

ZELF PLANNEN TRAINERSHANDLEIDING

TRAINING VOOR JONGEREN MET ADHD

**Bianca E. Boyer
Marijke Kuin
Saskia van der Oord**

**LANNOO
CAMPUS**

Inhoud

Voorwoord **7**

- 1 Theoretische achtergrond **9****
 - 1.1 Onderzoeksbevindingen **11**
 - 1.2 Rationale van behandeling **13**
 - 1.3 Assessment **15**

- 2 Verhogen van motivatie **18****
 - 2.1 Beloning voor deelname **18**
 - 2.2 Motiverende gespreksvoering **19**
 - 2.2.1 Houding van de behandelaar **20**
 - 2.2.2 Eigen doelen stellen **27**
 - 2.2.3 Schaalvragen **28**
 - 2.2.4 Evaluatie van de sessie **29**

- 3 Algemeen overzicht van de behandeling **32****
 - 3.1 Opbouw van de behandeling **32**
 - 3.2 Werken uit een werkboek **33**
 - 3.3 Rol van het huiswerk in het protocol **34**
 - 3.4 Rol van de ouders **34**
 - 3.5 No-show **35**

- 4 Therapeutenhandleiding per sessie **36****
 - Sessie 1 **37**
 - Sessie 2 **51**
 - Sessie 3 **60**
 - Sessie 4 **68**
 - Sessie 5 **76**
 - Sessie 6 **84**
 - Sessie 7 **92**
 - Sessie 8 **100**
 - Sessie 9 **107**
 - Boostersessie **115**
 - Oudersessie I **122**

Oudersessie 2 **129**

Oudersessie 3 **134**

Referenties 141

Bijlagen 145

Bijlage 1: De balans opmaken **146**

Bijlage 2: Hoe was de training vandaag? **147**

Bijlage 3: Wat is ADHD? **148**

Bijlage 4: Verwachtingen van de training **152**

Bijlage 5: Controle houden of loslaten? **153**

Bijlage 6: Opvoedingsdoelen **154**

Bijlage 7: Basisregels van ons gezin **155**

Bijlage 8: Tips voor positieve communicatie **156**

Bijlage 9: Plan van aanpak **157**

Bijlage 10: Hoe was de training vandaag? **158**

Theoretische Achtergrond

ADHD staat voor *attention-deficit hyperactivity disorder* en wordt gedefinieerd als een persistent patroon van aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit, wat zorgt voor significante beperkingen in het dagelijks leven van kinderen. In de DSM-IV-TR worden drie subtypen van ADHD onderscheiden: het overwegend onoplettende subtype, het overwegend hyperactieve/impulsieve subtype en het gecombineerde subtype waarbij zowel problemen van aandachtstekort als hyperactiviteit en impulsiviteit te zien zijn (zie DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000).

Er zijn meerdere theoretische verklaring modellen voor ADHD (Barkley, 1997; Sagvolden e.a., 2005; Sonuga-Barke, Bitsakou & Thompson, 2010). In deze theoretische verklaring modellen zijn twee stromingen te onderscheiden. Ten eerste is er de stroming die uitgaat van ADHD als een probleem in de executieve functies: de cognitieve controlefuncties die doelgericht gedrag mogelijk maken (Barkley, 1997). Volgens deze stroming zouden individuen met ADHD voornamelijk een probleem hebben met de executieve functies inhibitie (het kunnen remmen van een in gang gezette actie), werkgeheugen (het online houden van informatie) en planning (Barkley, 1997; Wilcutt e.a., 2005).

Ten tweede zijn er de stromingen die ervan uitgaan dat ADHD veroorzaakt wordt door een probleem in de motivatie (Sagvolden e.a., 2005). Zo zouden individuen met ADHD een verhoogde sensitiviteit hebben voor directe beloning van gedrag, terwijl zij een aversie zouden hebben voor uitgestelde beloning van gedrag. Daardoor hebben kinderen met ADHD meer en vaker een beloning nodig om optimaal te presteren dan kinderen zonder ADHD.

Sonuga-Barke (2003) verenigt deze theoretische modellen in het Dual Pathway Model, waarbij hij veronderstelt dat er twee paden tot ADHD-gedrag leiden: een motivationeel en een executief pad. Bij beide paden worden bovendien verschillende hersenstructuren en pathofy-

siologie verondersteld. Recentelijk is er nog een derde pad genoemd dat mogelijk een verklaring kan zijn voor ADHD-gedrag, namelijk een gebrek aan *timing*. Zo zouden kinderen met ADHD meer moeite hebben met het inschatten en verwerken van tijd (Sonuga-Barke e.a., 2010). Maar niet al het ADHD-gedrag wordt verklaard door deze executieve, motivationele, of timingtekorten. Deze theoretische modellen van ADHD zijn dus nog niet alomvattend. Maar deze modellen zijn wel belangrijk om de theoretische achtergrond van de huidige cognitief gedragstherapeutische behandelingen voor ADHD te begrijpen.

De prevalentie van ADHD wordt geschat op ongeveer 5% van de schoolgaande kinderen, waarbij ongeveer 70% van de kinderen met ADHD de diagnose nog steeds heeft in de adolescentie (Biederman, Mick & Faraone, 2000). In de adolescentie komen vaak andere problemen naar voren dan in de kindertijd: door de toenemende individualisatie, de groeiende verantwoordelijkheid voor het eigen leven en de afname van ouderlijke controle, komen vooral problemen met de executieve functies planning en organisatie op de voorgrond te staan (Barkley, 2004). Daarnaast blijken de motivationele problemen, die alle adolescenten hebben (Crone, 2009), bij adolescenten met ADHD veel geprononceerder te zijn, wat mogelijk wordt veroorzaakt door de al bestaande motivationele tekorten (Rubia e.a., 2009). Deze adolescenten laten zich meer leiden door de onmiddellijke bekrachtiging van hun gedrag en veel minder door de consequenties van hun keuzes en gedrag op lange termijn dan adolescenten zonder ADHD.

In de adolescentie treden hierdoor veel leeftijdsfasespecifieke problemen op. Zo blijken adolescenten met ADHD in vergelijking met adolescenten zonder ADHD meer academische problemen te hebben, meer problemen met leeftijdsgenoten te hebben, blijven ze vaker zitten op school, zijn er meer opvoedingsproblemen, zijn er meer conflicten binnen het gezin en meer relatieproblemen tussen ouder en kind (Barkley, 2004). Daarnaast is er vaak sprake van comorbiditeit, met zowel internaliserende als externaliserende stoornissen, die toeneemt in de periode van de kindertijd tot in de adolescentie. Zo bleek dat 65% van de adolescenten met ADHD ten minste één comorbide psychiatrische stoornis heeft, terwijl dit percentage bij een controlegroep slechts 19% was (Yoshimasu e.a., 2012).

1.1 ONDERZOEKSBEVINDINGEN

Ondanks het feit dat bij adolescenten met ADHD een toename in problemen en comorbiditeit ontstaat ten opzichte van hun problemen en comorbiditeit gedurende hun kindertijd, is er zeer weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandeling bij deze doelgroep. Er zijn dan ook nog geen evidence-based behandelprotocollen beschikbaar specifiek voor deze doelgroep (www.nji.nl). Wel is er een substantieel aantal onderzoeken naar de effectiviteit van (cognitief) gedragstherapeutische behandelingen voor kinderen tot en met 12 jaar oud met ADHD (Pelham & Fabiano, 2008; Van der Oord e.a., 2008). Deze (cognitief) gedragstherapeutische behandelingen voor kinderen worden veelal via ouders of leerkrachten toegepast (mediatoren) en omvatten meestal (combinaties van) gedragstherapeutische oudertrainingen, leerkrachttrainingen of intensieve beloningsprogramma's in de klas. Door middel van operante leerprincipes en het aanbrengen van structuur worden de executieve functies van het kind ontlast en daarmee de kans op het optreden van ADHD-gedrag verkleind (Barkley, 1997).

Onderzoek toont aan dat behandelmodaliteiten voor ADHD, die effectief zijn in de kindertijd, minder effectief zijn in de adolescentie (Barkley e.a., 2001). Hoewel de evidentie slechts exemplarisch is, toont één studie aan dat gedragstherapeutische oudertraining bij adolescenten slechts middelmatige effecten sorteert (Barkley e.a., 2001). Ook systeembehandeling gericht op het oplossen van problemen in het gezin, het versterken van de positieve communicatie binnen het gezin en het maken van afspraken en contracten had slechts middelmatige effecten. Bovendien stopten een substantieel aantal gezinnen (38%) voortijdig met de behandeling (Barkley e.a., 2001). Mogelijk dient de behandeling van adolescenten meer afgestemd te worden op de ontwikkelingsfase door deze te richten op de problemen in zelfmanagement en academisch functioneren en dient deze niet primair via de ouder te verlopen.

Het Challenging Horizons-programma is een zeer intensief behandelprogramma, gesitueerd in de schoolsetting, waarbij getracht wordt deze aanbevelingen in acht te nemen (Evans, Schultz e.a., 2009). Hoewel een studie onder 49 jonge adolescenten wel positieve effecten laat zien op door ouders gerapporteerd ADHD-gedrag (niet op door leerkracht gerapporteerd ADHD-gedrag), is het de vraag hoe haalbaar en realistisch het is om een dergelijk intensieve behandeling in een schoolsetting in Nederland of België te implementeren.

Omdat het aan effectieve behandelingen voor adolescenten met ADHD ontbreekt, is gekeken of werkzame behandelingen voor volwasse-

Verhogen van motivatie

Een groot probleem bij de behandeling van adolescenten is therapietrouw. Niet alleen wordt behandeling vaak vroegtijdig afgebroken door adolescenten, ook is het moeilijk voor ze om hun gedrag te veranderen, zelfs wanneer ze het wel willen. In dit protocol wordt op twee manieren de motivatie voor behandeling verhoogd: door middel van het geven van een beloning voor deelname en door middel van motiverende gespreksvoering. Beide motiverende elementen zijn gedurende de behandeling altijd zichtbaar omdat ze op de zijflappen van het werkboek worden gezet in de eerste sessie. Zorg er als behandelaar dan ook voor dat de zijflappen van het werkboek altijd uitgekapt zijn tijdens de sessies. In dit hoofdstuk zal over beide motiverende elementen uitleg worden gegeven

2.1 BELONING VOOR DEELNAME

Om de motivatie voor deelname aan de behandeling te verhogen, om therapietrouw te vergroten, kan de adolescent iets verdienen als hij/zij iedere week naar de behandeling komt: een beloning die hij/zij krijgt van zijn ouder(s). Hiervoor is gekozen omdat van adolescenten, en vooral adolescenten met ADHD, bekend is dat zij vaak weinig motivatie hebben om naar een behandeling te blijven komen. De beloning werkt hierbij als extrinsieke motiverende factor om te blijven komen, niet als intrinsieke motiverende factor om zijn/haar gedrag te veranderen: hiervoor is de motiverende gespreksvoering bedoeld (zie volgende paragraaf). Dat betekent dat de beloning niet gebruikt dient te worden om de adolescent van iets anders te overtuigen dan het aanwezig zijn bij de sessie.

Zorg ervoor dat ouders al voor de eerste sessie weten dat van hen verwacht wordt een beloning te geven aan hun kind, zodat zij niet voor verrassingen komen te staan en zodat zij er al over na kunnen denken

wat zij een geschikte beloning vinden. Een geschikte beloning houdt in dat het iets is wat de adolescent graag wil hebben, maar dat de ouders wel redelijk vinden. Benadruk daarbij dat de beloning niet materieel hoeft te zijn. Hoewel computerspellen en zakgeldverhoging vaak goed vallen, vinden adolescenten het ook leuk om met het gezin of een vriend(in) naar de film of een pretpark te gaan, een week lang het avondeten of toetje te kiezen of later naar bed te gaan.



Let op! Soms vinden ouders dat het mogen volgen van een behandeling voldoende beloning is voor hun kind. Leg dan aan ze uit dat ze de behandeling moeten vergelijken met school: het is hard werken en het kost tijd en energie. Om er zeker van te zijn dat hun kind zich voldoende inzet en dat hij/zij daarbij wordt aangemoedigd door zijn/haar ouders is het van belang dat zij het geven van de beloning serieus nemen. Een tweede valkuil is dat ouders de beloning al geven voordat de behandeling is afgemaakt. Leg daarom van tevoren uit dat het belangrijk is dat daarmee gewacht wordt tot de behandeling is afgerond om de motivatie gedurende de gehele behandeling hoog te houden.

Laat de adolescent de beloning op de rechterzijflap zetten en klap deze zijflap altijd uit gedurende de sessies, zodat dit altijd motiveert gedurende de sessies. Na afloop van iedere sessie mag de adolescent een kruis zetten in het schema wat toewerkt naar de uiteindelijke beloning. Let op dat de adolescent pas een kruis zet na afloop van de sessie (hetgeen bij deze doelgroep soms moeilijk kan zijn), dat verhoogt de inzet gedurende de sessie.

2.2 MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

De extrinsieke motivatie om aanwezig te zijn tijdens alle sessies wordt verhoogd door middel van een beloning. Om gedragsverandering te bereiken is het echter van belang dat er hoge intrinsieke motivatie is voor verandering. Om de intrinsieke motivatie te verhogen is motiverende gespreksvoering op verschillende manieren verweven in het protocol: in de houding van de behandelaar, door het stellen van eigen behandel-doelen, in de manier waarop vragen worden gesteld en door het evalueren van iedere behandelsessie.

Algemeen overzicht van de behandeling

3.1 OPBOUW VAN DE BEHANDELING

De training bestaat uit acht sessies voor de adolescent en twee oudersessies van 45 tot 60 minuten (zie tabel 2). Daarnaast is er voor zowel de adolescent als voor de ouder een optionele extra sessie over de aanpak van sociale problemen. Bij de adolescent is dit gericht op relaties met ouders, broers/zussen, vrienden en leerkrachten en bij de ouders is dit gericht op positieve communicatie met de adolescent. Ten slotte is er een boostersessie om generalisatie te bevorderen.

Elke adolescent loopt op verschillende planningsvaardigheden vast, waardoor de geschikte oplossingen bij de één heel anders zijn dan bij de ander. Daarom is het werkboek een leidraad van te bespreken onderwerpen met oefeningen en nieuw te leren vaardigheden, maar zal elke adolescent zelf moeten bekijken welke vaardigheden hij/zij wel of niet wil gaan uitproberen. Het is belangrijk om wel alle onderwerpen te bespreken en door te nemen, aangezien er een logische opbouw in het programma zit en de sessies niet handig door elkaar te gebruiken zijn.

De gehele behandeling wordt er gewerkt uit het werkboek *Zelf Plannen* (Kuin, Boyer & Van der Oord, 2013). In deze beschrijving van de behandeling wordt er dan ook van uitgegaan dat er wordt gewerkt aan de hand van dit werkboek. Wij raden het af de behandeling uit te voeren zonder dit werkboek.

Sessie	Onderwerp
1	Motiveringssessie en psycho-educatie
2	Nieuwe oplossingen bedenken en het gebruik van een agenda
Ouder1	Verwachtingen training en controle houden versus loslaten
3	Het gebruik van een notitieboekje met to do list en prioriteiten stellen
4	Problemen oplossen door het gebruik van een actieplan en het opdelen van een grote taak in kleine stappen
5	Afleiding uitstellen en zelfcontrole op school
Ouder2	Basisregels stellen en invoeren
6	Huiswerk plannen: wanneer heb ik tijd voor huiswerk en hoe maak ik gebruik van mijn concentratietijd
7	Hulp van een gezinslid/vriend(in) bij plannen en organiseren
8	Het maken van een volhoudplan
Ouder 3	OPTIONEEL Positieve communicatie met de adolescent
9	OPTIONEEL Sociale omgang met anderen
BOOSTER	OPTIONEEL Herhaling van geleerde strategieën

Tabel 2 Opbouw van de behandeling

3.2 WERKEN UIT EEN WERKBOEK

Het werkboek is de basis van deze planningstraining: probeer daarom als behandelaar zo goed mogelijk het werkboek te volgen. Het werkboek is zo geschreven dat de adolescent er zelf in kan schrijven tijdens de sessie. Wanneer u merkt dat het zelf schrijven de adolescent remt, kunt u het voor hem/haar doen. Let er dan wel goed op dat hij/zij zelf bedenkt wat u op moet schrijven: een valkuil is dat u het werk gaat doen. De adolescent moet zelf blijven nadenken.

Het werkt het beste als de behandelaar naast de adolescent gaat zitten en de teksten voorleest terwijl de adolescent mee kan lezen. Op deze manier krijgt de adolescent de informatie op twee manieren binnen; visueel en auditief. Dit vergroot de kans dat de informatie binnenkomt ondanks het concentratieprobleem van de adolescenten. Stel vragen wanneer het lijkt alsof de adolescent niet meer luistert of laat hem/haar zelf een stukje lezen. Het werkt vaak niet goed om de adolescent de tekst helemaal zelfhardop te laten lezen, doordat ze zich dan meer concentreren op het goed uitspreken van de zinnen dan op de inhoud van de tekst.

Wat is ADHD en wat gaan we doen de komende weken?

Programma

Met adolescent en ouder(s):

- > Kennismaken
- > Het programma
- > Hulp van familie of vrienden
- > Wat is ADHD? (optioneel)

Met alleen de adolescent:

- > Persoonlijke Gevolgen
- > Medicatie
- > Wat wil jij graag leren? Doelen stellen
- > Doelen
- > Is dat wel haalbaar?
- > Deze week doen
- > Hoe was de training vandaag?

ALGEMENE BESCHRIJVING SESSIE

De eerste sessie is een volle sessie en kan dus gemakkelijk uitlopen. Probeer daarom de vaart erin te houden om de aandacht van de adolescent niet te doen verslappen. Het eerste deel van de sessie wordt gewijd aan afspraken over in hoeverre de adolescent nog hulp van zijn/haar ouders gaat gebruiken, waarbij zowel ouder als adolescent aanwezig zijn. Eventueel kan er ook aandacht besteed worden aan psycho-educatie.

Het tweede deel van deze sessie zal plaatsvinden zonder de ouder(s), zodat de adolescent ook ongehinderd kan vertellen zonder de 'zeurende' ouders. Aangezien sommige jongeren 'gestuurd' worden door hun

ouders of school, is de eerste sessie opgezet als motiveringssessie. Dit houdt in dat er veel ruimte wordt vrijgemaakt om duidelijk te maken dat de adolescent zijn eigen redenen mag hebben om de training te volgen. Eventueel kan naast het vaste programma besproken worden wat de voor- en nadelen zijn van het volgen van de training en de voor- en nadelen van het niet volgen van de training. De training kan als experiment aangeboden worden, waarbij onderzocht gaat worden of de vaardigheden de adolescent iets kunnen opleveren.

In het werkboek staat aangegeven op welk moment de ouder de kamer mag verlaten, dus zolang u het werkboek volgt, wordt dit vanzelf duidelijk.

KENNISMAKEN

Wanneer u de patiënt nog niet kent, neem dan de ruimte om kennis te maken met de adolescent en zijn/haar ouder. De therapeutische relatie is immers een belangrijke voorspeller van de therapietrouw van de patiënt. Probeer de adolescent en zijn/haar ouder daarbij op hun gemak te stellen. Vertel iets over uzelf en prijs de adolescent voor zijn/haar komst.

HET PROGRAMMA

Naast wat er in het werkboek staat onder dit kopje, kunt u hier kort iets vertellen over het programma. Leg uit dat hij/zij de komende acht weken naar uw instelling toe zal komen om samen met u te gaan werken met opdrachten uit een werkboek. Zijn/haar ouder zal ook twee keer komen. Vertel dat in de sessies met de adolescent het werkboek gebruikt zal worden en dat hij/zij iedere week een onderwerp gaat bespreken dat iets met plannen te maken heeft. Hij/zij mag dan zelf bedenken of dat iets voor hem/haar is en welke onderdelen ervan hij/zij wil uitproberen die week. Vertel dat het vandaag zal gaan over wat de gevolgen zijn van ADHD en over wat jullie de komende weken gaan doen. Andere voorbeelden van onderwerpen die aan bod komen, zijn:

- > Doelen stellen: wat wil ik dat er verandert?
- > Hoe denk ik over het nemen van medicatie?
- > Hoe maak ik handig gebruik van een agenda?
- > Hoe maak ik handig gebruik van een to do list?
- > Hoe kan ik een probleem handig oplossen?
- > Hoe kan ik zorgen dat ik minder afgeleid word tijdens huiswerk of in de klas?
- > Hoe kan ik mijn huiswerk handiger inplannen?

HULP VAN FAMILIE OF VRIENDEN

Neem het werkboek door met de adolescent en zijn/haar ouder. Daarin komen de volgende zaken naar voren:

- > De ouders zullen naar u toe komen voor een oudersessie tussen de tweede en derde adolescentensessie en tussen de vijfde en zesde adolescentensessie. Benadruk dat daar besproken zal worden wat er in de training geoefend wordt, maar niet wat de adolescent u vertelt over zichzelf. Spreek meteen de data af voor de oudersessies en laat de adolescent deze noteren in het werkboek, zodat dit indien nodig teruggezocht kan worden.
- > De adolescent kan iets verdienen als hij/zij iedere week naar de training komt. Het is belangrijk dit van tevoren al aan de ouders te vertellen zodat zij niet voor verrassingen komen te staan (zie ook §2.1). Dan kunnen zij er al over nadenken wat een geschikte beloning kan zijn. Laat de adolescent de beloning op de rechterzijflap zetten, zodat hij/zij dit altijd als motivator kan zien gedurende de sessies. Soms kunnen ouders en adolescent het toch moeilijk vinden om te bedenken wat een geschikte beloning is. Benadruk daarbij dat de beloning niet materieel hoeft te zijn. Hoewel computerspellen en zakgeldverhoging vaak goed vallen, vinden adolescenten het ook leuk om met het gezin of een vriend(in) naar de film of een pretpark te gaan, een week lang het avondeten of toetje te kiezen of later naar bed te gaan.
- > Het is van belang dat wordt besproken welke afspraken ouder en adolescent met elkaar maken over het plannen. Sommige ouders zullen minder moeten gaan controleren/ondersteunen zodat de adolescent kan leren dingen zelfstandig te doen. Andere ouders hebben juist de neiging te veel ruimte te geven zodat er een grote kans is dat het de adolescent niet goed lukt te plannen. Het is dus van belang dat er enige steun is bij het behouden/krijgen van structuur, maar dat de adolescent de ruimte krijgt om zelf te experimenteren met nieuwe planningsstrategieën. Benoem dit probleem en bespreek hoe het tot nu toe ging en wat een goede manier is om de komende weken te kunnen oefenen met zelfstandigheid en toch met ouders te blijven communiceren. Laat de adolescent alle afspraken duidelijk opschrijven.

Vaak verheugt de adolescent zich op deze nieuwe 'vrijheid'. Druk deze vreugde niet de kop in, maar benoem wel dat dit de kans is voor de adolescent om te laten zien dat hij/zij het zelf kan. En dat het dus belang-