

BEHANDELGIDS ADHD BIJ VOLWASSENEN, THERAPEUTENHANDLEIDING

Een programma voor cognitieve gedragstherapie

Tweede editie

Steven A. Safren

Carol A. Perlman

Susan Sprich

Michael W. Otto



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD

Oorspronkelijke titel: *Mastering Your Adult ADHD – A Cognitive-Behavioral Treatment Program. Second Edition. Therapist Guide*. New York: Oxford University Press, was originally published in English in 2005 (First Edition) and 2017 (Second Edition). This translation is published by arrangement with Oxford University Press.

Eerste editie (twee drukken) september 2006

Tweede editie oktober 2018

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Vertaling: Ralphien Boissevain, Utrecht en Textcase, Deventer

Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam

Omslagontwerp: Studio Jan de Boer, Utrecht

Copyright © 2005, 2006, 2011, 2017, 2018, Oxford University Press, Inc.

Nederlandse vertaling © 2006, 2011, 2018, Uitgeverij Nieuwezijds

ISBN 978 90 5712 505 8

NUR 777

www.nieuwezijds.nl



Bij de productie van dit boek is gebruikgemaakt van papier dat het keurmerk van de Forest Stewardship Council (FSC) mag dragen. Bij dit papier is het zeker dat de productie niet tot bosvernietiging heeft geleid.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Hoewel dit boek met veel zorg is samengesteld, aanvaarden schrijver(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

Voorwoord

In de gezondheidszorg vinden de laatste jaren zeer opmerkelijke ontwikkelingen plaats. Toch wankelen veel alom aanvaarde interventies en strategieën in de geestelijke gezondheidszorg en de interdisciplinaire *behavioral medicine*, nu onderzoeksresultaten erop duiden dat ze niet alleen geen positief effect hebben, maar mogelijk zelfs schadelijk zijn (Barlow, 2010). Andere strategieën blijken effectief volgens de beste huidige normen, wat geresulteerd heeft in aanbevelingen om deze behandelingen toegankelijker te maken voor het publiek (McHugh en Barlow, 2010).

De aanzet tot deze revolutie is gegeven door een aantal recente ontwikkelingen. Ten eerste is ons inzicht in zowel de psychische als de fysieke pathologie aanzienlijk verdiept, wat geleid heeft tot de ontwikkeling van nieuwe, meer gerichte interventies. Ten tweede zijn onderzoeksmethodologieën sterk verbeterd, zodat de interne en externe validiteit minder gevaar lopen. Dit maakt de uitkomsten directer toepasbaar in klinische situaties. Ten derde hebben overheden over de hele wereld en gezondheidszorgsystemen en beleidsmakers besloten dat de kwaliteit van de zorg beter moet, dat de zorg evidence-based moet zijn en dat het in het algemeen belang is om te zorgen dat dit gebeurt (Barlow, 2004; Institute of Medicine, 2001; McHugh en Barlow, 2010).

Natuurlijk is het grootste struikelblok voor elke clinicus de toegankelijkheid van deze nieuw ontwikkelde psychologische evidence-based interventies. Workshops en boeken hebben een beperkt nut om verantwoordelijke en gewetensvolle therapeuten op de hoogte te brengen van de jongste behandelmethoden in de gedragsgezondheidszorg en de toepasbaarheid bij individuele cliënten. Dit programma wil de opwindende nieuwe interventies bekendheid geven bij klinici in de frontlinie van de praktijk.

In de therapeutenhandleiding en het cliëntenwerkboek vindt de lezer uitvoerige, stapsgewijze procedures om specifieke problemen en diagnoses in te schatten en te behandelen. Daarnaast wordt ook extra materiaal

aangeboden als hulpmiddel dat het proces van supervisie benadert in de zin dat het therapeuten terzijde staat bij de uitvoering van de procedures in de praktijk.

In het gezondheidszorgsysteem dat in opkomst is, constateren we een groeiende consensus dat evidence-based behandelmethoden de meest verantwoordelijke handelwijze opleveren voor de hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg. Alle klinici in de geestelijke gezondheidszorg willen alleen maar de best mogelijke zorg voor hun cliënten. Ons doel is met dit programma de weg daartoe te bereiden door de informatiekloof te dichten.

ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) komt bij 1 tot 5 procent van de volwassen bevolking voor, maar wordt vaak niet herkend of niet behandeld. Met zijn kenmerkende symptomen van hyperactiviteit, impulsiviteit en concentratieproblemen kan ADHD bij volwassenen even belemmerend zijn als bij kinderen. We beschikken nu over de eerste evidence-based behandelmethode voor volwassenen dankzij een groep vooraanstaande klinisch onderzoekers aan het Massachusetts General Hospital in Boston. Na jaren van research – met steun van het National Institute of Mental Health – heeft dit team een behandelmethode ontwikkeld die de symptomen van ADHD rechtstreeks aanpakt in samenwerking met de cliënten.

In deze tweede editie zijn de klinische componenten van dit programma geactualiseerd op basis van de ervaring van het onderzoeksteam en de meeste recente strategieën in de cognitieve gedragstherapie (CGT). De interventie omvat het gebruik van technologie (zoals smartphones) en optionele strategieën die behulpzaam zijn bij organisatie en planning. Optionele sessies met de partner van een volwassene met ADHD zijn meer gericht op educatie over ADHD, waardoor tweedracht kan worden vermindert. Iedere therapeut zal deze behandelmethode aan zijn arsenaal willen toevoegen, hetzij als aanvulling op medicatie of voor de 20 tot 50 procent van de gevallen waar medicatie betrekkelijk weinig effect sorteert.

David H. Barlow, hoogleraar psychologie en psychiatrie, Boston University
Boston, MA

Literatuur

Barlow, D.H. (2004). Psychological Treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.

- Barlow, D.H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(2), 13-20.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- McHugh, R.K. en Barlow, D.H. (2010) Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73-84.

Toegang tot de formulieren en werkbladen online

Alle formulieren en werkbladen bij dit boek zijn digitaal beschikbaar. U kunt ze downloaden, printen, opslaan en digitaal invullen als pdf. Ga voor de formulieren en werkbladen naar www.nieuwezijds.nl.

Inhoud

Inleidende informatie voor therapeuten	1
MODULE 1 PSYCHO-EDUCATIE, ORGANISEREN EN PLANNEN	19
Sessie 1 Psycho-educatie en inleiding op organiseren en plannen	21
Sessie 2 Informatieve sessie met huwelijkspartner, levenspartner of gezinslid (waar van toepassing)	33
Sessie 3 Meerdere taken organiseren	39
Sessie 4 Probleemoplossing en management van overweldigende taken	47
Sessie 5 Organisatiesystemen	55
MODULE 2 AFLEIDBAARHEID VERMINDEREN	65
Sessie 6 De aandachtsspanne van de cliënt inschatten en leren afleiding uit te stellen	67
Sessie 7 De omgeving aanpassen	75
MODULE 3 FUNCTIONEEL DENKEN	83
Sessie 8 Introductie op een cognitief model van ADHD	85
Sessie 9 Functioneel denken	103
Sessie 10 Herhaling en evaluatie van de vaardigheden voor functioneel denken	119
MODULE 4 EXTRA VAARDIGHEDEN	127
Sessie 11 Toepassen van vaardigheden rond uitstellen (facultatief)	129
Sessie 12 Omgaan met terugval	141
Appendix Formulieren en werkbladen	149
Literatuur	165
Over de auteurs	171

Inleidende informatie voor therapeuten

Deze therapeutenhandleiding hoort bij de tweede editie van *Behandelgids ADHD bij volwassenen, cliëntenwerkboek*. De behandeling en behandelgidsen zijn bedoeld voor gebruik door een therapeut die bekend is met cognitieve gedragstherapie. De reden dat we zowel voor therapeut als cliënt een behandelgids uitbrengen, is dat we cliënten met aandachtstekort-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) willen helpen informatie via twee verschillende wegen te krijgen: mondeling van de therapeut en schriftelijk uit het cliëntenwerkboek. We hebben gemerkt dat het zinvol is om informatie in verschillende vormen aan te bieden aan volwassenen met ADHD die een korte aandachtsspanne hebben. We raden daarom aan alle stof uit het cliëntenwerkboek ook aan te bieden tijdens de behandelsessies. En het is van belang dat cliënten over hun eigen exemplaar van het cliëntenwerkboek beschikken, zodat ze die kunnen raadplegen als er vragen bij hen opkomen. De lezer zal merken dat de twee behandelgidsen niet altijd parallel lopen, omdat de handleiding van de therapeut extra informatie bevat. Maar in de therapeutenhandleiding staat bij het begin van iedere sessie aangegeven met welke hoofdstukken in het cliëntenwerkboek de sessie correspondeert.

Elke behandelsessie bouwt voort op eerdere sessies. Elke sessie begint met een overzicht van de vaardigheden die in voorafgaande sessies geleerd zijn. Herhaling is het sleutelwoord om volwassenen met ADHD nieuwe vaardigheden te leren die uiteindelijk meer een gewoonte zullen worden. We raden aan voldoende tijd te besteden aan vaardigheden die de cliënt nog niet onder de knie heeft, alvorens over te stappen op nieuwe vaardigheden. De eerste module gaat over organiseren en plannen. We beschouwen deze module als de basis voor alle latere modules en adviseren daarom er zoveel tijd in te steken als de cliënt nodig heeft om de vaardigheden te leren; dat vergroot de kans op een succesvolle behandeling. We geloven dat al deze modules belangrijk zijn en dat de volgorde waarin de sessies in de handboeken worden opgevoerd, de juiste manier is om de

informatie te presenteren. Echter, als u werkt met een cliënt voor wie het passend lijkt om de vaardigheden in een andere volgorde te presenteren (bijvoorbeeld omdat de cliënt problemen ondervindt op sommige gebieden, maar niet op andere of een significante comorbiditeit ervaart), dan leidt aanpassen van de behandeling op een manier die voor u en uw cliënt logisch is, tot succes.

Achtergrondinformatie en doel van dit programma

Informatie over de validiteit van ADHD als diagnose bij volwassenen

ADHD bij kinderen en volwassenen is een neurobiologische stoornis met een betrouwbare diagnose. ADHD is goed te diagnosticeren bij volwassenen, de diagnose voldoet aan de aanvaardbare normen voor diagnostische validiteit en de functionele handicaps als gevolg van ADHD bij volwassenen strekken zich uit tot werk, opleiding en het economisch en sociaal functioneren (zie Agarwal, Goldenberg, Perry en Ishak, 2012; Barkley, Murphy en Fischer, 2008; Biederman, Faraone, Spencer, et al., 1993; Biederman, Wilens, Spencer, et al., 1996; Spencer, Biederman, Wilens en Faraone, 1998). Onderzoeken naar psychofarmacologische behandelmethodes (zie Wilens, Biederman en Spencer, 1998); genetisch onderzoek met inbegrip van adoptie (Cantwell, 1972; Morrison en Stewart, 1973; Sprich, Biederman, Crawford, Mundy en Faraone, 2000) en onderzoek naar de gezinssituatie (Biederman, Faraone, Keenan, Steingard en Tsuang, 1991; Biederman, Faraone, Keenan, et al., 1992; Biederman, Munir, Knee, et al., 1986; Biederman, Munir, Knee, et al., 1987; Faraone, Biederman, Keenan en Tsuang, 1991; Goodman, 1989; Goodman en Stevenson, 1989; Lahey, Piacentini, McBurnett, et al., 1988; Morrison, 1980; Safer, 1973; Stevenson, Pennington, Gilger, DeFries en Gillis, 1993; Szatmari, Boyle en Offord, 1993), evenals neuro-imaging en neurochemisch onderzoek (onder meer Spencer, Biederman, Wilens en Faraone, 2002; Zametkin en Liotta, 1998) en moleculair-genetisch onderzoek (zie Adler en Chua, 2002) bevestigen dat ADHD als diagnose voldoet aan de richtlijnen voor diagnostische validiteitsstandaarden (zie Spitzer en Williams, 1985).

Schattingen hoe vaak ADHD voorkomt bij volwassenen, variëren van 1 procent tot 5 procent (Bellak en Black, 1992; Biederman et al., 1996;

Kessler, 2006; Murphy en Barkley, 1996b). In het algemeen vertonen de symptomen bij volwassenen grote overeenkomst met die bij kinderen en hoewel de literatuur over vrouwen en meisjes beperkt is, lijken de symptomen bij beide geslachten identiek (Barkley, 1998; Biederman, Faraone, Spencer, Wilens, Mick en Lapey, 1994; Biederman et al., 1996). De kernsymptomen bij volwassenen bestaan uit:

- tekorten in de aandacht;
- tekorten in de inhibitie;
- tekorten in de zelfregulering.

Deze kernsymptomen gaan gepaard met functionele handicaps zoals slechte prestaties in studie en werk (bijvoorbeeld problemen met organiseren en plannen, snel verveeld raken, de aandacht niet bij lezen en papierwerk kunnen houden, dingen uitstellen, slecht tijdmanagement, impulsieve besluiten), geringe interpersoonlijke vaardigheden (problemen met vriendschappen, afspraken en verplichtingen niet nakomen, geringe luistervaardigheid, moeite met intieme relaties) en andere gedragsproblemen (laag opleidingsniveau in verhouding tot capaciteiten, slecht financieel management, moeite het eigen huishouden te bestieren, chaotische routines, ontslag nemen of relaties verbreken zelfs als er geen problemen zijn). Bovendien wijst onderzoek erop dat volwassenen met ADHD een groter risico lopen op middelenmisbruik en risicovol gedrag, zoals roekeloos rijden en riskante seksuele gedragingen (zie Barkley, Murphy en Fisher, 2008, voor een overzicht). Ons pilotonderzoek geeft verder nog details over restsymptomen bij volwassenen die met medicijnen behandeld worden.

Diagnostische criteria voor ADHD

Over het algemeen wordt de diagnose ADHD gesteld door een professional in de geestelijke gezondheidszorg. Die maakt daarbij gebruik van de definitie in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5e ed. (DSM-V; American Psychiatric Association [APA], 2013). De DSM-V geeft een opsomming van de symptomen en andere criteria waaraan mensen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor al de verschillende psychiatrische aandoeningen.

Om te voldoen aan de criteria voor ADHD bij volwassenen, moeten

mensen ten minste vijf van de negen mogelijke symptomen van aandachtstekort en/of vijf van de negen mogelijke symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit hebben. Als iemand vijf of meer symptomen in alleen de categorie aandachtstekort heeft, kunnen we zeggen dat hij ADHD heeft in een vorm waarin aandachtstekort overheerst. Als hij vijf of meer symptomen in de categorie hyperactiviteit/impulsiviteit heeft, kunnen we zeggen dat hij ADHD heeft in een vorm waarin hyperactiviteit/impulsiviteit overheerst. Als hij vijf of meer symptomen in beide categorieën heeft, kunnen we zeggen dat hij ADHD heeft in een gecombineerde vorm.

Onder symptomen van aandachtstekort vallen onder andere zaken zoals het niet goed op details letten, moeite hebben om de aandacht bij taken te houden, niet lijken te luisteren wanneer er rechtstreeks tegen de persoon gesproken wordt, onvermogen om instructies op te volgen, problemen hebben met organiseren, taken vermijden die een langdurige mentale inspanning vragen, vaak dingen kwijtraken, snel afgeleid raken en vergeetachtig zijn.

Onder symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit vallen onder andere zaken zoals wriemelen, vaak van zijn plek opstaan, gevoelens van rusteloosheid, zich niet kunnen bezighouden met rustige activiteiten, overmatig energiek zijn, onophoudelijk praten, antwoorden eruit flappen, moeite hebben met in de rij staan, en anderen vaak in de rede vallen.

Bovendien moet iemand ten minste een deel van de symptomen al voor het twaalfde levensjaar gehad hebben in ten minste twee verschillende settings en moeten de symptomen duidelijk iemands vermogen om te functioneren belemmeren. Ook moet duidelijk zijn dat de symptomen niet beter verklaarbaar zijn uit een andere mentale stoornis (APA, 2013).

Onderscheid maken tussen de diagnose ADHD en normaal functioneren

Het klinkt alsof sommige van de symptomen uit de vorige paragraaf op bepaalde momenten voor vrijwel iedereen zouden kunnen gelden. De meeste mensen vinden bijvoorbeeld dat ze soms gemakkelijk afgeleid zijn of moeite hebben dingen goed te organiseren. Dit gaat in feite op voor veel bestaande psychiatrische stoornissen. Iedereen voelt zich wel eens verdrietig, maar niet iedereen lijdt aan een klinische depressie.

Om voor de diagnose ADHD in aanmerking te komen, moet de persoon in kwestie significante problemen hebben met een aantal aspecten in zijn

leven, zoals op het werk, in relaties en/of op school. In de DSM-V wordt meer aandacht besteed aan negatieve effecten waarmee specifiek volwassenen te maken hebben, zoals negatieve effecten op het werk.

Ook kan de diagnose pas gesteld worden als het lijden en de negatieve effecten veroorzaakt worden door ADHD en niet door een andere stoornis. Het is belangrijk dat er grondig onderzoek wordt gedaan om de mogelijkheid uit te sluiten dat de symptomen deel uitmaken van een andere psychiatrische stoornis.

Het is ook van belang op te merken dat ADHD bij volwassenen relatief weinig onderzocht is. Recentelijk is in een cohortonderzoek vastgesteld dat er volwassenen zijn die voldoen aan de criteria voor ADHD-gerelateerde beperkingen, zonder dat er voor hen in de kindertijd aandachtsproblemen gedocumenteerd zijn (Moffitt, Houts, Asherson et al., 2015). Het gaat om een recente longitudinale studie onder meer dan 1000 personen. Onder de kinderen werd een ADHD-prevalentie van 6 procent gevonden (de meeste gevallen waren mannelijk), onder de volwassenen werd een ADHD-prevalentie van 3 procent gevonden (even veel vrouwen als mannen), maar tussen deze twee groepen was bijna geen overlap. Zoals vaker is gerapporteerd, neigden ook hier de personen met kinder-ADHD ernaar het volledige syndroom te ontgroeien naarmate hun leeftijd vorderde; wel hielden ze een aantal beperkingen die tot na hun dertigste voortduurden. Aan de andere kant werden de volwassenen met ADHD-symptomen daar wezenlijk door beperkt, maar die beperking bleek geen voortzetting van een in de kindertijd begonnen stoornis. Mochten de bevindingen van deze studie gerepliceerd worden, dan stellen de onderzoekers voor om het vereiste bij te stellen dat sommige ADHD-symptomen aanwezig moeten zijn voor het twaalfde levensjaar. Een andere interpretatie is dat steun uit het gezin ADHD-symptomen in de kindertijd kan maskeren, maar dat de symptomen alsnog zichtbaar worden op het moment dat een volwassene aanzienlijk meer verantwoordelijkheid op zich moet nemen. Ongeacht hoe deze diagnostische problemen in de loop van de tijd worden opgelost, is ADHD-symptoomverslechtering op volwassen leeftijd een probleem dat duidelijk om effectieve behandelopties vraagt.

Behandeling van ADHD met medicatie

Medicatie is de behandelmethode voor ADHD bij volwassenen die het best onderzocht is (voor een overzicht zie Faraone en Glatt, 2010). Hoewel

medicijnen uiterst zinvol zijn bij de behandeling van ADHD bij volwassenen, lijken ze slechts voor een deel effect te hebben. In gecontroleerd onderzoek naar stimulantia en open studies van tricyclische antidepressiva, monoamine-oxidaseremmers en atypische antidepressiva wordt 20-50 procent van de volwassenen als non-responders beschouwd op grond van onvoldoende symptoomreductie of intolerantie voor deze medicatie (Wender, 1998; Wilens, Spencer en Biederman, 2002a). Bovendien vertonen volwassenen die als responders beschouwd worden, doorgaans slechts een vermindering in 50 procent of minder van de kernsymptomen van ADHD en deze cijfers zijn lager dan de gevonden cijfers voor kinderen (Wilens, Biederman en Spencer, 1998a; Wilens, Morrison en Prince, 2011; Wilens, Spencer en Biederman 2002a). Met andere woorden, ondanks een adequate medicatiebehandeling blijven veel restsymptomen vaak bestaan bij volwassenen met ADHD.

Hoewel psychofarmacologie veel kernsymptomen van ADHD kan temperen (problemen met de aandacht, hyperactiviteit en impulsiviteit), biedt het de cliënt geen concrete strategieën en vaardigheden om met de bijbehorende functionele handicaps om te gaan. De negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven – zoals onder het eigen niveau presteren of werkeloosheid, financiële problemen en relatieproblemen – waarmee ADHD bij volwassenen gepaard gaat (Agarwal et al., 2012; Biederman et al., 1993; Murphy en Barkley, 1996a; Ratey, Greenberg, Bemporad en Lindem, 1992; Safren et al., 2010), vereisen actieve probleemoplossing. Dat is te bereiken met vaardigheidstraining die verder gaat dan de discipline van medicatie innemen. Voor een optimale behandeling van ADHD bij volwassenen wordt aanbevolen psychosociale interventies te combineren met medicatie (Biederman et al., 1996; Wender 1998; Wilens, Biederman en Spencer, 1998a; Wilens, Spencer en Biederman, 1998b; Wilens et al., 2011).

De ontwikkeling van dit behandelprogramma

Dit programma is ontwikkeld en getest in het Cognitive Behavioral Therapy Program van de afdeling psychiatrie in het Massachusetts General Hospital (MGH/Harvard Medical School). De input voor de behandeling kwam van de psychiaters die de leiding hebben over het Adult ADHD Program aan MGH (Joseph Biederman, Timothy Wilens en Thomas Spencer)

en grote aantallen volwassenen met ADHD behandelen. Tijdens hun klinisch werk en onderzoek merkten zij dat medicatie weliswaar helpt, maar het probleem niet volledig kan oplossen.

Om de behandeling te conceptualiseren, evalueerden we gepubliceerde richtlijnen voor therapie voor ADHD bij volwassenen, waaronder een dossieronderzoek door Wilens, McDermott, Biederman, Abrantes, Haahesy en Spencer (1999), dat rapporteerde over een cognitief-gedrags-therapeutische (CGT) behandeling ontwikkeld door Stephen McDermott (McDermott, 2000). Deze behandelmethode was in hoge mate op cognitieve therapie geënt.

Leden van ons team spraken ook met volwassenen met ADHD die met medicijnen behandeld werden, om hun input te krijgen over het soort problemen waarvoor zij hulp wilden van een cognitief-gedrags-therapeutisch (CGT) programma. Deze mensen hadden onder andere problemen met: organiseren en plannen; omgaan met afleidbaarheid; angst en depressie en uitstelgedrag. Andere punten die naar voren kwamen, waren woede en frustratie leren beheersen en communicatieve vaardigheden. Hieronder volgen voorbeelden.

Organiseren en plannen

Problemen met organiseren en plannen hebben betrekking op het onderscheiden van de logische, afzonderlijke stappen waaruit taken bestaan die overweldigend lijken. Voor veel cliënten leiden deze problemen ertoe dat ze het opgeven, dingen op de lange baan schuiven, gevoelens van angst en incompetentie ervaren en onder hun niveau presteren. We hebben bijvoorbeeld meerdere cliënten gehad zonder baan of met een baan onder hun niveau die nooit behoorlijk naar werk hadden gezocht. Het gevolg was dat ze werkeloos waren, een laagbetaalde baan hadden of geen werk maakten van een baan die recht zou doen aan hun kwaliteiten.

Afleidbaarheid

Problemen met afleidbaarheid kunnen op school of op het werk optreden. Veel van onze cliënten meldden dat ze taken niet afmaken omdat andere, minder belangrijke dingen dat belemmeren. Voorbeelden zijn: achter de computer gaan zitten om aan een project te werken, maar telkens internet op gaan om bepaalde websites te bekijken of sociale media bij te hou-