

Interventie

MYmind

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 19 september 2025

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: de Bruin(september 2025).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'MYmind'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Disclaimer en informatiegebruik

Dit document bevat een beknopte weergave van de beschreven interventie. Bijbehorende materialen ontbreken, denk aan een handboek, werkboek en opleidingsdocumentatie.

Deze zijn wel nodig om de interventie uit te kunnen voeren. Het is daarom niet toegestaan om de interventie uit te voeren enkel op basis van dit document.

De informatie in dit document, voor zover die betrekking heeft op de hier beschreven interventie, mag niet worden overgenomen zonder toestemming van de eigenaar van de interventie. Ook mag de informatie niet worden gebruikt voor het maken van een eigen variant van de beschreven interventie.

Wil je de beschreven interventie gaan uitvoeren? Of wil je informatie over deze interventie overnemen? Neem dan contact op met de interventie-eigenaar of contactpersoon. Deze staat genoemd op de webpagina van de interventie in de Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud.....	3
Samenvatting	4
Doelgroep.....	4
Doel.....	4
Aanpak.	4
Materiaal	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek	4
1. Uitgebreide beschrijving	5
1.1 Doelgroep.....	5
1.2 Doel.....	6
1.3 Aanpak.....	6
2. Uitvoering	11
3. Onderbouwing.....	15
4. Onderzoek	19
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	19
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	21
5. Samenvatting Werkzame elementen	30
6. Aangehaalde literatuur.....	31

Samenvatting

MYmind is een op mindfulness-gebaseerde interventie voor kinderen en jongeren met aandachts- hyperactiviteits-, impulsiviteits-, en/of gedragsproblemen (ADHD), en hun ouders. Tijdens negen groepssessies leren kinderen en jongeren door meditatieoefeningen hun aandacht en concentratie te verbeteren, afleidbaarheid te verminderen, hyperactiviteit en impulsiviteit te reguleren en met meer bewustzijn te communiceren. Hun ouders volgen in een parallelle groep een Mindful Parenting training, waarin ze leren ze via meditatieoefeningen met aandacht aanwezig te zijn bij hun kinderen en bij zichzelf, opvoedingsstress en reactiviteit te verminderen en meer accepterend en milder naar zichzelf en hun kind te kijken.

Doelgroep

Kinderen en jongeren (van 9-18 jaar) met aandachts- hyperactiviteits-, impulsiviteits- en/of gedragsproblemen (ADHD), en hun ouders.

Doel

Het doel van MYmind is het verminderen van aandachts-, hyperactiviteit/impulsiviteits- en gedragsproblemen bij kinderen (en ouders), en ouders te helpen beter om te gaan met de problematiek van hun kind, minder stress te ervaren in de opvoeding en het gedrag van hun kind als minder belastend te ervaren.

Aanpak

MYmind is een op mindfulness gebaseerde groepstraining voor gezinnen. De training bestaat uit negen sessies van 90 minuten voor de kinderen en jongeren, en evenveel parallelle sessies voor hun ouders. De aanpak bestaat uit meditaties, yoga-oefeningen, imaginatie-oefeningen, psycho-educatie en toepassingen op het dagelijks leven.

Materiaal

Er is een gepubliceerde handleiding voor trainers en een werkboek voor kinderen en jongeren, en ouders, inclusief audio-opnames van begeleide meditaties. Meditatiekussens en yogamatten zijn nodig in de ruimte, en een whiteboard.

Onderbouwing

ADHD wordt gekenmerkt door aandachtsproblemen, zoals verhoogde afleidbaarheid, een oppervlakkige of juist te gedetailleerde aandacht, hyperactiviteit en impulsiviteit, gebrek aan emotieregulatie, overspoeld worden door prikkels en hypo- en hypergevoeligheid (APA, 2013). Mindfulness is in essentie een aandacht-training en grijpt daarmee direct in op deze aandachtsproblemen. Verschillende studies laten zien dat mindfulness training kan leiden tot verbeteringen in aandacht (bijv. Chimiklis et al., 2018; Evans et al., 2018; Lee et al., 2022; Oliva et al., 2021; Verhaeghen, 2021). Ouders van kinderen met ADHD hebben last van ouderlijke stress en belasting (Wiener et al., 2016), hebben door genetische verwantschap of gen x omgevingsinteractie soms vergelijkbare aandachts- en gedragsproblemen (Cheung & Theule, 2016) en er is sprake van negatieve ouder-kind interacties die mogelijk het ADHD-gedrag versterken of in stand houden (Prins & van der Oord, 2014). Mindful ouderschap kan hen helpen beter met de ouderlijke stress en last om te gaan en eventuele eigen aandachts- en gedragsproblemen, zoals reactief opvoeden, te verminderen (Duncan et al., 2009).

Onderzoek

Naast ongecontroleerde studies zijn er wereldwijd verschillende RCT's waarin de effecten van MYmind onderzocht worden, waaronder twee in Nederland, en een in Hong Kong. Er zijn inmiddels vele wetenschappelijke artikelen en boekhoofdstukken geschreven over de effecten van MYmind. Overall wordt gevonden dat aandachts-, hyperactiviteit- en impulsiviteitsproblemen verminderen, ook op de langere termijn, ouderlijke stress en reactiviteit van ouders op het gedrag van hun kind verminderen en gevoel van opvoedcompetentie toeneemt.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Kinderen en jongeren van 9-18 jaar met ADHD

Intermediaire doelgroep

Ouders/opvoeders, die bij de interventie worden betrokken door een parallelle Mindful Parenting training te volgen.

Selectie van doelgroepen

Indicatie voor deelname aan MYmind zijn het voorop staan van aandachts- en/of hyperactiviteit/impulsiviteitsproblemen (een DSM-5 classificatie van ADHD (APA, 2013)). MYmind kan ingezet worden als aanvullende interventie op het moment dat de in de ADHD richtlijn aanbevolen interventies (bijv. Akwa, 2019) niet voldoen of voor het gezin niet acceptabel zijn. Aanwezigheid van andere problemen is geen contra-indicatie zolang de aandachts- en/of hyperactiviteit/impulsiviteitsproblemen maar de primaire hulpvraag zijn. Eén van de studies liet bijvoorbeeld zien dat bij kinderen met comorbide gedragsproblemen, MYmind ten opzichte van medicatie relatief juist goed werkte (Meppelink et al., 2024). Daarnaast is de wens of bereidheid om samen met minimaal één van hun ouders of opvoeders deel te nemen aan de MYmind training belangrijk. Doorgaans worden zij verwezen door een verwijzende instantie zoals huisarts, Jeugdteam/Ouder Kind Team, of volgen zij de training in het kader van een lopende behandeling in de jeugd GGZ of jeugdzorg. Kinderen hebben een (geschat) verbaal IQ van minimaal 80. Minimaal één van de ouders of verzorgers is bereid om deel te nemen aan de parallelle Mindful Parenting training, en heeft een (geschat) verbaal IQ van minimaal 80. Een verbaal IQ van 80 is voor zowel de kinderen als de ouders de ondergrens om met het materiaal (werkboek, audiofiles met meditaties) zelfstandig aan de slag te kunnen. Een contra-indicatie is de aanwezigheid van ernstige gedragsproblematiek bij kinderen en jongeren, die het deelnemen aan een groep verhinderen. We streven ernaar dit nauwelijks voor te laten komen, te meer omdat deze kinderen vaak eerdere afwijzingen gekend hebben, het niet lukte om deel te nemen aan groepen. We doen er alles aan om deelname in een MYmind groep wel door te laten gaan, zodat niet alleen ervaring met mindfulness wordt opgedaan maar ook het gevoel van onderdeel te zijn van een groep. Verder is ernstige andere problematiek die eerst behandeld dient te worden, zoals verwaarlozing, misbruik, of mishandeling in een gezin, onbehandelde PTSS, acute suïcidaliteit, psychose en verslavingsproblematiek bij jongeren een exclusie criterium. Het gebruik van medicatie zoals methylfenidaat voor ADHD is geen exclusie criterium, maar het advies is de medicatie tijdens de loop van de training stabiel te houden of voorafgaand aan de training begeleid door een arts af te bouwen indien het kind of de jongere (en de ouders) dit willen. MYmind is in vele talen vertaald (waaronder Engels, Chinees, Japans, Duits, Turks, Italiaans, Spaans, Deens, Portugees, Zweeds), vooralsnog echter niet in bijvoorbeeld Marokkaans. Als ouders geen of beperkt Nederlands, maar wel Engels, spreken worden oudergroepen in het Engels (of gecombineerd Nederlands/Engels) gegeven, of worden sommige oefeningen vertaald.

Betrokkenheid doelgroep

Aan de start van de ontwikkeling van MYmind werden evaluaties gedaan met deelnemers, zowel mondeling als schriftelijk, zie hiervan een gedetailleerde beschrijving bij H4 en ook hoe deze input gebruikt werd in aanpassingen van de interventie. Deze data zijn - doordat dit een tijd geleden is - echter niet meer allemaal beschikbaar maar zijn altijd als input voor verbetering gebruikt. Dit gebeurt eigenlijk nog steeds. Recent gaf een moeder nog aan dat de Mannetje van Mars oefening geen optie is tijdens de Ramadan. Hierop wordt nu de planning aangepast zodat sessie 1 en sessie 8 (waarin in beide een mindful eet-oefening zit) niet meer tijdens de Ramadan plaatsvinden. Zie

verderop voor meer voorbeelden. Bovendien is er uitgebreide kwalitatieve analyse van MYmind geweest (zie hiervoor in Nederland het artikelen van Siebelink et al. (2021) en in Canada het artikel van Haydicky et al. (2017) en deze feedback heeft de doorontwikkeling van MYmind beïnvloed. Mocht MYmind in de toekomst nog verder doorontwikkeld worden, dan zal de doelgroep van ouders en kinderen hierbij op gestructureerde wijze betrokken worden d.m.v. mondelinge en schriftelijke vragen naar hun mening en tips voor aanpassingen van het programma.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van MYmind is het verminderen van aandachts-, hyperactiviteit/impulsiviteits- en gedragsproblemen bij kinderen en jongeren met ADHD. Daarnaast is het hoofddoel om ouders te helpen beter (meer mindful) om te gaan met de met ADHD problematiek van hun kind, eventuele eigen ADHD problematiek en de hieruit volgende stressvolle ouder-kind interacties.

Subdoelen

Subdoelen kinderen en jongeren met ADHD:

1. Na afloop van de training is er bij kinderen en jongeren met ADHD minder sprake van aandachts-, hyperactiviteits- en impulsiviteitsproblemen.
2. Na afloop van de training is er bij de kinderen en jongeren met ADHD minder sprake van comorbide gedragsproblemen zoals disruptief, agressief of opstandig gedrag.

Subdoelen intermediaire doelgroep ouders van kinderen met ADHD:

1. Na afloop van de training voeden ouders meer mindful op. Ouders zijn met meer aandacht in het moment aanwezig, minder oordelend en meer acceptierend tijdens opvoedsituaties. Door deze vaardigheden zijn ouders beter in staat dingen niet uit de hand te laten lopen in een stressvolle opvoedsituatie.
2. Na afloop van de training zijn ouders minder reactief en beantwoorden ouders het gedrag van hun kind weloverwogen en met geduld, in plaats van direct, impulsief of opvliegend te reageren.
3. Na afloop van de training ervaren ouders minder opvoedingsstress.
4. Voor zover ouders zelf ook aandachtsproblemen hebben, verminderen deze ook als gevolg van het zelf beoefenen van mindfulness.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

MYmind is een op mindfulness-gebaseerde interventie voor kinderen en jongeren met ADHD en hun ouders. Er zijn negen groepssessies voor kinderen en jongeren, en evenveel parallelle groepssessies voor hun ouders of opvoeders. Elke groepssessie duurt 1,5 uur, zowel voor de kinderen/jongeren als voor de ouders. De kindgroepen bestaan uit ongeveer 6 kinderen van 9-13 (lagere school) en de pubergroepen bestaan uit ongeveer 8 jongeren van 11-18 (middelbare school). Oudere kinderen doen vaak langere meditaties dan jongere kinderen, en mediteren autonoom, dus zonder hun ouders, terwijl jongere kinderen vaak, zeker in het begin, de aanwezigheid van hun ouders nodig hebben voor het mediteren. Beide ouders/opvoeders wordt gevraagd om deel te nemen aan de parallelle Mindful Parenting training. Afhankelijk van of één of beide ouders deelnemen en of eventuele stiefouders deelnemen bestaan de oudergroepen uit 6-20 deelnemers. Ouders en kinderen komen samen het eerste half uur van sessie 1, het eerste half uur van sessie 5, bijna de hele laatste sessie en een deel van de follow-up sessie. De kind/jongeregroep wordt gegeven door een hoofdtrainer en een co-trainer, de oudergroep door één trainer. Voorafgaand aan de training is er een oriëntatiebijeenkomst met het individuele kind of jongere en de beide ouders, bij voorkeur met de kind- en

oudertrainer. Na afloop is er een evaluatiemoment met het individuele kind of jongere en de ouders, bij voorkeur met de kind- en oudertrainer.

Na afloop van de training stimuleren we de gezinnen om mindfulness levend te houden in het gezin op een manier die bij hen past. Sommigen gaan op yoga, sluiten zich aan bij een meditatiegroep, of gaan op meditatieretraite, anderen gebruiken meditatie-apps. Het beloningssysteem wordt na afloop van de training niet meer standaard gebruikt, maar kan door ouders opnieuw ingezet worden als ze hun kind willen stimuleren weer de oefeningen te doen. Samen mediteren (als gezin, of als ouders) is ook een manier om te blijven oefenen.

Inhoud van de interventie

Werving: Gezinnen worden geïnformeerd over MYmind door informatie op de websites van instellingen, foldermateriaal in de wachtkamer, en door hulpverleners en verwijzers die denken dat dit een geschikte interventie is voor dit gezin, bijvoorbeeld in het geval van aandachts-, concentratie-, impulsiviteitsproblemen bij het kind en/of hiermee samenhangende stressvolle interacties tussen ouder en kind. Ook vragen gezinnen zelf om de interventie, bijvoorbeeld omdat zij er een documentaire over gezien hebben, of gehoord hebben dat mindfulness kan helpen voor de problemen van het kind of jongere of omdat ze een niet medicamenteuze aanpak willen proberen. Deze interventie wordt binnen jeugdhulpinstellingen gegeven en uiteraard wordt daar niet "geworven" voor cliënten. Van actieve werving is alleen sprake in geval van wetenschappelijke studies. De inclusiecriteria per studie staan verderop bij wetenschappelijk onderzoek nauwkeurig beschreven.

Oriëntatie/voorgesprek: In de oriëntatiebijeenkomst, die bij voorkeur wordt gedaan met een ouder- en kindtrainer van de groep die gaat plaatsvinden, wordt nagegaan wat de vragen en verwachtingen van het gezin zijn, of de interventie past bij de problemen waar het kind en de ouders tegenaanlopen, en of kind en ouders voldoende tijd en motivatie hebben om de hele training en ook het (dagelijkse) huiswerk te doen. Door een korte meditatieoefening te doen, wat materiaal van de training te laten zien en eventueel de ruimte waar de training gaat plaatsvinden, wordt het gezin een zo goed mogelijk beeld gegeven van wat ze kunnen verwachten.

De MYmind training: De eerste bijeenkomst start met alle kinderen, de ouders, kindtrainers en oudertrainers samen. Na een kennismakingsspel wordt uitleg gegeven over het huiswerk en beloningssysteem, met als doel het vergroten van de motivatie en de inzet bij de kinderen. Dit beloningssysteem wordt bij jongeren aangepast aan de leeftijd, bijvoorbeeld meer zakgeld of later thuis mogen komen als beloning. Vervolgens gaan de ouders naar de andere ruimte, waar de Mindful Parenting training wordt gegeven. De kinderen blijven in de kinderruimte voor een eerste introductie van de zitmeditatie, gericht op de adem. Bovendien worden groepsregels opgesteld, is er psycho-educatie over ADHD en het huiswerk wordt uitgelegd. De bijeenkomst wordt afgesloten met een korte zitmeditatie.

De bijeenkomsten 2 tot en met 7 hebben dezelfde opbouw. Er wordt steeds gestart met een korte zitmeditatie. Vervolgens wordt het thema van de vorige bijeenkomst herhaald door te vragen wat ze hebben geleerd. Daarna introduceert de trainer een nieuw thema met nieuwe oefeningen en wordt het huiswerk in twee subgroepen besproken. Na de pauze worden yoga-oefeningen, die de week ervoor zijn geoefend, door één van de kinderen voorgedaan (de rest doet mee), en introduceert de trainer nieuwe yoga-oefeningen. De bijeenkomst wordt altijd afgesloten met een korte zitmeditatie. De trainers noteren de verdiende punten in de werkboeken van de kinderen. Als een sessie gemist wordt, kan het huiswerk en het thema van die week in de werkboeken gelezen worden en alsnog de oefeningen thuis gedaan worden met de bijgeleverde audio's. Het gezin ontvangt hierover een mail of telefoontje ter reminder. Als 4 of meer sessies gemist worden, wordt met gezin overlegd dat het dan wel erg moeilijk wordt om aangehaakt te blijven. Omdat dit ook tijdens het voorgesprek duidelijk

besproken wordt is dit eigenlijk nooit het geval.

De 8^e bijeenkomst is grotendeels met de ouders en de kinderen samen. De kinderen leiden mindfulness- en yoga-oefeningen voor de ouders. Dan bespreken de ouders en de kinderen het huiswerk, ieder in de eigen groep. De trainers geven de kinderen een beloning voor de in de training verdiende bonuspunten, en van de ouders krijgen de kinderen hun eindbeloning, als ze de benodigde punten verdiend hebben in de afgelopen weken van de MYmind training. De kinderen gaan in een aparte ruimte cakejes versieren voor zichzelf en voor hun ouders, om vervolgens samen de oefening van het mannetje van Mars te doen met deze traktatie. Er vindt een meditatie plaats op wat het kind en de ouders geleerd hebben. Ouders en kinderen maken samen plannen wat er geoefend gaat worden tot de terugkombijeenkomst. De terugkombijeenkomst zijn de ouders en de kinderen bijna de hele bijeenkomst samen. Er worden verschillende meditaties gedaan, vooral met als doel de kennis en ervaring weer opfrissen waar nodig. De gezinnen vertellen elkaar hoe het nu met hen is en wat er terecht is gekomen van het meditatieplan. Daarna wordt er kort met ieder gezin apart geëvalueerd wat ze van de training hebben geleerd. Bovendien worden de effecten besproken die zijn gemeten met de vragenlijsten en nagegaan of er nog een verdere hulpvraag is. Zie Tabel 1 voor een meer specifiek overzicht van de inhoud per sessie. Er wordt opnieuw een toekomstplan gemaakt met de intentie gezinnen aan te moedigen de mindfulness oefeningen waarvan ze ervaren hebben dat deze hen helpen, te blijven doen. Natuurlijk is het blijvend toevoegen van een nieuwe routine aan een druk leven heel moeilijk. Veel ouders en kinderen geven ook aan dat hoewel ze niet meer dagelijks mediteren, ze door de dag heen op verschillende momenten dingen met meer aandacht doen, milder zijn naar zichzelf en anderen, kalmer reageren op uitdagend gedrag of opvoedstress, zich beter kunnen focussen op school etc.

Voorbeeldmeditaties: Bij de rozijnmeditatie (sessie 1) stellen ons voor dat we van Mars komen en een 'object' (de rozijn) in onze handen krijgen dat we niet kennen en gaan onderzoeken. Iedereen wordt uitgenodigd om tijdens de meditatie hardop te zeggen wat men ziet, hoort, ruikt, voelt en proeft (de zintuigen), met als doel het direct delen van ervaringen in het huidige moment. Later herhalen de kinderen deze meditatie met chips. Dit is een oefening in 'beginners mind'; een mindfulness vaardigheid waarmee open, nieuwsgierige, niet-oordelende aandacht wordt beoefend. De zitmeditatie met de adem (sessie 1) is een meditatie waarbij geoefend wordt om de aandacht bij de adem te houden, in het hier en nu (want de adem is altijd in het hier en nu). Ook wordt hiermee geoefend met het opmerken als je aandacht afdwaalt (wat heel vaak gebeurt) en de oefening is dan om telkens de aandacht weer terug naar de ademhaling te brengen. Om dit tastbaarder te maken kan de hand op die plek in het lichaam gelegd worden waar de adem het duidelijkst gevoeld worden. Door dit vaak te oefenen, ook thuis, kan de afleidbaarheid en onoplettendheid minder worden. De bodyscan wordt in sessie 2 geïntroduceerd. Dit is een liggende meditatie. Hierbij wordt geoefend met aandacht voor lichamelijke signalen (die in de hectiek van alledag soms helemaal niet opgemerkt worden), en ook met het focussen en flexibel switchen van aandacht (eerst aandacht op bijvoorbeeld benen en voeten en dan switchen naar aandacht voor bovenlijf). Ook weer met de focus op enkel observeren wat er toch al is, zonder uitleg, zonder het te hoeven veranderen (dat is meer de CGT aanpak). Ook is deze meditatie wat langer (15 minuten kinderen, 30 minuten ouders) waardoor geoefend kan worden met het langer volhouden van de aandacht. De meditatie met afleiders (sessie 5) is een populaire meditatie. Hierin mediteert een deel van de kinderen (of ouders) terwijl de andere helft van de groep de ruimte rondrent en allerlei geluiden maakt, aanraken mag niet. Dit om te ervaren hoe het voelt om steeds afgeleid te raken en om te oefenen toch de aandacht bij jezelf en de ademhaling te houden. Dit als een afspiegeling van hoe moeilijk het soms is voor een kind met ADHD om in een drukke klas de aandacht bij de uitleg van de juf of meester te houden. Tot slot als voorbeeld de gedachtenmeditatie (sessie 6); hierbij worden gedachten van een afstandje geobserveerd. Vaak wordt met metaforen gewerkt; bijvoorbeeld voorstellen dat je aan

de rand van een rivier zit en gedachten als blaadjes in het water voorbij drijven). Hiermee wordt een mindfulness vaardigheid 'decentering' beoefend; afstand van je gedachten leren nemen, ervaren dat gedachten geen feiten zijn, dat je er niet mee samen valt, en ook wordt ervaren dat gedachten van voorbijgaande aard zijn en dat ze steeds veranderen (net als eerder met de ademhalingsmeditatie en lichaamsmeditatie ook geoefend zijn). Door geleidelijk minder meegezogen te worden door gedachten/meer afstand te kunnen nemen kan het zijn dat je minder somber of angstig wordt, minder piekert en rumineert (het effect op eventuele comorbide internaliserende klachten dus).

De aanpassingen voor jongeren: Er is meer aandacht voor thema's waarmee jongeren te maken hebben en waar mindfulness kan helpen, zoals mindfulness gebruiken in communicatie met je ouders, voor huiswerk en stress rondom toetsen of tentamens. De jongeren doen de meditaties thuis doorgaans alleen, dus zonder ouderbegeleiding. De meditaties voor de jongeren zijn ook langer dan voor de kinderen. Ook is er aandacht voor thema's als autonomie, iets wat in het kindprogramma niet het geval is. Met jongeren wordt bijvoorbeeld besproken op welke gebieden ze al autonoom zijn, welke problemen zij hierin tegenkomen, of en hoe dit samenhangt met hun aandachtsproblemen en hoe mindfulness hierbij zou kunnen helpen. In de trainershandleiding staan voorbeelden uitgewerkt die trainers kunnen gebruiken. In sessie 6 Snelweg, Wandelweg gaat het over impulsief gedrag en hoe je door mindfulness minder snel op die snelweg belandt of dat dit tenminste een bewustere keus is. Bij jongeren wordt dan ook de link naar gebruik van drugs en alcohol gemaakt en andere verleidingen zoals gamen.

De training voor ouders van kinderen met ADHD: De Mindful Parenting training is een aangepaste versie van het mindful ouderschapsprogramma beschreven in Bögels & Restifo (2013). Er wordt benadrukt dat het voor ouders belangrijk is om elke dag te mediteren, vanwege ten minste vijf redenen: (1) mindfulness te belichamen in het contact met hun kind; (2) hun kind te kunnen begeleiden in de mindfulnessoefeningen; (3) als rolmodel fungeren in het doen van het mindfulnesshuiswerk en in het met aandacht dingen doen; (4) voor eigen kalmte en ontspanning, omdat een kind met ADHD zorgt voor meer afleiding, drukte en spanning; en (5) omgaan met eigen mogelijke ADHD-symptomen, die kunnen leiden tot reactief opvoeden. Omdat ouderlijke stress leidt tot overreageren, is bewustzijn van en omgaan met ouderlijke stress met behulp van mindfulness een belangrijke focus in de training. Ouders leren ook hoe ze hun kind kunnen ondersteunen in het mediteren. Er worden methodieken aangereikt om te bevorderen dat ouders zich bewust worden van de automatische manier waarop zij op het (ADHD-gerelateerde) probleemgedrag van hun kind reageren en de ademruimte op zulke momenten te oefenen. Ook leren ze om hun automatische, onaandachtige, impulsieve of veroordelende reacties te veranderen in meer bewuste, mindful reacties. De ouders worden uitgenodigd om het moeilijkste gedrag van hun kind als hun reminder te gebruiken voor een adempauze (een mini-meditatie, moment van stilstaan). Omdat sommige ouders zelf ook last hebben van ADHD-symptomen, zijn de mindfulnessoefeningen en de nabespreking van die oefeningen (*inquiry*) toegesneden op de toepassing van de rusteloosheid, aandachtstekort, impulsiviteit, gebrek aan structuur, moeite met verandering enzovoort van de ouders zelf. De extra last die een kind met ADHD voor het gezin en het ouderschap kan betekenen en hoe mindfulness daarbij kan helpen, komt ook aan de orde. Ouders van kinderen met ADHD kunnen met meditatie zelf kalmte vinden te midden van een druk of chaotisch gezin of de stress van hun kind. Een ander voorbeeld: jongeren streven naar autonomie. Echter, een jongere met ADHD heeft vaak meer ouderlijke begeleiding nodig, maar moet ook voelen dat zijn ouders zijn groeiende autonomie vertrouwen. Mindfulness kan ouders helpen om zich bewust te worden van deze paradox en een balans te vinden tussen in de gaten houden, begeleiden en loslaten. Autonomie als thema wordt in sessie 7 ook gekoppeld aan acceptatie. Een voorbeeld visualisatie-oefening is acceptatie van een kind met een

fysieke beperking, bijvoorbeeld blindheid, en hoe de omgeving zich dan aanpast, hoe bepaalde dingen niet verwacht worden van een blind kind en hoe deze beperking geaccepteerd wordt. Dan wordt de vergelijking gemaakt met ADHD/aandachtsproblemen, hoe dit aan de buitenkant niet zichtbaar is, hoe dit echter ook effect heeft op het gezinsleven, op mogelijkheden, hoe dit ook zou moeten leiden tot aanpassen van verwachtingen en wordt met ouders gesproken in hoeverre zij hun kind kunnen accepteren zoals het is, inclusief de aandachtsproblemen. Aandacht wordt besteed aan de rouw die nodig is voor acceptatie, en dat acceptatie een actief proces is.

Tabel 1. *Overzicht MYmind programma voor kinderen en jongeren met ADHD en hun ouders*

Sessie	Sessie Thema	Kernoefeningen kinderen/jongeren	Kernoefeningen ouders
Week 1	Beginnersgeest	Mannetje van Mars; Zitmeditatie adem	Ochtendstress; Kind als rozijn; Zitmeditatie adem
Week 2	Thuis in je lichaam	Body scan met strekken; Lappenpop robot; Yoga;	Bodyscan; Ochtendstress vanuit perspectief vriend
Week 3	De adem	Ademruimte; Rubber eend	Ademruimte; Zitmeditatie adem en lichaam
Week 4	Afleidings!	Afleidingsmeditatie; Geluidsmeditatie	Geluiden en gedachten meditatie; Zelfaandacht
Week 5	Stress	Halverwege evaluatie; Body scan alleen ontspannen; Stress en ademruimte	halverwege evaluatie; Keuzeloos gewaarzijn; Coping meditatie Ouderlijke stress
Week 6	Snelweg, wandelweg	Snelweg en ademruimte; Loopmeditatie	Ruzie en reparatie; Loopmeditatie
Week 7	Autonomie (en acceptatie voor ouders)	Herhaling sessies met een quiz; Kinderen als meditatie en yoga leraren	Imaginatie op acceptatie & autonomie; Rollenspel grenzen
Week 8	De toekomst	Kinderen als meditatie- en yogaleraren; Meditatieplan voor volgende 8 weken	Meditatie en yoga begeleid door de kinderen; Meditatieplan voor volgende 8 weken
Week 16	Elke keer opnieuw beginnen	Body scan; Delen ervaringen afgelopen 8 weken; Meditatieplan	Body scan; Delen ervaringen afgelopen 8 weken; Meditatieplan

2. Uitvoering

Materialen

Er is een MYmind trainershandleiding (Bögels, 2021) en er zijn aparte MYmind werkboeken voor ouders (Bögels, 2021) en kinderen (Bögels, 2021), alle te verkrijgen bij uitgeverij Lannoo Campus, maar ook via vele andere kanalen, bijvoorbeeld:

- Werkboek voor kinderen - <https://www.bol.com/nl/nl/p/mymind-mijn-mindfulness-aandachtsboek/>
- Werkboek voor ouders - <https://www.bol.com/nl/nl/p/mymind-mindfulness-voor-ouders-van-kinderen-en-jongeren-met-aandachtsproblemen/>
- Trainershandleiding - <https://www.bol.com/nl/nl/p/mymind-mindfulness-voor-kinderen-en-jongeren-met-adhd-en-hun-ouders-trainershandleiding/>

De trainershandleiding omschrijft per sessie de structuur van de MYmind groepstraining en de oriëntatiebijeenkomst en evaluatiesessie met het individuele gezin. Verder staan hierin de onderzoeken naar MYmind beschreven en achtergrondinformatie over de ontwikkeling van de training. In de werkboeken voor ouders en kinderen staan alle oefeningen uitgewerkt die in de cursus aangeleerd worden met uitleg over het belang en het doel van de oefeningen. Bovendien staat er elke week een informatieve tekst die aansluit op het thema van die week. Verder staan er voor elke week huiswerkopdrachten. Ouders en kinderen dienen elke week de tekst te lezen die bij die week hoort en de huiswerkopdrachten uit te voeren. Bij het werkboek zijn geluidsfragmenten te downloaden met meditaties voor ouders en kinderen per week. Voor de RCT's waar MYmind onderdeel van was waren specifieke wervingsfolders beschikbaar met daarin ook een beschrijving van mindfulness. In het algemeen is op websites van betreffende instellingen waar MYmind geboden wordt, net als voor andere interventies, een beschrijving te vinden. Net als met andere behandelingen wordt uiteraard na afloop met het gezin geëvalueerd, en bepaald of er nog resterende hulpvragen zijn waar nog andere behandeling voor nodig is. Tevens wordt bij het sluiten van een dossier altijd een eindevaluatiegesprek gevoerd en ook de CEM+ ingevuld (Client Evaluatie Monitor). Dit is echter onderdeel van de standaardprocedure, niet alleen als het gezin MYmind gevolgd heeft.

Locatie en type organisatie

0 Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren
V Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning
V Gespecialiseerde hulp

MYmind kan aangeboden worden in een specialistische jeugd GGZ instelling, een jeugdzorginstelling of een privé therapie-instelling. Mits trainers de juiste scholing gehad hebben, er voldoende ervaring is met de doelgroep en in overleg met de opleider kan het programma soms ook in OKTs/jeugdteams gegeven worden. Daarnaast is vanwege de parallelle groepen voor ouders en kinderen een vereiste dat er twee groepsruimtes beschikbaar zijn, evenals meditatiekussens en matjes voor de deelnemers. Bij OKTs/jeugdteams wordt er draagvlak gecreëerd, vaak door opgeleide MYmind trainers die iets over de training vertellen in hun team.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

MYmind wordt uitgevoerd door professionals (met een vooropleiding psychologie, pedagogiek, psychiatrie of een vergelijkbare hulpverlenersopleiding van minimaal HBO niveau) werkzaam in de GGZ die de trainersopleiding MYmind hebben gevolgd bij de ontwikkelaars van de interventie (zie <https://www.susanbogels.com/teacher-training-jaaropleiding-mindfulness-in-de-levensloop-van-gezinnen-2025-nl/>). Ingangseisen voor deze opleiding zijn:

- Ervaring in het werken met ouders en kinderen in GGZ of jeugdzorg context;

- Minimaal een 8-weekse cursus mindfulness bij een erkende mindfulness trainer gevolgd en zelf regelmatige meditatie beoefenen;
- Minimaal een 5-daagse meditatieretraite hebben gevolgd.

Een certificaat wordt ontvangen nadat de opleiding met succes voltooid is, een MYmind groep onder supervisie en intervisie is gegeven, en een reflectieverslag is geschreven en positief geëvalueerd door de opleider. Alleen professionals die deze opleiding hebben gevolgd en het certificaat hebben ontvangen, zijn MYmind trainer volgens de kwaliteitseisen. Accreditatie is verkregen bij FGzPt, NIP K&J psycholoog, NIP eerstelijnspsycholoog, NVO generalist, en bij de VMBN als vervolgopleiding. De oorspronkelijke opleiding in MYmind had een omvang van 8 dagen, waarin zowel de mindfulness voor kinderen en jongeren, als de mindfulness voor ouders werd behandeld. De opleiding tot MYmind trainer is tegenwoordig in Nederland geïntegreerd in de Mindfulness in de Levensloop van Gezinnen opleiding. Deze opleiding start met de basisopleiding tot Mindful Parenting trainer (8 dagen) en vervolgens de MYmind vervolgopleiding (4 dagen). Daarna doet elke opleideling een MYmind training onder supervisie van één van de docenten (5 groepssupervisiesessies), en intervisie van mede-opleidelingen. Omdat iedereen de basisopleiding Mindful Parenting heeft gedaan, en dus een belangrijk deel van het ouderprogramma al beheerst, kan het MYmind programma in 4 dagen worden getraind. In de MYmind vervolgopleiding leren trainers meditatie en yoga aan kinderen geven, MYmind psycho-educatie geven, het groepsproces hanteren, omgaan met de specifieke uitdagingen van kinderen met ADHD, de verschillen tussen werken met kinderen en adolescenten, en het beloningssysteem hanteren. Er wordt ook aandacht besteed aan eigen processen die geraakt worden, zoals de eigen overreactiviteit als een groep heel druk is, of de eigen stress als een kind een meltdown heeft.

In de supervisie worden door de trainers in opleiding videofragmenten van de MYmind kind- en oudergroep getoond, en hierop gereflecteerd. De supervisor gaat in gesprek over deze reflectie, en geeft feedback op houding en vaardigheden van de trainer, op individueel, groeps-, en eventueel systemisch niveau. De MBI-TAC is een behulpzaam instrument bij de supervisie, zie hierover meer hieronder.

Kwaliteitsbewaking

In eerste plaats wordt de kwaliteit bewaakt doordat de ontwikkelaar van de interventie zelf de opleiding MYmind verzorgt. Verder zijn er verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van MYmind (zie onderzoek). Er is een gestandaardiseerde therapeutenhandleiding en er wordt door de ontwikkelaar en co-docenten supervisie gegeven aan trainers in MYmind. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van de MYmind versie van de Mindfulness Based Interventions – Treatment Adherence and Competence (MBI-TAC; Crane e.a., 2013). Dit is wereldwijd de gouden standaard in mindfulness onderzoek om integriteit en trainerscompetentie in kaart te monitoren. Trainers worden aangemoedigd intervisiegroepen te creëren met andere MYmind trainers. Supervisie en intervisie zijn niet verplicht maar wel sterk aanbevolen. In de praktijk uit dit zich vaak in het wekelijks voor- en nabespreken van de training met ouder- en kindtrainers bij elkaar plus stagiaires. Tenminste 1 van de trainers is (zeer) ervaren en die kan zodoende ook de meer junior trainers begeleiden. In sommige wetenschappelijke onderzoeken naar de effecten van MYmind wordt middels video-opnames achteraf de behandelkwaliteit en integriteit van de trainers gemonitord.

Randvoorwaarden

De randvoorwaarden zijn dat er idealiter minimaal 6 kinderen en 6 ouders (van elk kind minimaal één ouder/verzorger) participeren in de training om een goede groepsdynamiek te kunnen garanderen. Ook zijn voldoende tegelijkertijd beschikbare mindfulnesstrainers voor ouder- en kindgroep noodzakelijk (één voor de oudergroep en één voor de kindgroep, en daarnaast een tweede juniortrainer voor de kindgroep), evenals twee groepsruimtes met mindfulnesskussens en yogamatjes. Verder is het belangrijk dat de trainers zelf mindfulness beoefenen, omdat blijkt dat een 'belichaming' van mindfulness

essentieel is bij het overbrengen ervan (Crane et al., 2010). Er zitten veel momenten van impliciete kennisoverdracht in de sessies, omdat de ervaring en inbreng van deelnemers centraal staat. De trainer moet in staat zijn om de juiste keuzes te maken in het leiden van de gesprekken. Daarom worden er eisen gesteld aan de vooropleiding van de trainers (zie opleiding en competenties) en is regelmatige intervisie of supervisie belangrijk. Co-trainers dienen goed contact met elkaar te hebben, en met de verwijzers en medebehandelaars van de gezinnen. De interventie moet dus systemisch op het niveau van het directe gezin en van de zorg om het gezin heen goed ingebed zijn. Ook kan het wenselijk zijn contact met de school te hebben, zodat de leerkracht bijvoorbeeld faciliteert dat het kind tussen de middag of als het overprikkeld is even gaat mediteren. Na deelname aan de training kan het zijn dat doelen deels behaald zijn of dat er in de tussentijd andere doelen bijgekomen zijn. Behandelaar evalueert dan met gezin of/wat verder nog nodig is aan eventuele vervolgbehandeling. Als blijkt dat oudertraining, systeemtherapie en medicatie onvoldoende effect bereiken en tevens MYmind daarna ook onvoldoende effect sorteert, en de problematiek complexer blijkt, kan ook doorverwezen worden naar een collega-instelling in een zwaarder segment (bijvoorbeeld van het B- naar het C-segment, of van de ESJH naar de HSJH).

Omdat MYmind een gezinsinterventie is, is het belangrijk dat de co-ouder/mede-opvoeder, als die niet meedoet in de oudergroep, bijvoorbeeld omdat ouders gescheiden zijn, toch betrokken is. Met de co-ouder wordt bijv. besproken hoe die kan faciliteren dat het kind de mindfulness oefeningen doet als het kind bij hem/haar is, hij/zij kan betrokken worden bij het beloningssysteem, en kan zelf delen van het mindful parenting programma volgen, om te ervaren wat mediteren is, en om op een kalmere manier met de problematiek van het kind om te leren gaan.

Implementatie

Het volledige protocol staat zeer gedetailleerd beschreven in de MYmind trainershandleiding. Verder is er een postdoctorale opleiding om nieuwe trainers op te leiden waardoor de implementatie gereguleerd kan worden (zie <https://www.susanbogels.com/teacher-training-jaaropleiding-mindfulness-in-de-levensloop-van-gezinnen-2025-nl/>). In de laatste opleidingsdag komt het onderwerp 'implementatie van de training in de eigen organisatie/context' aan bod, waarin bijvoorbeeld wordt gekeken naar beschikbare trainers en ruimte in de eigen setting, mogelijkheden tot intervisie, kennis bij het management van mindfulness, kans en beperkingen in de organisatie, animo voor groepstrainingen etc. Tevens is implementatie onderdeel van het reflectieverslag dat opleidingen schrijven aan het einde van de opleiding. De ontwikkelaar van het MYmind protocol verzorgt deze opleiding waardoor er eenduidigheid in het opleiden gegarandeerd kan worden en een nauwe relatie tussen ontwikkelaar en trainer ontstaat. Opleidingen kunnen na afronding van de opleiding supervisie krijgen van de ontwikkelaar van het protocol over de implementatie van MYmind in de desbetreffende instelling. Wanneer MYmind geïmplementeerd wordt op een nieuwe locatie zijn de volgende stappen nodig:

1. Trainers in opleiding in MYmind
2. Ruimtes geschikt maken, werkboeken en materiaal aanschaffen
3. Folders maken voor cliënten en verwijzers en op website informatie over MYmind zetten
4. In teamoverleg aandacht geven aan MYmind en vragen wie er geschikte gezinnen heeft
5. Intakes of oriëntatiegesprekken met mogelijke cliënten plannen
6. Eventuele metingen voor en na MYmind plannen en afnemen
7. Bedenken welke kwalitatieve evaluaties wenselijk zijn bij de ouder- en kindgroep
8. Afspraken maken over tijdsinvestering trainers, ook voor voorbereiding/nabespreken
9. Evaluatie van de eerste groep in team inbrengen

Kosten

Personele kosten: De gezinsvoorbereidingssessie en de negen sessies MYmind bedragen 90 minuten per sessie (totale behandelduur voor het hele gezin, uitgaande van één oudertrainer en twee kindtrainers: 45 uur) en voor het klaarzetten en opruimen van de ruimte, voorbereiden van elke sessie, en verslaglegging in dossiers rekenen we 60 minuten per sessie, totaal negen uur. Soms komt hier contact met een co-ouder/mede-opvoeder bij à 1 uur. Per maand vindt er één intervisie van 60 minuten en één supervisieafpraak van 60 minuten plaats. In totaal woont de mindfulnesstrainer per trainingsgroep twee intervisies en twee supervisies bij. Bij elkaar geteld komt dit neer op 58-59 uur voor de gehele interventie voor de trainer plus twee uur voor de supervisor. Het uurtarief van een mindfulnesstrainer en supervisor is ongeveer €100,-. Gebaseerd op deze schatting zijn de basiskosten van de interventie ongeveer €6000,- (exclusief locatie en materiaal, overhead).

Materiële kosten: Via de uitgever Lannoo Campus (www.lannoo.nl) is de MYmind trainershandleiding (€35,99) en het MYmind werkboek voor ouders (€22,99) en MYmind werkboek voor kinderen (€22,99) te verkrijgen.

3. Onderbouwing

Probleem

ADHD komt voor bij ongeveer 3-5% van de schoolgaande kinderen en wordt gedefinieerd als een persistent patroon van aandachtsdeficiëntie, hyperactiviteit en/of impulsiviteit. Deze symptomen zorgen voor significante beperkingen in het dagelijkse leven (voor uitgebreide criteria zie DSM-5). De DSM-5 onderscheidt verschillende presentaties van ADHD: het overwegend onoplettend beeld (ook wel ADD genoemd), het overwegend hyperactief-/impulsief beeld, en het meest voorkomende gecombineerde beeld (APA, 2013). Bij 60%-100% van de kinderen is er sprake van comorbide klachten zoals gedragsproblemen, angst, depressie, slaapstoornissen, en bij adolescenten ook verslavingsstoornissen en eetstoornissen (Gillberg e.a., 2004). ADHD kan ernstige gevolgen hebben voor de ontwikkeling en het functioneren van het kind, soms ook in de volwassenheid: fysiek (vaak ongelukken hebben, meer ziek zijn, slecht slapen), cognitief (een te lage schoolopleiding, schooluitval, te laag beroepsmatig functioneren gegeven de capaciteiten van de persoon), sociaal (gepest worden, vereenzamen, steeds wisselende relaties of single blijven, vertraagd starten met een gezin) (Danckaerts e.a., 2010; Ruiz-Goikoetxea e.a., 2018). Ook heeft het hebben van één of meer kinderen in het gezin met ADHD ernstige gevolgen voor het gezinsfunctioneren. Ouders ervaren meer stress (Telman e.a., 2017; Watson e.a., 2011) waarbij een hogere ernst van ADHD een hoger stressniveau voorspelt (Telman e.a., 2017) en meer ouderlijke overreactiviteit (Barkley, 1989), slechtere mentale gezondheid, en ouder-burnout. Ook is er meer sprake van problemen in de ouderkind relatie, co-ouder of partnerrelatie, overbelasting van de brusjes, en lagere kwaliteit van het functioneren van het hele gezin (Peñuelas-Calvo e.a., 2021). Mogelijk speelt de ouderlijke opvoedingsstress en overbelasting een causale rol in de problemen in de opvoeding, gezinsrelaties en mentale gezondheid van ouders (Belsky, 1984; Crnic, Gaze & Hoffman, 2005; Webster-Stratton, 1990). Naast deze kosten op het niveau van het kind en het gezin, zijn de maatschappelijke kosten ook enorm: jaarlijks 19.4 miljard dollar voor kinderen en 13.8 miljard dollar voor jongeren zijn de kosten die geassocieerd zijn met ADHD (Schein e.a., 2022).

Oorzaken

ADHD wordt soms onterecht als 'oorzaak' genoemd voor druk of impulsief gedrag maar ADHD is niet meer of minder dan een beschrijving van gedrag. De kenmerken van ADHD ontstaan, zoals bij alle DSM-classificaties, door een combinatie van genetische, neurobiologische en omgevingsfactoren (Danckaerts & Westermann, 2014). Een aantal factoren die een rol lijken te spelen in het verklaren van het gedrag zijn erfelijke aanleg en minder goed werkende executieve functies (werkgeheugen, inhibitie en flexibel kunnen schakelen) maar ook te oppervlakkige of springende aandacht, hyperfocus of vernauwde aandacht, verminderd vermogen tot filteren het vermogen tot plannen, organiseren, anticiperen, beslissen, bijsturen, veranderen van oude gewoonten (bijv. Barkley, 2012). Het is voor kinderen met ADHD soms lastig om hun gedrag te stoppen of aan te passen als de situatie of context hier om vraagt. Bijvoorbeeld, als een kind met ADHD een ruimte inkomt waar heel veel prikkels zijn (mensen, speelgoed, muziek, licht) en weinig voorspelbaarheid (het kind komt hier voor het eerst en kan niet lezen wat de bedoeling is) wordt het overspoeld, maar lost het kind met ADHD dit bijvoorbeeld op door heel druk van het een naar het ander te gaan. Dit gedrag is dan niet in lijn met de sociaal-maatschappelijke normen van hoe een kind van die leeftijd zich verwacht wordt te verhouden tot deze situatie. Daarnaast hebben ouders van kinderen met ADHD zelf gemiddeld ook meer aandachtsproblemen en problemen in het executief functioneren. De kans is aanzienlijk dat als een kind ADHD heeft, minimaal één van de ouders ook (symptomen van) ADHD heeft. Ook is de kans groter dat broers of zussen vergelijkbare symptomen hebben (Faraone & Larsson, 2019). In een gezin met een kind met ADHD spelen vaak stressvolle interacties tussen ouders en kind. Deze

negatieve interacties houden mogelijk de ADHD in stand of versterken het gedrag, maar worden niet gezien als de oorzaak (o.a. Prins & van der Oord, 2014).

Aan te pakken factoren

Factoren waar het MYmind programma op insteekt zijn o.a. vermindering van stress en negatieve interacties in het gezin vanuit het werken aan overreactiviteit, geduld, acceptatie en compassie van ouders. De gevoeligheid van kinderen met ADHD voor beloningen staat niet centraal in het MYmind programma maar wordt in die zin wel 'gebruikt' door beloningen in te zetten om kinderen te motiveren thuis te mediteren. De meditatieoefeningen (= aandachtsoefeningen) richten zich op het versterken van de aandacht, verminderen van overreactiviteit en het verminderen van impulsief/hyperactief gedrag bij de kinderen, één van de hoofddoelen van deze interventie. Door meditatieoefeningen en de toepassing daarvan op hun dagelijks leven en specifieke probleemsituaties krijgen kinderen zicht op hoe hun aandacht werkt en hoe zij de aandacht kunnen sturen, langer vast kunnen houden, beter kunnen richten en meer in het hier en nu blijven. Ook wordt ingestoken op de executieve factoren inhibitie en flexibeler schakelen. Er wordt eerst geoefend met bewustwording van het eigen soms korte lontje en impulsieve reacties en de steeds verspringende aandacht. Vervolgens wordt door beoefening van meditatie het steeds makkelijker om de aandacht langer te focussen, om de aandacht flexibel te schakelen wanneer nodig en om minder direct, impulsief of opstandig te reageren. Bij de intermediaire doelgroep ouders pakt de interventie de opvoedingsattitude van ouders aan: zij leren meer mindful in hun opvoeding te staan. Hierdoor leren zij beter met opvoedingsstress omgaan en minder overreactief op te voeden. Dit is ook in lijn met één van de hoofddoelen van de interventie en van invloed op de negatieve ouder-kind interacties. Voor zover ouders vergelijkbare ADHD symptomen hebben, die hen ook in de opvoeding parten spelen, leren zij door meditatie meer grip op hun eigen ADHD-symptomen te krijgen middels dezelfde principes als voor de kinderen. Dit sluit aan bij één van de subdoelen van de interventie. Meditaties voor kinderen en ouders zijn veelal vergelijkbaar; behalve dat die van de ouders twee tot drie keer zo lang zijn en wat moeilijker taalgebruik kennen.

Verantwoording

Wat is mindfulness

Het range aan mindfulness-based interventies voor gebruik bij psychische klachten is groot. Deze groep interventies zijn onderdeel van de derde generatie psychotherapieën, waar bijvoorbeeld ook *Dialectical Behavioral Therapy* (Linehan, 1993) en *Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes et al., 1999) bijhoren. De twee meest gebruikte mindfulness programma's zijn *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat-Zinn, 1982, 2003) en *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal et al., 2002). Alle vervolg programma's waaronder ook MYmind zijn direct hiervan afgeleid. MBSR is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met chronische pijn en is later aangepast om automatische negatieve reacties op stress te verminderen. MBCT is gebaseerd op MBSR met daarin componenten van cognitieve gedragstherapie (CGT) verweven. MBCT is in eerste instantie ontwikkeld voor mensen met chronisch depressieve klachten (Segal et al., 2002).

Waarom mindfulness bij ADHD?

Mensen met ADHD hebben moeite met de aandacht ergens bij houden, concentratie, met selectieve aandacht (waar richt ik mijn aandacht op en wat negeer ik), met flexibele aandacht, en/of met inhibitie (het onderdrukken van de aandacht voor een bron van informatie, om de aandacht te kunnen richten op een gekozen focus). Aandacht is echter trainbaar. In mindfulness training leren we in verschillende soorten meditatie de volgehouden aandacht, selectieve aandacht, flexibele aandacht, en aandachtsinhibitie te verbeteren. Tijdens een mindfulness training leren deelnemers om met aandacht te reageren (op gevoelens, gedachten, situaties etc.) in plaats van automatisch te reageren. Dit kan heel zinvol zijn voor kinderen (en ouders) die vaak juist heel impulsief reageren, het moeilijk vinden de aandacht erbij te houden, moeite hebben met het inhiberen van

reacties. Tijdens meditaties leren deelnemers om de aandacht beter in het hier en nu te houden, beter te focussen, opmerken als ze afdwalen, de aandacht steeds weer terug te brengen na afdwalen. Verschillende studies laten een positief verband zien tussen het werkingsmechanisme hoeveelheid meditatie-beoefening en positieve effecten van mindfulness-based programma's (bijv. Crane et al., 2014). Mindfulness training wordt in het Nederlands vertaald als aandachtstraining en ADHD is in de kern een 'beperking in de aandacht'. Verschillende meta-analyses en systematische reviews laten verbeteringen in aandacht zien als een gevolg van mindfulnessstraining (Chimiklis et al., 2028; Evans et al., 2018; Lee et al., 2022; Oliva et al., 2021). In de sectie Onderzoek volgt een gedetailleerde beschrijving van alle studies met MYmind met alle uitkomstmaten, waaronder aandacht.

Waarom de combinatie van een ouder- en kindprogramma?

Ten eerste leert de ouder op deze manier wat het kind leert; hierdoor kunnen ze hun kind beter helpen met het thuis oefenen hetgeen de generalisatie van mindfulness vaardigheden ten goede komt. MYmind is een systemische aanpak waarin ouders en kind dezelfde vaak nieuwe taal leren spreken. Naast hun eigen oefening, fungeren ouders ook als rolmodel of als steun of motivator voor het ook thuis oefenen van de kinderen. Bijvoorbeeld yoga-oefeningen zitten alleen in het kind programma. Kinderen met ADHD kunnen dan bewegen en zijn verderop in het programma ook zelf de yogaleraar voor hun ouders. Dit werkt positief voor de dynamiek en speelsheid van de oefeningen, de verbinding tussen ouder en kind en ouders zijn vaak heel trots als hun kind een meditatie of yoga-oefening leidt wat de verbinding tussen ouder en kind weer versterkt evenals het samen oefenen. Ten tweede hebben ouders van kinderen en jongeren met ADHD vaak last van ouderlijke stress, meer dan ouders van kinderen met andere vormen van psychopathologie (Wiener et al., 2016). Als gevolg van die stress vallen ouders vaak eerder terug op overreactief of overprotectief opvoeden, hetgeen de problemen van hun kinderen versterkt. Psycho-educatie gaat in de interventie niet eens zozeer veel over ADHD maar bijvoorbeeld wel over (ouderlijke) stress, over hoe ons stresssysteem werkt. Hoe ons lichaam al vroegtijdig signalen afgeeft en met verhoogde opmerkzaamheid deze signalen eerder herkend kunnen worden. Psycho-educatie over stress zit zowel in het ouder- als in het kindprogramma.

Ten derde hebben ouders van jeugdigen met ADHD een grotere kans om zelf (symptomen van) ADHD te hebben (Thapar et al., 2007), en daarmee vergelijkbare aandachtsproblemen als hun kinderen, gegeven de erfelijkheid van ADHD. Mindful Parenting training is een welkom aanbod voor deze ouders, omdat Mindful Parenting zowel de ouderlijke stress en daarmee ouderlijke reactiviteit en overprotectie kan verminderen, als de aandacht bij ouders kan verbeteren (Kabat Zinn & Kabat Zinn, 2021). Mindful parenting training kan helpen ouders' eigen symptomen te verminderen. Wanneer ouders minder last hebben van hun eigen (symptomen van) ADHD worden ze mogelijk beter in het structureren van de omgeving voor hun kind, worden ze consistent en duidelijker hetgeen voor kinderen met ADHD heel helpend is (Sonuga-Barke et al., 2002). Ten vierde kunnen ouders zich bewust worden van hun eigen reactiepatronen op het gedrag van hun kind; mogelijk overreactief ouderschap en in de mindful parenting training leren ze een meer accepterende en niet-oordelende houding t.o.v. hun kind aan te nemen. Het werkingsmechanisme inquiry geeft deelnemers kans op verdieping van hun inzichten over patronen van reageren bij zichzelf. Daarnaast wordt er in de training bijvoorbeeld gebruik gemaakt van imaginatie-oefeningen die een soort imaginaire exposure zijn: de ouders stellen zich bijv. een situatie van stress met hun kind voor en hoe ze hierin te snel, boos of impulsief reageren en hoe dit voor het kind is en hoe dit de negatieve ouder-kindinteractie in gang zet of versterkt en hoe het zou zijn als ze kalmer, met meer compassie voor het kind en zichzelf zouden reageren. Tenslotte is de combinatie een meer systemische aanpak; hierin is de boodschap niet dat ADHD 'het probleem van het kind is', maar is er oog voor de familiedynamieken en interacties, wordt er gezamenlijk mindfulness beoefend. Dit is de inhoudelijke rationale voor een gezinsaanpak, uit onderzoek is echter vooralsnog niet bekend wat het effect van bijvoorbeeld alleen een mindfulness kindgroep is vergeleken bij het

gezinsprogramma, of het effect van alleen een Mindful Parenting groep voor deze groep ouders vergeleken bij de gezinsaanpak.

ADHD, comorbide externaliserende en internaliserende klachten en de rol van mindfulness

In een wereld van 80% neurotypische mensen, hebben neurodiversen, waaronder mensen met ADHD, het niet makkelijk. Zij worden voortdurend overvraagd op hun ordeningscapaciteiten, het vermogen om alle inkomende informatie te verwerken, inclusief het prioriteren en negeren van informatie. Dit geldt misschien nog sterker voor kinderen, want volwassenen hebben meer ruimte om hun eigen omgeving te creëren, terwijl voor kinderen en jongeren omgevingen zoals school, waar en hoe ze wonen, hoe hun gezin eruit ziet, een gegeven zijn. Als gevolg van deze overvraging hebben kinderen met ADHD veel last van stress, die de vorm van "meltdowns" kan hebben, en zich kan uiten in zowel internaliserende (angst, depressie, terugtrekking, suïcidaliteit, slaapproblemen), als externaliserende (agressie, gedragsproblemen, middelenmisbruik) problemen. Uit vele studies is bekend dat beoefenen van mindfulness kan leiden tot een afname van internaliserende klachten als angsten, somberheid en depressie (Bhattacharya & Hofmann, 2023), agressie en gedragsproblemen (Tao et al., 2021). Specifiek voor kinderen met ADHD laat een meta-analyse ook positieve effecten zien van mindfulness training, met name voor ADHD symptomen en ouderlijke stress, maar in mindere mate ook voor internaliserende en externaliserende gedragingen (Lee et al., 2022).

MYmind bestaat uit mindfulness training voor kinderen of jongeren met ADHD en parallelle Mindful Parenting training voor hun ouders, beide in groepsverband. Door zowel de ouders als hun kind mindfulness te leren, ontstaat er aandachts- stressregulatie op gezinsniveau. MYmind grijpt dus zowel in op de aandacht, stress, en gedragsproblemen van de kinderen en jongeren met ADHD, als op de aandacht, stress, en parenting van hun ouders, en de ouder-kind relatie.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Binnen verschillende van de onderstaande vele onderzoeken zijn aspecten als behandelintegriteit, haalbaarheid en acceptatie door cliënten, evaluaties door cliënten en drop-out rates beschreven. Om hier niet diezelfde studies allemaal weer te herhalen, staat deze informatie geclusterd in een aantal onderwerpen die naar ons idee hierop betrekking hebben.

Behandelintegriteit

Wordt het MYmind programma aangeboden zoals het bedoeld is (adherence) en door trainers met voldoende mindfulness vaardigheden (competence)? *Instrument:* We ontwikkelden de MYmind-Treatment Adherence and Competence Scale (MYmind-TACS). Deze is afgeleid van de Mindfulness-Based Intervention-Treatment Adherence and Competence (MBI-TAC) hetgeen een gangbaar instrument is voor het in kaart brengen van behandelintegriteit van mindfulness-based interventies. Interraterbetrouwbaarheid werd onderzocht. *Respondenten:* Binnen de MYmind kindgroepen uit de ADHD: medicatie of meditatie trial (pillen of chillen) zijn 158 sessies opgenomen (66% van het totaal aantal sessies) en voor de oudergroepen zijn 169 sessies opgenomen (70% van het totaal aantal sessies). *Resultaten:* Twee onafhankelijke scorers met mindfulness ervaring scoorden zeven random gekozen sessies van de kindgroepen en twee random gekozen sessies voor de oudergroepen. Percentage overeenkomst was respectievelijk 93.2% en 94.7% voor adherence aan het kind- en ouderprotocol en respectievelijk 73.5% en 86.6% voor competentie qua kind- en ouderprotocol. Intraclass correlaties waren excellent: .83 en .86 voor adherence en .80 en .88 voor competence. Vervolgens zijn er 50 random kindsessies en 50 random oudersessies geselecteerd die gescoord zijn door twee onafhankelijke scorers. Voor de kindsessies werd in 85.8% het protocol precies gevolgd, in 9.8% gedeeltelijk en voor 4.4% werd het protocol niet gevolgd. Voor de oudersessies was dit respectievelijk 91.6%, 3.8% en 4.7%. Redenen om het protocol niet of gedeeltelijk te volgen zijn onderzocht: tijdgebrek en aanpassen aan behoeftes van de groep. Trainers competentie (5-puntschaal) was gemiddeld 4.29 (SD = .60) voor kindsessies en 4.60 (SD = .27) voor oudersessies (Meppelink et al., 2024).

Drop-outs. Een aantal voorbeelden (de rest is zo nodig per studie terug te vinden in de meegestuurde artikelen). In de eerste studie van Bögels en collega's (2008) werden vijf kinderen (36%) en drie ouders (25%) gezien als drop-outs van de interventie. Zij misten vier of meer sessies (redenen niet gespecificeerd). In de daaropvolgende studie van Van der Oord en collega's (2012) deden 18 families mee waarvan zes families een sessie misten en een familie twee sessies miste, resulterend in een aanwezigheid van 94%. In de RCT van Meppelink et al. (2024) was de drop-out rate in de medicatiegroep 26% versus 2% in de mindfulnessgroep.

Evaluaties door cliënten

Onderstaande tabel is gebaseerd op de scores van 16 deelnemers.

Hoe nuttig vond je(1-3):	Gemiddelde waardering	Standaard-afwijking
Zitmeditatie met de adem	2,44	,629
Zitmeditatie met het lichaam	2,13	,719
Zitmeditatie met gedachten	2,19	,750
Adempauze	2,38	,719
Korte bodyscan	1,94	,574
Lange bodyscan	1,81	,750
Yoga	2,25	,775
Eten met aandacht	2,00	,816
Loopoefening	1,69	,602

Evaluaties uit open antwoorden van cliënten

Wat is er veranderd na de mindfulness training/wat heb je vooral geleerd?

- Ik neem nu meer rustmomenten
- Beetje rustiger in mijn hoofd, komt denk ik door de meditatie
- Ik weet nu wat mindfulness inhoudt en kan het toepassen
- Op een gegeven moment ben ik gestopt met alles oefenen, maar ik pas af en toe wel nog de adempauze toe
- Yoga, meditatie die weer wat rust geeft
- Ja ik heb geleerd rustiger te worden
- Wat mindfulness is
- Rust(momenten) en houvast voor mijzelf creëren middels meditaties en bodyscan
- Gedachten ordenen
- Om op stressvolle momenten een adempauze te nemen waardoor ik rustiger word
- Een adempauze nemen om rustiger te worden als ik druk ben
- Dat een adempauze wonderen doet. Ik word er meer en langer rustig van
- Iets meer rust in mijn hoofd op het juist moment door meditatie
- Ik word minder snel boos, val beter in slaap en geniet meer van mijn eten
- Niet heel veel
- Vooralsnog niet, maar wie weet gebeurt dat nog als ik zelfstandig door ga met oefenen, wel kan ik een stuk meer rust en een ontspannen kijk op dingen inlassen
- Minder stress

Bovenstaande twee vormen van evaluaties zijn niet opgenomen in de internationaal gepubliceerde artikelen maar uitgevoerd voor intern gebruik en aanpassingen van het programma.

Aanpassingen n.a.v. feedback cliënten

In het begin zat er bijvoorbeeld een stressoefening in van een liedje zingen. Deze werd met een 1,47 gemiddeld beoordeeld, beduidend lager dan de andere oefeningen en is daarom verwijderd. Yogaplatten werden door de tieners soms wat 'kinderachtig' gevonden waarop 2 aparte yogaserie's getekend zijn, voor kinderen en tieners apart. Op de vraag aan welke oefening ze het meest hadden gehad kwam meestal het antwoord Adempauze. Daarop hebben we op meerdere plekken in het programma deze oefening ingevoegd. Een moeder gaf aan de Man van Mars oefening niet te willen doen vanwege de Ramadan. Daarop worden trainingen zo gepland dat sessie 1 en sessie 8 (daarin komt een mindful eet-oefening voor) niet in de Ramadan vallen. Andere ouders gaven aan de taartjes op het einde te zoet te vinden, dit is aangepast naar een variant met minder suiker, meer fruit. Feedback van kinderen over te veel huiswerk is niet aangepast omdat ook thuis oefenen standaard onderdeel van elke mindfulness training is en dit ook in het voorgesprek besproken wordt met de kinderen en ouders. Ook concrete feedback op de meditaties heeft geleid tot aanpassingen, bijvoorbeeld minder praten door de trainer tijdens sommige meditaties.

Succes- en faalfactoren voor behandelaren

In het hoofdstuk van het protocolboek (Bögels & de Bruin, 2020) is op het einde een stuk 'Valkuilen' opgenomen:

"Voor een trainer is misschien wel de belangrijkste valkuil verwachtingen. Elke keer als wij een training geven worstelen we met verwachtingen, gebaseerd op eerdere groepen, en de realiteit van deze groep en deze gezinnen, en de trainer die we op dit moment zijn. Als gezinnen te laat komen of niet op komen dagen, denken we: "Dat was in eerdere groepen niet zo". Als ze hun huiswerk niet gedaan hebben, denken we: "Dat deed mijn vorige groep beter". Als de kinderen de yoga maar onzin vinden, denken we: "Maar dat was toch zo'n motiverend onderdeel volgens de protocolinstructie?". In plaats van werkelijk met open nieuwsgierigheid en zonder oordeel te ervaren wat we op dit moment, in deze groep, tegenkomen, blijven we

vasthouden aan beelden van hoe het zou moeten zijn of hoe het geweest is. Het ontmoeten van elke moeilijkheid of uitdaging met openheid, vriendelijkheid en zonder oordeel, is de manier om ons echt te verbinden met de groep en de gezinnen, en om werkelijk te groeien.

De meest voorkomende valkuil is dat kinderen niet profiteren van de kennis en oefening die hen wordt aangeboden omdat de prikkels van de groep te overweldigend zijn, ze zich daardoor onveilig voelen, en hierop reageren met hyperactief en oppositioneel gedrag. Voor een uitgebreide voorbeeldbeschrijving hiervan zie het boekhoofdstuk en onze ervaringen in Londen. Om dan (een deel) van de training voor een dergelijk kind individueel aan te bieden, helpt het kind zich beter te kunnen focussen op de inhoud, en helpt de overige groepsleden ook omdat die minder afgeleid worden door het gedrag van dit kind. Wat soms ook helpt is dat het kind voor de groep meer rust krijgt, bijvoorbeeld niet naar school die (mid)dag, want kinderen kunnen overprikkeld in de training komen door school of de reis naar de training door het drukke verkeer. Aanpassen van de medicatie kan ook helpen, want kinderen kunnen last hebben van "rebound" effecten van medicatie die net is uitgewerkt op het moment van de training.

Een valkuil die we bij de ouders zien, is het te zeer gefocust zijn op verandering bij het kind, waardoor ze zelf niet in het proces komen, bijvoorbeeld omdat ze zelf niet mediteren maar alleen de meditatie van hun kind begeleiden. Acceptatie van de ADHD van hun kind, en rouwen in plaats van ertegen vechten, een thema wat in bijeenkomst 7 aan bod komt, kan helpen in het loslaten van irreële verwachtingen van hun kind en in het zien wat het kind, en zichzelf, werkelijk nodig hebben om optimaal te kunnen functioneren binnen de mogelijkheden".

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Soms worden over één onderzoek meerdere publicaties geschreven. We maken hier daarom onderscheid tussen *onderzoeken* en *publicaties*. Vul voor elk onderzoek de gevraagde informatie volgens onderstaand format in. Als sprake is van meerdere onderzoeken met onafhankelijke steekproeven bij één interventie kunt u het format eerst kopiëren en plakken. Geef elk onderzoek een nummer en vul de gevraagde informatie in. Vermeld daaronder volgens het format welke publicaties uit het onderzoek voortgekomen zijn en vul ook hier de gevraagde informatie in. Stuur bij het indienen van het werkblad elke genoemde publicatie in zijn geheel mee.

Onderzoek 1

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant): ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: nee

Publicatie (zie Bijlage 1)

Bögels, S.M., Hoogstad, B., Dun, L. van, Schutter, S. de, & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioral Cognitive Psychotherapy*, 36, 193-209.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

Het onderzoek vond plaats bij een reguliere ambulante GGZ instelling. Bij het onderzoek waren 14 adolescenten betrokken, 11-18 jaar, met allen externaliserend gedragingen. Classificaties van ADHD, ODD, CD en/of autisme waren aanwezig. Alle tieners en hun

ouders werden behandeld met het MYmind programma. Tijdens de wachttijd, voor en na de behandeling en bij 4 maanden follow-up na start training, vulden ouders en jeugdigen vragenlijsten in. Uitkomst domeinen waren, naast het hoofddoel van aandachtsproblemen, ook persoonlijke doelen, externaliserende en internaliserende symptomen, sociaal gedrag, zelfcontrole, mindful bewustzijn, gevoel van gelukkig zijn, kwaliteit van leven en een objectieve maat voor volgehouden aandacht. In de wachttijdperiode vonden geen significante veranderingen plaats. Direct na de training en/of bij de follow-up meting werden op bijna alle uitkomstmaten significante verbeteringen gevonden. Jongeren rapporteerden zelf een significante verbetering op aandachtsproblemen, persoonlijke doelen, internaliserende problemen, externaliserende problemen, gevoel van gelukkig zijn, mindful bewustzijn, sociaal gedrag, denkproblemen en ze presteerden significant beter op neuropsychologische tests van volgehouden aandacht. Ouders rapporteerden significante verbeteringen op aandachtsproblemen, de doelen van hun kinderen, externaliserende problemen, gevoel van zelfcontrole en afstemming op anderen en hun eigen doelen. Tevens voorspelde toegenomen mindful bewustzijn bij het kind na de training een verbetering op de langere termijn in kindsymptomen zoals gerapporteerd door de ouders. De auteurs concluderen voorzichtig dat de combinatie van ouder en kind mindfulness training een veelbelovende benadering kan zijn voor klinisch verwezen jongeren met aandachts- en impulsiviteitsproblemen. Eén van de hoofddoelen van de interventie, het verbeteren van aandacht, wordt in verschillende studies, waaronder deze, op verschillende niveaus gedefinieerd. Soms op gedragsniveau maar ook soms o.b.v. meer objectieve neuropsychologische aandachtstaken.

Onderzoek 2

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant): ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: nee

Publicatie (zie Bijlage 2)

Oord, S. van der, Bögels, S.M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 157-174.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

Een groep van 22 ouders en hun kinderen van 8-12 jaar volgden het MYmind programma. Vragenlijsten werden door de ouders en leerkrachten ingevuld op 4 meetmomenten: tijdens de wachtlijst, direct voor de start van de training, direct na de 8-weekse MYmind training en 8 weken later. Tijdens de wachtlijstperiode vonden geen veranderingen plaats, behalve een toename in ODD gedrag volgens de leerkracht. Op nameting en follow-up meting was het ADHD gedrag van ouders en kinderen significant afgenomen vergeleken met pre-test. Ouderlijke stress en overreactief ouderschap nam significant af bij de follow-up meting vergeleken met pre-test. Leerkracht rapportages lieten geen significant verschil zien.

Onderzoek 3

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant): ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja

- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: nee

Publicatie (zie Bijlage 3)

Weijer-Bergsma, E. van de, Formsma, A.R., Bruin, E.I. de, Bögels, S.M. (2012). The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD and their parents. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 775-787.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

Tien adolescenten van 11-15 jaar en hun 19 ouders volgden het 8-weekse MYmind programma. Effecten werden geëvalueerd middels vragenlijsten en executieve functietaken op de computer. Tevens vulden leerkrachten vragenlijsten in.

Meetmomenten waren direct voor en na de training, 8 weken en 16 weken later.

Aandachts- en gedragsproblemen van de jongeren namen significant af na de training en executief functioneren nam significant toe volgens zelfrapportages van de jongeren, hun vaders, leerkrachten en de objectieve computertaken. Moeders rapporteerden significant verminderd overreageren in het ouderschap, terwijl vaders juist een toename aangaven. Acht weken later werden de meeste effecten groter maar 16 weken later werden ze weer kleiner of verdwenen.

Onderzoek 4

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant): ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: ja

Publicatie (zie Bijlage 4)

Bögels, S.M., Oort, F., Potharst, E. Roosmalen, R. van, Williams, J.M.G., & de Bruin, E.I. (2021). Family mindfulness training for childhood ADHD: Short- and long-term effects on children, fathers and mothers *Mindfulness*, 12, 3011-3025.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

Kinderen en jongeren met ADHD (n=167) en hun ouders vulden vragenlijsten in tijdens de wachtlijstperiode (8 weken), direct voor de training, direct erna, 8 weken later en 1 jaar later. Verreweg de meeste kinderen waren van Europese afkomst. Ongeveer de helft (57%) woonde bij beide ouders, 26% had gescheiden ouders en de overige 17% was verdeeld over verschillende familie samenstellingen. Multi-level analyses toonden significante afnames van ADHD symptomen bij het kind bij nameting en beide follow-ups terwijl er in de wachtlijstperiode geen significante veranderingen plaatsvonden. Ouders die zelf ADHD hadden rapporteerden een significante afname van hun eigen ADHD symptomen. Tevens namen andere comorbide klachten bij kinderen en ouders significant af, verbeterde het executief functioneren bij de kinderen en namen ouderlijke overreactiviteit en stress significant af, dit alles tot 1 jaar later. De variabelen leeftijd van het kind, geslacht, wel/geen medicatiegebruik, ADHD bij de ouders en deelname wel/niet aan de training door de ouders waren geen significante voorspellers voor kinduitkomsten. Geslacht van de ouders interacteerde met ouderlijke ADHD als voorspeller van kinduitkomsten: kinderen van vaders (maar niet moeders) die zelf ADHD hadden lieten meer verbetering zien na de training dan kinderen van vaders zonder ADHD. De afname van ADHD symptomen bij de vader van voor- naar nameting medieerde dit effect. Deze

studie concludeerde dat MYmind bijdraagt aan afname van ADHD symptomen en ouderlijk functioneren verbetert.

Onderzoek 5

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant): ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: ja

Publicatie (zie Bijlage 5)

Meppelink, R., Bruin, E.I. de, & Bögels, S.M. (2016). Meditation or medication? Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 267-283.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

Dit is de publicatie van de protocolbeschrijving. Het betreft een multicenter gerandomiseerde trial met twee follow-up metingen waarin de effecten van MYmind werden vergeleken met die van medicatie voor ADHD (methylfenidaat). Het voornemen was om 120 gezinnen te includeren met kinderen in de leeftijd van 9-18 jaar met ADHD, en hun ouders. Metingen vonden plaats als voormeting, nameting en 4 en 10 maanden later. Informanten waren ouders, jongeren, leerkrachten en objectieve observatoren. Vragenlijsten evenals objectieve neuropsychologische tests werden afgenomen, evenals kosteneffectiviteitsvragenlijsten. De trial werd geregistreerd in het Nederlands Trial Register.

Publicatie (zie Bijlage 6)

Meppelink, R., Bruin, E.I. de, Kosterman-Zoller, B., Oort, F.J., & Bögels, S.M. (2024). Child and parent Mindfulness-Based Training versus medication for Childhood ADHD: A randomized clinical trial. *Mindfulness*.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

In deze eerste RCT werden 91 kinderen van 9-18 met ADHD, en hun ouders (n = 172), gerandomiseerd over MYmind en methylfenidaat. Van de kinderen zat 70% op de basisschool en 30% op de middelbare school. Ze hadden een gemiddeld IQ. De opleidingsachtergrond van ouders was als volgt verdeeld: 63% universiteit of HBO afgerond, 19% MBO afgerond en 18% middelbare school afgerond. Daarnaast werd een Preference Trial (PT; n = 29) uitgevoerd voor de gezinnen die randomisatie weigerden maar wel mee wilden doen. Ouders en kinderen vulden een voormeting, nameting en follow-up 4 en 10 maanden later in. Daarnaast vulden leerkrachten en blinde observatoren een voor- en nameting in en werden objectieve neuropsychologische aandachtstaken afgenomen. Op nameting en 4 maanden follow-up lieten alle kinderen een significante vermindering van ADHD symptomen zien, echter het effect voor de medicatie groep was groter dan voor de MYmind groep. Verbetering op de objectieve aandachtsmaten op nameting was net zo groot in de MYmind als de medicatiegroep. Na 10 maanden verdwenen de verschillen tussen de groepen veelal. Echter de lange termijn resultaten kunnen niet uitsluitend aan de oorspronkelijke behandelingen worden toegewezen aangezien in die lange termijnfase ongeveer de helft van de kinderen in de MYmind groep ook medicatie nam en ongeveer een derde van de kinderen uit de medicatiegroep ook het MYmind programma was gaan volgen. In de lange termijnfase was cross-over om ethische redenen toegestaan. Bevindingen uit de PT waren vergelijkbaar. Drop-out van gezinnen in de MYmind groep was lager dan in de

medicatiegroep (2% en 26% respectievelijk). Geconcludeerd werd dat gezinnen die op zoek zijn naar effectieve niet-medicamenteuze behandeling voor ADHD, en die tijd willen steken in een mindfulness-based aanpak, geschikt kunnen zijn om het MYmind programma te volgen.

Publicatie (zie Bijlage 7)

Kosterman Zoller, B., Bögels, S.M., Meppelink, R., & de Bruin, E.I. (in revisie). Does taking a mindfulness training for parents of children with ADHD make a Difference in their parenting? Findings from an RCT. *Journal of Child and Family Studies*.

In deze RCT zijn de effecten van MYmind versus medicatie op uitkomstmaten voor de ouders (70 moeders en 29 vaders) van kinderen met ADHD onderzocht. Tevens is gekeken naar correlaties tussen hoeveelheid mindfulness beoefening en uitkomst. Meetmoment waren bij voormeting, nameting, 4 en 10 maanden na de training. Moeders in de mindfulness groep lieten een significant grotere verbetering zien w.b. overreactief ouderschap, zelfcompassie en slaapkwaliteit dan de moeders waarvan de kinderen medicatie slikten. Vaders in de mindfulness groep lieten significant grotere verbeteringen zien dan vaders waarvan de kinderen medicatie slikten op de uitkomsten ouderlijke stress, mindful ouderschap, zelfcompassie, internaliserende en aandachtsproblemen. Er werd een positieve correlatie gevonden, voor moeders, tussen hoeveelheid mindfulness beoefening en mate van mindfulness, ouderlijke stress, internaliserende symptomen en slaap. Geconcludeerd werd dat het welzijn van ouders van kinderen met ADHD meer verbetert als zij deelnemen aan de Mindful Parenting groep dan wanneer de ADHD van hun kind met medicatie behandeld wordt.

Onderzoek 6

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant): ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: ja

Publicatie (zie Bijlage 8)

Siebelink, N.M., Bögels, S.M., Boerboom, L.M., Waal, N., Buitelaar, J.K., Speckens, A.E., & Greven, C.U. (2018). Mindfulness for children with ADHD and mindful parenting (MindChamp): Protocol of a randomized controlled trial comparing a family mindfulness-based intervention as an add-on to care-as-usual with care-as-usual only. *BMC Psychiatry*, 18, 237.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

Dit artikel beschrijft het studieprotocol van de MindChamp studie waar in een RCT de effectiviteit van MYmind als een add-on bij care as usual vergeleken bij care as usual onderzocht werd.

SPIRIT richtlijnen werden gevolgd (Standard Protocol Items: Recommendations for Intervention Trials). Primaire uitkomst was ouder rapportage van de mate van zelfcontrole van het kind na de training. Secondaire kinduitkomsten betroffen ADHD symptomen en andere psychologische symptomen volgens ouders en leerkrachten. Secondaire ouderuitkomsten betroffen ADHD symptomen, andere psychologische symptomen, welzijn, zelfcompassie en mate van mindful parenting. Metingen vonden plaats direct voor en na de training evenals 2 en 6 maanden later.

Publicatie (zie Bijlage 9)

Siebelink, N.M., Kaijadoe, S.P.T., van Horssen, F.M., Holtland, J.N.P., Bögels, S.M., Buitelaar, J.K.,Greven, C.U. (2021). Mindfulness for children with ADHD and Mindful Parenting (MindChamp): A qualitative study on feasibility and effects. *Journal of Attention Disorders*, 25, 1931-1942.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

Deze studie richtte zich op kwalitatieve resultaten en bevorderende en belemmerende factoren in de implementatie van het MYmind programma bij 69 gezinnen met kinderen van 9-16 jaar.

Na de training werden semigestructureerde interviews gehouden met een deel van de ouders (n = 20), kinderen (n = 17) en leerkrachten (n = 3). Van de kinderen was 88% van West-Europese afkomst en 12% van Arabische of Aziatische afkomst. IQs van de kinderen waren als volgt verdeeld: 12% laaggemiddeld, 41% gemiddeld, 24% hoog gemiddeld, 12% zeer hoog gemiddeld en 6% extreem hoog. Resultaten werden middels Grounded Theory geanalyseerd. Belemmerende en bevorderende factoren op het gebied van tijdsinvestering, MYmind kenmerken (bijv. parallelle ouder-kind training) en kenmerken van de deelnemers (bijv. ADHD symptomen) kwamen naar voren. Effecten van de training die uit de interviews naar voren kwamen waren heterogeen: geen effect, bewustzijn/inzicht, acceptatie, emotieregulatie/reactiviteit, cognitief functioneren, kalm/relaxed, relationele veranderingen, generalisatie naar dagelijks leven. De onderzoekers concludeerden dat MYmind een variatie aan positief ervaren effecten te weeg brengt naast een reductie in ADHD symptomen van het kind.

Publicatie (zie Bijlage 10)

Siebelink, N., Bögels, S.M., Speckens, A.E.M., Dammers, J.T., Wolfers, T. Buitelaar, J.K., & Greven, C.U. (2022). A randomised controlled trial (MindChamp) of a mindfulness-based intervention for children with ADHD and their parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63, 165–177.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

In deze tweede RCT werd MYmind vergeleken als een add-on naast care as usual (n = 55) vergeleken met care as usual (n = 48). Kinderen van 8-19 met resterende ADHD-symptomen na CAU, en hun ouders, deden mee. Kinderen hadden een gemiddeld IQ. Sociaaleconomische status (SES) gebaseerd op het opleidingsniveau van de ouders was als volgt verdeeld: laaggemiddeld (18%), gemiddeld (25%), hoog gemiddeld (56%). Primaire uitkomst was ouder rapportage van de mate van zelfcontrole van het kind na de training. Secundaire kinduitkomsten betroffen ADHD symptomen en andere psychologische symptomen volgens ouders en leerkrachten. Secundaire ouderuitkomsten betroffen ADHD symptomen, andere psychologische symptomen, welzijn, zelfcompassie en mate van mindful parenting. Metingen vonden plaats direct voor en na de training evenals 2 en 6 maanden later. Vergeleken bij TAU alleen lieten in de MYmind + TAU groep significant meer kinderen verbeteringen zien (32% versus 11%). ADHD symptomen namen significant af bij nameting volgens ouders en leerkrachten en alleen ouders rapporteerden ook nog een significante afname 6 maanden later. De meeste andere effecten op kindmaten bij nameting waren in het voordeel van de MYmind + TAU groep maar veelal niet significant en bij follow-up metingen werden verder geen significante verschillen tussen de groepen gevonden. Wat betreft ouderuitkomsten werden bij nameting en follow-up metingen significant grotere verbeteringen gevonden voor hun eigen ADHD symptomen, welzijn en mindful parenting in de MYmind + TAU groep vergeleken bij TAU alleen.

Onderzoek 7

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: nee

- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant): ja, de letterlijke vertaling ervan
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: ja

Publicatie (zie Bijlage 11)

Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J., & Ducharme, J.M. (2015). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 76-94.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

Adolescenten ($n = 18$) van 13-18 jaar en hun ouders ($n = 17$) deden mee aan de Canadese versie van het MYmind programma. Iets meer dan de helft van de Canadese ouders was geboren in Noord-Amerika (59%), 12% was van Europese afkomst, 18% van Aziatische afkomst en 12% van Caribische afkomst. Er werd een wachtlijstmeting ingevuld 4 weken voor de training, een voormeting, nameting en een follow-up meting 6 weken na de training. In de wachtlijstperiode waren er geen significante veranderingen. Na de training en bij follow-up rapporteerden ouders een vermindering in aandachtsproblemen, gedragsproblemen en problemen in vriendschappen bij hun kinderen. Ouders rapporteerden tevens een significante vermindering van ouderlijke stress en toename van mindful parenting na de training en bij de follow-up meting. Jongeren zelf vonden geen significante veranderingen direct na de training vergeleken bij voor de training maar wel een afname van internaliserende problemen 6 weken later.

Vanuit onderzoek 7 zijn 2 PhD-thesen voortgekomen vanuit de Universiteit van Toronto in Canada (zie Bijlage 12 en 13).

Haydicky, J. (2014). *Evaluating a mindfulness-based intervention for adolescents with ADHD and their parents: A mixed methods approach*. PhD thesis. Toronto, Canada: University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education.

Shecter, C. (2013). *Mindfulness training for adolescents with ADHD and their families: A time-series evaluation*. PhD thesis. Toronto, Canada: University of Toronto, Department of Human Development and Applied Psychology.

Onderzoek 8

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: nee
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant): ja, de letterlijke vertaling ervan
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: ja

Publicatie (zie Bijlage 14)

Zhang, D., Chan, S.K.C., Lo, H.H.M., Chang, C.Y.H., Chan, J.C.Y., Ting, K.T.....& Wong, S.Y.S. (2017). Mindfulness-based intervention for Chinese children with ADHD and their parents: A pilot mixed-method study. *Mindfulness*, 8, 859-872.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

Een pre-post interventie studie in Hong Kong met als toevoeging kwalitatieve focusgroepen om haalbaarheid en acceptatie van MYmind voor Chinese families in kaart te brengen. Kinderen ($n = 11$) van 8-13 jaar deden mee met hun ouders ($n = 11$). Ouders uit Hongkong uit verschillende inkomenscategorieën deden mee: maandelijks inkomen van 10K-20K Hongkong dollars ($n = 3$), 20K-30K Hongkong dollars ($n = 4$), 40K of meer ($n = 4$). Aanwezigheid bij 6 of meer (van de 8) sessies was 91%. Overall tevredenheid over het programma was 7.3 en 8.0 (van de 10) voor kinderen en ouders respectievelijk. Objectieve aandachtstaken toonden significante verbetering op aandacht. Geen significante veranderingen werden waargenomen op executief functioneren, ouderlijke stress, ouderschapsstijlen of mindfulness in het ouderschap. De onderzoekers concludeerden dat MYmind een haalbare en geaccepteerde interventie voor Chinese kinderen en hun ouders is. De preliminaire significante uitkomsten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd vanwege mogelijke leereffecten op de neurocognitieve uitkomsten. Grotere studies met controlegroep zijn wenselijk. Deze pilot is geregistreerd in het World Health Organization (WHO) Registry Network—Chinese Clinical Trial Register (ChiCTR).

Publicatie (zie Bijlage 15)

Chan, S.K.C., Zhang, D., Bögels, S.M., Chan, C.S., Lai, K.Y.C., Lo, H.H.M.....& Wong, S.Y.S. (2018). Effects of a mindfulness-based intervention (MYmind) for children with ADHD and their parents: Protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open*, 8, e022514.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

Dit artikel is het protocolpaper van een RCT in Hong Kong met 140 kinderen van 8-12 jaar met ADHD evenals tenminste 1 van de ouders ($n = 140$). De families worden gerandomiseerd over de interventiegroep ($n = 70$) die het MYmind programma volgen en een actieve controlegroep ($n = 70$) die een CGT programma volgen. Primaire en secundaire uitkomstmaten zijn aandacht, ADHD symptomen, executief functioneren en mindfulness van het kind, gemeten middels objectieve maten en ouderrapportages. Voor ouders wordt gemeten: ouderlijke stress, ouderschapsstijlen, ADHD symptomen, welzijn, rumineren en mindfulness. Intention to treat analyses worden uitgevoerd. Baseline meting is net voor de start van de training, nameting meteen na de training, en na 3 en na 6 maanden volgen nog twee follow-up metingen.

Publicatie (zie Bijlage 16)

Wong, S.Y.S., Chan, S.K.C., Yip, B.H.K., Wang, W., Lo, H.H.M., Zhang, D., & Bogels, S.M. (2023). The effects of mindfulness for youth (MYmind) versus group cognitive behavioral therapy in improving attention and reducing behavioral problems among children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their parents: A randomized controlled trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, DOI:10.1159/000534962.

Type onderzoek, uitkomstmaten, meetmomenten, doelgroep, en meest relevante resultaten

Deze derde RCT vergeleek de effecten van MYmind met die van cognitieve gedragstherapie (CGT). Er deden 138 gezinnen mee met kinderen met ADHD (8-12 jaar) waarvan er 69 gerandomiseerd waren voor MYmind en 69 voor CGT. In deze MYmind groep van ouders uit Hongkong werkte 68% van de ouders en was 26% werkeloos, 29% had een middelbare school diploma en 65% had een diploma van een vervolgopleiding. Metingen werden afgenomen bij voormeting, direct na de interventies, 3 maanden later en 6 maanden later. Primaire uitkomst was een objectieve neuropsychologische aandachtstest (TEA-Ch). Secundaire uitkomsten waren andere neuropsychologische aandachtstaken, ADHD symptomen en executief functioneren van de kinderen. Secundaire ouderuitkomsten waren ouderlijke stress, eigen ADHD symptomen en welzijn van de ouders. Resultaten lieten zien dat zowel MYmind als CGT de aandacht van kinderen met ADHD significant verbeterden bij 6 maanden. Binnen beide groepen

verbeterden bijna alle secundaire uitkomstmaten significant. Er waren geen significante verschillen tussen de groepen voor de primaire of secundaire uitkomstmaten. De onderzoekers concludeerden dat zowel MYmind als CGT effectief is in het verbeteren van aandacht en gedragsproblemen. Dit was de grootste RCT van MYmind op dit moment.

Naast bovenstaande onderzoeken en publicaties zijn er over het MYmind programma verschillende boekhoofdstukken geschreven evenals vier PhD-thesen, en een vijfde in de pijplijn, en het programma wordt genoemd in verschillende meta-analyses en systematische reviews. De boekhoofdstukken en PhD-thesen worden als bijlages meegestuurd met deze aanvraag.

Boekhoofdstukken

- de Bruin, E.I., Meppelink, R., & Bögels, S.M. (2020). *ADHD: Ten Milligrams of Medication or Ten Minutes of Meditation each day?* In: Singh, N.N., & Subhashni, D.S.J. (Eds.), *Education Mindfulness-Based Interventions with Children and Adolescents: Research and practice*. New York: Springer Publishers (zie Bijlage 17).
- Meppelink, R., de Bruin, E.I., & Bögels, S.M. (2016). Mindfulness Training in Childhood ADHD: A Promising and Innovative Treatment. *ADHD in Practice*, 8, 33-36 (zie Bijlage 18).
- Bögels, S.M., de Bruin, E.I., & Van der Oord, S. (2013). *Mindfulness-based interventions in child and adolescent psychopathology*. In: Graham, P., & Reynolds, S. (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy for Children and Families-third edition*. Cambridge: Cambridge University Press (zie Bijlage 19).

Proefschriften

- Siebelink, N. (2022). *Mindfulness-based intervention for children with ADHD and their parents*. PhD thesis. Nijmegen, Nederland: Radboud Universiteit Nijmegen (zie Bijlage 20).
- Meppelink, R. (2019). *Childhood ADHD: Meditation or Medication?* PhD thesis. Amsterdam, Nederland: Universiteit van Amsterdam, Research Institute of Child Development and Education (zie Bijlage 21).
- Haydicky, J. (2014). *Evaluating a mindfulness-based intervention for adolescents with ADHD and their parents: A mixed methods approach*. PhD thesis. Toronto, Canada: University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education (zie Bijlage 12)
- Shecter, C. (2013). *Mindfulness training for adolescents with ADHD and their families: A time-series evaluation*. PhD thesis. Toronto, Canada: University of Toronto, Department of Human Development and Applied Psychology (zie Bijlage 13).

Meta-analyses en systematische reviews

- Lee, Y-C., Chen, C-R., & Lin, K-C. (2022). Effects of Mindfulness-Based Interventions in Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research in Public Health*, 19, 15198.
- Oliva, F., Malandrone, F., di Girolamo, G., Mirabella, S., Colombi, N., Carletto, S., & Ostacoli, L. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 292, 475-486.
- Evans, S., Ling, M., Hill, B., Rinehart, N., Austin, D., & Sciberras, E. (2018). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 9-27.
- Chimiklis, A.L., Dahl, V., Spears, A.P., Goss, K., Fogarty, K., & Chacko, A. (2018). Yoga, mindfulness, and meditation interventions for youth with ADHD: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 3155-3168.

5. Samenvatting Werkzame elementen

- Meditaties tijdens de training (bijvoorbeeld de bodyscan, ademhalingsmeditatie, geluiden- en gedachtenmeditatie)
- Meditaties thuis
- Imaginatie-oefeningen
- Psycho-educatie
- Yoga-oefeningen
- Het proces van inquiry (nabespreken van effecten van meditaties tussen trainer en deelnemers en deelnemers onderling in tweetallen)
- Gecombineerd ouder-kind programma
- Het zelf begeleiden van meditaties of yoga-oefeningen op het einde door de kinderen

6. Aangehaalde literatuur

- Akwa GGZ (2019). *Zorgstandaard ADHD*. Gedownload van: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Achenbach, T. M. (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 20, 503-520.
- Ang, R. P. (2008). Dysfunctional parenting behaviors and parenting stress among mothers of aggressive boys. *Child and Family Behavior Therapy*, 30, 319-336.
- Ashford, J., Smit, F., Van Lier, P. A., Cuijpers, P., & Koot, H. M. (2008). Early risk indicators of Internalizing problems in late childhood: a 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 774-780.
- Barkley, R. A. (1989). Hyperactive girls and boys: Stimulant drug effects on mother-child interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 379-390.
- Barkley, R.A. (2012). *Executive functioning and self-regulation: Extended phenotype, synthesis, and clinical implications*. New York: Guilford Publications.
- Barkley, R.A., Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., & Fletcher, K. E. (1991). Adolescents with ADHD: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 752-761.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 55, 83-96.
- Bhattacharya, S. & Hoffman, S. (2023). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Clinics in Integrated Care*, 16, 100138.
- Bögels, S.M. (2017). *Mindful opvoeden in een druk bestaan*. Ambo Anthos uitgevers: Amsterdam.
- Bögels, S.M. (2021). *MYmind Mindfulness voor kinderen en jongeren met ADHD en hun ouders – Trainershandleiding* Amsterdam: Lannoo Campus.
- Bögels, S.M. (2021). *MYmind mindfulness voor ouders van kinderen en jongeren met aandachtsproblemen*. Amsterdam: Lannoo Campus.
- Bögels, S.M. (2021) *MYmind mindfulness aandachtsboek*. Amsterdam: Lannoo Campus.
- Bögels, S.M. & de Bruin, E.I. (2020). Mindfulness voor kinderen met executieve functieproblemen en hun ouders. *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten* (Bögels, S.M. & Braet, C. (eds.)). Amsterdam: Boom Psychologie & Psychiatrie.
- Bögels, S., & Restifo, K. (2013). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. New York: Springer-Verlag.
- Bögels, S.M., Hoogstad, B., Dun, L. van, Schutter, S. de, & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioral Cognitive Psychotherapy*, 36, 193-209.
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1, 107-120.
- Bögels, S. M., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting and marital functioning. *Mindfulness*, 5, 536-551.
- Breen, M. J., & Barkley, R. A. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. *Journal of pediatric psychology*, 13, 265-280.
- Bruin, de E.I., Meppelink, R., & Bögels, S.M. (2020). *ADHD: Ten Milligrams of Medication*

- or Ten Minutes of Meditation each day? In: Singh, N.N., & Subhashni, D.S.J. (Eds.), *Education Mindfulness-Based Interventions with Children and Adolescents: Research and practice*. New York: Springer Publishers.
- Cheung, K., & Theule, J. (2016). Parental psychopathology in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3451-3461.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (Eds.). (1997). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press.
- Cunningham, C. E., & Barkley, R. A. (1979). The interactions of normal and hyperactive children with their mothers in free play and structured tasks. *Child Development*, 50, 217-224.
- Crane, C., Crane, R.S., Eames, C., Fennell, M.J.V., Silverton, S., Williams, J.M.G., et al. (2014). The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial. *Behavior Research & Therapy*, 63, 17-24.
- Crane, R. S., Eames, C., Kuyken, W., Hastings, R. P., Williams, J.M. G., Bartley, T., et al. (2013). Development and validation of the mindfulness-based interventions-teaching assessment criteria (MBI: TAC). *Assessment*, 20, 681-688.
- Crane, R. S., Kuyken, W., Hastings, R. P., Rothwell, N., & Williams, J. M. G. (2010). Training teachers to deliver mindfulness-based interventions: Learning from the UK experience. *Mindfulness*, 1, 74-86.
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14, 117-132.
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E.J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., & Steinhausen, H.-C. (2010). The quality of life of children with ADHD: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 83-105.
- Danckaerts, M., & Westermann, G.M.A. (2014). *Aandachtsdeficiëntie-hyperactiviteitsstoornis*. In F.C. Verhulst, F. Verheij, M. Danckaerts (Eds.), *Kinderen jeugdpsychiatrie*, pp. 226-254. Assen: Van Gorcum.
- Duncan, L.G. (2007). Assessment of mindful parenting among parents of early adolescents: Development and validation of the Interpersonal Mindfulness in Parenting scale (Doctoral dissertation, The Pennsylvania State University).
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 255-270.
- Faraone, S.V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24, 562-575.
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 337-346.
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. Guilford Press.
- Gillberg, C., Gillberg, I.C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M.,.....Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD: Implications for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 80-92.
- Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J., & Ducharme, J.M. (2015). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *Journal of Child and Family Studies*, DOI 10.1007/s10826-013-9815-1.
- Haydicky, J. (2014). *Evaluating a mindfulness-based intervention for adolescents with ADHD and their parents: A mixed methods approach*. Internal PhD dissertation. Ontario: University of Toronto.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford Press New York.
- Hrды, S. B. (2011). *Mothers and others: The evolutionary origins of mutual understanding*. Harvard University Press.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain

- patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J., & Kabat-Zinn, M. (2021). Mindful parenting: perspectives on the heart of the matter. *Mindfulness*, 12, 266-268.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., ... & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour research and therapy*, 48, 1105-1112.
- Lee, Y-C., Chen, C-R., & Lin, K-C. (2022). Effects of mindfulness-based interventions in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Environmental Research in Public Health*, 19, 15198.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Mascaro, J. S., Darcher, A., Negi, L. T., & Raison, C. L. (2015). The neural mediators of kindness-based meditation: a theoretical model. *Frontiers in psychology*, 6, 109.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 86.
- Meppelink, R., de Bruin, E.I., & Bögels, S.M. (2016). Mindfulness Training in Childhood ADHD: A Promising and Innovative Treatment. *ADHD in Practice*, 8, 33-36.
- Meppelink, R., de Bruin, E.I., & Bögels, S.M. (2016). Medication versus Meditation in the treatment of childhood ADHD: Protocol design. *BMC Public Health*, 16, 267-283.
- Meppelink, R. (2019). *Childhood ADHD: Medication or Meditation*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Meppelink, R., de Bruin, E. I., Wanders-Mulder, F. H., Vennik, C. J., & Bögels, S. M. (2016). Mindful Parenting Training in Child Psychiatric Settings: Heightened Parental Mindfulness Reduces Parents' and Children's Psychopathology. *Mindfulness*, 7, 680-689.
- Peñuelas-Calvo, I., Perez- Colmenero, S., Delgado-Gómez, D., Carballo, J.J., Baca-García, Palomar-Ciriaco, E.N.....Baltasar-Tello, I. (2021). Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *European Journal of Psychiatry*, 35, 166-172.
- Prins, P., & Oord, S. van der (2014). *Stoornissen in de aandacht en impulsregulatie*. In P. Prins & C. Braet (Eds.), *Handboek Klinische Ontwikkelingspsychologie. Over aanleg, ontwikkeling en verandering (tweede, geheel herziene druk)*, pp. 277-303. Houten: Springer/BSL.
- Prinz, P., Stams, G. J., & Hove, M. (2008). Family processes and parent and child personality characteristics. In Loeber, R., Slot, N. W., & van der Laan, P. H., & Hove, M. (Eds.), *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions* (91-102). New York: Routledge.
- Radford, J., Blatchford, P., & Webster, R. (2011). Opening up and closing down: How teachers and TAs manage turn-taking, topic and repair in mathematics lessons. *Learning and Instruction*, 21, 625-635.
- Ruiz-Goikoetxea, M., Cortese, S., Aznarez-Sanado, M., Magallón, S., Zallo, N.A., Luis, E.O., de Castro-Mangano, P., Soutullo, C., & Arrondo, G. (2018). Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 63-71.
- Schachar, R., Taylor, E., Wieselberg, M., Thorley, G., & Rutter, M. (1987). Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 728-732.
- Schein, J., Adler, L.A., Childress, A., Cloutier, M., Gagnon-Sanschagrin, P., Davidson,

- M.....Lefebvre, P. (2022). Economic burden of ADHD among children and adolescents in the United States: a societal perspective. *Journal of Medical Economics*, 25, 193-205.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention*. New York: Guilford.
- Shecter, C. (2013). *Mindfulness training for adolescents with ADHD and their families: A time-series evaluation*. Internal PhD dissertation. Ontario: University of Toronto.
- Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2003). *Parenting from the inside out*. New York: Penguin.
- Tao, S., Li, J., Zhang, M., Zheng, P., Lau, E.Y.H., Sun, J. & Zhu, Y. (2021). The effects of Mindfulness-Based Interventions on child and adolescent aggression: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 12, 1301-1315.
- Telman, G. E., van Steensel, F. J. A., Maric, M., & Bögels, S. M. (2017). Are Anxiety Disorders in Children and Adolescents Less Impairing Than ADHD and Autism Spectrum Disorders? Associations with Child Quality of Life and Parental Stress and Psychopathology. *Child Psychiatry and Human Development*, 1-12.
- Verhaeghen, P. (2021). Mindfulness as attention training: Meta-analyses on the links Between Attention performance and mindfulness interventions, long-term meditation practice, and trait mindfulness. *Mindfulness*, 12, 1-18.
- Watson, S. L., Hayes, S. A., & Radford-Paz, E. (2011). Diagnose me please!: A review of research about the journey and initial impact of parents seeking a diagnosis of developmental disability for their child. *International review of research in developmental disabilities*, 41, 31-72.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and Family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 302-312.
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 561-574.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota., FL, US: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

