
PARTNERS VAN MENSEN MET ADHD WEER IN BALANS MET POM-POP!

Een preventieve methodische verpleegkundige ondersteuning aan de partner van de volwassene met ADHD.

Corine Kuipers - de Jong, GGZ VS i.o. werkzaam bij Rivierduinen

Partners van mensen met ADHD weer in balans!

Het aantal volwassenen met ADHD in Nederland is groter dan gedacht. Nu er gestaag meer aandacht komt voor deze groep, groeit het aantal volwassenen dat gediagnosticeerd wordt met ADHD jaarlijks ook aanzienlijk. Maar er is nog weinig aandacht in de zorg voor de partners van deze mensen. Ze leven vaak onder grote druk en lopen het risico op overbelasting en zelfs een burnout. Dit heeft weer gevolgen voor de kwaliteit van leven van een volwassene met ADHD. Die is gebaat bij het hebben van een stabiele partnerrelatie. Hierdoor kan zijn kwaliteit van leven verbeteren. Het is dus van dubbel belang dat de partner gezond blijft binnen deze relatie. Daarom de vraag; *Hoe kan een verpleegkundige de preventieve ondersteuning, aan de partner van de volwassene met ADHD, op een methodische wijze vorm geven?*

In dit artikel wordt eerst kort ingegaan op het ziektebeeld ADHD, het effect van ADHD op de partnerrelatie en het verband dat bestaat tussen ADHD, sociale steun en kwaliteit van leven. Ook uitkomsten van onderzoeken met betrekking tot de ervaren belasting door mantelzorgers en de behandeling van burnout klachten worden weergegeven. Voordat overgegaan wordt naar het gewenste hulpaanbod wordt, met behulp van een casus, de problematiek van een partner geïllustreerd. Vervolgens wordt stil gestaan bij de door de auteur ontworpen POM-POP methodiek (Preventie Op Maat door Preventieve Ondersteuning aan Partners) die zich richt op het vergroten van het probleemoplossend vermogen van de partner.

ADHD

ADHD is de afkorting van Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In de DSM -IV worden drie subtypen ADHD onderscheiden. De eerste is het *gecombineerde subtype*. Dit is ADHD met de drie volgende symptomen; aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsief gedrag. De tweede vorm is het *overwegend onoplettendheid type*. Dit is ADHD met alleen aandachtsproblemen, ook wel ADD genoemd. Als laatste wordt het *overwegend hyperactief/impulsief type* onderscheiden. Dit is ADHD met hyperactiviteit en impulsiviteit (APA, 2001). Het is een van de meest voorkomende kinderpsychiatrische stoornissen. De prevalentie van ADHD onder kinderen van vier tot twaalf jaar wordt geschat op drie tot vijf procent.

Tot voor kort werd aangenomen dat ADHD over zou gaan met het ouder worden. Uit onderzoek is echter gebleken dat symptomen bij ongeveer 30 tot 60% van de patiënten blijven bestaan op volwassen leeftijd. Men schat dat ADHD voorkomt bij minimaal één procent van de volwassen bevolking. ADHD op volwassen leeftijd komt bijna evenveel voor bij mannen als bij vrouwen (Kooij, 2002).

ADHD leidt tot problemen in het sociaal functioneren (Kooij en Paternotte, 2001; Brod e.a., 2005; Murphy & Barkley, 1996). Deze problemen ontstaan door de symptomen van ADHD.

Volwassenen met ADHD zijn snel afgeleid, praten druk, zijn ongeduldig, zijn impulsief ten aanzien van relaties aangaan en/of verbreken en hebben moeite om zich aan gemaakte afspraken te houden (De Kruiff & Kooij, 2002; Weiss, 2000). Problemen kunnen zich voordoen in verschillende sociale situaties zoals in de omgang met collega's, vrienden of in intieme relaties (Brod e.a., 2005).

Effecten van ADHD op de relatie

Uit onderzoek van Biederman e.a. (1993) blijkt dat partnerrelaties van volwassenen met ADHD vaak geen stand houden. Bij deze groep vinden, in vergelijking met controlegroepen zonder ADHD, vaker echtscheidingen plaats of worden relaties verbroken. Ook Kooij (2002) heeft onderzoek verricht naar relaties bij volwassenen met ADHD. Zij concludeert dat de meeste relaties bij volwassenen met ADHD kortdurend zijn en snel wisselen. Uit onderzoek bij 141 patiënten blijkt dat 61% een relatie had, waarvan 73% met relatieproblemen (Kooij e.a. 2001). De partner bleek somberder te zijn over de relatie dan de volwassene met ADHD. Er bleken problemen te ontstaan in de relatie door onvoldoende praten, onvoldoende intimiteit, afspraken niet nakomen, geen verantwoordelijkheid nemen voor gezin en huishouden, alcohol of drugsmisbruik en problemen over agressief gedrag (Kooij e.a., 2001).

Ook Robin (2002), een Amerikaanse psycholoog, deed onderzoek naar de impact van ADHD op de relatie middels de 'Marital Impact Checklist'. Dit onderzoek heeft plaats gevonden bij 80 stellen, waarvan een van de partners ADHD heeft. De problemen waar de stellen het meest last van hadden, waren communicatieproblemen, problemen met tijdmanagement, problemen met emotieregulatie, afspraken vergeten, dingen zeggen zonder nadenken, aandacht niet bij gesprekken kunnen houden, moeilijk met frustraties om kunnen gaan, moeite hebben om aan taken te beginnen, een puinhoop achterlaten en dingen niet afmaken.

Het is van belang om te beseffen dat iedere relatie wordt beïnvloed door meerdere factoren, zoals bijvoorbeeld; de duur van de relatie, het wel of niet hebben van kinderen, de sociaal economische status van de beide partners, de culturele en religieuze verschillen, de leeftijd van de partners en de zorgtaken buiten het gezin. Deze beïnvloedende factoren spelen in een partnerrelatie, wanneer een van de partners ADHD heeft, net zo goed een rol als in relaties waarbinnen geen ADHD voor komt. Er is nog geen onderzoek verricht naar de effecten van deze beïnvloedende factoren op de partnerrelatie van een volwassene met ADHD. Om die reden wordt er in dit artikel niet ingegaan op deze psychodynamische aspecten, hoewel deze mogelijk ook invloed hebben op de ervaren belasting van de partner.

Emotionele belasting partners

Er is in Nederland weinig onderzoek gedaan naar de ervaren emotionele belasting van de partners en/of familieleden die zorg verlenen aan mensen met langdurige psychische problemen. Pas vanaf midden jaren tachtig kwam er meer belangstelling voor de familieleden en vrienden, en de door hen ervaren belasting door de zorg voor iemand met psychische problemen (Kwekkeboom, 2000). Deze onderzoeken richten zich op de mogelijkheden om de belasting via gerichte interventies te verminderen. Omdat de meeste van deze onderzoeken zijn verricht onder een specifieke onderzoekspopulatie zijn de uitkomsten hiervan onderling moeilijk te vergelijken. De belangrijkste gemeenschappelijke uitkomst is dat de zorg voor een psychisch zieke naaste een dusdanig zware belasting vormt dat de partners en/of familieleden er zelf problemen door kunnen krijgen. Een groot aantal mensen die zorgt voor een psychisch zieke naaste heeft negatieve gevoelens vanwege de zware verantwoordelijkheid en de inperking van het eigen leven als gevolg van de hulpverlenende rol.

Veel voorkomende negatieve gevoelens zijn angst, kwaadheid, eenzaamheid, verdriet, schuld en schaamte. De belasting kan zo zwaar zijn dat dit reden is om de band te verbreken. Vooral vriendschappen, maar ook partnerrelaties kunnen als gevolg van langdurige psychische problematiek worden verbroken (Borgesius e.a., 1986; Van Meer, 1991).

De zorg voor partners

In onderzoeken van de afgelopen jaren naar mantelzorg: het verlenen van "niet beroepsmatige hulp" aan chronisch of tijdelijk zieken, stervenden en andere hulpbehoevendenden, komt naar voren hoeveel impact de zorg van mensen met psychische problemen op naasten kan hebben (Timmermans et al., 2004). Hoewel mantelzorg een moeilijk af te bakenen begrip is, is de definitie van Kwekkeboom (2000) een veel gebruikte omschrijving. Zij omschrijft mantelzorg als "zorg die, niet op basis van een dienstverlenend beroep, wordt verleend aan mensen uit de sociale omgeving waarbij de sociale relatie de basis vormt van het zorgverlenen". Uit deze definitie valt op te maken dat er in de eerste plaats sprake is van een relatie tussen de mantelzorger en de "zorgvrager".

Contextueel therapeut Ivan Boszormenyi - Nagy (1986, 2005 blz: 361) beschrijft de basis voor een levensvatbare partnerrelatie als volgt: "In symmetrische relaties verwachten echtgenoten, partners, minnaars en vrienden billijk geven - en - nemen. Deze relaties blijven slechts levensvatbaar zolang mensen erin slagen een balans van onderling min of meer wederkerige bijdragen te verkrijgen. Anders wordt hun relatie eenzijdig en uitbuitend en kan ze niet worden gehandhaafd".

Binnen een partnerrelatie waar een van de leden ADHD heeft, is de kans aanwezig, dat de balans van geven - en - nemen zoek raakt en daardoor de partnerrelatie in gevaar komt. Op basis van de definitie van Kwekkeboom en de theorie van Nagy wordt de ervaren belasting van de partner, in dit artikel een aantal malen vergeleken met ervaren belasting van een mantelzorger.

In 2002 is door de Erasmus Universiteit in samenwerking met het RIVM en de Steunpunten Mantelzorg een breed kwalitatief onderzoek naar mantelzorg uitgevoerd.

De meeste mantelzorgers geven aan behoefte te hebben aan ondersteuning, het delen van de zorg met andere mantelzorgers, of af en toe even helemaal vrij te zijn van de zorgtaak. De helft van de mantelzorgers wil meer informatie of geestelijke en emotionele ondersteuning van professionele hulpverleners, of ook wel eens praten met anderen in dezelfde situatie. Een grote groep zou graag regelmatig een dagdeel vrij willen hebben, bijvoorbeeld voor het uitoefenen van een hobby. Ook staat af en toe een weekend of week er tussenuit, of een keer per jaar twee weken zorgeloos op vakantie (al dan niet met de zorgvrager) hoog op hun verlanglijstje (Exel e.a., 2002).

In de literatuur over mantelzorgers van mensen met psychische problemen wordt veel gesproken over de term overbelasting. Als iemand psychische problemen heeft, dan kan dat ook voor de mensen om hem heen consequenties hebben op allerlei levensterreinen. In hoeverre dit leidt tot overbelasting bij deze direct betrokkenen, hangt af van de (ervaren) kwaliteit van de relatie met de patiënt (Baronet, 2003) en de vaardigheden van beiden om met de situatie om te gaan (Dixon e.a., 2004). Ook onbegrip en onwetendheid van de sociale omgeving is van invloed, evenals het stigma dat rust op 'gekte'. Daardoor kunnen mantelzorgers in een maatschappelijk isolement terechtkomen (Van Lier, 2005). De symptomen van overbelasting onder mantelzorgers komen voor een groot deel overeen met burnout. Ze kunnen last hebben van emotionele uitputting, depersonalisatie, en een verminderde persoonlijke voldoening. De mantelzorger kan zelfs verbitterd raken (Maslach & Leiter, 1997; Pines en Aronson, 1988).

De impact van steun

De sociale en emotionele steun die volwassenen met ADHD krijgen, is van grote invloed op hun functioneren en de kwaliteit van leven (Bouwsema, 2006). Uit het onderzoek van Bouwsema blijkt dat deze steun leidt tot een kleinere kans op stemmingstoornissen. Deze twee vormen van steun verwijzen naar het omgeven zijn met anderen, mensen die bereid zijn naar je te luisteren, voor je te zorgen, met je mee te voelen, je gerust te kunnen stellen en je te laten voelen dat je gewaardeerd wordt, dat er van je gehouden wordt en dat er voor je wordt gezorgd (Doeglas e.a., 1996). Wanneer een persoon veel warmte, steun en hulp ontvangt vanuit de relatie wordt dit als positief ervaren en leidt tot een betere kwaliteit van leven. Sociale en emotionele steun kunnen een remmende werking hebben op het stressproces. Wanneer er veel steun wordt ontvangen kan dit er eveneens voor zorgen dat het negatieve effect van ADHD minder sterk of mogelijk afwezig is. In het onderzoek van Bouwsema (2006) wordt speciaal aandacht besteed aan de partnerrelatie van volwassenen met ADHD. Een partnerrelatie wordt gekarakteriseerd door intimiteit en nabijheid. Wanneer iemand steun ontvangt van de partner leidt dit tot verhoging van het welzijn. Wanneer volwassenen met ADHD geen sociale en emotionele steun ontvangen, hebben zij volgens het onderzoek van Bouwsema een grotere kans om eenzaam en depressief te worden, waardoor vervolgens de kwaliteit van leven zal afnemen (Bouwsema, 2006).

Wisselwerking tussen partners

Het is dus van groot belang dat de partner leert omgaan met de ADHD en in staat is om voldoende steun te geven aan de volwassene met ADHD. Dit vermindert de kans op een depressie waardoor hij ook weer in staat is om zijn partner beter te ondersteunen. En wanneer de partner ondersteuning krijgt, vermindert dat bij de partner de kans op een burnout. Zo wordt ook de kans kleiner dat de relatie door de partner verbroken zal worden.

Eerder werd beschreven, dat mantelzorgers van mensen met een psychische ziekte, door overbelasting zelf gezondheidsproblemen kunnen ontwikkelen. Van een nog te hanteren moeheid, tot vitale uitputting of burnout. Niet alle klachten hoeven in verband te staan met het eenzijdige zorgen binnen de relatie, wel staat vast dat zorg dragen voor een psychisch zieke een zware klus is. Klachten ontstaan als gedurende langere tijd de draaglast groter is dan de draagkracht. Om de draaglast van de partner te bepalen zijn onder andere de volgende factoren van belang:

- de mate waarop de ziekte effect heeft op het functioneren;
- de aanwezigheid van andere stressvolle levensgebeurtenissen;
- de kwaliteit van de partnerrelatie;
- de mate van sociale contacten;
- de financiële situatie.

Niet als bij de draaglast, kunnen we bij de draagkracht ook diverse factoren onderscheiden. Hierbij valt te denken aan; gezondheid en copingstijl van de partner, de mate waarin de partner sociale steun ontvangt, de balans tussen geven en ontvangen binnen de relatie en de mate waarin de partner kennis heeft over het ziektebeeld.

Kennis van factoren die de draaglast en draagkracht van de partner bepalen, helpt om manieren te vinden waarop de partner ondersteund kan worden. Het stelt de verpleegkundige in staat om te zien of, en welke (preventieve) begeleiding nodig is. Zo kan dreigende overbelasting in een vroeg stadium onderkend en mogelijk voorkomen worden.

Casus

Simone is getrouwd met Kees en samen hebben zij drie kinderen, een tweeling meisjes (13) en een jongen (10). Kees heeft drie jaar geleden, nadat zijn zoon de diagnose ADHD had gekregen, zichzelf laten onderzoeken op ADHD.

Kees bleek ook ADHD te hebben.

Simone werkt als ziekenverzorgende met wisselende diensten in een verpleeghuis. Kees is werkeloos en "werkt" nu als huisman thuis. Door de ADHD lukt het hem niet om de huishouding en het gezin te coördineren. Hierdoor komen de huishoudelijke taken zoals schoonmaken, wassen, koken en boodschappen doen alsnog op Simone neer.

Kees zijn grootste hobby is klussen. Hij bedenkt keer op keer een nieuwe klus die in of rond het huis moet gebeuren. Het lukt Kees niet om een klus af te maken voordat hij een nieuwe klus oppakt. Hierdoor is het huis veranderd in een bouwput. Er zijn financiële zorgen. Het klussen in huis kost meer geld dan dat er netto binnen komt. Op het werk van Simone zijn een aantal langdurig zieke werknemers, hierdoor zijn er grote gaten in het dienstrooster ontstaan. Simone heeft een aantal maanden geleden afgesproken dat ze iedere maand drie extra nachtdiensten draait om het probleem van het dienstrooster op te lossen en extra geld te verdienen.

Simone raakt in gesprek met de behandelaar van Kees. Ze geeft aan dat ze zich al maanden moe voelt, uitgeput is en de zorg voor het gezin niet meer aan kan. Ook gaat het niet goed met Simone op haar werk. Vorige week heeft ze een cliënt verkeerde medicijnen gegeven. Ze heeft dit tijdig ontdekt en de benodigde interventies uitgevoerd in overleg met haar afdelingshoofd. Ze heeft tijdens het werk vaak het gevoel er met haar gedachten niet bij te zijn.

Ze maakt zich veel zorgen om de schoolresultaten van haar jongste zoon en ze is bang dat de tweeling te weinig moederliefde van haar krijgt. Ze zegt te falen in haar moederrol en voelt zich hierdoor een slechte moeder. Simone geeft aan dat zelfs de kinderen door haar vingers glippen.

Contacten met vriendinnen heeft ze al jaren niet meer. Simone heeft contacten laten doodbloeden omdat ze zich schaamt voor haar huis, dat al jaren in verbouwing is maar nooit afkomt. Simone wil niet dat er andere mensen op visite komen.

Simone geeft aan Kees als een last te ervaren. Ze voelt liefde voor hem omdat hij de vader van de kinderen is maar tegelijkertijd bekruipt haar vaak het gevoel dat ze er een kind bij heeft. Simone voelt zich niet gesteund door Kees. Ze heeft het idee dat hij nooit interesse in haar toont, niet luistert naar haar en alle problemen die zij ervaart bagatelliseert. Simone snakt naar intimiteit en geborgenheid maar wanneer Kees haar aan wil raken, duwt ze hem weg omdat ze zich door hem niet begrepen voelt.

Zoektocht naar passende behandeling

Het verhaal van Simone is een voorbeeld van een partner van een volwassene met ADHD. Het verhaal van Simone is niet uitzonderlijk. Zo kan er bij iedere partner een moment aanbreken dat ze met zoveel moeilijkheden wordt geconfronteerd dat haar eigen gezondheid in gevaar komt. Voor de verpleegkundige is er een belangrijke taak weggelegd om (dreigende) overbelasting te signaleren en te onderzoeken aan welke interventies behoefte is. Wanneer er voorbijgegaan wordt aan signalen van dreigende overbelasting bestaat het gevaar dat de partner lichamelijk en geestelijk uitgeput raakt en burnout verschijnselen gaat vertonen.

In de afgelopen jaren is veel ervaring opgedaan met preventieprogramma's gericht op het voorkomen van burnout en overbelasting onder mantelzorgers. Vrijwel alle GGZ-instellingen in Nederland hebben tal van preventieprogramma's ontwikkeld en ook is er het nodige wetenschappelijke onderzoek verricht naar innovatieve interventies ter voorkoming van overbelasting. Ondanks alle kennis over risico- en beschermende factoren van overbelasting onder mantelzorgers, zijn er voor de partners van mensen met ADHD nog geen evidente interventies beschikbaar ter voorkoming van burnout.

Via diverse studies is onderzocht met welke interventies burnout klachten behandeld kunnen worden. Zo bleek dat psychiatrisch verpleegkundigen met actieve copingstijlen minder kwetsbaar zijn voor werkstress en burnout, dan verpleegkundigen met vermijdende copingstijlen (Betgem, 2000). Hier liggen dus kansen voor preventie en behandeling van burnout klachten. Overige interventies hebben betrekking op ontspanning, verandering van cognities en gedrag. Verbraak en anderen onderzochten in 2006 de resultaten van een cognitieve gedragsgerichte behandeling ongeveer een jaar na afloop van de behandeling en vonden positieve resultaten.

Methode POM (preventieve ondersteuning mantelzorgers) is ontwikkeld door Mediant GGZ en InterZorg (Duzijn en Veldhuis, 2004). POM heeft als doel om mantelzorgers van depressieve ouderen te ondersteunen met een preventieaanbod op maat. Het aanbod bestaat uit semi-gestructureerde gesprekken die een POM medewerker heeft met een mantelzorger. Allereerst wordt de situatie van de mantelzorger in kaart gebracht. Met behulp van de vragenlijst 'Ervaren Druk door Informele Zorg', wordt een inschatting gemaakt van de mate van belasting die de mantelzorger ervaart. De EDIZ is ontwikkeld door Pot en anderen (1995) en wordt gebruikt om snel een eerste indruk te krijgen in hoeverre een mantelzorger zich overbelast voelt. Het instrument meet de ervaren druk door informele zorg en is wetenschappelijk gevalideerd. De EDIZ bestaat uit negen items, die samen een hiërarchische schaal vormen, variërend van minder naar meer druk. Als de mate van overbelasting is gemeten, worden de knelpunten en de daaraan gekoppelde ondersteuningsbehoefte geïnventariseerd. Wanneer de knelpunten duidelijk in kaart zijn gebracht, wordt samen naar oplossingen gezocht.

Diverse kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeken hebben interventies weergegeven waarmee mantelzorgers preventief ondersteund kunnen worden ter voorkoming van burnout. De POM methodiek geeft weer hoe individuele preventieve interventies methodisch aangeboden kunnen worden. Naar de POM-Methodiek is een uitgebreide procesevaluatie uitgevoerd. Hieruit blijkt dat mantelzorgers inderdaad bereikt worden, dat de communicatie tussen professionele hulpverleners en mantelzorgers verbetert en dat de mantelzorger de aandacht op prijs stelt. De POM-methodiek kan gezien worden als een model of good practice (Duzijn en Veldhuis, 2004).

De POM-POP, een passend aanbod

Op basis van deze POM methodiek en de uitkomsten van bewezen effectieve interventies heeft de auteur van dit artikel een methodiek ontworpen, de POM-POP (Preventie Op Maat door Preventieve Ondersteuning aan Partners) methodiek. De POM-POP methodiek heeft als doel; het vroegtijdig signaleren van overbelasting, het voorkomen van overbelasting, het verkleinen van de reeds ontstane belasting, het versterken van persoonlijke vaardigheden en het aanboren van steunbronnen bij de partner. De POM-POP methode helpt de partner om de factoren die de balans tussen draagkracht en draaglast beïnvloeden, actief te benaderen zodat er weer een balans ontstaat tussen deze twee elementen. Met deze gerichte coachende, stimulerende aanpak en de op de "ADHD partner" afgestemde interventies moet voorkomen worden dat de partner overbelast raakt of kan de reeds ontstane belasting terug gedrongen worden.

De methode bestaat uit zes stappen, waarbij er in de eerste stap een nulmeting en in de laatste stap een nameting gedaan wordt met behulp van de EDIZ. Stap 1 tot en met Stap 4 en Stap 6 nemen minimaal 280 minuten van de verpleegkundige in beslag. De totale duur van het gehele traject is afhankelijk van de gekozen interventies die in Stap 5 ten uitvoer worden gebracht.

De POM-POP methodiek begint met een verkenning van de ervaren belasting. Stap 1 bestaat uit het vaststellen van de ervaren belasting. Dit wordt gedaan met behulp van de EDIZ.

Als er sprake is van overbelasting is het van belang dat de oorzaken van de overbelasting worden opgespoord. In Stap 2, ook wel de oorzaakanalyse genoemd, worden feiten en gegevens met behulp van de draagkracht / draaglast checklist verzameld. De oorzaken en gevolgen worden in deze fase uiteengezet.

In de volgende stap, Stap 3, worden de doelen uitgewerkt. Het is in deze fase van belang dat de partner zelf aangeeft wat zij met de behandeling wilt bereiken.

Daarnaast staat in deze fase het brainstormen over mogelijke interventies centraal. De partner wordt door de verpleegkundige gestimuleerd om te brainstormen over mogelijke en onmogelijke manieren waarop ze haar doelstellingen zou kunnen behalen. De verpleegkundige schrijft zowel de doelstellingen als alle mogelijke en onmogelijke interventies op.

Hier opvolgend wordt in Stap 4 door de partner een keuze gemaakt uit de uitgewerkte interventies en het beste alternatief geselecteerd. De doelstellingen en de manier waarop de partner deze doelstellingen wil gaan behalen worden beschreven in een preventieplan. In de op een na laatste fase, Stap 5 worden de interventies geïmplementeerd. Stap 6 bestaat uit de evaluatie. In deze fase wordt bij de vraag stil gestaan of de draagkracht en de draaglast bij de partner weer in evenwicht zijn gekomen en of de ervaren belasting is afgenomen.

De kracht van deze methode zit in het empowerende karakter. De methode richt zich op het sterker maken van de partner binnen de eigen sociale context, zodat deze beter in staat is om controle te krijgen over zijn of haar eigen leven. De verwachting is dat dit een bijdrage levert aan het gevoel van persoonlijke controle, het bewustzijn van factoren die de mogelijkheid om controle uit te oefenen belemmeren of juist stimuleren en aan de participatie om persoonlijke doelen te bereiken.

Terug naar Simone

Simone heeft samen met een verpleegkundige de POM-POP methode doorgewerkt. Simone scoort hoog op de EDIZ. Dit betekent dat Simone zich zwaar belast voelt.

Uit de draagkracht / draaglast checklist blijkt onder andere dat Simone weinig kennis heeft over ADHD, een aantal concurrerende aandachtsgebieden heeft en moeite heeft met het maken van een haalbare dagplanning. Daarnaast blijkt dat Simone perfectionistisch is en alles zelf in de hand wil houden waardoor ze er alleen voor staat. Bij het opstellen van de doelen geeft Simone aan wat ze wil: er niet meer alleen voor staan, een betere echtgenote en moeder zijn, rust in huis en hulp bij de schulden.

Simone wordt door de verpleegkundige gestimuleerd te brainstormen over mogelijkheden waarmee ze haar doelen kan realiseren. Na verloop van tijd gaat het Simone steeds gemakkelijker af om op een creatieve manier na te denken hoe ze zelf haar doelen zou kunnen behalen. Simone stelt samen met de verpleegkundige een preventie plan op. Hierin beschrijft Simone dat ze gaat deelnemen aan de ADHD partner coachingsgroep, ze haar sociale netwerk gaat uitbreiden door telefonisch contact te zoeken met een vriendin en dat ze met haar echtgenoot de mogelijkheden tot schuldsanering gaat bespreken. Daarnaast geeft Simone aan te stoppen met het draaien van extra nachtdiensten en in plaats daarvan samen met haar man wil gaan klussen in huis. Ook wil Simone een gezinsplanner aanschaffen om op die manier meer overzicht te krijgen in de dagplanning van het hele gezin.

Simone wil ondersteuning bij het aanvragen van GGV (gespecialiseerde gezinsverzorging), en bij het verminderen van de irrealistische gedachte dat ze een slechte moeder is. Simone en de verpleegkundige maken een aantal afspraken waarin Simone leert anders te denken over zichzelf en haar moederschap.

Daarnaast maakt Simone een afspraak bij jeugdzorg om de mogelijkheden tot het aanvragen van GGV te bespreken.

Aan het einde van het traject wordt opnieuw de EDIZ afgenomen. De ervaren belasting is bij Simone met meer dan de helft afgenomen.

Aanbeveling

De partner van de cliënt met ADHD loopt het risico om overbelast te raken en hierdoor een burnout te ontwikkelen. Van belang is dat er een passend behandelaanbod voor deze doelgroep komt.

Iedere volwassene met ADHD is anders, elke partner is anders en elke partnerrelatie is verschillend. Iedere relatie wordt beïnvloed door meerdere factoren zoals de duur van de relatie, het wel of niet hebben van kinderen, de sociaal economische status van de beide partners, de culturele en religieuze verschillen, de leeftijd van de partners en de zorgtaken binnen en buiten het gezin. Deze factoren spelen in een partnerrelatie, wanneer een van de partners ADHD heeft, net zo goed een rol als in relaties waarbinnen geen ADHD voor komt. Er is geen onderzoek verricht naar de effecten van deze beïnvloedende factoren op de partnerrelatie van een volwassene met ADHD.

Echter door de individuele aanpak van de POM-POP methode is het voor de verpleegkundige wel mogelijk om deze factoren die mede de draaglast en draagkracht van de partner beïnvloeden, te bepalen. Dit helpt de verpleegkundige om manieren te vinden waarop ze de partner kan ondersteunen en stelt haar in staat om te zien of, en welke, (preventieve) begeleiding nodig is. Zij kan dreigende overbelasting in een vroeg stadium onderkennen, terugdringen of mogelijk voorkomen.

De centrale vraag van dit artikel is; hoe kan een verpleegkundige de preventieve ondersteuning aan de partner van de volwassene met ADHD op een methodische wijze vorm geven? Binnen het huidige hulpaanbod is er naast de partnergroep voor deze doelgroep nog geen methode voor handen. De POM-POP is een aanzet voor een methodisch hulpaanbod voor deze doelgroep. Van belang is dat deze methode onderzocht gaat worden op werkzaamheid, zodat er in de nabije toekomst wel een evidence based behandel aanbod voor deze doelgroep beschikbaar is. De vraagstelling van een dergelijk onderzoek zou kunnen zijn: "Ervan partners van volwassenen met ADHD na het volgen van de POM-POP methode significant minder belasting en hebben deze partners betere coping vaardigheden verworven; en zo ja; hoe lang blijft dit effect behouden?"

Gebruikte Literatuur

- American Psychiatric Association (2001) *Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*, Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Baronet, AM. (2003). The impact of family relations on caregivers' positive and negative appraisal of their caregiving activities. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*.
- Betgem, P.J. (2000). *Werkstress en burnout bij verpleegkundigen in de psychiatrie: Een onderzoek naar de invloed van persoonlijke factoren en organisatiekenmerken*. Nijmegen: University Press. Academisch proefschrift Universiteit Utrecht.
- Borgesius, E., M. Schrevel en H. Vlug (1986). *De draad kwijt*. Familie en vrienden over hun leven met psychiatrische patiënten. Amsterdam: Uitgeverij Sua, 1986.
- Bousema, G., (2006) ADHD: *Dat valt niet mee!* Een onderzoek naar de invloed van sociale steun op het functioneren en de kwaliteit van leven bij volwassenen met ADHD. Research Paper Rijksuniversiteit Groningen. Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid.
- Brod, M., Perwien, A., Adler, L., Spencer, T., Johnston, J. (2005). Conceptualization and Assessment of Quality of Life for Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Primary Psychiatry*, 12 (6), 58-64.

- Doeglas, D., Suurmeijer, T., Brian_on, S., Torbjørn, M., Krol, B., Bjelle, A., Sanderman, R., Van den Heuvel, W. (1996). An International Study on Measuring Social Support: Interactions and Satisfaction. *Social Science Medicine*, 43, 1389-1397.
- Duzijn, B. & Veldhuis M. (2004). Preventieve ondersteuning van mantelzorgers van ouderen in Twente. Een project van InterZorg ouderen en Mediant GGZ. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*.
- Exel, N.J.A. van, B. van den Berg, G.A.M. van den Bos, Ma Koopmanschap, W.B.F. Brouwer. (2002). *Mantelzorg in Nederland: Een situatieschets van mantelzorgers bereikt via de Steunpunten Mantelzorg*. IMTA/RIVM rapport Rotterdam: Erasmus MC
- Kooij, J.J.S., Paternotte, A.C. (2001). *In kort bestek*. ADHD bij volwassenen. Bilthoven: Balans.
- Kooij, J.J.S. (2002). *ADHD bij volwassenen. Inleiding in diagnostiek en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- De Kruiff, M., Kooij, J.J.S. (2002). Coaching van volwassen ADHD-patiënten in groepsverband. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 579-591.
- Kwekkeboom (2000), M.H. *De zorg blijft*. Verslag van een onderzoek onder familieleden en andere relaties van mensen met (langdurige) psychische problemen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lier, W. Van (2005) *Mantelzorg in de geestelijke gezondheidszorg*. Factsheet. Utrecht: nizw.
- Maslach, C., & M.p. Leiter (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal burnout and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Meer, R. van. (1991). *Schizofrenie van nabij*. Belasting van familieleden van schizofreniepatiënten en effecten van steunende gezinsbegeleiding (diss.). Delft: Eburon, 1991.
- Murphy, K., Barkley, R.A. (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Adults: Comorbidities and Adaptive Impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37 (6), 393-401.
- Nagy, I., (1986) *Tussen geven en nemen, over contextuele therapie*, 4e druk, (vertaling door Barbara R. Krasner, 2005 blz: 361) Haarlem: De Toorts.
- Pines, A. & Aronson, E. (1988). Career burnout: causes and cures. New Yourk: *The Free Press*.
- Pot, A.M., van Dyck, R., en D.J.H. Deeg (1995). Ervaren druk door informele zorg; constructie van een schaal. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* (1995) 26, p. 214-219.
- Robin A.L. (2002). The impact of ADHD on marriage. *The ADHD Report*, 10(3):9-14. Guilford Publications Inc.
- Timmermans JM, Schellingerhout R, de Boer AH. (2004) Wat heet mantelzorg? Prevalentie van verschillende vormen van mantelzorg in Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2004.
- Weiss, M., Hechtman, L., Weiss, G. (2000). ADHD in Parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (8), 1059-1062.

Geraadpleegde Literatuur

- 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.
- Dik, M.M. (1999) *Een onderzoek onder familieleden van mensen met een obsessief-compulsieve stoornis*. De invloed van subjectieve zorglast op het welbevinden en de mediërende rol van coping. Den Haag/ Leiden: Parnassia (pmc) /Rijksuniversiteit Leiden, (doct. scriptie).
- Dixon L, A. Lucksted, B. Stewart, J. Burland, C.H.Brown e.a. (2004) Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 207-215.
- Duzijn, B., Lammeren P. van, F. van Mierlo (2000). *Mantelzorg zonder zorgen?* Methodiekontwikkeling en procesevaluatie van het Preventie-op-Maat aanbod voor mantelzorgers van depressieve ouderen. Trimbos-instituut Utrecht.
- Heijst, A. Van, &M. Vesterman (2003) *Weg van de waan*. Ouders over onwil en onmacht in de psychiatrische zorg. Nijmegen: Stichting Te Gek Voor Woorden.
- Kerseboom, J.S. (1997) *Door zorg omgeven*. Over belasting van de omgeving van chronisch psychiatrische patiënten. Rotterdam/Utrecht: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (EUR)/ Trimbos-instituut.
- Kooij, J.J.S. (2004 a). ADHD en werk. *Impulsief*, 4.
- Kooij, J.J.S. (2004 b). Evenwicht in de relatie. *Impulsief*, 4.
- Kooij, J.J.S. (2004 c). En wie zorgt er voor hén? *Impulsief*, 4.

- Kras, B. (1997) *Familieleden van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis*. Een exploratieve studie (doct. scriptie). Den Haag/Leiden: RIAGG Den Haag/Rijksuniversiteit Leiden.
- McCloskey, J.C. en G.M. Bulechek (1997). *Verpleegkundige interventies*. Utrecht: De tijdstroom.
- Oosterbaan, H. (1991). *Omgaan met gekte*. Hoe familieleden de zorg voor psychiatrische patiënten volhouden. Utrecht: NcGv.
- Pearlin, L.I. (1997). The forms and mechanisms of stress proliferation: the case of AIDS caregivers. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 223-236.
- Poelijoe, N.W. De belasting van huisgenoten van psychiatrische patiënten. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* (1992) 70-9 (541-545).
- Schene, A., en B. van Wijngaarden (1993). Familieleden van psychotische patiënten. Een onderzoek onder Ypsilon-leden. In: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 48-9 (899-914).
- Schene, A., en B. van Wijngaarden (1994). Consequenties van psychotische stoornissen voor familieleden. De aard en ernst nader onderzocht. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 36-1 (6-19).
- Sonderen, F.L.P. Van (1991). *Het meten van sociale steun*. Proefschrift. Psychologische, Pedagogische en Sociologische Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen.
- Stam, H., en P. Cuijpers (1999). *Psycho-educatie voor familieleden van psychiatrische patiënten*. De effecten op belasting, Utrecht: Trimbo-Instituut.
- Strating, M.M.H., Van Schuur, W.H., Suurmeijer, Th.P.B.M. (2006). Contribution of Partner Support in Self-management of Rheumatoid Arthritis patients. An Application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 51-60.
- Strating, M.M.H. (2006). *Facing the challenge of rheumatoid arthritis*. A 13-year prospective study among patients and cross-sectional study among their partner. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Trimbos, NEMESIS (2007), *Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study'*, Trimbosinstituut Utrecht.
- Verbraak, M., Warner, R., Roij, M. de, & Hoogduin, K. (2006) Follow-up na protocollaire cognitieve gedragstherapie bij burn-out: een vergelijking met depressieve stoornissen en angststoornissen. *Directieve Therapie*, 26(2), 142-161.