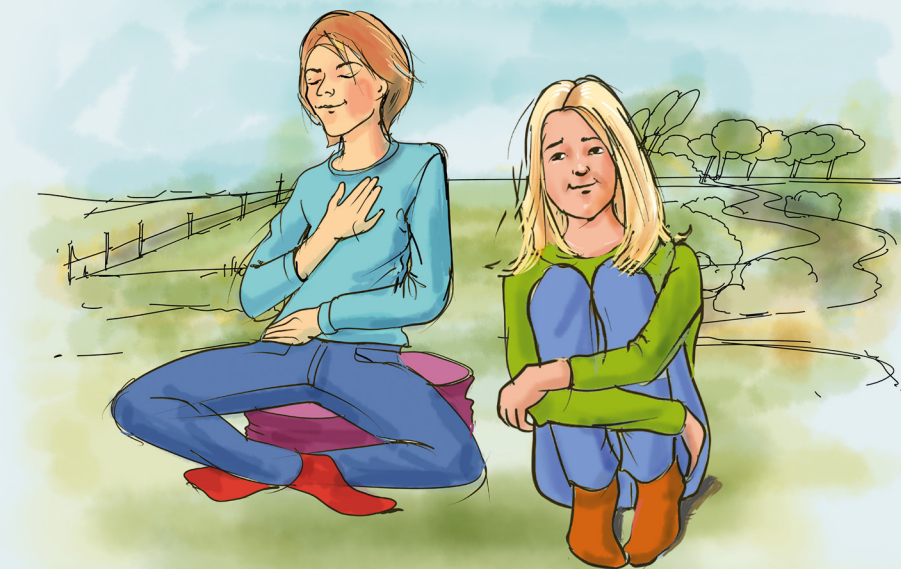


SUSAN BÖGELS

MYmind

***MINDFULNESS VOOR  
KINDEREN EN JONGEREN  
MET ADHD EN HUN OUDERS***

TRAINERSHANDLEIDING



LANNOO  
CAMPUS

SUSAN BÖGELS

MYmind

***MINDFULNESS VOOR  
KINDEREN EN JONGEREN MET  
ADHD EN HUN OUDERS***



TRAINERS-  
HANDLEIDING

LANNOO  
CAMPUS

D/2016/45/415 – 9789401438339 – NUR 740

Illustratie omslag, Corien Bögels, Groningen  
Vormgeving omslag: Studio Lannoo, Tielt  
Vormgeving binnenwerk: Scriptura, Westbroek  
Foto omslag auteur: Kee and Kee

© Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2019

Dit boek is een uitgave van Uitgeverij LannooCampus (Amsterdam).  
LannooCampus maakt deel uit van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de uitdrukkelijk bij de wet bepaalde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus:  
Postbus 23202  
1100 DS Amsterdam (Nederland)  
[www.lannoocampus.nl](http://www.lannoocampus.nl)

Vaartkom 41  
3000 Leuven (België)  
[www.lannoocampus.be](http://www.lannoocampus.be)

# Inhoud

## Voor- en dankwoord 9

1. ADHD in kind en gezin 15
  - 1.1 Introductie: wat is ADHD? 15
  - 1.2 Aandachtscontrole en ADHD 17
  - 1.3 ADHD en gezin 17
  - 1.4 Behandeling van ADHD in de kindertijd 19
  - 1.5 Ouderlijke ADHD en behandeling 20
  - 1.6 Mindfulnessstraining voor kinderen met ADHD en hun ouders 21
  
2. Onderzoek naar mindfulness-based programma's voor kinderen en jongeren met ADHD en hun ouders 23
  - 2.1 Introductie 23
  - 2.2 Studies naar MYmind in Nederland 24
  - 2.3 Studies naar MYmind in andere landen 26
  - 2.4 Studies naar andere mindfulness-based programma's voor kinderen met ADHD en/of hun ouders 27
  - 2.5 Meta-analyses en reviews 29
  - 2.6 Conclusies 30
  
3. Overzicht en voorbereiding 33
  - 3.1 Introductie 33
  - 3.2 Opleiding van de trainer 36
  - 3.3 Eigen meditatiebeoefening 38
  - 3.4 De attitude van de mindfulnessstrainer 39
  - 3.5 Cotrainer 43
  - 3.6 Voorbereiding en nabereiding per bijeenkomst 43
  - 3.7 Intervisie, supervisie, video's terugkijken 44
  - 3.8 Structuur van de rest van dit boek 45
  
4. Het gezin voorbereiden op MYmind 49
  - 4.1 Introductie 49
  - 4.2 Voorbereiding 50
  - 4.3 Vragenlijsten 54
  - Bijlage 4.1 Intakeformulier 56

- 5. Bijeenkomst 1: Mannetje van Mars 59
  - 5.1 Introductie 59
  - 5.2 Richtlijnen – ouders en kinderen samen 65
  - 5.3 Richtlijnen vervolg – kinderen 69
  - 5.4 Richtlijnen vervolg – ouders 77
  
- 6. Bijeenkomst 2: Thuis in je lichaam 89
  - 6.1 Introductie 89
  - 6.2 Richtlijnen kinderen 92
  - 6.3 Richtlijnen ouders 101
  
- 7. Bijeenkomst 3: De adem 115
  - 7.1 Introductie 115
  - 7.2 Richtlijnen kinderen 117
  - 7.3 Richtlijnen ouders 122
  
- 8. Bijeenkomst 4: Afleiders 127
  - 8.1 Introductie 127
  - 8.2 Richtlijnen kinderen 130
  - 8.3 Richtlijnen ouders 137
  
- 9. Bijeenkomst 5: Stress 145
  - 9.1 Introductie 145
  - 9.2 Richtlijnen ouders en kind samen 147
  - 9.3 Richtlijnen kinderen 148
  - 9.4 Richtlijnen ouders 153
  
- 10. Bijeenkomst 6: Snelweg, wandelweg 159
  - 10.1 Introductie 159
  - 10.2 Richtlijnen kinderen 162
  - 10.3 Richtlijnen ouders 168
  
- 11. Bijeenkomst 7: Autonomie 175
  - 11.1 Introductie 175
  - 11.2 Richtlijnen kinderen 177
  - 11.3 Richtlijnen ouders 181
  
- 12. Bijeenkomst 8: De toekomst 185
  - 12.1 Introductie 185
  - 12.2 Richtlijnen ouders en kinderen samen 186
  
- 13. Follow-upbijeenkomst 191
  - 13.1 Introductie 191

13.2	Richtlijnen ouders en kinderen samen	192
14.	Mymind met een individueel gezin	197
14.1	Introductie	197
14.2	Richtlijnen	198
	Noten	207
	Literatuur	211
	Van dezelfde auteur	221



# Voor- en dankwoord

Twintig jaar geleden leidde ik mijn eerste mindfulnessgroep voor jongeren met ADHD, autisme en gedragsstoornissen, bij de Riagg Maastricht. Het was destijds het moeilijkste wat ik in mijn professionele leven ondernomen had. Ik had nog maar weinig ervaring in mindfulness en was onervaren met deze doelgroep. En misschien zijn de kenmerken van mijn persoonlijkheid die mij brachten tot deze wilde, onbezonnen actie, wel herkenbaar voor mensen met ADHD: *novelty seeking* (de neiging om nieuwe en onbekende dingen te exploreren), vrij associëren, risico nemen, en enige zelfoverschatting is mij ook niet vreemd. Daar zat ik dan, met een groep van tien jongeren, voornamelijk breedgeschouderde mannen die hoog boven mij uittoerden, met in de naastgelegen ruimte de andere mindfulnessstrainer met hun ouders, bezig met wat we toen maar direct *mindful parenting* noemden. Een in de haast samengestelde trainershandleiding lag naast me, en de handouts, tienmaal gekopieerd, voor de jongeren voor na de eerste bijeenkomst, en natuurlijk een meditatiebel.

Ik begeleidde de eerste meditatie, het Mannetje van Mars dat zijn eerste rozijn exploreert, en terwijl ik dat deed keek ik vol verbazing de groep rond. Verschillende jongeren hadden de oordopjes van hun mp3-speler (mobieltjes met muziek bestonden nog niet) in hun oren en deinden zachtjes mee met de muziek terwijl zij de rozijn bestudeerden. Voorafgaand aan de bijeenkomst was ik zo stom geweest om de jongeren de gelegenheid te geven thee, koffie of hete chocolademelk uit de automaat mee naar de trainingsruimte te nemen, en overal hoorde ik het klakkende geluid dat de lege (hoopte ik) witte plastic bekertjes maken wanneer je erin knijpt. Eén jongen, de jongste van het stel, waarover ik me zorgen maakte dat hij zich ongemakkelijk zou voelen tussen al die grote stoere jongens, had de beker geheel in zijn mond gestopt en ik keek tegen de ronde witte achterkant aan die hij tussen zijn lippen liet verschijnen, als een soort Dracula.

Hoe de rozijnmeditatie is afgelopen, of ik er nog een inquiry van enige betekenis over geleid heb, dat alles weet ik niet meer, maar het beeld en het geluid van deze jongeren die allemaal iets anders deden dan mijn bedoeling was, staat voor altijd in mijn geheugen gegrift. De discrepantie met hoe ik in de boeken gelezen had dat een rozijnmeditatie eruit moest zien, hoe Mark Williams de rozijnmeditatie had voorgedaan tijdens de training die hij aan ons gegeven had, en hoe ik het zelf ervaren had in de groepen volwassenen met een sociale angststoornis die ik had mogen begeleiden, was enorm. Ook de volgende meditatie – ik denk dat het *Zitten met de adem was* – verliep zeer chaotisch en leidde tot gehoon, gelach, schouders ophalen, niet meedoen en elkaar lastig vallen. Misschien moet er meer actie in het programma, bedacht ik me. Ik stelde voor de *Loopmeditatie* te doen die ik eigenlijk pas voor een volgende bijeenkomst gepland had. We liepen naar buiten en de jongeren haalden onmiddellijk hun sigaretten en shag tevoorschijn, rolden een peuk en begonnen



te roken. Ook dit had ik niet gepland. Dan maar mindful roken, kon ik nog bedenken. Ik lietste een sigaretje bij een van hen en leidde een meditatie in mindful roken.

Op het einde van de bijeenkomst, terwijl ik het meditatiehuiswerk besprak, en de gebrande cd's met de meditatiegeluidsopnames uitdeelde, hoorde ik ze aan elkaar vragen: 'Kom jij terug?', 'Ik denk 't niet, en jij?' In paniek sprong ik op en riep over het geroezemoes heen: 'Oh wat ik nog vergat te zeggen: iedereen die de hele training afmaakt krijgt een cd-bon ter waarde van 20 gulden!' Over een beloningssysteem had ik helemaal niet nagedacht – dat was immers niet mindful – terwijl voor deze groep jongeren meditatie nou niet direct intrinsiek belonend is. Maar met het spontane cd-bonplan redde ik de training. Cd's waren destijds erg populair bij jongeren, want je kon er je eigen muziek op branden. 'In dat geval kom ik wel weer', hoorde ik ze tegen elkaar mompelen terwijl ze de deur uitliepen.

De volgende bijeenkomst was ik erg benieuwd of ze gemediteerd hadden en wat ze van de kersverse mindfulnessoefeningen op cd hadden gevonden. 'Oh, die heb ik niet geluisterd,' zei een jongere, 'ik heb er muziek opgezet.' 'Ik ook', beaamden anderen. Na afloop van de trainingsbijeenkomst liep ik geschrokken naar de geluidsman van de audiovisuele dienst die de cd's had gemaakt. Hij legde me uit dat de cd's beveiligd waren en dat het niet mogelijk was er muziek op te zetten...!

Deze jongeren maakten deel uit van de eerste studie die wij deden naar mindfulness voor jongeren met externaliserende stoornissen zoals ADHD, en hun ouders, voor zover ik weet de eerste wetenschappelijke studie naar een mindfulness-based programma bij de jeugd. Het wetenschappelijke artikel ervan (Bögels, Hoogstad, Van Dun, De Schutter & Restifo, 2008), dat nu tot mijn meest geciteerde artikelen behoort, werd vele malen afgewezen door kinderpsychiatrische tijdschriften – om vele redenen, maar vooral, denk ik nu, omdat mindfulness nog zo onbekend was. Veel van de ouders die destijds voor deze studie aan de *mindful parenting training* meededen, verzuchtten na de training: 'Had ik deze training maar eerder gevolgd, voordat mijn kind zo ontspoorde.' Daarom hebben we de training aangepast, zodat die ook voor de doelgroep kinderen vanaf 8 of 9 jaar (die kunnen lezen en schrijven) en hun ouders kon worden ingezet.

Een van de redenen waarom het eerste artikel zo vaak werd afgewezen was dat we de training gaven aan een gemengde doelgroep jongeren met ADHD, autisme en gedragsstoornissen (waarvan de meesten twee of alle drie de stoornissen hadden). Het 'vermengen' van deze doelgroepen werd in de kinderpsychiatrie destijds niet begrepen, ondanks de uitgebreide uitleg over de gemeenschappelijke aandachts-, hyperactiviteits-, en impulsiviteitsproblemen waarop de training zich richtte. Ook hierom heb ik me daarna gefocust op mindfulness voor kinderen en jongeren met alleen ADHD (al dan niet met comorbide gedragsstoornissen, omdat er in de geestelijke gezondheidszorg niet zoveel jongeren te vinden zijn met ADHD *zonder* comorbide gedragsstoornis). Collega-onderzoeker Esther de Bruin heeft later het mindfulness voor autisme-onderzoek weer opgepakt en het mindfulnessprogramma voor kinderen en jongeren met ADHD en hun ouders – dat we inmiddels MYmind noemden – doorontwikkeld voor de doelgroep met autisme (De Bruin, Blom, Smit, Van Steensel & Bögels, 2015; Ridderinkhof, Bruin, Blom

& Bögels, 2018). Het onderzoek naar de effecten van MYmind bij ADHD wordt verder beschreven in hoofdstuk 2.

Ik begon dit voorwoord met te vertellen dat die allereerste MYmind-groep het moeilijkste was wat ik *destijds* in mijn professionele leven ondernomen had. Maar toen werd ik benaderd of ik mee wilde doen aan een documentaire voor BBC-One, over mindfulness als alternatief voor medicatie bij kinderen met ADHD. Samen met collega Esther de Bruin vloog ik naar Londen om daar een groep kinderen met ernstige ADHD en gedragsstoornissen mindfulness te geven, terwijl Bernadette Carlson de parallelle mindful parenting training aan hun ouders gaf. We kwamen zorgvuldig voorbereid in Londen aan om een groep van vijf jongens en één meisje in de leeftijd van 8-12 jaar, en hun moeders, voor de ogen van de camera's te leren mediteren, wetende dat naar verwachting vijf miljoen mensen later de opnames zouden bekijken. Aan het begin van de eerste bijeenkomst, met de gehele groep ouders en kinderen, begon een van de kinderen gillend rond te rennen waardoor niemand elkaar kon verstaan. De moeder barstte in huilen uit.

We besloten het gezamenlijk gedeelte te verkorten in de verwachting dat we in de kindergroep meer grip op de kinderen zouden krijgen. Niets was minder waar. Tijdens de eerste meditatie deed maar een van de zes kinderen mee. Ik ben dit kind nog steeds dankbaar want hij was mijn anker. Kinderen renden de groep uit, de kamer van de oudergroep in, de straat op (met het drukke Londense verkeer!), hingen uit het raam, klommen op het dak, gooiden water naar beneden door het trapgat, stalen de bel tijdens de meditatie, en smeten de stiften, zonder dop erop, door de kamer. Er braken gevechtjes uit tussen kinderen. Een kind zat onder de tafel. Ik was vooral achter de kinderen aan het rennen.

Toen ik de verbazing zag in de ogen van de cameramannen die dit alles filmde, dacht ik: dit is het einde van mijn carrière, en: hoe heb ik zo stom kunnen zijn om hier ja tegen te zeggen. Direct na de eerste bijeenkomst, die ik voortijdig beëindigde omdat ik niet meer kon, werd ik geïnterviewd over mijn ervaring. De eerste vraag: '*Are you coming back at all?*' beantwoordde ik met: '*If they come back, we come back*', maar of de gezinnen terug zouden komen, betwijfelde ik. Had ik de grondregel *do no harm* overschreden: was het voor deze kinderen een beschadigende ervaring?

De moeders hadden echter fijn gemediteerd en ervaringen uitgewisseld in de oudergroep, en toen we op het einde de kinderen naar de moeders brachten, voor een spontane laatste meditatie met z'n allen, was ik geraakt door de manier waarop ze bij hun moeders wegekropen, blij met de hereniging, en (eindelijk) mediteerden. Als je benieuwd bent hoe deze MYmind-groep is afgelopen, kijk dan naar de documentaire *The doctor who gave up drugs* (series 2, part 1). Voor mij was de allerbelangrijkste leerervaring van deze allergrootste professionele uitdaging ooit, dat tijdens de tweede bijeenkomst (ja, de gezinnen kwamen terug!) de moeders aan de oudertrainer vertelden hoe dankbaar ze waren dat hun kind mocht terugkomen, want het werd meestal weggestuurd na dit soort gedrag. Dit heeft me geholpen om al mijn verwachtingen over het resultaat te laten varen, en al mijn zorgen over hoe dit er op televisie uit zou zien. Het gaat niet om mij, mijn ego, het gaat over deze kinderen, die voortdurend afgewezen worden. Als mijn enige rol is op de kinderen te passen en ze het gevoel te geven dat ze welkom zijn, precies zoals ze zijn, zodat hun ouders

kunnen mediteren in de wetenschap dat hun kinderen niet weggestuurd worden, dan is mijn aanwezigheid hier zinvol. En ik kan altijd nog een restaurant beginnen ;-).

Twintig jaar later is het zover dat het boek *MYmind, mindfulness voor kinderen en jongeren met ADHD en hun ouders*, rijp is om te verschijnen. Ik ben zeer veel mensen dankbaar voor hun bijdrage aan de ontwikkeling en het onderzoek naar dit programma. Bert Hoogstad, die destijds bij de Riagg Maastricht de allereerste groep vanaf bijeenkomst 2 met mij meedeed, omdat ik me na die eerste bijeenkomst realiseerde dat ik (mannelijke) steun nodig had; Guido Sijbers, die mij twintig jaar geleden in de beginselen van Vipassana inwijdde; Mark Williams, die mij het vertrouwen gaf om 'zijn' *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) door te ontwikkelen voor de doelgroepen waar ik het wilde gebruiken; Saskia van der Oord, die als ADHD-deskundige met mij de eerste MYmind-groep bij UvA *minds* in Amsterdam leidde; Joke Hellemans, die mij de beginselen van *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) bijbracht; Esther de Bruin, die samen met mij het onderzoek naar MYmind leidde; Nirbhay Singh, die op zoveel manieren het onderzoek naar MYmind gesteund heeft; de PhD's op het MYmind-onderzoek Renée Meppelink en Anna Ridderinkhof; statisticus Frans Oort; alle mindfulnessstrainers van UvA *minds* Academisch Behandelcentrum voor Ouder en Kind en speciaal Dorreke Peijnenburg, Rachel Vandermeulen, Eva Potharst en Anne Formsma, en alle studenten en onderzoeksassistenten die hebben bijgedragen aan het onderzoek naar MYmind. Ik heb veel geleerd van de opleiding en supervisie die ik aan MYmind-trainers in binnen- en buitenland heb gegeven, en het meest heb ik geleerd van alle kinderen, jongeren en hun ouders die de ontwikkeling en het onderzoek naar MYmind hebben gesteund. Documentairemakers Auke Hamers, Simon Bunt en Tom Beard ben ik erkentelijk voor de aandacht waarmee ze MYmind gefilmd hebben. Corien Bögels, bedankt voor de prachtige illustraties. LannooCampus, Marije Roefs tot slot, bedank ik voor het eindeloos geduld in het proces naar het tot stand komen van dit boek en de professionele begeleiding daarbij. Procrastinatie (uitstelgedrag) is nog een persoonlijkheidskenmerk van me, vast ook herkenbaar voor mensen met ADHD, speciaal als het gaat om het afmaken van iets, want dan komt het saai en moeilijke om de hoek kijken, en waar vind ik de literatuurverwijzing van dat ene citaat ook alweer...?



'EDEN', CYRUS SNAPPED BRINGING HER BACK TO THE PRESENT.  
'I HAVE A SWORD POINTED AT YOU. WILL YOU PLEASE FOCUS.'

– SAMANTHA YOUNG, *BLOOD PAST*



---

# ADHD in kind en gezin

## 1.1 INTRODUCTIE: WAT IS ADHD?

*Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder* (ADHD) wordt gekenmerkt door problemen met aandacht, hyperactiviteit en impulsiviteit. De DSM-5 (APA, 2013, 2014), het wereldwijd gebruikte handboek voor psychische stoornissen, noemt de volgende criteria:

1. *Onoplettendheid*; symptomen zoals: te weinig aandacht voor details, achteloze fouten, moeite om de aandacht erbij te houden, mentaal afwezig, aanwijzingen niet opvolgen, taken niet afmaken, moeite met organiseren, met tijdsindeling, met deadlines, afkeer van taken die langdurige geestelijke inspanning vereisen, dingen kwijtraken, makkelijk afgeleid.
2. *Hyperactiviteit en impulsiviteit*; symptomen zoals: onrustig bewegen, vaak opstaan wanneer er verwacht wordt dat je blijft zitten, rondrennen of klimmen waar het ongepast is (in de adolescentie is het meer friemelen of innerlijke onrust), moeite met rustig spelen of ontspannende activiteiten doen, vaak 'in de weer' zijn, excessief veel praten, het antwoord eruit gooien voor de vraag is afgemaakt, moeite om op de beurt te wachten, anderen storen of zich opdringen.

Verscheidene symptomen zijn al vóór het twaalfde levensjaar aanwezig, de symptomen zijn minimaal zes maanden aanwezig, verscheidene symptomen zijn op minimaal twee gebieden aanwezig (bijvoorbeeld op school of werk, met vrienden of gezin) en de symptomen zijn niet consistent met het ontwikkelingsniveau en interfereren met de ontwikkeling of het sociale, schoolse of beroepsmatig functioneren, of verminderen de kwaliteit ervan. De DSM-5 onderscheidt het gecombineerde beeld van onoplettendheid en hyperactiviteit/impulsiviteit, het overwegend onoplettende beeld, en het overwegend hyperactieve-impulsieve beeld, en maakt een onderscheid in licht, matig of ernstig.

ADHD is een zeer prevalentie neurocognitieve stoornis die bij minimaal 5% van de populatie in Europa voorkomt, zowel bij kinderen als bij volwassenen (Wittchen, Jacobi, Rehm, Gustavsson, Svensson, Jönsson e.a., 2011). Vergelijkbare cijfers worden wereldwijd gerapporteerd (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007), en in de

Verenigde Staten heeft ADHD de epidemische proporties van 14% van de schoolgaande jeugd bereikt (Getahun, Jacobsen, Fassett, Chen, Demissie & Rhoads, 2013). Een meta-analyse kwam uit op een prevalentie van ADHD in de kindertijd van 7,2%, waarbij de prevalentie in de Verenigde Staten groter was dan in Europa (Thomas, Sanders, Doust, Beller & Glasziou, 2015). ADHD is de meest voorkomende stoornis waarvoor behandeling wordt gezocht in de kindertijd (Wilens, Biederman, Brown, Tanguay, Monuteaux, Blake e.a., 2002). De prevalentie van ADHD is substantieel gegroeid in een decennium (met een kwart tot een derde, Boyle, Boulet, Schieve, Cohen, Blumberg, Yeargin-Allsopp e.a., 2011; Getahun, Jacobsen, Fassett, Chen, Demissie, & Rhoads, 2013; Visser, Danielson, Bitsko, Holbrook, Kogan, Ghandour e.a., 2014). Deze stijging is in verband gebracht met meer ouderlijke stress en minder ouderlijke tijd, energie en steun. De stijging in ADHD hangt ook samen met minder activiteiten buiten en fysiek spel, en meer tijd voor de tv, computer en mobiel in de kindertijd (Perrin, Bloom & Gortmaker, 2007).

ADHD gaat vaak samen met comorbide stoornissen. Welke stoornissen het meest tegelijk met ADHD voorkomen hangt samen met of dit binnen een klinische, verwezen steekproef of in een algemene populatie wordt onderzocht (waar kinderen met ADHD niet noodzakelijk in behandeling zijn). Yoshimasu, Barbaresi, Colligan, Voigt, Killian, Weaver e.a. (2012) vonden in een algemene populatiestudie de sterkste comorbiditeit met oppositionele en gedragsstoornissen (ODD/CD), maar ook met stemmingsstoornissen, angststoornissen, verslavingsstoornissen, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

De kosten die samenhangen met ADHD zijn hoog, zoals hogere gezondheidskosten voor kind en gezin en hogere maatschappelijke kosten, geschat op 15000 US dollars per individu per jaar (Pelham, Foster & Robb, 2007). De kosten voor school alleen zijn voor kinderen met ADHD in de Verenigde Staten zes- tot zevenmaal hoger dan voor andere kinderen (Robb, Sibley, Pelham, Foster, Molina, Gnagy e.a., 2011). ADHD heeft ernstige consequenties in de kindertijd, op de schoolse prestaties en drop-out van school, op stress bij leerkrachten, alsook op de ouder-kindrelatie, gezinsfunctioneren, sociale relaties, zelfbeeld en kwaliteit van leven (Danckaerts, Sonuga-Barke, Banaschewski, Buitelaar, Döpfner, Hollis e.a., 2010; Fischer, 1990; Ghanizadeh & Shams, 2007; Greene, Beszterczey, Katzenstein, Park & Goring, 2002; Harpin, 2005; Kent, Pelham, Molina, Sibley, Waschbusch, Yu e.a., 2011). ADHD in de kindertijd voorspelt risico's in de volwassenheid zoals roken, alcohol- en drugsmisbruik (Lee, Humphreys, Flory, Liu & Glass, 2011) en risicovol seksueel gedrag (Flory, Molina, Pelham, Gnagy & Smith 2006).

ADHD werd aanvankelijk gezien als een kinderstoornis, maar het is duidelijk geworden dat kinderen niet over hun stoornis heen groeien: in 66-85% van de gevallen houdt de stoornis aan in de volwassenheid (bijvoorbeeld Kessler, Adler, Barkley, Biederman, Connors, Demler e.a., 2006; De Graaf, Ten Have, Van Gool & Van Dorsselaer, 2012). Volwassen expressies van de stoornis zijn in het wereldwijd gebruikte *Diagnostische en Statistische handboek voor Mentale stoornissen*, de DSM-5 (APA, 2013) beter omschreven, en de verwachting is dat de prevalentie van volwassen ADHD zal toenemen door een betere herkenning ervan. ADHD bij volwassenen veroorzaakt ontwrichtingen in het professionele, sociale en gezinsleven, inclusief het opvoeden (Murray & Johnston, 2006; Harvey, Danforth, McKee, Ulaszek & Friedman, 2003; Johnston, Mash, Miller, & Ninowski, 2012; Park, Hudec & Johnston, 2017).

## 1.2 AANDACHTSCONTROLE EN ADHD

Aandachtscontrole is het mentale proces dat individuen helpt bewust de aandacht op een gekozen aspect van de omgeving te richten, terwijl de andere aspecten uitgefilterd/genegeerd worden. Het ontwikkelen van aandachtscontrole vroeg in het leven is cruciaal voor de ontwikkeling, omdat slechte aandachtscontrole aan de grondslag ligt van alle mentale stoornissen, en het belangrijkste vroege kenmerk is dat psychopathologie in het algemeen voorspelt, zoals depressie, angst, verslaving, criminaliteit, zelfbeschadiging en gedragsstoornissen (Caspi, Houts, Belsky, Goldman-Mellor, Harrington, Israhel e.a., 2014; Moffitt, Arseneault, Belsky, Dickson, Hancox, Harrington e.a., 2011). Het beroemdste experiment hierbij is het volgende. Een jong kind krijgt zijn favoriete voedseltraktatie gepresenteerd, maar wordt daarbij voor een dilemma geplaatst. De experimentator vertrekt voor onbepaalde tijd en vertelt dat als het kind wacht totdat de experimentator terugkomt, het twee snoepjes krijgt; het kind kan ook de bel indrukken; dan komt de experimentator direct terug, maar krijgt het kind maar één snoepje. Hoewel het kind de dubbele traktatie preferert en ervoor kiest om daarop te wachten, zal het uitstel snel heel vermoeiend worden; het kind probeert het gekozen doel vol te houden maar ervaart conflict en verleiding. Of het kind al dan niet de bel indrukt, voorspelt oppositioneel en crimineel gedrag later in de ontwikkeling (Metcalf & Mischel, 1999). Gebrek aan aandachtscontrole is het centrale criterium van ADHD (APA, 2013; 2014).

Aandachtscontrole wordt gereflecteerd in emotionele regulatie en gedragscontrole, en in wat wel executieve functies worden genoemd. Dit zijn cognitieve processen zoals inhibitiecontrole, cognitieve flexibiliteit en planning (Diamond, 2013). Inhibitiecontrole wordt als centraal gezien in het executief functioneren; het gaat om in staat zijn de eigen aandacht, gedachten, emoties en gedrag onder controle te houden om een sterke impuls te 'overrulen', en in plaats daarvan te doen wat meer gepast of nodig is.

### *Voorbeeld:*

*Een kind heeft thuis pianoles en speelt de toonladders terwijl de pianolerares naast haar zit te luisteren. Moeder is thuis. De deurbel gaat. Het kind voelt een impuls om op te springen van de pianokruk, naar de deur te rennen en open te doen om te kijken wie er is. Het vermogen om deze impuls te remmen – moeder kan immers de deur opendoen en het is de bedoeling dat het kind zich focust op de pianoles – is iets waarmee kinderen met ADHD doorgaans meer moeite hebben dan andere kinderen. Bedenk maar eens wat er allemaal in een kind gebeurt op het moment dat de bel gaat: een cognitieve respons (wie zou daar zijn?), een emotionele respons (leuk, bezoek!), een gedragsrespons (opspringbeweging). Met onze aandacht kunnen we deze processen intern gadeslaan, remmen en overrulen door te herfocussen op het spelen van de toonladders.*

## 1.3 ADHD EN GEZIN

ADHD kan niet losgezien worden van de maatschappelijke context en de schoolcontext, maar ook niet van de gezinscontext. ADHD is een *familiale stoornis* en wordt *intergenerati-*



oneel doorgegeven. Top-downstudies, studies waarbij de kinderen van ouders met ADHD onderzocht worden, laten zien dat zestig procent van de kinderen van wie minimaal één ouder ADHD heeft, zelf ADHD ontwikkelt (Biederman, Faraone, Mick, Spencer, Wilens, Kiely e.a., 1995; Minde, Eakin, Hechtman, Ochs, Bouffard, Greenfield e.a., 2003). Bottom-upstudies, waarbij de ouders van kinderen met ADHD bestudeerd worden, vinden dat ouders van kinderen met ADHD een groter risico hebben op een ADHD-diagnose (Cantwell, 1972; Epstein, Conners, Erhardt, Arnold, Hechtman, Hinshaw e.a., 2000). Onderzoek bij broertjes en zusjes toont dat 35% van de kinderen met broers met ADHD, zelf ook een ADHD-diagnose hebben (Yang, Shang & Gau, 2011). Naast genetische factoren (Faraone, Doyle, Mick & Biederman, 2001; Nikolas & Burt, 2010), zijn omgevingsfactoren belangrijk in de overdracht van ADHD naar het nageslacht. In een klinisch artikel beschrijven Weiss, Hechtman en Weiss (2000) de sterke en zwakke kanten van ouders met ADHD: *'Children may enjoy the enthusiasm, boundless energy, and playfulness of an ADHD parent. However, a parent with ADHD may find some of the tasks of parenting "boring", such as feeding a baby or guiding an older child in doing homework'* (p. 1059).

Ze vinden het moeilijk om hun aandacht te houden bij het begeleiden van hun kinderen, ze in de gaten te houden, ze overreageren op hun woede buien waardoor situaties escaleren, ze zijn koppig, raken sneller in conflict, onderbreken de activiteiten van hun kinderen en geven aan (negatief) overgevoelig te zijn voor de ADHD-symptomen van hun kind(eren).

Gezinsomgevingen zoals gevormd door ouders kunnen op belangrijke manieren bijdragen aan het ontstaan en de instandhouding van, en het omgaan met ADHD. Sonuga-Barke (2010) veronderstelt dat een gezinsomgeving die gekenmerkt wordt door ouderlijke overreactiviteit en intrusiviteit, en door gebrek aan ouderlijke aandacht en ouderlijke sensitiviteit, het risico op ADHD vergroot. Dit is precies het gedrag dat ouders met ADHD vaker zullen laten zien (Johnston, Mash, Miller & Ninowski, 2012). Een observationele studie van Wymbs, Wymbs en Dawson (2015) vond inderdaad dat ADHD van kind en ouder interacteren en negatief opvoedingsgedrag en co-oudergedrag voorspellen. Ouders die meer ADHD-symptomen rapporteren – en dan vooral aandachtsproblemen – werden beoordeeld als meer negatief in hun opvoeding en co-ouderschap wanneer ze met ADHD-achtig gedrag van hun kind moesten omgaan dan ouders met minder ADHD-symptomen, of wanneer ze met normaal gedrag van hun kind werden geconfronteerd. Een meta-analyse van 32 studies naar de relatie tussen ouderlijke ADHD en opvoeding vond dat zowel laks als hard opvoedingsgedrag meer voorkomt bij ouders met ADHD, waarbij geldt dat hoe meer ouderlijke ADHD-symptomen, hoe sterker het effect (Park, Hudec & Johnston, 2017). Samengevat, ADHD in de kindertijd lijkt het resultaat van de interactie tussen een genetische gevoeligheid en omgevingsfactoren, waaronder het gezin.

Volgens de theorie van *differentiële gevoeligheid* voor opvoeding (Belsky & Pluess, 2009; Pluess & Belsky, 2010) zijn sommige kinderen meer gevoelig voor opvoeding dan andere kinderen. Sommige temperamentfactoren en specifieke genen functioneren niet alleen als kwetsbaarheidsfactor, maar ook als plasticiteitsfactor. Kinderen die gevoelig zijn voor opvoeding zijn dus niet alleen kwetsbaar voor de risico's van disfunctionele opvoeding, maar ook meer ontvankelijk voor de positieve effecten van functionele opvoeding. Zo blij-

ken kinderen met een gedragsstoornis (die vaak samengaat met ADHD) meer gevoelig voor de effecten van positieve opvoeding als ze emotiedisregulatieproblemen hebben (Scott & O'Connor, 2012). Ons eigen onderzoek laat in dit kader zien dat kinderen met angststoornissen en verhoogde ADHD-symptomen meer profiteren van een *gezinsgerichte* cognitieve gedragstherapie (CGT), in vergelijking tot een *kindgerichte* CGT, dan kinderen met angststoornissen zonder verhoogde ADHD-symptomen (Maric, Van Steensel & Bögels, 2018). De ADHD-symptomen van de kinderen lijkt ze dus gevoeliger te maken voor de effecten van een gezinsinterventie. Ouderlijke opvoeding kan dus niet alleen een verslechterend maar ook een helend effect hebben op kinderen met ADHD!

Ongeacht of ouders zelf symptomen van ADHD hebben, heeft een kind met ADHD een enorme impact op een gezin. Uit ons eigen onderzoek naar ouders van kinderen die met ADHD verwezen zijn naar UvA minds Academisch Behandelcentrum voor Ouder en Kind (Telman, Van Steensel, Maric & Bögels, 2017), blijkt dat ouders van kinderen met ADHD meer ouderlijke stress ervaren dan ouders van controlekinderen en dan kinderen verwezen met angststoornissen. Ouderlijke stress blijkt hoger bij kinderen met het gecombineerde ADHD-type dan bij kinderen met alleen aandachtsproblemen (in Nederland vaak ADD genoemd) (Tzang, Chang & Liu, 2009). Vaders rapporteerden interessant genoeg significant lagere stress dan moeders bij kinderen met het gecombineerde type, terwijl er geen verschil was in ouderlijke stress van vaders en moeders bij kinderen met ADD (Telman e.a., 2017), hetgeen suggereert dat vaders beter tegen het hyperactieve/impulsieve gedrag van deze kinderen kunnen dan moeders. De ouderlijke stresslevels van ouders van kinderen met ADHD-gecombineerde type, bleken in ons onderzoek even hoog als die van ouders van kinderen met een aandoening in het autismespectrumstoornis, hetgeen laat zien hoe groot de impact op ouders is van het opvoeden van een kind met het gecombineerde ADHD-type. ADHD in kinderen hangt ook samen met huwelijksproblemen, scheiding, gezinsproblemen, ouder-kindrelatieproblemen en broer-zusrelatieproblemen (Fischer, 1990; Harpin, 2005; Wymbs, Pelham, Molina, Gnagy, Wilson & Greenhouse, 2008).

#### 1.4 BEHANDELING VAN ADHD IN DE KINDERTIJD

Medicatie (zoals methylfenidaten) is de meest gegeven behandeling voor kinderen met ADHD. Middelgrote tot grote effecten van behandeling met methylfenidaten bij kinderen en jongeren met ADHD zijn aangetoond, ook bij een duur langer dan twaalf weken (Maia, Cortese, Caye, Deakin, Polanczyk e.a., 2017), maar de effecten worden minder na langer gebruik (Riera, Castells, Tobias, Cunill, Blanco & Capella, 2017). Methylfenidaten hebben echter serieuze bijeffecten, zoals problemen met slapen, gebrek aan eetlust, verstoorde groei en stemmings- en persoonlijkheidsveranderingen en 'het gevoel niet meer zichzelf te zijn' (Storebø, Ramstad, Krogh, Nilausen, Skoog, Holmskov e.a., 2015). Bovendien reageert niet iedereen goed op medicatie, bijvoorbeeld kinderen met comorbide angststoornissen (zo'n veertig procent van de kinderen met ADHD) (Buitelaar, Van der Gaag, Swaab-Barneveld & Kuiper, 1995). Daarnaast, en deels samenhangend met de bijwerkingen, is er gebrek aan compliance (Swanson, 2003; Adler & Nierenberg, 2010). Misschien wel het belangrijkste probleem bij medicamenteuze behandeling is het gebrek aan bewijs voor

langetermijneffecten (Van de Loo-Neus, Rommelse & Buitelaar, 2011). Zoals bij de meeste psychofarmaca is er bovendien geen onderzoek naar de langetermijneffecten van medicatie gedaan *nadat* de medicatie gestopt is. Dit is een probleem, omdat het gecontinueerd gebruiken van medicatie doorgaans wordt vergeleken met een afgeronde andere vorm van therapie, terwijl een meer faire en objectieve vergelijking zou zijn om twee afgeronde interventies (medicatie versus een andere interventie) te vergelijken.

Een grote meta-analyse van gedragsinterventies voor kinderen met ADHD (met name *parent management training*) geeft aan dat behandeling matig effectief is, maar ineffectief als er alleen naar objectieve maten wordt gekeken (Sonuga-Barke, Brandeis, Cortese, Daley, Ferrin, Holtmann e.a., 2013). Psychosociale behandeling heeft wel andere effecten op de kinderen die blijven bestaan, zoals vermindering van gedragsproblemen (Daley, Van der Oord, Ferrin, Danckaerts, Doepfner, Cortese e.a., 2015). Sport heeft ook gunstige effecten op ADHD bij kinderen (Cerrillo-Urbina, García-Hermoso, SánchezLópez, Pardo-Guijarro, Santos Gómez, & Martínez-Vizcaíno, 2015). Yoga (Jensen & Kenny, 2004) en *organisation skills training* (Bikic, Reichow, McCauley, Ibrahim & Sukhodolsky, 2017) eveneens.

Mindfulnessstraining – alleen voor de kinderen of voor de kinderen en ouders samen – is een andere, meer recente behandeling voor ADHD in de kindertijd; meta-analytische effecten, waarin onze eigen studies deels geïnccludeerd zijn, laten middelgrote effecten zien op aandachtsproblemen en hyperactiviteit (zie hoofdstuk 2).

*‘Having a child with ADHD is the most difficult thing you will ever have to deal with, because it never ends. Every single day is an exercise in patience and forgiveness.’*

## 1.5 OUDERLIJKE ADHD EN BEHANDELING

Nu we vastgesteld hebben dat ADHD bij ouders ADHD bij hun kinderen kan versterken door de wijze waarop ze opvoeden en reageren op ADHD-gedrag van hun kind, is het de vraag wat de effectiviteit van oudertraining (parent management training) is. Verschillende studies vonden dat wanneer een van de ouders ADHD heeft, de oudertraining minder effectief is op de ADHD-symptomen van het kind (Jensen, Arnold, Swanson, Vitiello, Abikoff, Greenhill e.a., 2007; Sonuga-Barke, Daley & Thompson, 2002), maar niet alle studies vonden dat (Forehand, Parent, Peisch, Sonuga-Barke, Long Bresland e.a., 2017; Van den Hoofdakker, Van der Veen-Mulders, Sytema, Emmelkamp, Minderaa & Nauta, 2007). Bij de twee studies waarin ouderlijke ADHD geen negatieve invloed had op het trainingseffect, was het gemiddelde ADHD-niveau bij de ouders echter laag. In een pilotstudie naar parent management training in complexe ADHD-gezinnen bleek het mee behandelen van de ADHD van de moeder door de moeder methylfenidaat te geven, de training van de kinderen effectiever te maken (Chronis-Tuscano, Wang, Strickland, Almi-

rall & Stein, 2016). Bij de behandeling van kinderen met ADHD met of via de ouders moet dus rekening gehouden worden met wat het eventuele effect van ouderlijke ADHD is op de leerbaarheid van ouders in de interventie.

## 1.6 MINDFULNESSTRAINING VOOR KINDEREN MET ADHD EN HUN OUDERS

Kinderen met ADHD hebben een slechtere aandachtscontrole. Aandachtscontrole is echter geen statisch iets; het ontwikkelt zich gradueel gedurende de kindertijd, en verandert gedurende de levensloop, bijvoorbeeld tijdens de overgang en bij ouderdom. Aandachtscontrole kan echter ook op elk moment verbeteren, bijvoorbeeld door lichamelijk fit te worden als gevolg van een verandering in leefstijl. Aandachtscontrole verslechtert bij stress, verdriet, eenzaamheid, gebrek aan slaap, burn-out, lichamelijk niet fit zijn (Diamond, 2013). Aandachtscontrole kan specifiek getraind worden, en dat is waarom mindfulnessstraining kinderen met ADHD kan helpen; zie hoofdstuk 3 voor een uitgebreide bespreking van de rationale van mindfulness voor kinderen met ADHD). In hoofdstuk 2 worden de effecten van MYmind op ADHD-symptomen, aandachtscontrole en andere problemen bij kinderen met ADHD behandeld, alsmede de effecten op de ouders.

Het mag duidelijk zijn dat aandachtscontrole ook nodig is in de opvoeding. Zonder aandachtscontrole zouden we onze baby bij de bushalte kunnen vergeten! Aandachtscontrole kan ouders van kinderen met ADHD helpen om hun eerste impulsen ten aanzien van de ADHD-gerelateerde gedragingen van hun kind te onderdrukken ten gunste van meer functioneel opvoedingsgedrag. Op de website [adhdawarenessmonth.org](http://adhdawarenessmonth.org) vond ik deze uitspraak van een anonieme ouder:

*'Having a child with ADHD is the most difficult thing you will ever have to deal with, because it never ends. Every single day is an exercise in patience (or lack thereof) and forgiveness (you trying to forgive yourself for lack of patience!).*

– OV' (Bron: [adhdawarenessmonth.org](http://adhdawarenessmonth.org))

Het beoefenen van geduld is een vorm van aandachtscontrole die ouders in de mindful parenting training ontwikkelen. Dat ouders daarnaast baat hebben bij zelfcompassie, maakt de uitspraak van deze ouder duidelijk; zelfcompassie is dan ook de basis voor compassie voor het moeilijke gedrag van een kind met ADHD! Zoals in paragraaf 1.3 aan de orde kwam, is het speciaal voor ouders die zelf ADHD-symptomen hebben, moeilijk om geduld te hebben met hun kind met ADHD, en kunnen vooral zij baat hebben bij het beoefenen van mindfulness; zie hoofdstuk 4 voor een uitgebreide bespreking van de rationale van mindfulness voor ouders. In hoofdstuk 2 worden de effecten van MYmind op de opvoeding door de ouders en op hun eigen mogelijke ADHD besproken.

MYmind

# MINDFULNESS VOOR KINDEREN EN JONGEREN MET ADHD EN HUN OUDERS

MYmind is een mindfulness-groepstraining voor kinderen en jongeren met ADHD en hun ouders. Door aan de leeftijd en doelgroep aangepaste meditatie-, bewustzijns-oefeningen en yoga, verbeteren kinderen en jongeren hun aandacht, ontwikkelen kalmte, en leren hun impulsen beheersen. Ouders leren in de parallelle *mindful parenting*-training met open aandacht naar hun kind te kijken, opvoedstress te reguleren, en minder overreactief op te voeden. Na uitgebreid wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van het programma vond Susan Bögels het tijd om het als boek beschikbaar te stellen.

*MYmind Mindfulness voor kinderen en jongeren met ADHD en hun ouders – trainers-handleiding* start met een overzicht van wat ADHD is en hoe het niet alleen het kind maar ook de ouders en het gezinsleven beïnvloedt. Het geeft een uniek overzicht van wat de effecten van MYmind en andere mindfulness-based programma's voor ADHD in de kindertijd zijn en hoe MYmind trainers zichzelf en de gezinnen voorbereiden op de training. De acht groepssessies voor kinderen, jongeren en hun ouders, alsmede de follow-up sessie acht weken later, worden helder en in detail beschreven. Ook een variant voor een individueel gezin komt aan de orde.

Professionals kunnen getraind en gecertificeerd worden in MYmind. Bij deze handleiding hoort tevens een werkboek voor kinderen en een werkboek voor ouders.



PROF. DR. SUSAN BÖGELS is psychotherapeut, cognitief gedrags-therapeut en hoogleraar Family Mental Health en Mindfulness aan de Universiteit van Amsterdam. Ze werkt als mindfulness-trainer en -opleider bij het Centrum voor Mindfulness in Amsterdam, en traint over de hele wereld professionals in MYmind. Bögels is initiatiefnemer van UvA minds, Academisch Behandelcentrum voor Ouder en Kind, en auteur van vele boeken en protocollen over preventie en behandeling van psychopathologie bij kinderen en hun gezin.

[www.susanbogels.com](http://www.susanbogels.com)  
[www.lannoocampus.nl](http://www.lannoocampus.nl)

