

# Nee dank u, de regie mag u zelf houden

*Positieve cognitieve gedragstherapie bij een vrouwelijke patiënt met ADD*

Een 42-jarige vrouw (Eva<sup>1</sup>) komt binnen voor een intakegesprek. Ze friemelt met haar handen, huilt en geeft aan zichzelf zo te haten dat ze niet meer verder wil leven. De enige reden dat Eva geen einde aan haar leven maakt, is haar familie. Deze band dient voor haar als beschermende factor. De behandeling wordt overgedragen vanuit een andere instelling, waar ze geen langdurige behandeltrajecten aanbieden. Voor het gevoel van Eva worden van het ene op het andere moment de banden met de eerdere hulpverleners verbroken, omdat ze heel lang in zorg moet blijven. De huidige instantie is de derde in lijn. Eva voelt zich opgegeven en vertelt dit te ervaren als de zoveelste teleurstelling waarbij ze aan zichzelf bewijst dat niets lukt en ze het leven niet waard is. Ze vraagt de huidige hulpverlener hoe ze verder moet met haar leven. Ze weet het niet meer en vertrouwt niet op haar eigen keuzes.

In deze gevalsbeschrijving wordt de casus geschetst van een vrouwelijke patiënt die vanwege haar angst om te falen een beroep doet op haar omgeving om de regie in haar leven over te nemen. Ze is gediagnosticeerd met een aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit van het overwegend onoplettende type (ADD). Een depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven (NAO) zijn bij deze patiënt bijkomende psychiatrische stoornissen die haar problematiek verzwaren. Haar behandeling is erop gericht haar zelfvertrouwen te verbeteren. Het verwachte resultaat is dat de patiënt daardoor de regie in haar leven terug gaat pakken en hier op een gewenste manier invulling aan kan geven.

In deze gevalsbeschrijving wordt niet ingegaan op de problemen die mannen met AD(H)D ervaren. Gedragsproblemen staan bij mannen op de voorgrond waardoor ze meer opvallen en eerder ondersteuning krijgen. De problemen zijn externaliserender van aard in vergelijking met de problemen die vrouwen ervaren. (Kooij, 2012).

<sup>1</sup> Eva is een gefingeerde naam, betreffende patiënt heeft toestemming gegeven voor gebruik van de geanonimiseerde informatie en publicatie van het artikel.

## ADHD

Aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit (ADHD) bij volwassenen is een relatief jonge diagnose die nog niet altijd wordt herkend en behandeld. Dit zorgt ervoor dat deze volwassenen tegen diverse problemen in het leven aanlopen waar ze zelf geen verklaring voor hebben (Kooij, 2012).

### **Gevolgen van onderdiagnostiek van AD(H)D**

Een generatie geleden was er weinig bekend over AD(H)D, waardoor dit niet altijd werd herkend. Deze onderdiagnostiek van AD(H)D bij meisjes heeft vérstrekkende gevolgen in de ontwikkeling en volwassenheid. Door mislukkingen op verschillende levensgebieden kan een laag zelfbeeld ontstaan. Daarnaast ontbreekt het hebben van overzicht in een situatie waardoor het meisje, inmiddels vrouw geworden, afhankelijk blijft van anderen (Kooij, 2012). De onverklaarbare mislukkingen en de continue afhankelijkheid kunnen geïnterpreteerd worden als bevestiging dat deze patiënten zelf geen regie in het leven kunnen nemen.

### **Prevalentie AD(H)D bij vrouwen**

Bij volwassen vrouwen wordt de prevalentie van AD(H)D geschat op 2,7% (Fayyad et al., 2007). Bij 10% daarvan gaat het om het subtype overwegend onoplettendheid, ook wel ADD genoemd (Kooij, 2012). De patiënt in deze casus valt onder de 10,3-12,9% van alle patiënten met AD(H)D met twee bijkomende psychiatrische stoornissen (Fayyad et al., 2007). Bij 70 % van de vrouwen met AD(H)D wordt ook een depressie gediagnosticeerd (Kooij, 2012). En bij 23% een persoonlijkheidsstoornis, waarbij het in 6% van de gevallen gaat om een persoonlijkheidsstoornis NAO (Williams et al., 2010).

### **Comorbiditeit**

Larochette, Harrison, Rosenblum en Bowie (2011) hebben neuropsychologisch onderzoek uitgevoerd bij personen met de combinatie van de diagnoses AD(H)D en een depressie. Deze personen hebben significant meer problemen met het uitvoeren van de executieve functies, in het bijzonder met flexibiliteit en responsinhibitie. Dit in vergelijking met personen met enkel AD(H)D of enkel een depressie. Dit zorgt ervoor dat het moeilijker is om te plannen, te reageren op prikkels en hier het handelen op aan te passen. Een vaardigheid die nodig is om in een situatie gedrag. De kans op mislukking kan hierdoor groter worden en het benodigde zelfvertrouwen om de regie in het eigen leven op te pakken minder.

Patiënten met AD(H)D en één of twee persoonlijkheidsstoornissen scoren op het gebied van het concentratievermogen gelijk aan pati-

enten met AD(H)D zonder een persoonlijkheidsstoornis. Ze scoren wel hoger op impulsiviteit en emotionele disregulatie (Robison, et al., 2010). Dit draagt eraan bij dat de impact van een situatie of mislukking zorgt voor heftiger emoties.

Naast het feit dat een vrouw met een ondergediagnosticeerde ADD meestal last heeft van een laag zelfbeeld en het ontbreken van overzicht in situaties, zorgen bijkomende psychiatrische stoornissen voor verzwaring van de problematiek (Kooij, 2012; Larochette et al., 2011; Robison et al., 2010). Bijkomend zijn er, door de depressie en de persoonlijkheidsstoornis, namelijk extra problemen te verwachten bij het uitvoeren van de executieve functies en de emotieregulatie. Om mislukking en de impact daarvan te voorkomen of omdat het zelfvertrouwen inmiddels extreem verlaagd is, kan de vrouw vermijden de regie over het eigen leven te nemen en een beroep doen op haar omgeving om de touwtjes van haar leven in handen te nemen.

### Diagnostiek

Tijdens de intakefase nam de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg in opleiding (vs i.o.) een klachtgerichte en biografische anamnese af. Ook werd een psychiatrisch en verpleegkundig onderzoek uitgevoerd.

In het verpleegkundig onderzoek werd aan de hand van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007). gekeken naar het functioneren van de patiënt en de problemen daarbij.

Ook werd een somatische anamnese afgenomen en een bloedonderzoek verricht. Hieruit bleek dat verder somatisch onderzoek niet nodig was.

De gegevens van eerdere behandelingen en psychologische onderzoeken werden tijdens een dossierstudie geanalyseerd.

Geconcludeerd werd dat Eva bekend was met ADD, waarvan ze niet wist wat dit voor haar inhield. Ze ervoer door een gebrek aan overzicht continu faalmomenten en had daardoor een laag zelfbeeld ontwikkeld. Eva piekerde veel, was somber, haar eet- en slaappatroon waren verstoord en ze uitte suïcidale ideaties. Sinds vier jaar rapporteerde ze deze klachten die passen bij een depressie. Daarnaast vond Eva het moeilijk om iets te ondernemen, omdat ze bang was het niet goed te doen, of anderen te belasten. Aan de andere kant stelde ze zich afhankelijk op, omdat ze angst gekregen had om zelf beslissingen te nemen. Hiervoor deed ze een sterk beroep op haar omgeving. Uit eerder verricht psychologisch onderzoek bleek er naast ADD en een depressie ook sprake te zijn van een persoonlijkheidsstoornis NAO.

De verzamelde gegevens bevestigden de eerder gestelde diagnose volgens de DSM-IV classificatie (American Psychiatric Association [APA], 2007) die in tabel 1 is weergegeven. De ICF (Nederlands WHO-FIC Col-

laborating Centre, 2007) en de NANDA International (2009) werden gebruikt om ordening aan te brengen in de ervaren problematiek en op basis daarvan doelen te formuleren. Daarna konden uit de Nursing Interventions Classification (NIC) (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2010) de juiste behandelinterventies geselecteerd worden.

Naast de ordening met behulp van de classificatiesystemen, werd in een beschrijvende diagnose een beeld geschetst van de patiënt en de manier waarop de psychiatrische problemen zorgden voor beperkingen en verstoringen in haar leven en hoe deze mogelijk beïnvloed konden worden. De doelen voor de behandeling werden samen met de patiënt vastgesteld.

### **Beschrijvende diagnose**

Eva is een 42-jarige alleenstaande vrouw met een gemiddelde intelligentie. Ze is de jongste van een gezin met twee kinderen. In eerste instantie komt ze onzeker over, ze is vriendelijk en er is sprake van contactgroei. Eva is, als volwassene, gediagnosticeerd met aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit van het overwegend onoplettende type, een chronische depressie en een persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven. Dit wordt zichtbaar in beperkingen van de hogere cognitieve functies waardoor een verstoring lijkt te ontstaan van de psychische stabiliteit, de stemming, het zelfvertrouwen en de motivatie tot handelen. Eva ervaart problemen met het richten van haar aandacht, het nemen van besluiten, het omgaan met stress, het ondernemen van meervoudige taken en het oplossen van complexe problemen.

Als Eva meer vertrouwen in zichzelf heeft lukt het haar beter besluiten te nemen en zichzelf te activeren. Het zelfvertrouwen en de stemming kunnen gemakkelijk negatief beïnvloed worden door (onschuldige bedoelde) opmerkingen van anderen of door ervaren faalmomenten. Ze is geneigd zichzelf negatief te beschrijven en haar doelen hoog te leggen, waardoor faalmomenten eerder optreden en successen niet herkend worden. Eva is niet goed op de hoogte van haar krachten en beperkingen. Om falen te voorkomen komt ze regelmatig nauwelijks tot activiteiten.

### **Behandeling**

De betrokken psychiater stelde in samenspraak met de vs i.o. de farmacotherapie bij. Dit bestond uit het voorschrijven van dosulipine en methylfenidaat, gericht op het verbeteren van de depressie en verminderen van de gevolgen van ADD (Kooij, 2013; Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen GGZ [SMR GGZ], 2013). Eva's stemming verbe-

Tabel 1

Overzicht van bevindingen uit classificatiesystemen

<b>DSM-IV:</b>	<b>As I</b>	314.00 Aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit, overwegend onoplettende type 296.23 Depressie, chronisch, ernstig zonder psychotische kenmerken
	<b>As II</b>	301.9 Persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven
	<b>As III</b>	V71.09 Geen aandoening op AS III
	<b>As IV</b>	10 Problemen in de primaire steungroep 20 Problemen gebonden aan de sociale omgeving
	<b>As V</b>	Vorige GAF score 40 Huidige GAF score 45

ICF	NANDA	Doelen	NIC
1 B1263.3 Psychische stabiliteit B152.3 Stemming	00125 Machteloosheid 00137 Chronisch verdriet 00183 Bereidheid tot verbetering van	Patiënt geeft na negen maanden, door middel van meetinstrumenten, vermindering van de depressieve klachten aan.	4700 Cognitieve herstructurering 5330 Regulering van de stemming het welbevinden
2 B1266.4 Vertrouwen B1301.3 Motivatie d2202.3 Zelfstandig ondernemen meervoudige taken d240.3 Omgaan met stress	00124 Moedeloosheid 00069 Ineffectieve coping 00119 Chronische geringe zelfaching	Patiënt kan binnen negen maanden aangeven waar ze goed in is en benoemt wekelijks minimaal 3 succeservaringen	5230 Verbetering van de probleemhantering 4480 Bevordering van de eigen verantwoordelijkheid 5400 Bevorderen van de eigenwaarde
3 B164.3 Hogere cognitieve functies d160.3 Richten van aandacht d1751.4 Oplossen van complexe problemen d177.4 Besluit nemen	00199 Ineffectieve planning van activiteiten 00212 Bereidheid tot vergroting van de veerkracht 00184 Bereidheid tot verbetering van de besluitvorming	Patiënt is binnen negen maanden in staat om zelfstandig besluiten te nemen in haar leven	5602 Voorlichting: ziekteproces 4352 Gedragsregulering hyperactiviteit / aandachtstekort 5395 Verbetering van de persoonlijke effectiviteit

terde daardoor gedeeltelijk en ze kon zich beter concentreren. Maar toch lukte het haar niet de regie over haar leven op te pakken.

De vs i.o. wilde zich naast psycho-educatie en coaching (Kooij, 2013; SMR GGZ, 2013) in de non-medicamenteuze behandeling richten op het achterhalen van de krachten en succeservaringen van Eva. Hierbij werd gebruik gemaakt van positieve cognitieve gedragstherapie (positieve CGT) (Bannink, 2012). Dit is een methode waarbij de traditionele cognitieve gedragstherapie (traditionele CGT) gecombineerd wordt met oplossingsgerichte therapie. Functieanalyses van positieve gebeurtenissen worden uitgewerkt om zo te achterhalen wat de kracht is waarop verder gebouwd kan worden. Dit is een methode die enkel door Bannink (2006; 2012) beschreven is. De beide elementen van de methode zijn ook, elk afzonderlijk, door anderen effectief bevonden en beschreven. Zowel in de multidisciplinaire richtlijn depressie en de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen wordt traditionele CGT effectief bevonden (SMR GGZ, 2006; SMR GGZ, 2013). Ook Kooij (2012) stelt dat traditionele CGT effectief kan zijn bij volwassenen met AD(H)D.

Eva had deze probleemgerichte methode al eerder gevolgd. De problematiek verergerde echter in plaats van te verbeteren. Het stilstaan bij haar problemen bevestigde Eva in het gevoel dat ze niets kon en onbewust nam daardoor de afhankelijkheidspositie toe. Oplossingsgerichte therapie richt zich niet op de problemen van patiënten, maar zoekt naar de wensen, doelen, krachten en oplossingen die eerder werkzaam waren. Vervolgens wordt gekeken hoe een patiënt tot die wens of dat doel kan komen met gebruik van de eigen krachten en werkzame oplossingen (De Jong & Berg, 2010).

Bij positieve CGT wordt gebruik gemaakt van dezelfde onderdelen als bij traditionele CGT, maar soms in een andere volgorde. Gewenst gedrag wordt gekozen en als doel geformuleerd. Van het gewenste gedrag wordt een basismeting verricht en vervolgens worden functieanalyses van het gewenste gedrag uitgevoerd. Gekeken wordt hoe dit gedrag vaker plaats kan vinden tijdens de modificatieprocedures. Vervolgens wordt dit uitgevoerd en geëvalueerd (Bannink, 2009).

## Resultaten

Al snel in de behandeling was Eva minder emotioneel tijdens de gesprekken en lukte het haar regelmatig zaken te benoemen waarin ze niet faalde. Later benoemde ze zelfs waar ze goed in was of succes ervoer. Op eigen initiatief nam Eva weer contact op met vriendinnen en zorgde beetje bij beetje voor meer orde in haar huis. Ze nam, zonder dit specifiek te bespreken in de behandeling, zelf weer de regie in haar leven. Per doel werden resultaten uit de Nursing Outcomes

**Tabel 2**  
Start- en eindmeting met behulp van de NOC

1	1208	Depressie level
Domein	III	Psychosociale gezondheid
Klasse	M	Psychosociale welzijn
Uitkomst 10 relevante indicatoren	Start meting: 60% continu aanwezig 40% vaak aanwezig 00% aanwezig 00% beetje aanwezig 00% niet aanwezig	Eind meting: 10% continu aanwezig 10% vaak aanwezig 50% aanwezig 30% beetje aanwezig 00% niet aanwezig
2	1205 1209	Zelfwaardering Motivatie
Domein	III	Psychosociale gezondheid
Klasse	M	Psychosociale welzijn
Uitkomst 18 relevante indicatoren	Start meting: 44,5% negatief 55,5% vaak negatief 00,0% soms positief 00,0% vaak positief 00,0% positief	Eind meting: 00,0% negatief 22,5% vaak negatief 50,0% soms positief 27,5% vaak positief 00,0% positief
3	0915 0906	Hyperactiviteit level besluit vorming
Domein	II	Fysiologische gezondheid
Klasse	J	Neurocognitie
Uitkomst 10 relevante indicatoren	Start meting: 20% continu aanwezig 50% vaak aanwezig 30% aanwezig 00% beetje aanwezig 00% niet aanwezig	Eind meting: 00% continu aanwezig 10% vaak aanwezig 50% aanwezig 40% beetje aanwezig 00% niet aanwezig

Classification (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2004) gekozen om deze meetbaar te maken. De relevante indicatoren van deze resultaten werden gemeten op een 5-punts Likert schaal. De resultaten worden in tabel 2 weergegeven in percentages. Dit laat zien dat er verbetering is opgetreden van de zelfwaardering en vermindering van de klachten op het depressie level en de hyperactiviteit en besluitvorming.

## Discussie

Deze gevalsbeschrijving ging vooral over het verbeteren van het zelfvertrouwen van een vrouwelijke patiënt met ADD en bijkomende psychiatrische stoornissen door middel van positieve cognitieve gedragstherapie (positieve CGT). Er werd voor CGT gekozen omdat probleemgerichte behandelingen in het verleden hadden bijgedragen aan vermindering van het zelfvertrouwen en vergroting van de afhankelijkheidspositie die de patiënt van deze casus innam. Deze methode werd ook meer geprotocolleerd toegepast dan de oplossingsgerichte therapie (Bannink, 2009). In combinatie met farmacotherapie en psycho-educatie zorgde de positieve CGT voor verbetering van het zelfvertrouwen en de stemming van de patiënt. De ervaren problematiek verminderde.

De behandeling kan worden voortgezet om op een langere termijn verdere verbetering te bewerkstellen, wat betekent dat de patiënt uiteindelijk steeds meer zelf de regie over haar leven kan gaan voeren.

Een valkuil bij het gebruik van positieve CGT kan zijn dat de patiënt over de ervaren problemen wil praten, maar de therapeut enkel met wensen, doelen en krachten bezig is. Dit kan een probleem geven in de samenwerkingsrelatie. Het is daarom belangrijk ruimte te geven als de patiënt over ervaren problemen of faalmomenten wil praten. Op dat moment kan begrip worden getoond en via oplossingsgerichte vragen getracht worden het probleem om te zetten in het gewenste doel (De Jong & Berg, 2010).

Gedurende de diagnostische fase en de behandeling heeft de vs i.o. gefunctioneerd als primair behandelaar. De gegevens uit de voorgeschiedenis werden vergeleken met de huidige situatie die naar voren kwam in de anamneses, het psychiatrisch en het verpleegkundig onderzoek. Door het verpleegkundig onderzoek ontstond meer zicht op de onderlinge samenhang van de gevolgen die de patiënt ondervond van de ADD. Door een late diagnosestelling (in de volwassenheid) en weinig kennis over deze diagnose begreep de patiënt niet waardoor ze op meerdere levensgebieden vastliep. Het omgaan met de gevolgen van een psychiatrische stoornis behoort tot het kennisgebied van de verpleegkundig specialist. Gezamenlijk met de patiënt kan de vs i.o. een voorstel voor behandeling initiëren en vervolgens uitvoeren.

De farmacotherapie was in dit geval door de hoeveelheid verschillende medicatie te complex voor de vs i.o.. In nauwe samenspraak tussen de psychiater en de vs i.o. werd de medicatie aangepast. De vervolgccontroles werden onder supervisie van de psychiater door de vs i.o. uitgevoerd.



## Conclusie

Op basis van deze gevalsbeschrijving kan gesteld worden dat positieve cognitieve gedragstherapie (CGT) een effectieve methode kan zijn om het zelfvertrouwen van patiënten te verbeteren. Deze verbetering zorgde er bij de patiënt in deze casus voor, dat ze de regie over haar leven weer kon oppakken en er op de door haar gewenste manier vorm aan kon geven. Positieve CGT is echter slechts minimaal onderzocht en beschreven. Om meer kennis te verwerven over de effectiviteit bij verschillende doelgroepen van patiënten is in de toekomst meer onderzoek gewenst.

Op basis van deze casus kan eveneens gesteld worden dat een verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg in staat is om de behandeling van een patiënt met meerdere psychiatrische stoornissen te initiëren en uit te voeren. De positieve cognitieve gedragstherapie kan hierbij als methode worden gebruikt.

## Nawoord

Ik dank graag de volgende personen voor hun aandeel in het tot stand komen van dit artikel: drs. Piet-Hein Zwanikken, mw. Ilse Meessen, dhr. Thijs Beckers, dhr. Kees van der Lint, mw.drs. Ria Radstake, mw. Judith Jaecx en mw. Janneke Peskens.

**Literatuur**

- American Psychiatric Association (APA) (2007). *DSM IV-TR*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F. (2006). De geboorte van oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 39, 171-183.
- Bannink, F. (2009). *Oplossingsgerichte vragen; handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F. (2012). *Practicing positive CBT; from reducing distress to building success*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & McCloskey Dochterman, J. (2010). *Verpleegkundige interventies* (3e druk). Amsterdam: Reed Business Education.
- Fayyad, J., Graaf, R. de, Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K. et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 192, 402-409.
- Jong, P. de, & Berg, I.K. (2010). *De kracht van oplossingen: handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Amsterdam: Pearson.
- Kooij, J.J.S. (2012). *Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment*. London: Springer.
- Larochette, A.-C., Harrison, A.G., Rosenblum, Y., & Bowie, R. (2011). Additive neurocognitive deficits in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and depressive symptoms. *Archive of clinical neuropsychology*, 26, 385-395.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, L.M., & Swanson, E. (2004). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- NANDA international (2009). *Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2009-2011*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2007). Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Robison, R.J., Reimherr, F.W., Gale, P.D., Marchant, B.K., Williams, E.D., Soni, P. et al. (2010). Personality disorders in ADHD Part 2: The effect of symptoms of personality disorder on response to treatment with oros methylphenidate in adults with ADHD. *Annals of clinical psychiatry*, 22(2), 94-102.
- Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen GGZ (2006). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen versie 1.0*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen GGZ (2013). *Multidisciplinaire richtlijn depressie (3e revisie) versie 1.0*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Williams, E.D., Reimherr, F.W., Marchant, B.K., Strong, R.E., Halls, C., Soni, P. et al. (2010). Personality disorder in ADHD Part 1: Assessment of personality disorder in adult ADHD using data from a clinical trial of oros methylphenidate. *Annals of clinical psychiatry*, 22(2), 84-93.

### Samenvatting

Een aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit bij volwassenen wordt niet altijd herkend. Patiënten kunnen tegen diverse problemen in het leven aanlopen waar ze zelf geen verklaring voor hebben (Kooij, 2012). Deze gevalsbeschrijving betreft een vrouw die, vanwege de angst om te falen, een beroep doet op haar omgeving om de regie van haar leven over te nemen. Ze is onder andere gediagnosticeerd met een aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit van het overwegend onoplettende type. De vraag is hoe het zelfvertrouwen verbeterd kan worden. Positieve cognitieve gedragstherapie, uitgevoerd door een verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg, wordt als werkzame methode geschetst.

*Trefwoorden* Gevalsbeschrijving, aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit, positieve cognitieve gedragstherapie, zelfwaardering.