
De kracht van empathie

Empathie in de psychomotorische behandeling van jongeren met ADHD

Naam	Adriaan de Bruin
Begeleider	Martin van den Blink
Beoordelaar	Jeannette Verhoeven
School	Hogeschool Windesheim
Opleiding	Psyhomotorische therapie en Bewegingsagogie
Datum	Mei 2009

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 Casus	5
1.1 Diagnostiek	
1.1.1 Classificerende diagnostiek	
1.1.2 Hermeneutische diagnostiek	
1.2 Herkenning van de diagnose in PMT	
1.3 Indicatie en doelen PMT	
Hoofdstuk 2 ADHD	7
2.1 Inleiding	
2.2 Oorzaken	
2.3 Extra	
2.4 Typen	
2.5 Co-morbiditeit	
2.6 ADHD en de omgeving	
2.7 Behandeling	
Hoofdstuk 3 Cognitieve gedragstherapie	9
3.1 Inleiding	
3.2 Cognitieve psychologie	
3.3 Gedragstherapie	
3.4 Cognitieve gedragstherapie en PMT bij ADHD	
3.5 Kritiek	
Hoofdstuk 4 Empathie	11
4.1 Inleiding	
4.2 Clientcentered therapie	
4.3 Acceptatie, congruentie en empathie	
4.4 Empathie in deze casestudy	
Hoofdstuk 5 Terugkoppeling	13
Hoofdstuk 6 ADHD en PMT	
6.1 Inleiding	
6.2 Cognitief gedragstherapeutisch	
6.3 Empathisch	
6.4 Resultaat	
Conclusie	17
Discussie en aanbevelingen	19
Literatuur	21

Voorwoord

Ergens, op een moment dat ik me niet meer kan herinneren en op een plek die ik niet meer weet, is het ontstaan. Zomaar, óf met een reden, heeft het me geraakt. Zé hebben me geraakt: cliënten met ADHD. Een fascinatie en een gevoel. Of hoe kan ik het omschrijven dat zij mij raken, fascineren en aantrekken?

Waar en hoe ik geboeid ben geraakt door de behandeling van cliënten met ADHD weet ik niet precies. Mogelijk is het een gedeeltelijke herkenning.

Maar van het één is het ander gekomen, en nu ben ik beginnend psychomotorisch therapeut en heb ik cliënten met ADHD in behandeling.

Cliënten met ADHD hebben hun eigen kenmerken. Dit heeft invloed op de interactie tussen hen en hun omgeving. Op het moment dat zij in behandeling komen bij een psychomotorisch therapeut, maakt de therapeut ook deel uit van die omgeving.

Deze casestudy gaat over een casus. In deze study wordt geschreven over de attitude en interventies die een psychomotorisch therapeut kan inzetten bij de behandeling van ADHD.

Daarbij zal het voornamelijk gaan over empathie bij de therapeut. De aanleiding voor dit specifieke thema in de behandeling komt voort uit mijn persoonlijke proces van de afgelopen jaren. In dat proces ben ik aan het leren om steeds gevoeliger te zijn in het contact met cliënten om daardoor nog beter af te kunnen stemmen. Hoe dat in relatie staat tot de behandeling van cliënten, en specifiek van jongeren met ADHD zal in deze casestudy duidelijk worden.

Mijn dank gaat uit naar Wil Watzeels, psychomotorisch therapeut bij Karakter UC in Zetten en mijn stagebegeleider, voor alle input, gedeelde ervaringen en de mogelijkheid om te oefenen.

Verder wil ik Martin van den Blink, mijn scriptiebegeleider, bedanken voor het meedenken en de begeleiding bij het schrijven van deze casestudy. Voor het beoordelen en kritisch meedenken bedank ik Jeannette Verhoeven, mijn scriptiebeoordelaar.

Zwolle, mei 2009

Adriaan de Bruin

Samenvatting

De casestudy begint met een inleiding waarin de vraagstelling, het doel in en het doel van deze casestudy uiteen worden gezet. De vraag van deze casestudy is:

Op welke manier kan empathie optimaal bijdragen aan een cognitief gedragstherapeutische behandeling van jongeren met ADHD in de psychomotorische therapie?

'Het doel in' deze casestudy is het geven van een theoretisch verantwoord en, aan de hand van de ervaringen met de casus enigszins gestaafd, antwoord op deze vraag.

'Het doel van' de casestudy is een pleidooi dat ik als volgt heb gesteld:

'Het doel van deze casestudy is een pleidooi voor een empathische benadering van cliënten met ADHD en vertelt over een manier waarop ik mogelijkheden zie om hen te bereiken teneinde een maximale toename aan adequaat gedrag te zien waardoor de kwaliteit van leven van de cliënt wordt bevorderd. Het is mijn wens dat psychomotorisch therapeuten die cliënten met ADHD behandelen, mogelijk mede dankzij deze casestudy, in staat zijn om adaptief te zijn in de interactie met de cliënt én kunnen schakelen tussen een cognitief gedragstherapeutisch en cliëntgericht kader wanneer dit de behandeling ten goede komt.'

De casus gaat over J., die onder andere ADHD heeft. J. ervaart moeite in de interactie met anderen. Hij vertoont zelf lastig gedrag en krijgt ook veel negatieve reacties. De negatieve reacties tussen J. en zijn omgeving komen meer voor bij cliënten met ADHD. Zij krijgen vaker corrigerende opmerkingen en negatieve reacties terug op hun gedrag.

Er zijn enigszins effectief gebleken behandelmethodes voor ADHD, die een cognitief gedragstherapeutische benadering hebben. Deze modules zijn bruikbaar en worden veelal gebruikt binnen de psychomotorische therapie (hierna PMT genoemd). Zij zijn gericht op het aanleren van adequaat gedrag.

Deze aanpak impliceert een mening van de therapeut, namelijk dat het huidige gedrag niet goed genoeg is. Mogelijk is dit voor cliënten met ADHD een lastige insteek, omdat ze gewend zijn dat er vaker negatief op hun gedrag wordt gereageerd.

Doordat de therapeut kennis heeft van deze achtergrond van cliënten met ADHD, kan hij er voor kiezen om eerst een relatie, gebaseerd op onvoorwaardelijke acceptatie, empathie en congruentie, op te bouwen met de cliënt. De psychomotorische modaliteit 'ervaren' lijkt hiervoor geschikt.

Nadat deze basis is gelegd kan de therapeut eclectisch en adaptief werken door te 'switchen' tussen cognitief gedragstherapeutische interventies en cliëntgerichte interventies. Zodoende kan er én gewerkt worden aan adequatere vaardigheden én houdt de therapeut een goed contact in de werkrelatie zodat de 'oefengerichte' interventies nog beter aankomen.

Deze theorie wordt gekoppeld aan de behandeling van de casus waarbij de resultaten worden genoemd. De resultaten zoals hierboven beschreven blijken dan van wel theoretisch verantwoord, maar wel gebaseerd op een aantal aannames die mogelijk anders geïnterpreteerd kunnen worden.

De resultaten bij de casus zijn positief, maar de resultaten zijn niet direct toe te schrijven aan mijn empathische benadering. Daarvoor zijn er te veel variabelen en te weinig feiten bekend.

De casestudy sluit af met een pleidooi en aanbeveling om als psychomotorisch therapeut empathisch te werken bij de cognitief gedragstherapeutische behandeling van cliënten met ADHD. Daarbij is het mijn wens dat psychomotorisch therapeuten die cliënten met ADHD behandelen, mogelijk mede dankzij deze casestudy, in staat zijn om adaptief te zijn in de interactie met de cliënt én kunnen schakelen tussen een cognitief gedragstherapeutisch en cliëntgericht kader wanneer dit de behandeling ten goede komt.

Inleiding

Deze casestudy gaat over de behandeling van ADHD. De casestudy is geschreven aan de hand van een casus die in deze study 'J.' genoemd wordt. J. verblijft momenteel (klinisch) op een woongroep in de instelling waar ik mijn eindstage heb gedaan, namelijk Karakter UC te Zetten. Karakter UC Zetten bestaat uit een klinische afdeling voor jongeren tussen 12 en 18 jaar inclusief een crisisgroep én een poliklinische afdeling voor kinderen en jongeren tot 18 jaar met een psychiatrische stoornis.

De casus zal later in deze casestudy uitgebreider geïntroduceerd worden. Vervolgens wordt ADHD-problematiek beschreven met de bestaande behandelingen. Daar wordt vervolgens dieper op ingegaan door te kijken naar het cognitief gedragstherapeutische kader van waaruit de bestaande behandelingen beschreven zijn. Aan de hand van de bevindingen over de interactie tussen cliënten met ADHD en het cognitief gedragstherapeutische kader van waaruit zij vaak behandeld worden in de psychomotorische therapie, komt de vraag van deze casestudy naar voren:

Op welke manier kan empathie optimaal bijdragen aan een cognitief gedragstherapeutische behandeling van jongeren met ADHD in de psychomotorische therapie?

Daar wordt dieper op in gegaan door te kijken naar het theoretische kader van de clientcentered benadering en de plaats die empathie binnen deze benadering inneemt. Deze bevindingen worden gekoppeld aan de bevindingen die naar voren kwamen in de hoofdstukken over ADHD en de cognitieve gedragstherapie.

De bevindingen vanuit deze hoofdstukken worden samengevat en gekoppeld aan de praktijk van de psychomotorische therapie én aan de casus.

Zodoende wordt er getracht een theoretisch verantwoord antwoord te vinden op de vraagstelling van de casestudy, dat vervolgens enigszins gestaafd wordt door de ervaringen die ik met J. heb opgedaan. Dit is dan ook het doel in deze casestudy.

Het doel van deze casestudy is een pleidooi voor een empathische benadering van cliënten met ADHD en vertelt over een manier waarop ik mogelijkheden zie om hen te bereiken teneinde een maximale toename aan adequaat gedrag te zien waardoor de kwaliteit van leven van de cliënt wordt bevorderd. Het is mijn wens dat psychomotorisch therapeuten die cliënten met ADHD behandelen, mogelijk mede dankzij deze casestudy, in staat zijn om adaptief te zijn in de interactie met de cliënt én kunnen schakelen tussen een cognitief gedragstherapeutisch en cliëntgericht kader wanneer dit de behandeling ten goede komt.

Wanneer in deze casestudy wordt gesproken over cliënten, betreft dit jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar, met ADHD. Over de therapeut en de cliënt wordt in de mannelijke vorm gesproken. De lezer mag dit echter ook in de vrouwelijke vorm lezen.

1.1 Diagnostiek

Hieronder wordt de casus van deze casestudy geïntroduceerd volgens classificerende en hermeneutische diagnostiek. De jongen van deze casus wordt J. genoemd.

In de beschrijving zal naar voren komen dat J. zowel ADHD als een contactstoornis (PDD) heeft. Ik heb er echter voor gekozen om me in deze casestudy alleen te richten op de ADHD, omdat deze stoornis op de voorgrond staat en zowel de multidisciplinaire, alsook de psychomotorische behandeling zich daar vooral op heeft gericht.

1.1.1 Classificerende diagnostiek

Er is sprake van een 13-jarige jongen die sinds zijn vroege jeugd begeleiding en behandeling gehad heeft, meermaals getest werd, waarbij in het verleden met name systeemfactoren geconstateerd werden. Echter er werd ook gedacht aan kind-factoren waarbij depressieve klachten, ADHD, ODD en encopresis genoemd zijn.

De familieanamnese is belast met stemmingsklachten, ADD en verslavingsgevoeligheid.

Sinds 2002 zijn, zijn ouders gescheiden. De communicatie tussen ouders verloopt per e-mail, aangezien de mondelinge communicatie zeer moeizaam verliep. De oudere broer en zus van J. wonen bij vader en J. en zijn jongere zusje bij moeder. Dit heeft grote impact gehad op de kinderen en sinds 2003 is er sprake van een ondertoezichtstelling.

J. probeert in het contact met anderen om aan te sluiten, maar het ontbreekt hem aan adequate vaardigheden. Daardoor maakt hij regelmatig sociale 'missers'.

J. heeft de afgelopen jaren steeds meer gedragsproblemen laten zien, die geleid hebben tot plaatsing op een orthopedagogische school. Dit bewerkte niet het gewenste effect waardoor Bureau Jeugdzorg heeft besloten om over te gaan op een psychiatrische opname. Een belangrijk doel voor de opname is het scheppen van helderheid over de problematiek van J., zodat er een passende behandeling gestart kan worden.

Na afloop van de observaties en psychiatrisch diagnostisch onderzoek zijn ADHD en PDD vastgesteld bij J. ADHD staat het meest op de voorgrond en de behandeling steekt dan ook vooral daar op in. Beide ouders herkennen deze stoornissen in de ontwikkelingsanamnese. De diagnose ODD wordt verworpen.

DSM IV-Classificatie	Omschrijving
As I	ADHD, PDD
As II	Geen diagnose
As III	Geen diagnose
As IV	Problematische systeemsituatie, gescheiden ouders
As V	GAF 45-50

1.1.2 Hermeneutische diagnostiek

Het betreft een jongen van 13 jaar die de eerste jaren van zijn leven is opgegroeid in een gezin met 3 andere kinderen, zijn vader en zijn moeder. Het is aannemelijk dat er voor het 6^e levensjaar van J. al spanningen in het gezin waren, aangezien sinds zijn 6^e levensjaar zijn ouders gescheiden zijn. Het gezin werd plotseling in 2 delen gedeeld. Zijn oudere broer en zus gingen bij vader wonen en J. en zijn jongere zusje bij moeder. Deze gebeurtenis heeft veel impact gehad op J. en de andere kinderen. De problemen tussen ouders en kinderen namen toe, met uiteindelijk een ondertoezichtstelling sinds 2003 tot gevolg.

De problemen op school namen ook steeds meer toe. In het dossier staat niet wat die problemen precies inhielden. Het is wel bekend dat J. regelmatig werd gepest door andere kinderen en gemakkelijk beïnvloedbaar bleek door de groep. Zodoende namen ook gedragsproblemen toe, die met name onder

groepsdruk plaatsvonden. Uiteindelijk werd J. op een orthopedagogische school geplaatst. Het probleemgedrag van J. bleef echter bestaan en langzamerhand werd duidelijk dat dit niet de juiste plek was voor J.

J. kan heel empathisch en sociaal zijn en doet erg zijn best. Binnen het sociale verkeer voelt hij echter vaak niet aan wat wel en niet kan. De wil om contacten aan te gaan is aanwezig, maar het ontbreekt hem aan de vaardigheden. J. stemt in contacten niet goed af en maakt regelmatig sociale 'missers'. Hij heeft hier zelf veel last van en is angstig en vermijdend in lastige sociale situaties.

Van J. is verder nog bekend dat hij lang last heeft gehad van encopresis. Dit heeft mogelijk tot schaamtevolle momenten en onbegrip uit de omgeving geleid. Deze problematiek speelt nu niet meer. Om te komen tot een passende behandeling en duidelijkheid te creëren rondom de situatie van J. is mede door Bureau Jeugdzorg besloten om over te gaan tot een psychiatrische opname.

1.2 Herkenning van de diagnoses in PMT

ADHD: Bij J. heb ik moeite gezien om langere tijd aandachtig/geconcentreerd bezig te zijn. Op het moment dat activiteiten uitdagend zijn, lukt dat beter. Dit is een duidelijk kenmerk van ADHD. Het impulsieve gedrag, beperkte planning- en organisatievaardigheden, constante bewegingsdrang en snel afgeleid zijn komen bij J. duidelijk naar voren in PMT.

PDD: Het is voor mij duidelijk dat J. op sociaal vlak zwak is. In zijn afstemming en in het begrijpen van signalen in de interactie is hij beperkt. Verder is me opgevallen dat het contact niet zo diep ging als het contact met sommige andere jongeren, wat meer als normaal gezien zou kunnen worden. Op sommige momenten was dat contact er ineens wel, maar dan verbaasde het me. Ook wat betreft de continuïteit en het kunnen omschakelen naar PMT heb ik gezien dat J. beperkt is.

Bij deze beperkingen in het contact was het voor mij de vraag of ze symptomen of gevolgen van ADHD zijn of dat ze op zichzelf staan als zijnde PDD. Ik neigde zelf naar het de diagnose ADHD alleen.

Uiteindelijk vond men in het multidisciplinaire team dat de beperkingen toch te sterk aanwezig zijn om een symptoom of gevolg van ADHD te zijn en is PDD als diagnose gesteld.

1.3 Indicatie en doelen PMT

In de behandelplanbespreking werd duidelijk dat J. geïndiceerd is voor PMT. Daartoe zijn de volgende doelen opgesteld:

1) J. kan zijn impulsen beter en gedoseerd reguleren

Subdoelen: J. volgt een PMT module stop, denk, doe.
J. heeft meer zelfbeheersing.

2) J. ontwikkelt sociale vaardigheden

Subdoelen: J. leert sociale vaardigheden
J. kan iets bespreken
J. kan om hulp te vragen

Dit houdt in dat de behandeling zich richt op het verwerven van vaardigheden zodat J. uiteindelijk sociaal meer vaardig is én hij meer zelfcontrole heeft.

In het volgende hoofdstuk wordt stilgestaan bij ADHD en de behandeling daarvan.

2.1 Inleiding

ADHD staat voor Attention Deficit Hyperactivity Disorder, oftewel aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. ADHD is een externaliserende stoornis. Vooral de omgeving heeft er last van. Cliënten met ADHD zijn vaak druk, beweeglijk, snel afgeleid en impulsief.

De symptomen van ADHD zijn op te delen in twee clusters. Enerzijds is er sprake van een tekort aan langdurige aandacht (concentratie), anderzijds is er een teveel aan activiteit (hyperactiviteit) en impulsiviteit. Deze symptomen worden zichtbaar als er eisen gesteld worden aan cliënten met ADHD.

2.2 Oorzaken

De oorzaak voor het gedrag van cliënten met ADHD wordt vooral toegeschreven aan een afwijking in de hersenen. Op neurale niveau zou er vooral sprake zijn van een andere manier van registreren van het gedrag. Met name het kunnen remmen van gedrag is beperkt bij mensen met ADHD. Bij hen is bekend dat ze vaak te snel reageren op een prikkel/impuls.

Vandormael & Streerneman (2000) schrijven het volgende:

Naast de problematiek met het ontwikkelen van zelfbeheersing vermoedt men dat kinderen met ADHD een verlaagd activatieniveau hebben. Het kost hun moeite om hun alertheid op peil te houden. Als er veel prikkels zijn blijft de alertheid in stand, als er weinig prikkels zijn zoekt het kind het kind als het ware zelf prikkels op om de alertheid in stand te houden. (p. 324)

Deze hypothese zou een verklaring kunnen zijn voor de hyperactiviteit van de persoon met ADHD. Middels het gedrag (hyperactiviteit) zou de persoon met ADHD juist proberen de hersenen te stimuleren tot concentratie en verwerking van informatie.

2.3 Extra

Bij cliënten met ADHD zijn verder een aantal dingen bekend. Ze kiezen voor snelle behoeftebevrediging, omdat ze moeite hebben om deze uit te stellen. Ook is gebleken dat kinderen met ADHD zich minder snel aan kunnen passen op wisselende omstandigheden dan kinderen zonder ADHD. Een andere bijzonderheid is het opvolgen van instructies. Kinderen met ADHD hebben, samenhangend met hun concentratieproblemen, moeite met het volgen van instructies. Het gedrag wordt juist meer bepaald door de gebeurtenissen om hen heen dan door verinnerlijkte regels of door de regels die anderen hen opleggen (Rigter, 2002).

2.4 Typen

Doordat de stoornis ADHD een brede groep betreft, zijn er drie typen onderscheiden:

- Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, gecombineerde type.
- Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, overwegend onoplettend type.
- Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, overwegend hyperactief-impulsief type.

2.5 Co-morbiditeit

Bij ADHD is een hoge co-morbiditeit. De oppositionele gedragsstoornis (ODD) en de anti-sociale gedragsstoornis (CD) gaan het vaakst samen met ADHD, maar ook leerstoornissen en enuresis. Bij adolescenten en volwassenen is er een verhoogde kans op middelenmisbruik.

2.6 ADHD en de omgeving

Zoals al eerder is genoemd speelt de omgeving een belangrijke rol bij ADHD. Allereerst, omdat ADHD vaak pas zichtbaar wordt wanneer er eisen worden gesteld door de omgeving. Dan blijkt vaak dat de persoon met ADHD moeite heeft om die taak te volbrengen zoals de omgeving dat verwacht.

Daarnaast is het vooral de omgeving die last heeft van de problematiek. Het blijkt dat kinderen en jeugdigen met ADHD door hun gedrag veel ergernis oproepen bij mensen in hun omgeving (Mulder & Paternotte, 1998). Zij schrijven verder dat uit onderzoek (uit Barkley, 1990) is gebleken dat ouder/kindinteracties en interacties tussen kinderen in het gezin onderling, bij ADHD problematiek, stressvoller en met meer negatievere interacties verlopen dan bij gezinnen zonder kinderen met ADHD. Kinderen met ADHD leken volgens dit onderzoek ook meer negatieve aandacht uit te lokken van zowel ouders als leerkrachten en andere volwassenen. In vrije situaties bleek het aandachtvragende gedrag minder opvallend, behalve als ook daar eisen aan het gedrag werden gesteld, bijvoorbeeld op het gebied van sociale vaardigheden. De reacties van volwassenen blijken uit dat onderzoek met name controlerend en corrigerend.

Informantaal (2005) schrijft:

Een persoon met ADHD wordt zeer regelmatig geconfronteerd met negatieve reacties op zijn gedrag, waardoor sommigen een permanent gevoel van mislukking ervaren. De volwassene met ADHD kan als reactie daarop last hebben van faalangst en een negatief zelfbeeld.... Veel volwassenen met ADHD moeten extra moeite doen om signalen van anderen op te vangen en te begrijpen. Daardoor ontstaan soms misverstanden in relaties. Anderen hebben moeite hun woede te beheersen of hebben sterk wisselende stemmingen en lopen daardoor vast in contact met anderen. (p. 5)

Rigter (2002) schrijft dat kinderen en jongeren met ADHD door hun impulsiviteit snel en fel op gebeurtenissen reageren om daar later spijt van te hebben. Vooral dit gedrag veroorzaakt problemen in de contacten met leeftijdgenoten en opvoeders.

Veel auteurs schrijven over de problematische interacties tussen jongeren met ADHD en hun omgeving, zoals hierboven is beschreven. Deze informatie is van groot belang voor het vervolg van deze casestudy.

2.7 Behandeling

De behandeling van de jongeren met ADHD is multimodaal (Trimbos instituut, 2007; Kuiper, Vermeeren & van de Wouw, 2007; Mulder & Paternotte, 1998). De aanpak richt zich op de school, het gezin en opvoeders, het structureren van de leefomgeving en op de cliënt zelf. In deze casestudy zullen we ons beperken tot de behandeling van de cliënt.

De behandeling van de cliënt bestaat over het algemeen uit twee delen. Enerzijds wordt de cliënt vaak ingesteld op medicatie. Anderzijds is er een psychosociale behandeling. Deze bestaat bijna geheel uit cognitief gedragstherapeutische interventies. (Trimbos instituut, 2007). Wat de cognitieve gedragstherapie inhoudt en waarop het zich richt bij de behandeling van ADHD komt naar voren in het volgende hoofdstuk.

3.1 Inleiding

De psychosociale behandeling van ADHD, zoals die ook vaak binnen de PMT plaatsvindt, is vanuit een cognitief gedragstherapeutische benadering.

De cognitieve gedragstherapie is ontstaan vanuit twee psychologische stromingen, het behaviorisme en de cognitieve psychologie. Deze twee vormen zijn min of meer gefuseerd in de cognitieve gedragstherapie (Weerman, 2006).

Bij het behandelen vanuit deze benadering maakt de psychomotorisch therapeut gebruik van therapeutische technieken die tot doel hebben het denken van de cliënt, en daarmee diens gedrag, te veranderen. Bij impulsieve kinderen is het doel om de cognitieve zelfcontrole te versterken.

3.2 Cognitieve psychologie

Vanuit de cognitieve theorie ziet men de mens als een informatieverwerkend systeem. Ons gedrag wordt beïnvloed door cognitieve schema's. Deze schema's worden opgebouwd onder invloed van een aantal factoren door de loop van de jaren. Dit is onder andere de manier waarop we gebeurtenissen in ons leven verklaren en dit wordt 'attributie' genoemd. Bij het attribueren wordt de oorzaak van een gebeurtenis toegeschreven aan zichzelf óf de ander/iets anders. Dit kan specifiek versus globaal en is stabiel versus instabiel. (Weerman, 2006)

De manier waarop gebeurtenissen geattributeerd worden, heeft te maken met de 'interne versus externe locus of control'. Dit betekent de mate waarop men denkt invloed te hebben op een situatie. Bij een 'interne locus of control' heeft men het idee dat men invloed heeft op de situatie, bij een 'externe locus of control' heeft men het idee dat de situatie hen overkomt.

Zodoende verwerft iedereen zijn of haar eigen basisassumpties en cognitieve schema's. Dit zijn diepe innerlijke overtuigingen die een mens heeft. Deze schema's hebben natuurlijk weer invloed op de perceptie, de 'locus of control' en de manier waarop we attribueren.

3.3 Gedragstherapie

De gedragstherapie vindt zijn oorsprong in het behaviorisme. De gedragstherapie houdt zich alleen bezig met het heden en met zichtbaar gedrag. Allerlei emotionele problemen kunnen volgens behavioristen het beste worden opgelost door ander gedrag te leren. Daarbij vinden zij het niet effectief om stil te staan bij iemands gevoelens. Daarover wordt dan ook niet veel gepraat. Veel praten over pijnlijke gevoelens zou het probleem juist in stand kunnen houden.

De nadruk ligt dan ook op het doen. Denk- en doe opdrachten om nieuwe vaardigheden te leren. (Weerman, 2006)

Gedragstherapeuten werken veel met exposure. Dit zowel in de therapie (in vitro), als daarbuiten (in vivo). De cliënt wordt blootgesteld aan situaties, die hij vermijdt of waar hij angst voor heeft en oefent met adequaat gedrag. Uiteindelijk met als doel om succeservaringen op te doen en zodoende beloond te worden, zodat de cliënt steeds meer adequaat (functioneel) gedrag gaat laten zien.

Een cliënt wordt dus geconditioneerd. Dit gebeurt middels associaties (klassiek), straffen en belonen (operant) én het model-leren. Bij model-leren gaat het erom dat de cliënt een voorbeeld heeft, dat de cliënt imiteert. Wat betreft het klassiek en operant conditioneren en het model-leren, bestaat er veel literatuur waaronder Glassman (1995) en Weerman (2006).

3.4 Cognitieve gedragstherapie en PMT bij ADHD

Zoals al eerder genoemd zijn de cognitieve psychologie en de gedragstherapie door de loop der jaren dichter bij elkaar gekomen en uiteindelijk samen gegaan in één behandelstroming.

Gezien de insteek op het denken en handelen van cliënten betekent dit, dat er sprake moet zijn van minder effectieve of minder helpende gedachten en gedrag. Deze worden binnen CGT disfunctioneel genoemd. Disfunctionele gedachten staan tegenover functionele en helpende gedachten.

De cognitief gedragstherapeutische behandeling richt zich binnen de PMT op het vergroten van de (cognitieve) zelfcontrole. Middels het oefenen van de innerlijke spraak, het maken van denkstappen en het oefenen van vaardigheden leert de cliënt met ADHD zijn gedrag (mogelijk) te remmen. De terminologie van de methodes verwijzen dan ook vaak naar deze insteek door termen als 'Remweg 12+?!' en het 'Stop, denk, doe' programma.

Het vergroten van de innerlijke spraak gaat vaak volgens de methode die Meichenbaum & Goodman (1971), samengevat door Kuiper, Vermeeren & van de Wouw (2007), beschreven hebben. Daarbij wordt de cliënt, op het moment dat er een keuze wordt verwacht, stilgezet bij de situatie. De situatie wordt onderkend en geanalyseerd, oplossingen worden bedacht en afgewogen, om die uiteindelijk uit te voeren en als laatste te evalueren.

Kendall en MacDonald (1993) hebben op grond van literatuuronderzoek geconcludeerd dat deze methode van cognitieve gedragstherapie goed helpt bij matige impulsiviteit en geringe resultaten geeft bij ernstige ADHD. Dit is nog niet aangetoond in de vorm van een PMT-module. Door te werken aan de hand van deze methodes kan een psychomotorisch therapeut wel theoretisch verantwoord werken en is het aannemelijk dat er een positief effect is.

3.5 Kritiek

Eén van de kritiekpunten op de cognitief gedragstherapeutische benadering is dat de therapeut te weinig empathisch op de cliënt ingaat (Weerman, 2006). De technische aanpak zou te weinig ruimte geven aan empathische aandacht in het contact, hoewel dit wel een belangrijk aspect is in de therapeutische houding van cognitief-gedragstherapeuten. Zij is voor de meesten van hen een niet-specifieke factor. Empathie wordt dan gezien als iets wat standaard voorkomt in een werkrelatie. Ze is dan functioneel voor het opbouwen en in stand houden van een goede werkrelatie. Door de veiligheid die daardoor ontstaat kan de cliënt interventies beter benutten (Vanaerschot, 1998).

Daarnaast is het met name voor therapeuten uit de psychodynamische en cliëntgerichte benaderingen de vraag of het denken inderdaad het voelen bestuurt. Zij menen dat het voelen het denken stuurt (Weerman, 2006).

Voordat we kijken naar de relatie tussen de casus, de cognitief gedragstherapeutische aanpak en empathie ga ik in het volgende hoofdstuk in op de betekenis van empathie.

4.1 Inleiding

Empathie is door zeer veel mensen beschreven. In de meeste beschrijvingen is de betekenis min of meer als volgt: het zich inleven in de beleavingswereld van anderen, het zich kunnen verplaatsen in de gevoelens of de gedachtegang van een ander (www.encyclo.nl).

Eén van de eersten die er betekenis aan heeft gegeven in een therapeutische context is Carl Rogers. Rogers (1909-1987) heeft een aantal ideeën uitgewerkt in een therapie, die uiteindelijk de Rogeriaanse therapie werd genoemd. De huidige naam is de cliëntgerichte of clientcentered therapie.

4.2 Clientcentered therapie

In de clientcentered benadering staat de unieke manier waarop de cliënt dingen beleeft centraal in de therapie. Daarbij stuurt de cliënt de therapie. De visie van deze benadering is ontstaan vanuit de humanistische filosofie. De clientcentered benadering gaat er vanuit dat ieder mens zich wil ontplooiën tot een autonoom persoon. Men gelooft in een positieve kern in ieder mens, het 'zelf' genoemd. Dit 'zelf' heeft een actualiseringstendens, het wil de verborgen talenten actualiseren.

Om te komen tot zelfactualisering of zelfontplooiing behoeft de cliënt een positieve, onvoorwaardelijke acceptatie. Dit hoeft niet door iedereen en altijd, maar het is minimaal belangrijk dat men dit wel ervaart bij de opvoeders. Wanneer de zelfontplooiing is verstoord en de cliënt vastgelopen is, zodat therapie nodig is, kan de therapeut de cliënt ondersteunen bij het ontdekken en accepteren van zichzelf. Volgens de clientcentered therapie zijn er drie condities die deze zelfontplooiing mogelijk maken: positieve onvoorwaardelijke acceptatie, congruentie en empathie (Weerman, 2006).

4.3 Acceptatie, congruentie en empathie

De onvoorwaardelijke acceptatie betekent dat de therapeut alles accepteert wat de cliënt ervaart. De therapeut creëert een veilige sfeer waarin de cliënt zich uitgenodigd voelt om de eigen gedachte- en gevoelswereld te verkennen.

Empathie houdt in dat de therapeut probeert om de cliënt gedetailleerd te begrijpen. De therapeut leeft zich in, zonder samen te vallen met de cliënt. Rogers (1959) definieert het als volgt:

'(...) het accuraat waarnemen van het innerlijk verwijzingskader van een ander iemand, met de emotionele componenten en betekenissen die er in vervat liggen, alsof men de ander is zonder echter ooit het 'alsof'-karakter te verliezen. Het houdt in dat ik de pijn of vreugde van een ander voel zoals hij deze voelt, en de oorzaken ervan zie zoals hij deze ziet, zonder echter ooit uit het oog te verliezen dat het is alsof ik gekwetst of blij ben. Als deze alsof-kwaliteit niet aanwezig is, betreft het een toestand van identificatie.'

Congruentie van de therapeut wordt ook wel uitgelegd als echtheid in het contact. Daarbij is het belangrijk dat de therapeut intern congruent is, maar zich extern gedoseerd congruent uit en niet volledig open hoeft te zijn tegen de cliënt (Weerman, 2006).

4.4 Empathie in deze casestudy

Voor deze casestudy is gekozen om het woord empathie te gebruiken in de betekenis zoals Rogers die beschreven heeft. Het gaat er daarbij om dat de therapeut de innerlijke subjectieve kijk op de wereld van de cliënt leert kennen. De therapeut poogt om niet te kijken vanuit zijn eigen subjectieve kader. De ontstane hypothesen van de therapeut worden getoetst aan het referentiekader van de cliënt. De therapeut streeft niet alleen naar het weten wat de cliënt ervaart, maar ook om mee te voelen wat de cliënt voelt.

De reden dat empathie er in deze casestudy uit wordt gelicht is omdat empathie volgens deze betekenis impliceert dat de therapeut de cliënt en diens referentiekader onvoorwaardelijk accepteert, en om empathie te communiceren er congruentie bij de therapeut hoort te zijn. In deze casestudy zal vaak

alleen het woord empathie worden gebruikt, maar soms worden ook congruentie en onvoorwaardelijke acceptatie expliciet genoemd.

Empathie is in deze stroming bekend en heeft een centrale plaats. Rogers ontdekte dat het aandachtig luisteren en samenvatten van het verhaal van cliënten zonder verder ingrijpen van de therapeut een positief effect had. Hij ging er van uit dat empathie een helende of therapeutische werking heeft (Weerman, 2006).

Leijssen (2003) schrijft in 'de helende kracht van het empathisch gesprek' als volgt over empathie:
De laatste decennia is er veel onderzoek gebeurd waarmee empirisch bewezen is dat een bepaald soort van relatie het herstel van de patiënt bevordert (Snyder & Ingram, 2000).
Bovendien weten we nu meer precies wat de karakteristieken zijn van een helend gesprek. Zo is empathie één van de belangrijkste componenten van de helende relatie. (p.1)

De manier waarop de psychomotorisch therapeut empathisch kan handelen en wat de relatie is tussen de cognitief gedragstherapeutische behandeling van ADHD en empathie zoals beschreven in dit hoofdstuk, zal besproken worden in de volgende hoofdstukken. Daarin staat dan ook beschreven hoe de psychomotorisch therapeut dit concreet vertaalt.

Dit hoofdstuk is een samenvatting en terugkoppeling van de eerder beschreven hoofdstukken. Aan de hand daarvan kan gekeken worden naar de praktijk van de psychomotorische therapie.

In de beschrijving van de casus van deze casestudy staat dat de interactie tussen J. en zijn omgeving met regelmaat moeilijk verloopt. In het hoofdstuk over ADHD staat dat dit vaak zo is bij cliënten met deze stoornis. Ze worden vaker gecorrigeerd en hebben vaker negatieve interacties dan jongeren zonder ADHD. Ze worden vaak als lastig ervaren. Daarbij reageren ze door hun impulsiviteit snel en fel op gebeurtenissen om daar later spijt van te hebben. Vooral dit gedrag veroorzaakt problemen in de contacten met leeftijdgenoten en opvoeders.

Deze constatering is essentieel voor de therapeut wanneer hij een jongere met ADHD in de zaal krijgt. De jongere zal alle eerdere ervaringen van interacties (met volwassenen) meenemen. Wat gaat de psychomotorisch therapeut doen?

De therapeut zal doelen hebben, zijn attitude bepalen, activiteiten en interventies bedenken. Daarin moet de therapeut afstemmen op de betreffende cliënt.

De therapie bij ADHD zoals deze ook in de PMT gebeurt, is vaak vanuit een cognitief gedragstherapeutisch gedachtegoed. Dit is gericht op het aanleren van meer zelfcontrole. De psychomotorisch therapeut maakt gebruik van therapeutische technieken die tot doel hebben het denken van de cliënt, en daarmee diens gedrag, te veranderen.

Dit veranderen impliceert dat het huidige gedrag niet positief (genoeg) gewaardeerd wordt én dat de therapeut wel beschikt over kennis en vaardigheden die als positief en adequaat gezien worden. Deze vaardigheden zouden de cliënt kunnen helpen en worden dus aangeleerd.

Hoewel de cliënt mogelijk de waarde van het beschikken over adequater gedrag zal bemerken, is dit in eerste instantie gerelateerd aan een negatieve waardering van zijn huidig gedrag.

Hoezeer de cliënt mogelijk de interventies van de therapeut waardeert, de therapeut heeft een mening over het gedrag van de cliënt. De cliënt kan dat gemakkelijk als kritiek op hem als persoon ervaren. De kans op deze interpretatie is des te groter doordat de kans op negatieve interacties in het verleden bij cliënten met ADHD groter is dan bij mensen zonder ADHD.

De psychomotorisch therapeut die cognitief gedragstherapeutisch werkt zal fijngevoelig en met empathie moeten handelen. Binnen de cognitief gedragstherapeutische benadering is empathie een niet-specifiek aspect van de therapeutische attitude. Empathie is voor de meeste van hen functioneel voor de werkrelatie.

Eén van de kritiekpunten op deze benadering is echter dat de technische aanpak te weinig ruimte zou geven aan empathie.

Gezien de ervaringen die veel cliënten met ADHD hebben, de plaats die empathie heeft binnen de cognitief gedragstherapeutische benadering, en de kritiek daarop, pleit ik ervoor dat de therapeut empathie kan inzetten zoals dat binnen de Rogeriaanse benadering is beschreven. In deze benadering is empathie verweven met zelfacceptatie voor de cliënt en onvoorwaardelijke acceptatie vanuit de therapeut. De therapie is in eerste instantie minder gericht op het veranderen en meer gericht op het 'ervaren' en acceptatie van de huidige situatie.

In het volgende hoofdstuk wordt aan de hand van de beschreven bevindingen geschreven over de mogelijkheden voor empathie binnen een cognitief gedragstherapeutische behandeling van ADHD in PMT.

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt geschreven wat de mogelijkheden voor empathie binnen een cognitief gedragstherapeutische behandeling van ADHD in PMT zijn. Vervolgens wordt er gekeken naar het verloop van de behandeling van de casus.

De doelstelling van de behandeling in PMT bij ADHD blijft, in deze casestudy, vanuit een cognitief gedragstherapeutisch kader. Dit betekent dat er in ieder geval 'oefengericht' gewerkt wordt. Nieuwe vaardigheden, zoals vastgesteld in het behandelplan, worden aangeleerd.

Bij de beschrijving in het hoofdstuk ADHD staat dat cliënten met ADHD meer negatieve interactie gewend zijn met hun omgeving en volwassenen. Het is aannemelijk dat deze ervaringen een effect hebben op de verwachtingen en de houding die de cliënt tegenover de therapeut heeft.

De therapeut kent de achterliggende problematiek en de doelen. Om aan de doelen te werken is een vruchtbare werkrelatie nodig. Daarvoor zijn een afgestemde attitude en interventies nodig. Het inzetten van empathische interventies zal meewerken aan deze doelstellingen. De therapeut en de cliënt bouwen zodoende een werkrelatie op waarin, als het goed is, ruimte komt voor het aanleren van nieuw gedrag. De therapeut kan de 'credits' krijgen van de cliënt, en de cliënt wordt ontvankelijk voor de handreikingen en aanwijzingen van de therapeut. Om deze doelstelling te bereiken kan de therapeut 'ervaringsgericht' werken.

6.2 Cognitief gedragstherapeutisch

'Oefengerichte' activiteiten en interventies voor de behandeling van ADHD zijn in verschillende methodes en modules beschreven. De therapeut kan ervoor kiezen om zo'n methode of module te volgen.

Dit oefenen is essentieel en enigszins effectief gebleken om de doelstellingen voor het aanleren van nieuwe vaardigheden te bereiken.

De behandeling van J. was individueel. Voor zijn behandeling heb ik geen module gevolgd. Ik heb met hem gewerkt aan het bevorderen van zijn zelfcontrole. Daarvoor heb ik gebruik gemaakt van delen uit verschillende methodieken. De '4 Rem-vragen' uit de Remweg 12+?! methode, het ABC schema zoals dat ook wel wordt gebruikt in de ART-Goldsteintraining en een op de Calo geleerd principe uit de theaterwereld te weten 'aanhef, actie en echo'. Dit zijn allemaal stappenplannen waar de cliënt leert langs te lopen. Daarbij gebruikte ik de theorie van Meichenbaum om uiteindelijk de innerlijke spraak te bevorderen en deed ik activiteiten die gericht waren op planning en organisatie.

6.3 Empathisch

De meningen over welke attitude en interventies al dan niet empathisch zijn, lopen uiteen. Of deze als empathisch worden ervaren door cliënt en/of therapeut is in de eerste plaats aan hen.

Er zijn verschillende empathische interventies die in de literatuur als relevant vermeld staan. Deze zijn onder andere te vinden in publicaties van Lang en van der Molen (2003) en Vanaerschot (1998). Op deze concrete, met name verbale, interventies zal niet worden ingegaan.

Om te komen tot empathisch handelen kan de psychomotorisch therapeut drie acties doen¹. Hierin zijn de drie, bij de clientcentered benadering genoemde, condities die zelfontplooiing mogelijk maken verwerkt:

- 1) Het creëren van maximale ontvankelijkheid. De therapeut plaatst de eigen ervaringswereld naar achteren om ruimte te maken voor de ervaringswereld van de cliënt.

¹ Beschreven door en gekregen van Johan Lips, psychomotorisch therapeut bij het Twenteborg ziekenhuis in Enschede.

- 2) Het eigen maken van de belevingswereld van de cliënt. De therapeut richt zich op het lichaamsbeeld, bewegingsbeeld en houdingsbeeld, verbale en para-verbale signalen van de cliënt en maakt deze eigen. Dit betekent dat de therapeut contact heeft met het gevoel, maar het gevoel niet met totale intensiteit voelt. Lips schrijft hiervoor 4 concrete manieren waarop de therapeut deze eigen kan maken:
 - A. Resonantie-empathie: de therapeut voelt enigszins hetzelfde als de cliënt en is daarmee in contact om zodoende de cliënt beter te begrijpen.
 - B. Zelfervaringsempathie: de therapeut gebruikt eigen, minder intense ervaringen waarmee hij in contact staat om de cliënt beter te begrijpen.
 - C. Verbeeldingsempathie: de therapeut stelt zich voor dat hij in de situatie van de cliënt is en begrijpt zodoende meer van zijn belevingswereld.
 - D. Conceptuele empathie: de therapeut gebruikt zijn cognitieve inzichten over bijvoorbeeld psychopathologie om de belevingswereld eigen te maken.
- 3) Het laten weten aan de cliënt. De therapeut kan dit doen door zijn interpretatie te checken, zich te laten leiden door de antwoorden die hij krijgt of door de empathische reactie te laten weten middels interacties en interventies.

Daarbij stemt de therapeut nauwsluitend af op de cliënt in 2^e positie. Dit betekent de therapeut zich associeert in het lichaam van de ander en de wereld door zijn ogen bekijkt. Daarbij praat de therapeut in de 'je' vorm.

Als 'ervaringsgerichte' activiteiten kan de therapeut kiezen voor activiteiten en interventies die gericht zijn op het 'samen' ervaren. Dat de cliënt het idee heeft dat cliënt en therapeut coöpereren. De therapeut kan de context manipuleren, zodat de cliënt 'in zijn kracht' komt. Daarmee wordt bedoeld dat de cliënt merkt dat hij iets goed kan en zijn kracht ervaart. Dit ervaren van kracht kan ook letterlijk als de therapeut de fysieke kracht aanspreekt.

Al spelenderwijs is er contact tussen cliënt en therapeut. Ze leren elkaar kennen en bouwen een werkrelatie op. De belangrijkste boodschap die de cliënt hierbij kan ontvangen is de boodschap van acceptatie, congruentie en empathie.

Bij J. heb ik in het individuele contact prima aan kunnen sluiten bij zijn situatie. Ik heb J. leren kennen in de observatiefase. Het eerste contact was in een groep, maar dat is gestopt omdat J. te storend aanwezig was en overprikkeld raakte door de situatie. Vanaf dat moment heb ik wekelijks individueel contact met hem gehad. In deze fase hebben we vier sessies gehad om elkaar te leren kennen en heb ik vooral ervaringsgericht gewerkt.

Na deze fase is J. besproken in een behandelplanbespreking en werd PMT ingezet voor de doelen, zoals geformuleerd in paragraaf 1.3. Zodoende was er al een basis van contact en een werkrelatie waarin J. weinig tot niets hoefde te veranderen, maar alleen geobserveerd werd. Pas vanaf de behandelfase startten de 'oefengerichte' activiteiten.

De theorie zoals hierboven uitgewerkt, volgens de condities uit de clientcentered benadering, had ik nog niet helder toen ik de behandeling met J. begon. Pas gaandeweg heb ik deze kennis verworven. Ik heb in de behandeling nadat de doelen waren vastgesteld in de behandelplanbespreking vijf sessies met hem gewerkt.

6.4 Resultaat

In de relatie met J. heb ik gemerkt dat hij feedback snel als negatief opvatte. Als ik iets neutraal probeerde terug te koppelen en zelfs als ik een compliment gaf, interpreteerde J. dit vaak als negatieve feedback. Dit kan mogelijk te maken hebben met negatieve interacties die hij gewend is.

Dit was ook merkbaar in de interactie. J. was afhoudend naar mij als therapeut. Door hem uit te nodigen voor een activiteit en die te doen, zonder dat er meer van hem gevraagd werd dan het slechts uit te voeren, verdween deze afhoudende houding snel. Hoewel ik dat toen niet zo bewust had ingezet,

waren deze activiteiten gebaseerd op onvoorwaardelijke acceptatie, empathie en congruentie. Al doende hebben we een betere werkrelatie opgebouwd waarin ik heb ervaren dat J. meer van me aan ging nemen.

De activiteiten die we deden werden gekenmerkt door veel samen te doen. Hierin kreeg J. ook de ruimte voor een eigen spel wat hij zelf bedacht had. Dit spel hebben we herhaaldelijk gespeeld en naar zijn naam vernoemd.

Later in de behandeling hebben we meer 'oefengericht' gewerkt met de eerder beschreven cognitief gedragstherapeutische interventies. Dit werd gedoseerd ingevoerd en opgevoerd wat complexiteit betreft. De sessies duurden altijd een uur waardoor er naast 'oefengerichte' activiteiten ook tijd te maken was voor 'ervaringsgerichte' of minder veranderingsgerichte activiteiten. Zodoende heb ik als therapeut, zeker ook naarmate ik meer theoretische kennis eigen maakte, gewerkt vanuit een empathische attitude die begint bij acceptatie van de cliënt. Deze empathie heb ik ook willen communiceren door op hem af te stemmen in de interventies.

Deze resultaten heb ik als waardevol ervaren. Tegelijk vind ik het ook lastig om te beschrijven, omdat het om resultaten gaat die gebaseerd zijn op mijn beleving. Ze zijn subjectief en door mij als therapeut geïnterpreteerd.

Er is geen effectmeting gedaan en is slechts op één casus toegepast. Ik heb nog wel bij twee andere casussen op een vergelijkbare methode gewerkt, maar daar waren duidelijk andere stoornissen bij aanwezig, wat ook het nut om die resultaten bij deze resultaten te betrekken wegneemt.

Het is echter de vraag of deze harde feiten nodig zijn om terug te kijken op een positief resultaat in het werken met één casus. Ik denk niet dat het nodig is om deze feiten te hebben, om toch te concluderen dat er een verantwoord en aannemelijk antwoord op de vraagstelling van deze casestudy te geven is. Daarover meer in de volgende hoofdstukken.

Conclusie

Doelstellingen

In de inleiding schreef ik de doelstelling in en de doelstelling van deze casestudy. Aan de hand van de casestudy wilde ik een, theoretisch verantwoord en aan de hand van de casus enigszins gestaafd, antwoord krijgen op de vraag:

Op welke manier kan empathie optimaal bijdragen aan een cognitief gedragstherapeutische behandeling van jongeren met ADHD in de psychomotorische therapie?

Dit antwoord en de casestudy wil ik een pleidooi laten zijn voor een empathische benadering van cliënten met ADHD en ik wil dat het vertelt over een manier waarop ik mogelijkheden zie om hen te bereiken teneinde een maximale toename aan adequaat gedrag te zien, waardoor de kwaliteit van leven van de cliënt wordt bevorderd. Ik schreef daarbij de wens dat psychomotorisch therapeuten die cliënten met ADHD behandelen, mogelijk mede dankzij deze casestudy, in staat zouden zijn om adaptief te zijn in de interactie met de cliënt én dat ze kunnen schakelen tussen een cognitief gedragstherapeutisch en cliëntgericht kader wanneer dit de behandeling ten goede komt.

Resultaten

De resultaten zijn op te delen. Allereerst zijn er de resultaten door de bestudeerde literatuur. Samen met de introductie van de casus ben ik daardoor tot de volgende inzichten gekomen:

- J. ervaart veel moeite in de interactie met anderen. Hij vertoont zelf lastig gedrag en krijgt ook veel negatieve reacties terug.
- De reacties tussen J. en zijn omgeving komen bij meer cliënten met ADHD voor. Zij krijgen vaker corrigerende opmerkingen en negatieve reacties op hun gedrag.
- Er zijn effectief gebleken behandelmethodes voor ADHD die een cognitief gedragstherapeutische benadering hebben. Deze modules zijn bruikbaar en worden veelal gebruikt binnen de PMT, waarbij de effectiviteit nog niet is aangetoond.
- Deze aanpak is veranderingsgericht en richt zich op het aanleren van adequaat gedrag. Deze aanpak impliceert een mening van de therapeut, namelijk dat hij van mening is dat het huidige gedrag niet goed genoeg is. Mogelijk is dit voor cliënten met ADHD een lastige insteek, omdat ze al gewend zijn dat er vaker negatief gereageerd wordt op hun gedrag.
- Door deze kennis van de achtergrond van cliënten met ADHD kan de therapeut kiezen om eerst met de cliënt een contact op te bouwen gebaseerd op onvoorwaardelijke acceptatie, empathie en congruentie. Dit is clientcentered werken, waaruit binnen de psychomotorische therapie de modaliteit 'ervaren' is ontstaan.
- Nadat deze basis is gelegd door de therapeut kan hij eclectisch en adaptief werken door te switchen tussen cognitief gedragstherapeutische én cliëntgerichte interventies. Zodoende kan er én gewerkt worden aan adequatere vaardigheden én houdt de therapeut een goed contact in de werkrelatie zodat de 'oefengerichte' interventies nog beter aankomen.

Verder zijn er de resultaten die ik heb waargenomen in de behandeling van J. In paragraaf 6.4 heb ik deze beschreven. Samengevat is dat het volgende:

- Het viel me op dat J. feedback snel negatief interpreteerde. Hij leek negatieve interacties gewend te zijn.
- J. ervoer ik aanvankelijk als afhoudend. Hij leek zelf niet gebrand op het aanleren van nieuwe vaardigheden.
- Door activiteiten te doen die nog niet gericht waren op het aanleren van adequater gedrag, maar ervaringsgericht gebaseerd op acceptatie, empathie en congruentie, leek er een beter contact te ontstaan.

- In dit contact heb ik ervaren dat J. hierdoor ontvankelijker voor mij en mijn aanwijzingen werd. Daardoor heb ik ervaren dat ik empathie heb kunnen gebruiken om optimaal aan de cognitief gedragstherapeutische methodes te werken.

Gezien de bovenstaande resultaten lijkt empathie een positieve invloed te kunnen hebben op de cognitief gedragstherapeutische interventies van een psychomotorisch therapeut bij de behandeling van jongeren met ADHD.

De vraagstelling van deze casestudy begon met: 'Op welke manier kan...'. Het antwoord daarop is gegeven in hoofdstuk 6 ADHD en PMT. Het is mogelijk op deze manier, namelijk vanuit een ervaringsgerichte manier van werken waarin acceptatie, empathie en congruentie de basis vormen. Daarna kwam in de vraag het deel: 'Op welke manier kan empathie optimaal...', oftewel 'op de beste manier'. Mijn antwoord daarop is als volgt: door zich in te leven in de situatie van de cliënt en daar nauwsluitend op aan te sluiten. Door eclectisch en adaptief te werken met interventies die uit de clientcentered therapie komen. Daar moet ik echter direct aan toevoegen dat dit antwoord slechts gestaafd wordt door mijn eerder beschreven bevindingen in de literatuur én de bevindingen in het werken met J.

Hoe deze resultaten beschouwd kunnen worden zal ik uiteen zetten in het volgende hoofdstuk. Daarin zal ik de resultaten kritisch benaderen en tenslotte aanbevelingen doen.

Discussie en aanbevelingen

De resultaten zoals samengevat in de conclusie heb ik afgesloten met de volgende constatering:

Gezien de bovenstaande resultaten lijkt empathie een positieve invloed te kunnen hebben op de cognitief gedragstherapeutische interventies van een psychomotorisch therapeut bij de behandeling van jongeren met ADHD.

De vraagstelling van deze casestudy begon met: 'Op welke manier kan...'. Het antwoord daarop is gegeven in hoofdstuk 6 ADHD en PMT. Het is mogelijk op deze manier, namelijk vanuit een ervaringsgerichte manier van werken waarin acceptatie, empathie en congruentie de basis vormen. Daarna kwam in de vraag het deel: 'Op welke manier kan empathie optimaal...', oftewel 'op de beste manier'. Mijn antwoord daarop is als volgt: door zich in te leven in de situatie van de cliënt en daar nauwsluitend op aan te sluiten. Door eclectisch en adaptief te werken met interventies die uit de clientcentered therapie komen. Daar moet ik echter direct aan toevoegen dat dit antwoord slechts gestaafd wordt door mijn eerder beschreven bevindingen in de literatuur én de bevindingen in het werken met J.

Deze bevindingen en resultaten zal ik in dit hoofdstuk kritisch beschouwen:

Het is vanuit de theoretische onderbouwing aannemelijk dat empathie bij de cognitief gedragstherapeutische behandeling van ADHD een positieve bijdrage heeft. De resultaten bij de casus zijn echter allerm minst betrouwbaar. Er is geen effectmeting gedaan en elk bewijs uit de casus is subjectief aangevoerd door mij, als therapeut. Daarbij is deze manier van werken op slechts één casus toegepast.

De theoretische onderbouwing is opgebouwd vanuit verschillende aannames die veelal enigszins of ruimschoots onderbouwd werden vanuit verschillende literatuurbronnen. Hierin zijn gedurende deze casestudy aannames gedaan die mogelijk niet kloppen of variabel kunnen zijn. Een voorbeeld hiervan is de aanname dat de cliënt met ADHD de eerdere ervaring met volwassen mee zou nemen in de relatie met de therapeut. De aanname is mogelijk, maar de mate waarin dit overdrachtsfenomeen zou spelen is zeer variabel. Mogelijk dat een uiterlijk knappe, of intelligent overkomende therapeut dit in grote mate weg zou kunnen nemen en 'zomaar' alle 'credits' krijgt.

Een ander punt van kritiek is de houding van de cliënt. Er is nu vanuit gegaan dat de cliënt mogelijk niet gemotiveerd is om adequater gedrag eigen te maken, omdat de cliënt al veel kritiek gewend zou zijn. Daarom zou de cliënt niet of minder openstaan voor aanwijzingen. Dit hoeft echter niet zo te zijn. Mogelijk is het in andere gevallen anders en is er een duidelijke consensus over de doelen tussen de cliënt en de therapeut.

De bevindingen van de casus zijn gezien de bovenstaande kritische beschouwing moeilijk breder te trekken dan de casus. Om daarover meer duidelijkheid en bewijs te ontvangen zal een uitgebreider, wetenschappelijk, onderzoek moeten plaatsvinden.

Ook met betrekking tot de casus is kritiek op zijn plaats. Alleen al de co-morbiditeit met PDD zet alle mogelijk effecten al op losse schroeven. Misschien moest J. wel wennen aan de therapeut en was dat na een paar sessies weg. Zo zijn er ook met betrekking tot de casus variabelen die de conclusie minder betrouwbaar maken.

Tot slot wil ik nog ingaan op de financiële kant. Het is mij niet bekend hoeveel mogelijkheden er financieel gezien zijn voor een aanpak zoals ik heb beschreven. Mogelijk past dit helemaal niet in deze tijd waarin efficiëntie steeds meer toeneemt en moet nemen in de Geestelijke Gezondheidszorg.

Ondanks de kritiek bevat deze casestudy een belangrijke boodschap waar iedere psychomotorisch therapeut in de behandeling van ADHD iets aan zou kunnen hebben. Dit is als volgt verwoord in de inleiding als 'het doel van' de casestudy:

'Het doel van deze casestudy is een pleidooi voor een empathische benadering van cliënten met ADHD en vertelt over een manier waarop ik mogelijkheden zie om hen te bereiken teneinde een maximale toename aan adequaat gedrag te zien waardoor de kwaliteit van leven van de cliënt wordt bevorderd. Het is mijn wens dat psychomotorisch therapeuten die cliënten met ADHD behandelen, mogelijk mede dankzij deze casestudy, in staat zijn om adaptief te zijn in de interactie met de cliënt én kunnen schakelen tussen een cognitief gedragstherapeutisch en cliëntgericht kader wanneer dit de behandeling ten goede komt.'

Mijn belangrijkste aanbeveling is verwoord in de bovenstaande twee zinnen. Ik denk namelijk dat juist de PMT geschikt is om aan te sluiten bij de cliënt. Een psychomotorisch therapeut kan naast verbale en paraverbale interventies ook de context manipuleren om empathisch te werken.

Tot slot heb ik de aanbeveling dat er verder onderzoek wordt gedaan naar het effect wat empathie mogelijk kan hebben op de cognitief gedragstherapeutische behandeling van jongeren met ADHD, met het uiteindelijke doel dat zij meer begrepen én effectiever behandeld zullen worden.

Literatuur

- Barkley, R.A. (1990). *Attention-deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Glassman, W. E. (1995). Nederlandse bewerking door Geluk, H. (1998). *Stromingen in de psychologie*. Baarn: Hbuitgevers.
- Kuiper, M., Vermeeren E., Wouw, E. van de (2007). *Handleiding Remweg 12+?!.* Doetinchem: Graviant Educatieve Uitgaven.
- Kendall, P.C. & McDonald, J.P. (1993). *Cognition in the psychopathology of youth and implication for treatment*. In: K.S. Dobson & P.C. Kendall (eds.). *Psychopathology and cognition*. San Diego: Academic Press.
- Lang, G. & Molen, H.T. van der (2003). *Psychologische gespreksvoering; een basis voor de Hulpverlening*. Soest: Nelissen.
- Meichenbaum, D.H. & Goodman, J. (1971). *Training impulsive children to talk themselves: A means developing self-control*. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Mulder, G.A.L.A. & Paternotte, A.C. (1998). 'Meer cure dan care: gedragstherapeutische interventies bij kinderen en jeugdigen met ADHD'. In: Gunning, W.B., (1998). *Behandelingsstrategieën bij kinderen en jeugdigen met ADHD*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem, p. 49-54.
- Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho.
- Rogers, C.R. (1959). *A theory of therapy, personality and interpretational relationships as developed in the client-centered framework*. In: S. Koch (ed.), *Psychology: a study of science*. Vol. III, Formulations of the person and the social context. Mc Graw Hill, New York.
- Snyder C.R. & R.C. Ingram (2000). *Handbook of Psychological Change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Vanaerschoot G. (1998). *Empathische interventies*. In: W. Trijsburg, S. Colijn, E. Collunbien, G.Lietaer (Red.), *Handboek integratieve psychotherapie*. Utrecht; de Tijdstroom.
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één cliënt*. Soest: Nelissen.
- Vandormael, J. & Steerneman, P. (2000). *ADHD: een complexe hulpvraag (I)*. In: *Psychopraxis 2 (7)*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem.

Internet:

Informetaal (2005). *Themabrochure ADHD*. [Electronische versie].
<http://www.informetaal.nl/brochures/PDF/adhd.pdf>

Trimbos Instituut (2007). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen (1.0)*.
http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=29.
Trimbos Instituut (2007). *Landelijk basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen (1.0)*.
<http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/ADHDbijkinderenjeugd/AF0752%20LB%20ADHD%20incl%20omslag.pdf>

Leijssen, M. (2003). *De helende kracht van het empathisch gesprek*. Datum van download: 20-05-'09
<http://users.skynet.be/kern/de%20helende%20kracht%20van%20het%20empathisch%20gesprek.pdf>
Later gepubliceerd in: M. Leijssen & N. Stinckens (red) *Wijsheid in gesprekstherapie*. Universitaire Pers Leuven 2004.

www.encyclo.nl/begrip/empathie. Datum van download: 20-05-'09.