlijk veel meer last hebben van alle gevolgschade, de onzekerheid en frustratie van steeds maar kennelijk verkeerd reageren en doen, vind ik die aangeboren afwijkingen steeds minder interessant worden!

Voor veel mensen geldt dat de gouden tips van rust en structuur op lange termijn niet baten. Voor de omgeving is het misschien wel fijn, maar in de praktijk blijkt de AD(H)D'er* zelf vaak na enige tijd uit het

* In de dagelijkse coachingspraktijk spreken we niet van AD(H)D'er. Immers, in die term is AD(H)D een deel van je identiteit terwijl wij juist aannemen dat de persoon en de 'ziekte' niet hetzelfde zijn. We spreken van iemand die gediagnosticeerd is met AD(H)D, een veel neutralere omschrijving. Omwille van de leesbaarheid wordt in dit boek wel de term AD(H)D'er gebruikt.

hokje van structuur en rust te knallen. Het hokje past niet! Ik zeg wel eens een tikje ironisch: als rust en regelmaat zouden werken, dan zou elke juf in groep 3 het toepassen en zou geen enkele juf in groep 4 nog last van AD(H)D-gedrag bij kinderen hebben. Zo werkt het dus niet. Rust, structuur en regelmaat lijken daarmee trucs met vaak slechts een kortetermijneffect.

Dit boek is gebaseerd op jarenlange praktijkervaring in de begeleiding van mensen met AD(H)D. Het is bedoeld om dingen anders te bekijken. En dan hebben we het niet alleen over AD(H)D maar ook over psychiatrische diagnoses in het algemeen. Als iemand met AD(H)D óók depressie, borderline en gegeneraliseerde angststoornis gediagnosticeerd kan krijgen, dan kan dat niet aan volstrekt los en onafhankelijk van elkaar opererende biochemische processen worden toegeschreven. Als bij elke stoornis eigen afwijkende biochemische processen onafhankelijk van elkaar verantwoordelijk zouden zijn, dan is het een wonder dat de betreffende persoon überhaupt nog in leven is! Het is onmogelijk deze diagnoses los van elkaar te zien en apart te behandelen. Het zijn allemaal symptomen van één proces dat vanbinnen plaatsvindt dat vervolgens biochemische reacties veroorzaakt. Een kettingreactie dus.

In dit boek kun je lezen over moderne en in de praktijk effectief gebleken psychologische modellen. Modellen die bijvoorbeeld in Duitsland en de Verenigde Staten deel uitmaken van de reguliere psychiatrische aanpak. Denk aan de methodiek van Bert Hellinger die bekend staat onder de naam 'systemisch werk', en ook NLP, oplossingsgericht werk (Insoo Kim Berg), en de neuropsychiatrische kennis van Daniel Siegel en Jeffrey Schwarz liggen ten grondslag aan onze aanpak. De methoden op zich worden niet stuk voor stuk besproken, daar zijn andere boeken veel meer geschikt voor. De *blend* die we gemaakt hebben en vooral de basis voor onze aanpak vind je wel in dit boek. Daarbij gaan we ervan uit dat heel veel mensen bij

tijd en wijlen last van iets hebben in hun leven. Wanneer het een etiketje waard blijkt te zijn, is er een gradueel verschil met geestelijk gezond zijn.

Wil je meer weten over een praktische en succesvolle benadering van geestelijke gezondheid dan heb je mogelijk het juiste boek in handen. Wil je weten hoe dit voor jou kan werken? Lees dan vooral verder! Leer de uitgangspunten kennen waarop wij onze aanpak baseren en leer deze ook zelf toe te passen.

2 | *AD(H)D, een begin*

Wordt je migraine minder door beter te weten hoe migraine werkt? Soms wel, maar vaak niet. In onze visie is 'expert worden' in het probleem meestal geen weg naar oplossingen. Om het anders te stellen: wanneer je heel goed weet hoe pijn in je rug ontstaat, kun je nog steeds flink krom lopen. Het levert veel meer op om expert te worden in hoe je rugpijn kunt verminderen of doen verdwijnen en hoe je de (veer)kracht in je rug kunt vergroten! Of om het voorbeeld in een andere context te plaatsen: we weten inmiddels echt wel hoe files ontstaan maar daarmee is het probleem nog niet opgelost.

Veel mensen weten al heel erg goed waarom hun leven niet naar wens verloopt. Dit inzicht blijkt niet altijd voldoende als basis voor verandering en verbetering. Meer kennis over de aard van AD(H)D biedt vaak ook geen oplossing, anders had je al googelend je problemen wel opgelost toch? Toch kan ik me geen boek over effectief leren omgaan met AD(H)D voorstellen zonder een gedeelte dat inzoomt op de vraag wat AD(H)D nu eigenlijk is. Vandaar dit hoofdstuk waarin in vogelvlucht de kenmerken van AD(H)D en de mogelijke behandelingen ervan besproken worden. Waarom in vogelvlucht? Er zijn voldoende andere verzamelplekken voor informatie over problemen en symptomen rondom AD(H)D. Kortom, in dit boek weliswaar een hoofdstuk over symptomen, problemen en historie van AD(H)D maar dan ook niet meer dan één hoofdstuk!

Stuiterballen?

AD(H)D is een 'ziektebeeld' dat vooral geassocieerd wordt met stuiterende kinderen die her en der van alles kapotmaken, vaak zelfs zonder dat door te hebben. Toch is dat beeld zeer incompleet. Ook volwassenen kampen vaak nog steeds met AD(H)D. Het trieste is dat volwassenen vaak een rondgang van jaren door het medisch circuit nodig hebben om erachter te komen dat het om AD(H)D gaat. Eenmaal gediagnosticeerd is er vaak eerst opluchting. Maar voor lang niet iedereen is de diagnose ook het begin van de oplossing. Veel mensen houden het gevoel van onmacht om greep te krijgen op de zaken. Een diagnose is daarom vaak het einde van de ene zoektocht en het begin van een andere.

AD(H)D is een Engelse afkorting voor Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In Nederland spreken we van een aandachtstekortstoornis. Binnen de aandachtstekortstoornissen onderscheiden we twee typen. Het type met hyperactiviteit (ADHD), en het type zonder hyperactiviteit (ADD). Omdat in onze visie ADHD en ADD twee kanten van dezelfde medaille zijn, zal ik vrijwel overal beide typen onder één noemer brengen met de term AD(H)D.

AD(H)D komt veel voor, bekend is dat 3 tot 5 procent van de kinderen het heeft en naar schatting minimaal 1 procent van alle volwassenen. Dat AD(H)D niet altijd overgaat na de puberteit en tot in de volwassenheid kan voortduren is een betrekkelijk nieuw inzicht. Dat betekent ook dat er nu nog veel volwassen mensen met AD(H)D rondlopen die niet gediagnosticeerd zijn en die vaak al lang lopen te zoeken en te tobben. In die jaren van zoeken kunnen zich allerlei klachten opstapelen zoals wisselende stemmingen, problematische relaties, slecht presteren in arbeidsrelaties, verslaving enzovoort. Deze opgestapelde klachten noem ik gevolgschade. Ze zijn niet onderdeel van AD(H)D maar komen er wel uit voort. En soms is de gevolgschade een

stuk groter en hinderlijker dan de oorspronkelijke AD(H)D-problematiek.

De belangrijkste kenmerken van AD(H)D zijn de problemen met aandacht of concentratie, moeite met organiseren, impulsiviteit, hyperactief of overbeweeglijk zijn. Binnen de psychiatrie wordt gebruikgemaakt van een aantal formele criteria, die verwoord staan in een handboek. De DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat als standaard in de psychiatrie dient. Voor de volledigheid geef ik hier de definitie/omschrijving van AD(H)D zoals je die in de DSM kunt lezen:

A *Ofwel 1, ofwel 2*

1 Zes (of meer) van de volgende symptomen van aandachtstekort zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

– Aandachtstekort

- Slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten;
- Heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden;
- Lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt;
- Volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk, karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of van het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen);
- Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten;
- Vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige aandacht (langdurige geestelijke inspanning) vereisen (zoals school- of huiswerk);

- Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap);
- Wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels;
- Is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

2 Zes (of meer) van de volgende symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

– Hyperactiviteit

- Beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel;
- Staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten;
- Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt blijven tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid);
- Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten;
- Is vaak 'in de weer' of 'draaft maar door';
- Praat vaak aan een stuk door.

– Impulsiviteit

- Gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn;
- Heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten;
- Verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op (bijvoorbeeld mengt zich zomaar in gesprekken of spelletjes).

B *Enkele symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit of onoplettendheid die beperkingen veroorzaken waren voor het zevende jaar aanwezig.*

C *Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school [of werk] en thuis).*

D *Er moeten duidelijke aanwijzingen van significante beperkingen zijn in het sociale, school- of beroepsmatig functioneren.*

E *De symptomen komen niet uitsluitend voor in het beloop van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis).*

Overigens zijn deze criteria, zoals je misschien opgemerkt had, opgesteld voor kinderen. Want voor de meeste volwassenen geldt natuurlijk niet dat ze overal op klimmen en niet stil kunnen zitten in de klas… Op dit moment is er nog geen officiële DSM-norm voor AD(H)D bij volwassenen. De diagnose wordt bij volwassenen vaak gesteld door deze criteria enigszins te vertalen naar de volwassen context.

De criteria van de DSM vormen natuurlijk een gedrocht om te lezen. Om het naar een wat begrijpelijker overzicht te vertalen; volgens deze criteria is vereist dat er sprake is van:
- Aandachtstekort/concentratieproblemen;
- 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.

Dit is natuurlijk een vrij formele en abstracte benadering. Want wat betekent dit nu in het dagelijks leven? Mogelijk dat meer of minder herkenbaar zijn:

- Woedeaanvallen;
- Chaotisch gedrag;
- Verslavingsproblemen;
- Relatieproblemen;
- Faalangst;
- Hang naar sensatie;
- Depressiviteit;
- Snel wisselende stemmingen;
- Mislukken op school of op het werk.

Het is goed om op te merken dat de DSM-benadering is opgesteld als reactie op onder meer de psychoanalyse en psychotherapie. De DSM is bedoeld om niet de interne drijfveren en emoties te achterhalen, maar objectief waarneembare gedragskenmerken te herleiden tot een psychische stoornis (en eigenlijk is de DSM ook vooral zo'n succes geworden omdat behandelaren en verzekeraars daardoor beter kunnen afstemmen wat er wel en niet vergoed wordt). Daar zit natuurlijk meteen al het probleem: gedrag is een resultaat van alles wat er in je hoofd en lichaam plaatsvindt. Het is de uitkomst van emoties, gedachten maar ook van de hormonen en allerlei andere stoffen in je lichaam. Op basis van dit alles tezamen vertoon je bepaald gedrag. Dus wees nou eerlijk: die binnenwereld zegt veel meer over iemand dan de uiteindelijke uitkomst. Maar het is de uiteindelijke uitkomst die de omgeving waarneemt en die vaak de problemen veroorzaakt. Gedrag is het gevolg van wat iemand in zijn hoofd allemaal ervaart, en dat is bij iedereen anders. En voor de waarnemer is die binnenwereld een *black box*. Een voorbeeld om dit te illustreren: stel je voor dat twee mensen op een terrasje geen fooi geven (gedrag) dan zou

dat best bij de een kunnen zijn omdat hij enorm zuinig is en bij de ander omdat hij vindt dat hij slecht bediend is. Een tweede voorbeeld: neem twee kinderen die allebei niets zeggen in de kring op school. Bij de een kan dat gestuurd zijn doordat hij te laat is gaan slapen en nog wat zit te suffen terwijl de ander niets durft te zeggen omdat 'we thuis toch nooit iets noemenswaardigs beleven' en hij zich eigenlijk een beetje schaamt. Twee heel verschillende veroorzakers van hetzelfde gedrag. En hoe vaak denken we ten onrechte die oorzaak bij een ander te kennen!

Je kunt dus wel proberen het gedrag van een ander te beïnvloeden (in de voorbeelden: het niet betalen van de fooi/het zwijgen bij het kringgesprek) maar wanneer je de aansturing van dat gedrag niet kent, zul je de plank vaak misslaan. Met andere woorden: hoe kun je afgaan op gedrag en beïnvloeding nastreven wanneer je niet weet wat er vanbinnen gebeurt! Ik ga ervan uit dat ik meer van de binnenkant moet weten om iemand verder te helpen. Wat doe je allemaal vanbinnen waardoor het zo druk wordt? Want echt… heel veel van die drukte is te analyseren en te verminderen. En een andere vraag stellen, 'wat doe jij vanbinnen?' in plaats van 'welk gedrag moet je gaan verbeteren?', geeft heel andere en volgens mij bruikbare antwoorden.

De vraag wat iemand vanbinnen doet, vraagt dus om een heel persoonlijk antwoord. In feite is gedrag het resultaat van:
- Gedachten en gevoelens die je nu hebt;
- Je ideeën en wensen met betrekking tot de toekomst;
- Je ervaringen uit het verleden.

Dus vanuit wat je hebt opgebouwd in het verleden en wat je doelen zijn in de toekomst ontstaat actie.

Interne processen, de black box van je brein, beïnvloeden dus je gedrag. En andersom geldt ook dat je gedrag weer nieuwe interne processen oproept. Misschien is het zo dat een jongetje van vijf erg druk



doet. Door de feedback die hij verbaal en non-verbaal veel van zijn omgeving krijgt, gaat hij misschien steeds meer aan zichzelf twijfelen. En door die twijfel gaat hij bijvoorbeeld steeds meer overschreeuwen omdat hij bevestiging zoekt. Daardoor wordt hij voor zijn omgeving steeds drukker en irritanter en… draai de vicieuze cirkel maar verder door!

We realiseren ons steeds meer dat gedrag de processen in je hoofd beïnvloedt en de processen in je hoofd je gedrag.

Als het al zo is dat kinderen een beetje te druk zijn en zich niet goed kunnen concentreren, dan is dat vaak in de kiem te smoren. Echter, door alle processen eromheen wordt het als het ware steeds groter. Kortom: communicatie is een heel belangrijke factor als het gaat om het hanteerbaar maken en houden van AD(H)D. Zélfs al ga je ervan uit dat AD(H)D erfelijk is, dan nog is de invloed van communicatie, omgeving en levenswijze dermate groot dat je ook met een aanleg tot AD(H)D prima kunt functioneren. Met een (genetische) aanleg voor een hoog cholesterolgehalte hoef je dat niet per se te krijgen, dat weten we allemaal. Vaak hangt dat samen met hoe je leeft. Hoe zit dat dan met AD(H)D?

Een moeder vertelde me: Onze zoon was wat dromeriger dan andere kinderen. En veel creatiever dan mijn man en ik van onszelf kenden. Omdat we bang waren dat hij niet goed mee zou komen, hebben we hem laten testen. Hij bleek ADD te hebben. Als postpuber heeft hij nog steeds het idee dat zijn dromerige en creatieve kant juist zijn tekortkoming is. Ik wilde dat we indertijd minder de nadruk op de grote gemene deler hadden gelegd en hem geprezen hadden om zijn onorthodoxe invallen. Nu ondermijnt het zijn zelfvertrouwen en anders was het een groot talent geweest!

Behandeling

Behandeling van AD(H)D is op verschillende manieren mogelijk, waarbij het gouden ei, de ultieme genezing, dé remedie die voor iedereen de oplossing biedt, (nog) niet gevonden is. Wat al wel, in wisselende mate, effectief is gebleken is onder andere:

- Medicatie;
- Cognitieve therapie (onder andere ret);
- Gedragstherapie;
- Neurofeedback;
- Dieet;
- Visolie;
- Homeopathie;
- CBD-olie.

Afgezien van medicatie wordt over de andere zaken vooral gezegd voor wie het niet werkt, en dat het niet wetenschappelijk bewezen is. We zouden ieder die dit leest willen uitnodigen zich niet door de wetten van de statistiek te laten leiden. Als het voor jou werkt: doen!

Met de wetten van de statistiek bedoelen we dat uit onderzoek kan blijken dat iets voor een te kleine groep werkt om representatief te zijn. En fijn als jij in die kleine groep zit voor wie het werkt, toch?

Dit boek gaat niet over neurofeedback, visolie, medicatie of dieet. Wel gaat het over de manier waarop in je hoofd met informatie wordt omgegaan en hoe je dit zelf kunt aansturen. Dit boek gaat over de manier waarop jij je eigen mentale processen kunt beïnvloeden, en het gaat er om te vinden wat voor jou of je kind wel werkt want wat er níet werkt weet je vast al lang!

Hoe je de drukte uit je hoofd kunt halen, vereist in elk geval kennis van de manier waarop je hoofd informatie verwerkt. In de volgende hoofdstukken introduceer ik daarom een aantal informatie- en communicatieconcepten.