

Behandeling van volwassenen met AD(H)D

Een nieuwe, succesvolle behandeling met beeldende therapie

Zorginnovatie leidt bij het Albert Schweitzer ziekenhuis tot de ontwikkeling van een nieuwe groepsbehandeling voor volwassenen met AD(H)D (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Hoe kan een nieuwe behandeling succesvol ingezet worden en welke bijdrage levert de beeldende therapie daaraan?

In dit artikel ...

- ... de ontwikkeling van een nieuw zorgprogramma;
- ... de bijdrage die beeldende therapie kan leveren aan de behandeling van volwassenen met AD(H)D;
- ... voorbeeldopdrachten uit de beeldende therapie.

Inleiding

Op de afdeling psychiatrie van het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht werken verschillende disciplines, waaronder verpleegkundigen, vaktherapeuten en psychiaters. Vanuit een cognitief gedragstherapeutisch behandelkader werken zij samen om doelgericht en efficiënt patiënten te helpen om beter te functioneren. De doelgroep bestaat uit zeer uiteenlopende patiënten met veelal angststoornissen, stemmingsstoornissen of persoonlijkheidsproblematiek, gecombineerd met somatische ziektebeelden. Eind jaren negentig bleek dat bij meer dan de helft van de kinderen met AD(H)D deze stoornis blijft bestaan in de volwassenheid. Op de afdeling psychiatrie binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis werden steeds meer AD(H)D-kenmerken binnen de bestaande populatie volwassen patiënten herkend. Door zorgprofessionals werd direct nagedacht over een passender aanbod om deze groep effectiever te kunnen behandelen. Er ontstond een innovatieproces met als resultaat een nieuw multidisciplinair zorgprogramma, met een groepsbehandeling voor volwassenen met AD(H)D. Een zorgprogramma dat bestaat uit een combinatie van medicatie, coaching, cognitieve gedragstherapie en beeldende therapie.

In dit artikel wordt de nadruk gelegd op de rol van de beeldende therapie in deze nieuwe behandeling.

AD(H)D bij volwassenen

AD(H)D is een complexe stoornis. Deze is al in de kindertijd aanwezig en tijdens het hele leven kan dit tot significante problemen leiden op allerlei levensgebieden. De kernsymptomen zijn aandachts- en concentratiestoornissen, impulsiviteit en hyperactiviteit. Bij volwassenen neemt de motorische hyperactiviteit vaak af, maar kan de innerlijke onrust blijven bestaan. AD(H)D komt voor bij 2% tot 4% van de volwassenen (Faraone, 2003). Onder de psychiatrische populatie komt het waarschijnlijk bij zo'n 20% van de volwassenen voor (Kooij, 2009). Tegenwoordig wordt de term ADD (Attention Deficit Disorder) ook vaak gebruikt wanneer de hyperactiviteit niet zichtbaar is of niet direct als last wordt ervaren. Driekwart van de patiënten heeft naast AD(H)D één of meer andere stoornissen die het dagelijks functioneren beïnvloeden, zoals angst, depressie en persoonlijkheidsstoornissen (Biederman et al, 1993; Kooij et al, 2001; Van der Glind et al, 2001). Ook komen verslavingsproblematiek (Kessler, 2006; Kooij, 2009), motorische stoornissen (Fliers, 2010) en het Chronisch Vermoeidheids Syndroom (Van de Putte, 2006) voor. Regelmatig wordt fibromyalgie gezien bij de patiënten in het Albert Schweitzer ziekenhuis.

Patiënten geven aan dat zij van jongs af aan te horen krijgen dat ze onvoldoende hun best doen en onvoldoende gebruik maken van hun capaciteiten en talenten. Het onderpresteren, de vele afwijzingen en het zich onbegrepen voelen, leiden gemakkelijk tot het ontwikkelen van een laag zelfbeeld en verder onderpresteren op velerlei gebied. Volwassenen met AD(H)D hebben de neiging tot negatief denken en disfunctioneel gedrag. Velen hebben last van hun snelle denken, de snel wisselende stemmingen, prikkelbaarheid, zelfverwijt en een lage frustratietolerantie. Ze zijn snel boos, hebben last van faalangst of een geringe eigenwaarde. Tegelijkertijd komen zelfoverschatting en dwangmatigheid voor. Ze zijn zich sterk bewust van hun tekortkomingen en schermen zich emotioneel af om verdere kwetsingen niet te hoeven voelen. De meeste volwassenen met AD(H)D blinken uit in originaliteit, creativiteit, gevoel voor humor en lef. Hun werktempo ligt hoog.

Ontstaan en vormgeving van het zorgprogramma

Op basis van de klachten bij kinderen met AD(H)D en de bestaande kennis, werd gebrainstormd over een nieuwe behandeling voor volwassenen. Medewerkers toetsten hun ideeën aan elkaar, aan collega's die werkten met kinderen met AD(H)D en aan de toen bestaande literatuur. Zo ontwikkelden zij een nieuw zorgprogramma.

Cruciaal is de wijze waarop teamleden onderling met ideeën omgingen. Elkaar stimuleren en helpen in het selecteren van de beste ideeën was erg belangrijk. Medewerkers voelden zich vaak onzeker over hun nieuwe gedachten en stimulerende reacties hielpen daartegen. Dit zorgprogramma,

bestaande uit medicatie, individuele coaching en groepstherapie, werd geïmplementeerd in 2000. Gestart werd met acht patiënten. Structureel werd een vijftal schriftelijke vragen voorgelegd met als doel het behandelingseffect te maximaliseren. Deze vorm van toetsing selecteert de beste behandelideeën en inspireert tot permanente bijstelling van het zorgprogramma. Dit bleek succesvol; vrijwel direct is gestart met de beschrijving van de groepstherapie in werkboeken en interne en externe scholing aan andere professionals. Nieuwe collega's die bij de behandeling werden betrokken, hadden steun van collega's en van werkboeken met instructies. Hoe meer medewerkers geïnformeerd raakten, hoe groter het enthousiasme werd. Toen de initiatiefnemende psychiater een aantal jaren in het Amphia Ziekenhuis in Breda ging werken en daar hetzelfde zorgprogramma startte, werden ook daar patiënten behandeld op dezelfde wijze. Binnen het zorgprogramma, dat nu ruim twaalf jaar bestaat, zijn inmiddels meer dan 1000 patiënten behandeld; rond de 500 in het Albert Schweitzer ziekenhuis en meer dan 500 in het Amphia Ziekenhuis.

Het doel van het zorgprogramma

Covey (2004) stelt dat het doel altijd leidend moet zijn. Hier is het doel het verminderen van kernsymptomen van AD(H)D en toename van functioneel gedrag. Medicatie kan de kernsymptomen verminderen, maar concrete strategieën en copingvaardigheden moeten aangeleerd worden. De individuele coaching en de groepstherapie zijn vanuit een cognitief gedragstherapeutisch behandelkader vormgegeven. De behandeling richt zich op gestructureerd, doelgericht en functioneel handelen en het verbeteren van de eigenwaarde. Dit doel is leidend voor de hele behandeling.

Beeldende therapie/groepstherapie

In zowel het Albert Schweitzer ziekenhuis als het Amphia Ziekenhuis volgen patiënten met AD(H)D een groepstherapie van tien sessies, in een groep van acht deelnemers. Acht groepssessies bestaan uit anderhalf uur verbale therapie en aansluitend anderhalf uur beeldende therapie. Twee sessies zijn uitsluitend verbaal. Deze sessies gaan over relaties en hierbij is de partner ook uitgenodigd. De behandeling is doelgericht, kortdurend en geprotocolleerd. Iedere groep krijgt inhoudelijk hetzelfde programma.

Bij de beeldende therapie staat de directe ervaring, de ervaring zelf centraal. Bij psychotherapeutische technieken staan de beschrijving, de reflectie en de analyse achteraf centraal (Rorty, 2008). In de behandeling worden drie fasen doorlopen: de beginfase, de inzichtgevende fase en de stabilisatiefase. Deze komen later aan bod.

Toename van functioneel gedrag wordt volgens geïntegreerde cognitieve gedragstherapie bereikt door de copingvaardigheden te versterken (Korrelboom, 2011). Beeldende

therapie helpt de patiënt om zich over te geven aan een creatief proces waarin nieuwe oplossingen gevonden worden. Dit proces speelt zich af in een diepere laag van de psyche die niet rationeel is en niet wordt bepaald door het denken maar door het 'voelen' (Smeijsters, 2008). Door dit 'voelen' te visualiseren in het beeldend werk, ontstaat een nieuwe werkelijkheid. Een werkelijkheid waarbij andere gedachten passen. Patiënten kunnen experimenteren met nieuw gedrag; een nieuwe manier van handelen. Zo verandert de ervaring, de beleving en het voelen. In het kielzog hiervan verandert het denken over zichzelf en de wereld. Empowerment, het ontwikkelen van de sterke kanten van een persoon, is van oudsher een speerpunt van vaktherapie (Smeijsters, 2000). Het grote effect op persoonlijke effectiviteit van empowerment en het ontwikkelen van de sterke kanten wordt beschreven door Korrelboom, Seligman en Lyubomirsky (Korrelboom, 2004; Seligman, 2005; Lyubomirsky, 2007). De beeldende therapie maakt emoties zichtbaar waardoor erkenning van de emotie ontstaat. Deze vorm van ervarend leren spreekt emoties direct aan, waardoor deze emoties worden ervaren en beïnvloeding van gedrag mogelijk wordt. Hierdoor ontstaat meer grip op het eigen gevoelsleven en toename van functioneel gedrag bij een volwassene met AD(H)D.

Het proces tijdens de beeldende therapie wordt onderverdeeld in fasen. In de beginfase (twee sessies) staat kennismaking met het medium centraal, evenals kennismaking met elkaar en de herkenning van symptomen. In de inzichtgevende fase (drie sessies) staat het oefenen van nieuw, effectiever gedrag centraal. In de stabilisatiefase (drie sessies) staat het stabiliseren van het nieuwe gedrag centraal, zodat een situatie van bewustzijn en bekwaamheid ontstaat.

Voorbeeldopdracht beginfase

In de beginfase worden opdrachten aangeboden waarbij herkenning en erkenning van de AD(H)D centraal staat. Een voorbeeld is de opdracht een collage te maken met de negatieve en positieve invloed die AD(H)D op iemands leven heeft. In afbeelding 1, een collage door een cliënt gemaakt, staan links de negatieve effecten van ADHD: chaos, een gevecht tegen de klok, niet gehaalde deadlines en doorlopende negatieve kritiek. Rechts staan de positieve aspecten van ADHD: veel kunnen realiseren, creativiteit en sterk in het onthouden.

Het doel van de opdracht is enerzijds ruimte geven aan rouw over verloren kansen door AD(H)D en anderzijds om aandacht te vestigen op extra mogelijkheden door AD(H)D en om deze mogelijkheden vervolgens doelgericht en effectiever toe te kunnen gaan passen.

In het werkzame leven van volwassenen met AD(H)D zijn regelmatig teleurstellingen. Doordat ze moeite hebben om hun aandacht bij hun taken te houden, bereiken ze vaak



Afbeelding 1: Een collage met de negatieve en positieve invloed die AD(H)D op iemands leven heeft.

niet de functie of de baan die ze zichzelf toewensen of kunnen zij de taken niet uitvoeren zoals zij zouden wensen. Structureel onderpresteren is dan ook een veelvoorkomend probleem. In beeldende therapie verbeelden zij vaak hun bitterheid, boosheid of verdriet hierover. Tijdens de evaluatie worden de elementen van rouw dikwijls herkend door de anderen, met als resultaat dat deze gedeeld wordt met lotgenoten. De scherpe kanten worden verzacht en er ontstaat een grotere acceptatie van AD(H)D. De positieve invloed van AD(H)D wordt dikwijls door de groep herkend. Dit is meestal effectief gedrag dat positief door de omgeving wordt gewaardeerd, zoals humor.

Voorbeeldopdracht inzichtgevende fase

In de inzichtgevende fase worden opdrachten aangeboden waarbij nieuw gedrag geoefend wordt, met als doel het vergroten van het zelfvertrouwen en het geloof in eigen kunnen. Korrelboom (2004) heeft op basis van de cognitieve gedragstherapie een model ontwikkeld, gefocust op het vergroten van het zelfvertrouwen. Vanuit dit gedachtegoed is deze opdracht ontwikkeld.

De patiënt kiest eerst een situatie waarop hij trots is. Een situatie waarin iets gelukt is of waarin door eigen toedoen iets bereikt is. De patiënt krijgt de opdracht deze situatie te tekenen, waarbij het positieve gevoel van de originele situatie dikwijls opnieuw wordt beleefd. Een weerslag van de tekening wordt verkleind tot een bankpasformaat (afbeelding 2). Op de voorkant wordt de eigen naam geschreven, om het trotse gevoel te versterken. Op de achterkant wordt een helpende gedachte geschreven die dit gevoel opnieuw kan oproepen. Vervolgens wordt dit kaartje gelamineerd, zodat het in de portemonnee kan en vaak gezien zal worden. Hier speelt de kracht van de herhaling. Het gevoel zal dagelijks vele malen opgeroepen en getraind worden. Op deze wijze kunnen onzekere situaties met meer zelfver-



Afbeelding 2: Kaartje met de positieve situatie waar de volwassene met AD(H)D zijn kracht uit haalt.

trouwen tegemoet worden getreden. Tijdens de evaluatie, waarin de patiënt over zijn werk vertelt, wordt dit trotse gevoel nogmaals beleefd.

Voorbeeldopdracht stabilisatiefase

In de stabilisatiefase worden opdrachten aangeboden waarbij de patiënt daadwerkelijk het nieuwe gedrag integreert in zijn dagelijks leven. De voorlaatste opdracht is gebaseerd op de positieve psychologie van Seligman (2005). Hij stelt dat wanneer mensen bewust gebruikmaken van hun positieve eigenschappen en op basis hiervan activiteiten ondernemen, hun geluk en welbevinden toeneemt. De patiënten krijgen de opdracht om nieuwe activiteiten te verbeelden op basis van hun vier meest positieve eigenschappen. Deze activiteiten moeten gerealiseerd kunnen worden vóór de follow-upbijeenkomst. Ze bedenken een beloning voor zichzelf als ze de activiteiten hebben gerealiseerd. Dit vergemakkelijkt het toepassen van nieuw gedrag. Hoe concreter de resultaten van deze opdracht, hoe groter de kans dat deze resultaten daadwerkelijk gerealiseerd worden (Knoope, 1998).



Afbeelding 3: Werkstuk met positieve eigenschappen, nieuwe activiteiten en de datum waarop deze gerealiseerd zijn.

In de collage (afbeelding 3) zijn vier positieve eigenschappen zichtbaar:

- Het uiten van gevoelens. De activiteit is het blijven oefenen met het direct uiten van gevoelens.
- Analyserend, doortastend en vasthoudend. De activiteit is het vormgeven van een kinderwens.
- Zelfinzicht en vasthoudend. De activiteit is ontspannen en op tijd stoppen met werken.
- Zorgzaam. De activiteit is goed voor mezelf (blijven) zorgen.

Tijdens de evaluatie vertelt de patiënt de nieuwe activiteiten die hij wil gaan ondernemen aan de groep. De groep reageert hierop, wat het beeld van de nieuwe activiteit versterkt.

Aan het einde van de sessie worden de werkstukken meegenomen door de therapeut voor de follow-upbijeenkomst, waar hij ze dan opnieuw ophangt. Patiënten schrijven eigen doelen over in hun agenda. Aan de hand van de werkstukken beoordelen de patiënten zelf, tijdens de follow-upbijeenkomst, in hoeverre ze hun eigen doelen bereikt hebben. Tot hun eigen verrassing wordt dikwijls de conclusie getrokken dat de gestelde doelen ruimschoots gehaald zijn. Patiënten bereiken meer dan zij hadden durven dromen.

Effectiviteit van beeldende therapie volgens de patiënten

Om de effectiviteit van de therapie te meten en verder te vergroten, wordt structureel aan de patiënten feedback gevraagd op de gevolgde vaktherapie. Dit gebeurt aan het eind van de behandeling door middel van een vragenlijst met een vijftal vragen. Eén van de vragen die gesteld wordt is 'Wat heeft u geleerd?' Uit de periode 2005-2011 zijn vele antwoorden geanalyseerd door een onderzoeker. Samengevat geven patiënten aan dat zij door de beeldende therapie meer inzicht in hun eigen gevoel en handelen hebben gekregen en dat hun copingvaardigheden zijn toegenomen. Zij ervaren dat ze minder een speelbal zijn van hun omgeving en meer grip hebben op hun eigen gedrag. Daarmee zijn zij beter in staat hun gedrag te sturen, te beheersen en op een positieve wijze bij te dragen aan hun omgeving. Hun zelfbeeld verbeterd.

Effectiviteit van het zorgprogramma

Sinds een aantal jaren wordt evaluatieonderzoek gedaan naar het effect van de gehele behandeling. In de periode 2003-2007 is begonnen met een pilot study naar het effect van zes groepsbehandelingen in het Amphia Ziekenhuis. Er loopt nu sinds 2008 een onderzoek in het Albert Schweitzer ziekenhuis naar de effecten van het gehele zorgprogramma. Met behulp van een samengestelde vragenlijst, bevattende de ASRS en de SCL/90, werd het klachtenpatroon op vier

momenten gemeten: net voor de start van de groepstherapie, aan het eind van de groepstherapie, 9 maanden later en 18 maanden later.

Er bleek na de groepstherapie een significante daling ($p < .001$) van AD(H)D-kernsymptomen en een significante verbetering van het psychisch welbevinden ($p < .001$).

Hetzelfde resultaat bleek 18 maanden later nog steeds te bestaan. Omdat alle patiënten vóór de groepsbehandeling waren ingesteld op medicatie, lijken deze effecten vooral toe te schrijven aan dit zorgprogramma.

Conclusie en discussie over de rol van beeldende therapie in dit zorgprogramma

Uit bovengenoemde pilot study lijkt dit zorgprogramma tot vermindering van de kernsymptomen van AD(H)D te leiden, met name van de impulsiviteit en het aandachtstekort, en tot verbetering van het psychisch welbevinden. De specifieke bijdrage van beeldende therapie is niet onderzocht, maar patiënten stellen in hun evaluaties van de periode 2005-2011 dat beeldende therapie een positief effect heeft op het klachtenpatroon en hun welbevinden.

Alleen een 'randomised controlled study', waarbij de patiënten willekeurig worden toegewezen aan groepstherapie zonder of met beeldende therapie, kan het effect aantonen van de bijdrage van de beeldende therapie. Tot nu toe is om ethische redenen een dergelijk onderzoek uitgesteld. Immers, we hebben aangetoond dat het zorgprogramma inclusief beeldende therapie effectief is. Zouden we de beeldende therapie omwille van onderzoek uit het zorgprogramma halen, dan onthouden we patiënten een effectieve behandeling. Dat is het laatste wat we willen.

Een verdere verklaring waarom beeldende therapie werkt binnen deze doelgroep vraagt een andere vorm van onderzoek.

Conclusie en discussie over het zorgprogramma

In dit artikel wordt effectief gebruikgemaakt van een brede diversiteit aan kennis binnen een multidisciplinair team. 'Neue combination', zoals Schumpeter (1969) dat beschreef, wordt gemaakt op basis van bestaande kennis. Innovators ontwikkelden het zorgprogramma en stelden dit voortdurend bij op basis van schriftelijke en mondelinge evaluaties van patiënten en nieuwe inzichten op het gebied van AD(H)D. Het op schrift stellen van het programma in werkboeken voor therapeut en patiënt, heeft ontwikkeling en verspreiding van kennis mogelijk gemaakt. Hierdoor kunnen veel méér patiënten effectief behandeld worden. Dit verspreiden van succes gaat langzamer dan gewenst, gezien de grootte van de doelgroep.

In dit artikel worden literatuur en concrete praktijk gecombineerd. Dat leidt tot aannames. De praktijk kán altijd een toevalstreffer zijn. Echter, gezien de lange ervaring in twee ziekenhuizen, de voortdurende positieve feedback van

patiënten en de daadwerkelijke zichtbare verbetering van kwaliteit van leven zijn bemoedigend. Deze bemoediging zet de betrokken professionals aan tot het steeds opnieuw creëren, het kritisch beoordelen en selecteren van nieuwe ideeën. Vervolgens leidt dit tot aanpassing en verandering van onderdelen van dit zorgprogramma. Zo wordt doorlopend de kwaliteit verbeterd. Een interessante parallel is te trekken met het verklaringsmodel van EMDR: de werkgeheugentheorie van EMDR heeft ons aanleiding gegeven tot het ontwikkelen van een verklaringsmodel over de werking van beeldende therapie (De Jongh & Ten Broeke, 2011). Beeldende therapie is gebaseerd op het oproepen van ervaringen in het hier en nu, en activeert door middel van opdrachten het werkgeheugen. Er wordt een opdracht gegeven die de negatieve (intens levendige) herinneringen oproept uit het langetermijngeheugen. Tegelijkertijd leidt de opdracht tot nieuwe ervaringen met nieuwe gevoelens en nieuw gedrag. Beide taken belasten het werkgeheugen, de nieuwe ervaringen concurreren met de negatieve herinneringen. De emotionele intensiteit van de herinneringen verbleekt, wordt neutraler en biedt de patiënt de mogelijkheid hieraan een andere betekenis te geven. Als zodanig wordt dit in het langetermijngeheugen opgeslagen.

Tijdens de evaluaties van de beeldende therapie presenteren patiënten hun werk. Door woorden te geven aan de nieuwe ervaringen en te reflecteren, worden de nieuwe ervaringen bekrachtigd. Ook deze nieuwe ervaringen worden opgeslagen in het langetermijngeheugen. Ze vergroten de kans op succeservaringen en geluismomenten. Hoe meer positieve ervaringen beleefd worden, des te meer gevoelens van succes worden ervaren en opgeslagen. Succesvolle ervaringen, gevoelens en gedrag genereren opnieuw succeservaringen.

Verdere verspreiding van dit succes is belangrijk als bron van inspiratie voor nieuwe ideeën. Succes stimuleert nieuw succes. Daarom hopen wij, de auteurs, van harte dat jullie dit artikel als voorbeeld nemen om je eigen innovaties verder te ontwikkelen!

Literatuur

- Bensing, J. & Verheul, W. (2009). Presentatie *The Silent Healer, the Role of Communication in Placebo Effects*, congres voor wetenschappers. Miami.
- Biederman J., Faraone S.V. & Spencer T. e.a. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-1798.
- Bolier, L. (2009). *Positieve psychologie in behandeling, een verkenning van wetenschappelijke literatuur*. Amsterdam: Presentatie Trimbos Instituut.
- Covey, S. (2004). *De zeven eigenschappen van effectief leiderschap*. Amsterdam: Business Contact.
- Derksen, M. Th. (2010). *Effectmeting groepstherapie bij volwassenen*. Presentatie. Dordrecht: Albert Schweitzer ziekenhuis.
- Faraone, S.V., Sergeant J., Gillberg C. & Biederman J. (2003). The

worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry, Jun; 2 (2):* 104-113.

- Fliers, E.A. (2010). *Motor coordination in children with ADHD. Clinical, familial and genetic aspects.* Enschede: Ipskamp Drukkers.
- Glind, G. van de, Eland, A. & Janssen M. (2001). ADHD en verslaving. Een literatuuronderzoek naar de samenhang tussen ADHD en verslavingsproblemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 56(6),* 437-555.
- Jongh, A. de, & Ten Broeke, E. (2011). *Oplossingen en tips voor EMDR-behandelingen, Bijlage 1.* Amsterdam: Pearson.
- Kessler, R.C., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry, 163,* 716-723.
- Knoope, M. (1998). *Natuurlijke weg van wens naar werkelijkheid.* Nijmegen: KIC Nijmegen.
- Kooij, S. (2006). *ADHD in Adults. Clinical studies on assessment and treatment.* Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Kooij, S. (2009). *ADHD bij volwassenen, diagnostiek en behandeling.* Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Kooij, J.J.S. & Buitelaar, J.K. (2001). Functioneren, comorbiditeit en behandeling van 141 volwassen patiënten met aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD) op een algemene polikliniek psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde, 145,* 1498-1501.
- Korrelboom, K. (2011). *Comet voor negatief zelfbeeld.* Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K. & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie, handboek voor theorie en praktijk.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Lyubomirsky, S. (2007). *De Maakbaarheid Van Het Geluk. Een Wetenschappelijke Benadering Voor Een Gelukkig Leven.* Utrecht: De arbeiderspers/ Archipel.
- Nadeau, K. (1999). *Aandacht een kopzorg. Een gids voor volwassenen met concentratieproblemen.* Amsterdam: Pearson.
- Neef, M. (2010). Cognitief gedragstherapeutische behandeling van een negatief zelfbeeld. *Psycho Praktijk. Jaargang 2, Nummer 4,* 28-31. Springer.
- Putte, E.M. van de (2006). *Exploring Chronic Fatigue Syndrome in Adolescents.* Enschede: Print Partners Ipskamp.
- Rogers, E. (1964). *Diffusion of innovation.* New York: The Free Press.
- Rorty, R. (2008). *Philosophy and the Mirror of Nature.* New Jersey: Princeton University Press.
- Schumpeter, J. (1934). *The Theory of Economic Development.* Massachusetts: Harvard University Press Cambridge.
- Seligman, M.E.P., Steen, T. A., Park N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress, Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist. Vol 60(5),* Jul-Aug 2005, 410-421. American Psychological Association.
- Smeijsters, H. (2000). *Handboek Creatieve Therapie.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H. (2008). *De kunsten van het leven. Hoe kunst bijdraagt aan een emotioneel gezond leven.* Diemen: Veen Magazines B.V.
- Walburg, J.A. (2009). GGZkennisdag. Presentatie: *Mentaal vermogen, een verkenning van positieve psychologie.*
- Walburg, J.A. (2008). *Mentaal vermogen, investeren in geluk.* Amsterdam: Nieuw Amsterdam uitgevers.

Over de auteurs:

Margreet Verboom (RATH, MBA) is beeldend therapeut en bedrijfskundige. Vanuit haar eigen bedrijf Zorgresult verbeterd ze de dienstverlening van zorg- en onderwijsinstellingen door het optimaliseren van de primaire en ondersteunende processen. Ze is docent en onderzoeker aan de Master of Arts Therapies. Sinds 2000 is zij betrokken bij de ontwikkeling en behandeling van AD(H)D bij volwassenen in het Albert Schweitzer ziekenhuis.

E: MVerboom@Zorgresult.nl

Marees Derksen werkt als psychiater en opleider stage ziekenhuispsychiatrie in het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht. Zij is daarnaast ook jurist en criminoloog. Sinds 2000 heeft zij een polikliniek opgezet voor volwassenen met AD(H)D en comorbide stoornissen. Ze heeft onder meer een zorgprogramma ontwikkeld met individuele coaching en groepstherapie bij deze doelgroep. Zij doet al een aantal jaar onderzoek naar de effecten van deze behandeling, en heeft zich daarnaast gespecialiseerd in de behandeling van psychiatrische problematiek tijdens de zwangerschap en in het eerste jaar na de bevalling.

E: m.derksen@asz.nl

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een nieuwe behandeling voor volwassenen met AD(H)D en de rol die beeldende therapie daarin inneemt. Cruciaal in deze behandeling is het combineren van bestaande kennis tot nieuwe kennis, inclusief de focus op het doel en de doelgroep.

Patiënten stellen dat hun copingvaardigheden zijn toenomen door de beeldende therapie. Effectmeting van het zorgprogramma toont een significante daling van AD(H)D-kernsymptomen en een significante verbetering van het psychisch welbevinden.

Beeldende therapie kan op de beschreven wijze bijdragen aan het duurzaam realiseren van effectieve zorginnovaties. ■