



Interventie

Zelf Plannen

Erkenning

Erkend door Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 30 juni 2017

Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is

Naam auteur interventiebeschrijving: Bianca Boyer

Titel interventie: Zelf Plannen

Databank (en): Databank effectieve jeugdinterventies

Plaats, instituut: Amsterdam, Universiteit van Amsterdam

Datum: februari 2017

Inhoud

| | |
|---|----|
| Samenvatting | 4 |
| Korte samenvatting van de interventie | 4 |
| Doelgroep | 4 |
| Doel | 4 |
| Aanpak | 4 |
| Materiaal | 4 |
| Onderbouwing | 4 |
| Onderzoek | 5 |
| 1. Uitgebreide beschrijving | 6 |
| Beschrijving interventie | 6 |
| 1.1 Doelgroep | 6 |
| 1.2 Doel | 7 |
| 1.3 Aanpak | 8 |
| 2. Uitvoering | 12 |
| 3. Onderbouwing | 14 |
| 4. Onderzoek | 18 |
| 4.1 Onderzoek naar de uitvoering | 18 |
| 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten | 19 |
| 5. Samenvatting Werkzame elementen | 21 |
| 6. Aangehaalde literatuur | 22 |

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

Zelf Plannen is een cognitieve gedragstherapie voor jongeren met ADHD en executieve functieproblemen, gericht op het leren plannen en organiseren van hun school en huiswerk. Het is een individuele behandeling die bestaat uit negen sessies voor de jongere, drie voor de ouders en een boostersessie. Iedere sessie heeft een vaste opbouw en iedere sessie wordt er een nieuwe strategie geoefend om het huiswerk mee te plannen. Deze strategieën worden als experiment opgegeven voor de komende week, zodat de jongere ermee kan oefenen en kan kijken of het een strategie is die in zijn/haar leven past. Om voortijdige uitval van behandeling tegen te gaan en daadwerkelijk gedragsverandering bij de jongere te bereiken heeft Zelf Plannen een basis in de motiverende gespreksvoering om de motivatie voor verandering te verhogen.

Doelgroep

Zelf Plannen is gericht op jongeren met ADHD met executieve functieproblemen, die op het voortgezet onderwijs zitten en door deze executieve functieproblemen problemen ervaren in de klas of met het maken van huiswerk en andere taken (binnen het basisonderwijs is Zelf Plannen minder geschikt omdat daar vaak nog geen huiswerk wordt gegeven).

Doel

Het doel van Zelf Plannen is dat de executieve functie problemen van jongeren met ADHD zodanig verminderen dat zij geen beperking vormen op de middelbare school.

Aanpak

Zelf Plannen is een individuele cognitieve gedragstherapie en bestaat uit negen sessies voor de jongere, drie voor de ouders en een boostersessie. Er wordt aandacht besteed aan psycho-educatie, cognitieve herstructurering, terugvalpreventie en het aanleren van nieuwe vaardigheden om de executieve functies te ontlasten en te gebruiken: iedere sessie wordt een nieuwe strategie geoefend om te leren plannen en organiseren. Door middel van motiverende gespreksvoering wordt de motivatie voor gedragsverandering en voor het voltooien van behandeling verhoogd.

Materiaal

Er wordt gewerkt aan de hand van een werkboek (Kuin, Boyer, & Van der Oord, 2013) en iedere sessie staat beschreven in de therapeutenhandleiding (Boyer, Kuin, & Van der Oord, 2013a).

Onderbouwing

ADHD komt vaak voor in de adolescentie (Biederman, Mick & Faraone, 2000; Hill & Schoener, 1996) en in deze periode komen executieve functie problemen en motivationele problemen meer op de voorgrond te staan, hetgeen zorgt voor problemen met doorzettingsvermogen, plannen en organiseren (Barkley, 2004). Tegelijkertijd wordt er op middelbare scholen een groot beroep gedaan op de zelfstandigheid van de adolescent en neemt de controle van ouders af. Adolescenten met ADHD hebben vaak moeite zich te concentreren in de les, laten uitstelgedrag zien bij het maken van huiswerk, zitten vaker op een lager niveau en halen lagere cijfers dan ze zouden kunnen en verlaten vaker voortijdig school dan hun leeftijdsgenoten zonder ADHD (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990). Ouders van adolescenten met

ADHD noemen academische problemen als het meest voorkomende en zorgelijke probleem van hun kind en is vaak onderwerp van ouder-kind conflicten (Barkley, Guevremont, Anastopoulos & Fletcher, 1992). Zelf Plannen beoogt de motivatie voor gedragsverandering van jongeren met ADHD te verhogen en de executieve functieproblemen te verminderen, zodat het lukt hun huiswerk te maken en ze mee kunnen komen op de middelbare school.

Onderzoek

In een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek werden 159 adolescenten met ADHD (van 12 tot 17 jaar) toegewezen aan de behandelmodule Zelf Plannen of een actieve controlebehandeling waarbij de adolescenten geen planningsvaardigheden kregen aangeleerd (Boyer, Geurts, Prins, & Van der Oord, 2015a). Uit de resultaten bleek dat adolescenten significante vooruitgang lieten zien tussen de voor- en nameting met grote effectgroottes (slechts 5% van de adolescenten stopte voortijdig met behandeling). De vooruitgang bleef ten minste aan tot een jaar na behandeling, maar er waren geen verschillen in vooruitgang tussen beide behandelingen in het behandel-effect een jaar na behandeling (Boyer, Geurts, Prins, & Van der Oord, 2015b). Wel werd Zelf Plannen positiever geëvalueerd door ouders en behandelaren dan de actieve controlebehandeling. Onderzoek naar moderatoren van behandeling in deze RCT liet zien dat, ondanks dat subgroepen in beide behandelingen verschillende behandeltrajecten doormaakten, het niet nodig is om adolescenten toe te wijzen aan een specifieke behandeling op basis van individuele eigenschappen. Er werd echter wel gevonden dat adolescenten met ADHD en met minder depressieve klachten maar meer angstklachten, meer vooruit gingen wanneer ze Zelf Plannen kregen dan wanneer ze Zelf Oplossingen Bedenken kregen.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Zelf Plannen is gericht op jongeren met ADHD met executieve functieproblemen, die op het voortgezet onderwijs zitten en daar problemen ervaren door deze executieve functieproblemen met het maken of plannen van huiswerk en andere taken.

Intermediaire doelgroep

Ouders worden actief bij de interventie betrokken. Zo zijn er voor ouders drie aparte oudersessies, waarin aandacht wordt besteedt aan hoe zij hun kind het beste kunnen ondersteunen bij het aanleren en ontlasten van executieve functies. Er is voor gekozen om ouders in deze behandeling een actieve rol te geven, in tegenstelling tot school, omdat resultaten van de executieve functie problemen mogelijk zichtbaar zijn op school (bijvoorbeeld door de cijfers die daar worden gehaald), maar de executieve functie problemen zich veelal thuis af spelen. Om deze reden richt de interventie zich met name op de jongeren zelf en op de ouders: zij zijn degenen die de jongere kunnen helpen de executieve functieproblemen rondom huiswerk te verminderen.

Selectie van doelgroepen

Het programma is bedoeld voor jongeren met ADHD die door hun executieve functieproblemen, problemen ervaren op de middelbare school. Deze selectie van de doelgroep wordt uitgevoerd door de psycholoog of pedagoog die de intake van/kennismaking met de jongere binnen de instelling of praktijk op zich neemt. Alle jongeren met een diagnose ADHD op basis van de DSM-IV-TR of DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) die executieve functieproblemen hebben, zijn in principe geïndiceerd voor de behandeling. Wanneer jongeren aangemeld zijn bij een GGZ-instelling kan bij de intake gescreend worden of er sprake is van executieve functieproblemen. Dit kan door het probleemgedrag uit te vragen of door het gebruik van de door ouders en/of leerkracht ingevulde vragenlijst Behavior Rating Inventory of Executive Functioning (BRIEF; Nederlandse vertaling door: Smidts & Huizinga, 2009). De BRIEF is een vragenlijst gericht op het achterhalen van executieve functie problemen, die bestaat uit 75 items die beoordeeld worden op een drie-punts Likertschaal (1 = nooit, 2 = soms, 3 = vaak). Deze vragenlijst kan tevens gebruikt worden om het effect van behandeling te meten.

Daarnaast blijkt uit exploratief onderzoek naar moderatoren van Zelf Plannen dat adolescenten met ADHD en met minder depressieve klachten maar meer angstklachten, meer vooruit gingen wanneer ze Zelf Plannen kregen dan wanneer ze een behandeling kregen die niet gericht was op leren plannen (Boyer, Doove, Geurts, Prins, Van Mechelen, & Van der Oord, 2016). Wanneer er dus sprake is van comorbide angst lijkt Zelf Plannen extra aan te

raden te zijn.

Contra-indicatie criteria voor de behandeling is vooralsnog het hebben van een comorbide Autisme Spectrum Stoornis (ASS). Uit een recente pilot-studie (Boyer et al., in voorbereiding) blijkt dat jongeren met ASS geen vooruitgang laten zien na het volgen van Zelf Plannen. Dit zal echter bevestigd moeten worden in een randomized clinical trial. Ook wanneer er sprake is van de volgende situaties is het de vraag of de huidige kortdurende behandeling de eerste vorm van behandeling zou moeten zijn die aangeboden wordt: een escalerende thuissituatie, wanneer ouders zelf meerdere problemen hebben, een acute crisissituatie of een ernstige comorbide psychopathologie bij de adolescent (denk aan middelenmisbruik, persoonlijkheidsproblematiek, *conduct disorder*, of ernstige depressie met suïcidegevaar). Ook is het protocol in zijn huidige vorm minder geschikt voor adolescenten met een IQ onder de 80 (Boyer e.a., 2015a; 2015b). Dit zijn dan ook belangrijke zaken om uit te vragen voordat met Zelf Plannen wordt gestart.

Betrokkenheid doelgroep

Jongeren met ADHD waren de inspiratie voor het ontwikkelen van Zelf Plannen. Toen we er in ons klinisch werk tegenaan liepen dat jongeren met ADHD vaak huiswerk problemen lieten zien, pakten we er vaak het behandelprotocol van Safren, Sprich, Perlman en Otto (2006) voor volwassenen met ADHD bij, dat gericht is op het plannen en organiseren van hun leven. Dat bleek echter niet geschikt voor de adolescente doelgroep. Vandaar dat Zelf Plannen expliciet gericht is op de middelbare school en op het motiveren van de adolescent.

Zelf Plannen is onderzocht in een pilotstudie, waarbij tien adolescenten werden behandeld om te kijken of het protocol goed aansloot in de nieuwe vorm. Na afloop werd de behandeling besproken met de adolescenten en hun ouders en zijn veranderingen gedaan aan het protocol. Vervolgens werd Zelf Plannen in een grote gerandomiseerde klinische trial vergeleken ($N=159$) met een andere behandeling en werd Zelf Plannen opnieuw geëvalueerd bij adolescenten, hun ouders en ook bij de deelnemende behandelaren. Op basis van deze evaluaties zijn laatste veranderingen gedaan om het nu uitgegeven protocol tot stand te brengen. De volgende veranderingen zijn doorgevoerd op basis van deze evaluaties: 1) er werd een derde oudersessie toegevoegd over de verwachtingen die de ouder van de behandeling heeft en te helpen bij een afweging maken tussen controle houden en loslaten van hun adolescente kind, 2) er werd een negende optionele sessie toegevoegd voor de adolescent over het onderhouden van sociale contacten, 3) er is een boostersessie toegevoegd voor de adolescent om een aantal weken na de behandeling te kijken hoe het gaat met plannen en eventueel strategieën op te frissen.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het doel van Zelf Plannen is dat de executieve functie problemen van jongeren met ADHD zodanig verminderen dat zij geen meer beperking vormen op de middelbare school.

Subdoelen

Doelen voor de jongere:

- De jongere weet wat ADHD is en welk gedrag daar bij hem/haar uit voort komt. Wanneer de jongere weet wat ADHD is en wat de invloed ervan is op executieve functies, zal het makkelijker voor hem/haar zijn om te accepteren dat het kan helpen deze problemen aan te pakken.
- De jongere heeft voldoende motivatie om Zelf Plannen af te maken en om de geleerde vaardigheden uit te proberen tussen de behandelsessies door. De voortijdige uitval van behandeling is groot bij jongeren met ADHD. Om deze reden is motiverende gespreksvoering geïntegreerd in de interventie om motivatie voor behandeling te vergroten, de kans dat geleerde vaardigheden worden uitgetoond te vergroten en de kans op uitval te verlagen.
- De jongere beschikt over vaardigheden om huiswerk en andere taken te plannen: het gebruik van een agenda of weekplanner, het gebruik van een to do list, het opdelen van grote taken in kleine stappen, het maken van een plan van aanpak, het maken van een huiswerkrooster. Dit zijn verschillende strategieën om executieve functies te ontlasten en te trainen.
- De jongere beschikt over vaardigheden om zich te concentreren tijdens het huiswerk maken en in de klas. Wanneer een jongere zich beter kan concentreren in de les en tijdens huiswerk maken, zal dit ervoor zorgen dat huiswerk beter gemaakt wordt en sneller af is.
- De jongere heeft duidelijke afspraken gemaakt met zijn/haar ouders over hun bijdrage aan het plannen en organiseren van school en huiswerk. Wanneer duidelijk is voor de ouders wat er van hen verwacht wordt en hoe zij de jongere het beste kunnen helpen, ontstaat er minder conflict tussen jongere en ouder en ontstaat er een effectieve samenwerking tussen ouder en jongere.

Subdoelen voor de ouders is dat zij handvatten krijgen toegereikt om:

- hun kind te ondersteunen bij school en huiswerk. Wanneer duidelijk is voor de ouders wat er van hen verwacht wordt en hoe zij de jongere het beste kunnen helpen, ontstaat er minder conflict tussen jongere en ouder en ontstaat er een effectieve samenwerking tussen ouder en jongere.
- op een positieve wijze met hun kind te communiceren. Door de hoeveelheid conflict rondom school en huiswerk kan de sfeer in huis negatief zijn geworden. Om een positieve relatie en samenwerking op te zetten wordt aandacht besteed aan het opzetten van positieve communicatie tussen ouder en kind.
- opvoedingsdoelen te kunnen bereiken door middel van basisregels beloningen en sancties.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Zelf plannen is een individuele cognitieve gedragstherapie. De interventie bestaat uit negen sessies en een extra boostersessie voor de adolescent en drie sessies voor de ouder. Omdat iedere jongere vastloopt op verschillende planningsvaardigheden, kunnen de geschikte oplossingen bij de één heel anders zijn dan bij de ander. Daarom is het werkboek een leidraad van te bespreken onderwerpen met oefeningen en nieuw te leren vaardigheden (zie tabel 1 voor de inhoud van de sessies), maar zal elke adolescent zelf moeten bekijken welke vaardigheden hij/zij wel of niet wil gaan uitproberen. De gehele behandeling wordt er gewerkt uit het werkboek *Zelf Plannen* (Kuin, Boyer & Van der Oord, 2013) en iedere sessie duurt ongeveer 45 minuten. Om de motivatie voor behandeling en voor gedragsverandering zo hoog

mogelijk te krijgen, is in iedere sessie van Zelf Plannen motiverende gespreksvoering verwerkt.

Tabel 1: inhoud van de sessies van Zelf Plannen

| Sessie | Onderwerp |
|---------------------|---|
| 1 | Motiveringssessie en psycho-educatie |
| 2 | Nieuwe oplossingen bedenken en het gebruik van een agenda |
| Ouder 1 | Inhoud training en opvoedingsdoelen |
| 3 | Het gebruik van een notitieboekje met to do list en prioriteiten stellen |
| 4 | Problemen oplossen door het gebruik van een plan van aanpak en het opdelen van een grote taak in kleine stappen |
| 5 | Afleiding uitstellen tijdens het huiswerk en in de klas |
| Ouder 2 | Basisregels stellen en invoeren |
| 6 | Huiswerk plannen: wanneer heb ik tijd voor huiswerk en hoe maak ik gebruik van mijn concentratietijd |
| 7 | Hulp van een gezinslid / vriend(in) bij plannen en organiseren |
| 8 | Het maken van een terugvalplan |
| 9 (Optioneel) | Omgaan met anderen |
| Ouder 3 (Optioneel) | Positief communiceren met mijn kind |
| Booster (Optioneel) | Evaluatie en opfrissen van geleerde strategieën. |

Uit: Therapeutenhandleiding Zelf Plannen (Boyer e.a., 2013a)

Inhoud van de interventie

Iedere sessie met de adolescent heeft eenzelfde opbouw (zie Tabel 2). De sessie begint met wat er deze sessie aan bod zal komen. Daarna beoordeelt de adolescent hoe het de afgelopen week is gegaan met de zelf opgestelde doelen op een 5-puntsschaal.

Vervolgens wordt aan de hand van schaalvragen besproken hoe het de afgelopen week op school is gegaan en hoe het is gegaan met het gebruik van medicatie de afgelopen week. De schaalvragen zijn een belangrijk onderdeel van de motiverende gespreksvoering die door het hele protocol verweven zit. Zowel school als medicatiegebruik worden wekelijks besproken om een vinger aan de pols te houden; wat betreft school kan dit variëren tot de behaalde cijfers, concentratie in de klas, maken van vrienden en omgang met leraren en wat betreft medicatie kan dit variëren tot het vergeten van medicatie tot het gevoel over het gebruik van medicatie.

Omdat de aangeleerde vaardigheden door de adolescent worden uitgeprobeerd door de week, is dit een goed moment om te vragen of het gelukt is om dat te doen. Er wordt besproken wat de adolescent zou gaan uitproberen, wat er goed ging en of er nog verbeterpunten zijn. Een voorbeeld is dat de jongere de afgelopen week heeft geoefend met het gebruiken van een agenda om het huiswerk in op te schrijven (zodat het juiste huiswerk

wordt gemaakt). Wat er goed ging was het huiswerk wat in de klas werd opgegeven op te schrijven in de agenda. Mocht de jongere toch nog het verkeerde huiswerk hebben gemaakt, kan een verbeterpunt zijn dat ook op magister moet worden gekeken of het in de klas opgeschreven huiswerk daadwerkelijk klopt. Ook wordt besproken hoe die verbeterpunten de komende week ingevoerd kunnen worden. De adolescent en behandelaar kijken samen even in de agenda van de jongere naar de komende week en maken –als dat nog niet door de adolescent zelf was gebeurd- een to do list voor de komende week.

Daarna komt het onderwerp van de week aan bod. Iedere week wordt een nieuwe vaardigheid om te plannen besproken en in de sessie uitgetoond. Met iedere jongere worden dezelfde vaardigheden geoefend, maar deze worden vervolgens door de jongere zo aangepast dat deze bruikbaar zijn in zijn/haar leven. Een voorbeeld is het gebruik van een to do list in sessie 3, waarbij de behandelaar eerst samen met de jongere oefent met het maken van een to do list op basis van deze week zijn/haar agenda. Vervolgens wordt er geoefend met het stellen van prioriteiten binnen deze to do list: welke taken moet ik eerst doen en welke kunnen ook later nog. Vervolgens worden met de jongere de voor- en nadelen van het gebruik van zo'n to do list besproken. In de sessie heeft de behandelaar de mogelijkheid om het gebruik van deze nieuwe vaardigheid aan te passen en bij te sturen. Er wordt besproken of deze nieuwe vaardigheid iets voor de adolescent is en zo ja, in welke vorm. Ten slotte wordt er een plan gemaakt voor het gebruik van de to do list de komende week. De adolescent gaat deze nieuwe vaardigheid een week uitproberen om te kijken hoe het uitpakt.

De sessie sluit iedere week af met een evaluatie van de behandelaar en de sessie aan de hand van een visueel analoge schaal. Op deze manier kan de jongere aangeven of hij/zij vond dat er goed met hem/haar werd samengewerkt door de behandelaar, of hij/zij het onderwerp van de sessie nuttig vond en of hij/zij van plan is om de nieuwe vaardigheid daadwerkelijk te gaan uitproberen komende week. De jongere kan hiermee invloed uitoefenen op de stijl van de behandelaar en de inhoud van de sessies. Wanneer de jongere hier aangeeft niet de nieuwe vaardigheid uit te gaan proberen, kan worden besproken wat er nodig is voor de jongere om dit wel te gaan doen: moet de vaardigheid aangepast of moet er aan het zelfvertrouwen van de jongere worden gewerkt.

Ten slotte eindigt iedere sessie met een kruis op het beloningssysteem. In de eerste sessie wordt met ouders afgesproken wat de adolescent kan verdienen als hij/zij iedere week naar de behandeling komt. Aan het eind van iedere sessie mag de adolescent een kruis zetten bij de desbetreffende sessie op het beloningssysteem, om te zien hoe dicht hij/zij al is bij het verdienen van de beloning.

Tabel 2: Vaste onderdelen van iedere sessie

| | |
|---|------------------------------------|
| 1 | Korte introductie nieuwe onderwerp |
| 2 | Doelen |
| 3 | School |
| 4 | Medicatie |
| 5 | Afgelopen week |

| | |
|---|---|
| 6 | Het onderwerp van de desbetreffende sessie (voor inhoud per sessie zie Tabel 1) |
| 7 | Hoe was de training vandaag? |
| 8 | Beloning |

Uit: Therapeutenhandleiding Zelf Plannen (Boyer e.a., 2013a)

De booster sessie wijkt af van de opbouw van de andere sessies. Het idee is dat de boostersessie plaatsvindt een aantal weken na sessie 9 om te evalueren hoe het met het plannen en organiseren van school en huiswerk is gegaan de afgelopen weken. Vervolgens wordt besproken welke vaardigheden hebben geholpen met plannen en organiseren en wat momenten waren waarop het weer lastiger werd om te plannen en organiseren. Ten slotte wordt er voor deze momenten een plan van aanpak bedacht, zodat de jongere weer weet wat hij kan doen om het plannen weer op te pakken.

De oudersessies hebben een andere opbouw dan de sessies voor de jongere. Tijdens de oudersessies wordt aandacht besteed aan of ouders controle moeten houden over het huiswerk en andere verplichtingen van hun kind of dat zij juist meer zouden kunnen loslaten. Ook wordt met hen besproken welke opvoedingsdoelen zij hebben voor hun kind en hoe zij deze door middel van basisregels beloningen en sancties kunnen bereiken. Ten slotte is er een optionele sessie waarin aandacht wordt besteed aan hoe er op positieve wijze met de jongere kan worden gecommuniceerd over huiswerk of andere zaken.

2. Uitvoering

Materialen

Voor de uitvoering van de behandeling zijn er een therapeutenhandleiding (Boyer e.a., 2013a) en een werkboek voor de individuele sessies met de adolescent (Kuin e.a., 2013) beschikbaar. Deze zijn te koop via Uitgeverij LannooCampus (www.lannoo-campus.nl).

Locatie en type organisatie

Zelf Plannen kan worden uitgevoerd bij een GGZ instelling of praktijk binnen zowel de basis- als de specialistische GGZ, maar ook op middelbare scholen (zowel binnen regulier als speciaal onderwijs) of bij bijvoorbeeld de ambulante educatieve dienst om scholen te ondersteunen. Om Zelf Plannen te kunnen uitvoeren is een kamer nodig waar de behandelaar in alle rust met de jongere kan werken uit het werkboek.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Uitvoerders zijn psychologen, orthopedagogen, gedragswetenschappers (of vergelijkbaar) met een academische opleiding en die beschikken over de volgende competenties: voldoende kennis van cognitieve gedragstherapie (bv. rationale, uitdagen, experimenten) en vaardigheden hoe deze kennis te kunnen overdragen naar jongeren en hun ouders, zoals bv. blijkt door het volgen van de basis cursus cognitieve gedragstherapie. Het wordt tevens aangeraden een workshop/training te volgen waarin Zelf Plannen uitgelegd wordt en specifieke vaardigheden geoefend worden, waaronder motiverende gespreksvoering (bv. bij de LannooCampus Academie, bij King Nascholing of bij een ander postdoctoraal opleidingsinstituut). Van de uitvoerende organisaties wordt verwacht dat zij supervisie en intervisie momenten creëren voor de behandelaars die met het protocol werken. Hierbij dient tenminste een GZ-psycholoog en/of cognitief gedragstherapeut aanwezig te zijn. Bij voorkeur hebben de uitvoerders van behandeling ervaring met de doelgroep (adolescenten met ADHD) en met motiverende gespreksvoering.

Kwaliteitsbewaking

Instellingen en praktijken wordt aangeraden om Zelf Plannen uitsluitend te laten uitvoeren door psychologen, orthopedagogen, gedragswetenschappers (of vergelijkbaar) met een academische opleiding, die beschikken over de volgende competenties: voldoende kennis van cognitieve gedragstherapie (bv. rationale, uitdagen, experimenten) en vaardigheden hoe deze kennis te kunnen overdragen naar jongeren en hun ouders, zoals bv. blijkt door het volgen van de basis cursus cognitieve gedragstherapie.

Er is een gedetailleerde therapeutenhandleiding waarin per sessie wordt beschreven hoe ieder onderdeel moet worden uitgevoerd en waarom. Er worden regelmatig workshops, lezingen en trainingen over Zelf Plannen verzorgd via bijvoorbeeld de uitgever Lannoo Campus en King Nascholing. Er is een onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van Zelf Plannen bij jongeren met ADHD (zie onderzoek), hetgeen heeft geresulteerd in een proefschrift (Boyer, 2016). Ook is een implementatie onderzoek naar Zelf Plannen uitgevoerd (Boyer, Steenbergen & Van der Oord, in voorbereiding). In het kader van deze onderzoeken worden instellingen uitgenodigd

deel te nemen en worden presentaties en workshops over Zelf Plannen verzorgd. Ook kunnen instellingen of behandelaren contact opnemen met de betrokken uitvoerders/onderzoekers van Zelf Plannen (B. E. Boyer, Universiteit van Amsterdam; Marije Kuin, Psychologenpraktijk Kuin) voor vragen of begeleiding bij de invoering van de interventie.

Behandelaren kunnen hun eigen behandel-effectiviteit evalueren door voor- en na de behandeling de jongere en diens ouders een vragenlijst, bijv. de BRIEF (een executieve functie vragenlijst voor kinderen; Nederlandse vertaling door Smidts & Huizinga, 2009) in te laten vullen.

Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke eisen gesteld aan de organisatorische en contextuele setting voor een goede uitvoering van de interventie. Wel is het wenselijk dat de behandeling wordt uitgevoerd door een behandelaar die kennis heeft van, en ervaring heeft met cognitieve gedragstherapie en de ADHD populatie (zie hierboven). Er moet voldoende tijd zijn om de interventie in zijn geheel te kunnen uitvoeren. Het protocol is volgens een logische chronologische volgorde opgebouwd en er is in onderzoek alleen vooruitgang aangetoond bij het uitvoeren van de gehele behandeling. Daarnaast is het van belang dat ouders betrokken en gemotiveerd zijn voor behandeling. Daarbij moet goed aan ouders uitgelegd worden dat hun vertrouwen in de behandeling een grote voorspeller is van de uitkomsten ervan.

Implementatie

Er is geen handleiding of protocol specifiek voor implementatie. Wel heeft er een implementatie onderzoek plaatsgevonden waarin onderzocht werd of de eerder behaalde resultaten ook gehaald worden in de 'real life' klinische praktijk (zie punt 4). Daarnaast is een website met informatie over Zelf Plannen (www.zelfplannen.com), zijn er verschillende workshops en lezingen over Zelf Plannen gegeven, en worden er trainingen aangeboden (zie bv. LannooCampus Academie, Kind Nascholing). Ook zijn verschillende publicaties verschenen over de resultaten van het onderzoek naar Zelf Plannen (Boyer e.a., 2015a; Boyer e.a., 2015b) en zijn er nog een aantal publicaties in voorbereiding of in druk (Boyer, Doove, Geurts, Prins, Van Mechelen, & Van der Oord, in druk; Boyer, Staff, Geurts, Van der Oord, & Kuin, in voorbereiding; Boyer, Steenbergen & Van der Oord, in voorbereiding). Ten slotte zijn er samenvattende artikelen over de onderzoeken in Nederlandse tijdschriften en boeken verschenen (Boyer, DAVIS, & De Vries, in druk; Boyer e.a., 2013b; Boyer, Kuin, & Van der Oord, 2013c).

Kosten

Het werkboek Zelf Plannen kost €19,99 en de therapeutenhandleiding €34,99. Daarnaast bestaat de behandeling uit in totaal dertien sessies per cliënt (negen sessies en een booster sessie voor de adolescent en drie sessies voor de ouders) aan directe tijd van 45 minuten, indirecte tijd voor voorbereiding van de sessies (ongeveer 15 minuten per sessie) en eventueel tijd voor administratie. Wanneer een instelling er voor kiest om de week supervisie te verzorgen bij deze behandeling, komen er de kosten voor zeven supervisiesessies bij. Training in gebruik van Zelf Plannen, afhankelijk van waar deze workshop gevolgd zal worden wordt geschat op 200 euro.

3. Onderbouwing

Probleem

De prevalentie van ADHD wordt geschat op ongeveer 5% van de schoolgaande kinderen, waarbij ongeveer 65% van de kinderen met ADHD de diagnose nog steeds heeft in de adolescentie (Biederman e.a., 2000). In de adolescentie komen executieve functie problemen bij deze groep meer op de voorgrond te staan, hetgeen zorgt voor problemen met doorzettingsvermogen, plannen en organiseren (Barkley, 2004). Tegelijkertijd wordt er op middelbare scholen een groot beroep gedaan op de zelfstandigheid van de adolescent en neemt de controle van ouders af. Adolescenten met ADHD hebben een grotere kans om lage cijfers te halen en voortijdig school te verlaten dan hun leeftijdsgenoten zonder ADHD (Barkley e.a., 1990). Het is niet ondenkbaar dat het falen op school verband houdt met de comorbiditeit met zowel internaliserende als externaliserende stoornissen, die toeneemt in de periode van de kindertijd tot in de adolescentie. Zo bleek dat 65% van de adolescenten met ADHD tenminste één comorbide psychiatrische stoornis te hebben, terwijl dit percentage bij een controlegroep slechts 19% was (Yoshimasu e.a., 2012).

Ouders van adolescenten met ADHD noemen academische problemen als het meest voorkomende en zorgelijke probleem van hun kind en is vaak onderwerp van ouder-kind conflicten (Barkley e.a., 1992). Ondanks dat de problemen op school, de hoge comorbiditeit en problemen thuis voldoende redenen lijken voor behandeling, is er -op medicamenteuze behandeling na- geen evidence-based behandeling beschikbaar voor deze jongeren. Daarnaast blijkt dat adolescenten met ADHD een verhoogd risico hebben op het uitvallen of niet meer gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg die wel beschikbaar is (Johnson e.a., 2008).

Oorzaken

Volgens het Dual Pathway Model, kunnen twee factoren leiden tot ADHD-gedrag: 1.) executieve functie problemen en 2.) motivationele problemen (Sonuga-Barke, 2003). Ten eerste kan ADHD-gedrag veroorzaakt worden door een probleem in de executieve functies: de cognitieve controlefuncties die doelgericht gedrag mogelijk maken. Mensen met ADHD laten voornamelijk problemen zien met de executieve functies inhibitie, werkgeheugen en planning (Wilcutt, Doyle, Nigg, Faraone, & Pennington, 2005). Op de middelbare school wordt er vanuit gegaan dat een jongere, zonder al te veel hulp van de ouders, boeken en spullen bij zich heeft die voor die dag nodig zijn, ieder uur van klaslokaal wisselt en ieder uur van leerkracht wisselt waarbij iedere leerkracht zijn eigen regels hanteert. Daarnaast stoelt het middelbaar onderwijs voor een groot gedeelte op het maken van huiswerk, hetgeen eveneens een groot beroep doet op de executieve functies: op het moment dat een les bijna afgelopen is, wordt het vaak rumoeriger in een klas (aandacht) maar moet je om je huiswerk goed op te schrijven rustig blijven zitten (inhibitie), vertelt de docent het huiswerk aan de klas (aandacht en werkgeheugen), moet dit huiswerk goed verstaan (aandacht) en onthouden worden (werkgeheugen) en op de juiste plaats in de agenda worden gezet terwijl het onthouden wordt (werkgeheugen, aandacht). Vervolgens moet de adolescent bij thuiskomst niet vergeten dat er huiswerk gedaan moet worden (geheugen), daar tijd voor vrijmaken/inplannen (planning) en het daadwerkelijk gaan doen (aandacht, inhibitie).

Ten tweede kan ADHD-gedrag veroorzaakt worden door een motivationeel probleem (Sagvolden e.a., 2005). Adolescenten met ADHD laten zich daardoor meer leiden door de onmiddellijke bekrachtiging van hun gedrag en hebben veel minder oog voor de consequenties van hun keuzes en gedrag op lange termijn dan adolescenten zonder ADHD. Voor bijvoorbeeld het maken van huiswerk, is het belangrijk dat de adolescent niet kiest voor de kortetermijn-'beloning' van gedrag (huiswerk is saai; tv, telefoon en internet zijn leuker en belonender) maar beseft wat de langetermijn-gevolgen zijn van het maken van huiswerk (betere cijfers of zelfs het krijgen van een leuke baan later in het leven). Deze voorkeur voor beloning op korte termijn zou ook de oorzaak kunnen zijn van hun hoge uitval van behandeling: op de korte termijn is het belonender om niet in behandeling te gaan (maar iets leukers te gaan doen), terwijl behandeling juist op de langere termijn zijn vruchten afwerpt (doordat je nieuwe vaardigheden hebt geleerd).

Aan te pakken factoren

Zelf plannen richt zich op zowel de executieve functie problemen als het motivationele probleem; dit sluit aan bij de subdoelen die worden gesteld. De executieve functie problemen worden aangepakt door de jongere nieuwe vaardigheden aan te leren die de executieve functies ontlasten dan wel verbeteren en om zich beter te concentreren tijdens het huiswerk maken en in de klas. Daarnaast worden door middel van cognitieve gedragstherapie de negatieve gedachten ("ik kan het toch niet") omtrent de nieuwe vaardigheden vervangen door helpende gedachten.

De motivationele problemen van de jongere worden aangepakt door middel van motiverende gespreksvoering. Onderdeel daarvan is dat de jongere zelf zijn/haar behandeldoelen opstelt in plaats van de ouders of school. Door het verhogen van de motivatie van de jongere is de kans groter dat de behandeling wordt afgemaakt en dat de jongere voldoende motivatie heeft om de geleerde vaardigheden uit te proberen tussen de sessies door. Een andere manier om te zorgen dat de jongere iedere week naar behandeling komt is een beloningssysteem waarbij de jongere, wanneer hij/zij naar iedere sessie is geweest, een beloning krijgt van zijn/haar ouders.

Ten slotte wordt de rol van de ouders bij het maken van huiswerk aangepakt door duidelijke afspraken te maken over hun bijdrage aan het plannen en organiseren van school en huiswerk. Daarnaast wordt door middel van cognitieve gedragstherapie geleerd hoe de ouders op positieve wijze met hun kind kunnen communiceren en welke opvoedingsdoelen zij hebben voor hun kind. Door middel van mediatie-therapie wordt ouders geleerd hoe zij het gedrag van hun kind kunnen beïnvloeden met basisregels, beloningen en sancties.

Verantwoording

Executieve functies

Zelf Plannen is een cognitieve gedragstherapie die erop is gericht om de adolescent te leren om te gaan met executieve functie tekorten door deze te ontlasten. In verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat cognitieve gedragstherapie gericht op leren plannen en organiseren ervoor kan zorgen dat mensen met ADHD vooruitgang laten zien. Een eerste ongecontroleerd onderzoek naar de effecten van ditzelfde behandelprogramma bij adolescenten met ADHD liet zien dat het ook bij hen effectief was in de reductie van ADHD-gedrag (Antshel, Faraone, & Gordon, 2012). Daarnaast is recent een onderzoek verschenen

waaruit bleek dat een vergelijkbare planningstraining, toegepast in de schoolsituatie, significant effectiever was dan een wachtlijst-controleconditie in het verbeteren van door ouders gerapporteerde planningsvaardigheden, huiswerkproblemen en symptomen van inattentie (Langberg, Epstein, Becker, Girio-Herrera, & Vaughn, 2012). Ook op scholen waar onderzoek werd gedaan naar de effecten van intensieve behandelingen gericht op planning- en organisatievaardigheden bij adolescenten met ADHD, hebben laten zien dat jongeren met ADHD hier meer profijt van hebben op het gebied van hyperactiviteit en impulsiviteit en academische vaardigheden dan wanneer zij de standaard zorg kregen (Evans, Schultz, DeMars, & Davis, 2011; Evans e.a., 2009).

Bij kinderen en bij volwassenen met ADHD bleek uit een gedegen gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek dat een kortdurend behandelprogramma gericht op het versterken van de executieve functies op de korte- en lange termijn effectief was in het verminderen van ADHD-gedrag in volwassenen en academische en organisatorische vaardigheden in kinderen (Abikoff e.a., 2013; Safren e. a., 2005; 2010). Bovendien was deze behandeling effectiever dan een controle behandeling (Abikoff e.a., 2013; Safren e.a., 2010).

Motivatie voor behandeling en verandering

Omdat bekend is dat jongeren met ADHD een verhoogd risico hebben op voortijdig uitvallen van behandeling (Johnson e.a., 2008), wordt de motivatie om de behandeling af te maken en om de geleerde vaardigheden te gebruiken verhoogd. De extrinsieke motivatie om aanwezig te zijn tijdens alle sessies wordt verhoogd door middel van een beloningssysteem: ouders geven de jongere een beloning voor het bijwonen van de behandelsessies en na iedere sessie mag de jongere de aanwezigheid afkruisen op het beloningssysteem. Om gedragsverandering te bereiken is het echter van belang dat er intrinsieke motivatie is voor verandering; hiervoor wordt motiverende gespreksvoering ingezet. Aanvankelijk werd motiverende gespreksvoering alleen toegepast bij middelengebruik door volwassenen, dat was ook het gebied waar onderzoek zich op richtte. Later werd het onderzoek uitgebreid naar andere gebieden en de ook naar de invloed van motiverende gespreksvoering op gedragsverandering bij jongeren. Uit een meta-analyse blijkt dat motiverende gespreksvoering helpt om roken, alcohol- en drugsgebruik bij adolescenten, ook op de lange termijn, te verminderen (Jensen e.a., 2011). Verder werden o.a. positieve resultaten geboekt bij adolescenten met overgewicht (Gourlan, Sarrazin, & Trouilloud, 2013), anorexia (Price-Evans & Treasure, 2011), seksueel risicogedrag (Naar-King, Parsons, & Johnson, 2012) en internaliserende en externaliserende problematiek (Slesnick, Guo, & Feng, 2013).

Om de intrinsieke motivatie te verhogen is motiverende gespreksvoering op verschillende manieren verweven in Zelf Plannen: in de houding van de behandelaar, door de balans op te maken bij het maken van keuzes, door het verlagen van weerstand wanneer die aanwezig is en in de manier waarop vragen worden gesteld (door middel van verandertaal en schaalvragen). Daarnaast stellen adolescenten in Zelf Plannen hun eigen behandeldoelen. Adolescenten hebben grotere cognitieve capaciteiten dan kinderen, waardoor ze meer zelfbewust zijn, beter in staat zijn om hun eigen prestaties te analyseren, beter in staat zijn om hun eigen gedrag van tevoren te voorspellen, en beter in staat zijn om kritisch strategieën te evalueren om een doel te bereiken (Smith, Waschbusch, Willoughby, & Evans, 2000). Dit betekent dat ze voldoende cognitieve vermogens hebben om samen te werken met hun behandelaar, hun eigen behandeldoelen kunnen bedenken en hun eigen keuzes te maken met betrekking tot behandeling.

Ten slotte wordt iedere behandelsessie met de adolescent geëvalueerd. Uit onderzoek van Scott Miller blijkt dat de therapeutische relatie, en dan met name de door de cliënt ervaren relatie met de behandelaar (de zogenaamde alliantie ofwel therapeutische relatie), een zeer grote invloed heeft op het behandelingsucces. Met behulp van evaluatievragen wordt daarom iedere sessie de mening van de adolescent gevraagd over de sessie en deze wordt direct besproken met de behandelaar. De behandelaar probeert vervolgens helder te krijgen wat hij/zij anders zou kunnen doen in de volgende sessies. Door de directe feedback zal de effectiviteit van de behandelaar verhogen. De therapeutische relatie wordt op deze manier in elke sessie besproken en levert duidelijke aanwijzingen op voor hoe de behandelaar verder moet gaan (Miller, Duncan, Brown, Sorrell & Chalk, 2006). In onderzoek naar Zelf Plannen werd gezien dat slechts 5% van de jongeren die Zelf Plannen als behandeling kreeg voortijdig uitviel (Boyer e.a., 2015a).

Rol van de ouders

De aanbevolen behandeling voor kinderen met ADHD is volgens de richtlijnen –naast medicatie- gedragstherapie via ouders of leerkrachten (Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijnen for ADHD, NICE-guidelines, en de European clinical guidelines for hyperkinetic disorder). Deze gedragstherapeutische behandelingen voor kinderen worden veelal via ouders of leerkrachten toegepast (mediatoren) en omvatten meestal (combinaties van) gedragstherapeutische oudertrainingen, leerkrachttrainingen of intensieve beloningsprogramma's in de klas. Door middel van operante leerprincipes en het aanbrengen van structuur worden de executieve functies van het kind ontlast, wordt het kind gemotiveerd en daarmee de kans op het optreden van ADHD-gedrag verkleind (Barkley, 1997). Uit een meta-analyse blijkt dat gedragstherapie bij kinderen met ADHD voor vermindering van ADHD-symptomen zorgt, voor verbetering van sociale vaardigheden en van academische prestaties (maar alleen als de ADHD-symptomen door mensen wordt beoordeeld die deel uitmaken van de behandeling, zoals ouders zelf; Daley e.a., 2014; Sonuga-Barke e.a., 2013). Wanneer aan onafhankelijke beoordelaars wordt gevraagd het effect van behandeling te beoordelen blijkt gedragstherapie te zorgen voor verbetering van de opvoedingsvaardigheden en afname van comorbide gedragsproblemen (Daley e.a., 2014).

Deze richtlijnen die gedragstherapie via ouders aanraden zijn echter overwegend gebaseerd op onderzoek bij kinderen met ADHD en bij adolescenten blijkt het onvoldoende effect te hebben om de behandeling geheel via ouders te laten verlopen (Barkley e.a., 2001). De adolescentie is een leeftijdsfase die vraagt om specifieke aanpassingen aan de zorg in vergelijking met de kindertijd (Smith e.a., 2000). Identiteitsvorming is een belangrijk thema in de adolescentie en adolescenten streven naar meer onafhankelijkheid en autonomie ten opzichte van hun ouders (Antshel & Olszewski, 2014). Mogelijk is het daarom minder effectief om behandeling via hun ouders of leerkrachten te laten lopen (Barkley, 2004; Barkley e.a., 1992; Pfiffner, DoPaul, & Barkley, 2005). Vandaar dat in er in Zelf Plannen voor gekozen is om behandeling op de jongere zelf te richten, met daarnaast aparte sessies voor de mediatie via ouders.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Onderzoek naar de uitvoerbaarheid van Zelf Plannen en onderzoek naar de evaluatie van Zelf Plannen door adolescenten, ouders en behandelaren

- a) Two novel CBTs for adolescents with ADHD: The value of planning skills. Boyer, B. E., Geurts, H. M., Prins, P. J. M., & Van der Oord, S. (2015a). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 1075-1090. doi: 10.1007/s00787-014-0661-5

- b) In het onderzoek zijn twee cognitieve gedragstherapieën (CGT) voor jongeren met ADHD vergeleken, beide met elementen van motiverende gespreksvoering; één cognitieve gedragstherapie gericht op verbetering van planningsvaardigheden (Zelf Plannen; Kuin e.a, 2013) en één cognitieve gedragstherapie die daar niet op gericht was (Zelf Oplossingen Bedenken; Boyer, Kuin, Oberink, & Van der Oord, 2014). Er werd een groot gerandomiseerd klinisch onderzoek (RCT) uitgevoerd, waarin 159 adolescenten met ADHD (van 12 tot 17 jaar) willekeurig werden toegewezen aan één van deze twee behandelingen.

De uitvoerbaarheid van beide behandelingen is gemonitord door te kijken in hoeverre behandelaren zich aan de behandelingen hebben gehouden zoals beschreven in de handleiding. Dit werd onderzocht op twee manieren: 1) door onafhankelijke beoordelaars films van de behandelingen te laten beoordelen en 2) door middel van zelf-rapportage door behandelaars.

Daarnaast beoordeelden ouders ($N=159$) hun behandeling na afloop van de ontvangen behandeling op vier vragen en de adolescenten op vijf vragen die bestonden uit een 5-puntsschaal, waarbij een hogere score wijst op een betere beoordeling.

Ten slotte werd behandelaren, van 16 verschillende GGZ instellingen in Nederland die getraind zijn in beide behandelingen ($N=56$), gevraagd de volgende drie vragen te beantwoorden: 1) Welke van de twee behandelingen heeft je voorkeur? 2) Welke van de twee behandelingen is volgens jou het meest geschikt voor adolescenten met ADHD en 3) Welke van de twee behandelingen zou je zelf het liefst uitvoeren?

- c) Behandelaren hielden zich goed aan de beschrijving van de behandeling in de therapeutenhandleiding: 86% van Zelf Plannen werd op de films zo uitgevoerd als beschreven. Behandelaren rapporteerden zelf dat zij zich in 91% van de behandelsessies aan de handleiding hielden. Dit lijkt erop te wijzen dat Zelf Plannen goed uitvoerbaar is zoals deze is beschreven in de handleiding.

De resultaten op de evaluatiematen lieten zien dat zowel ouders als adolescenten een hoge mate van tevredenheid hadden met beide behandelingen (Zelf Plannen ouders $M= 4.2$ van 5; Zelf Plannen adolescenten $M= 4.4$ van 5), waarbij Zelf Plannen positiever werd geëvalueerd door ouders dan Zelf Oplossingen Bedenken ($p=.03$). Behandelaren hadden geen voorkeur voor een van beide behandelingen, maar gaven aan Zelf Plannen geschikter te vinden voor adolescenten met ADHD ($p=.00$) en deze behandeling liever uit te voeren dan Zelf Oplossingen Bedenken ($p=.01$).

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Effectiviteit van Zelf Plannen tot drie maanden na behandeling

- a) Two novel CBTs for adolescents with ADHD: the value of planning skills. Boyer, B. E., Geurts, H. M., Prins, P. J. M., & Van der Oord, S. (2015a). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 1075-1090. doi: 10.1007/s00787-014-0661-5
- b) Door middel van een groot gerandomiseerd klinisch onderzoek (RCT), waarin 159 adolescenten met ADHD (van 12 tot 17 jaar) willekeurig werden toegewezen aan Zelf Plannen of een andere cognitieve gedragstherapie (CGT), is de effectiviteit van Zelf Plannen onderzocht. Beide behandelingen zijn een CGT met daarin elementen van motiverende gespreksvoering om jongeren met ADHD te behandelen; één cognitieve gedragstherapie gericht op verbetering van planningsvaardigheden (Zelf Plannen: Kuin e.a., 2013) en één cognitieve gedragstherapie die daar niet op gericht was (Zelf Oplossingen Bedenken; Boyer, e.a., 2014). Voor-, na- en 3 maanden follow-up gegevens werden verzameld op vijf domeinen: door ouders gerapporteerde ADHD, planning problemen en executieve functies (de primaire uitkomstmaten), neuropsychologische planningsmaten, comorbide symptomen, algemeen functioneren en docent metingen.
- c) Uit de resultaten bleek dat adolescenten op alle domeinen een significante vooruitgang lieten zien tussen de voor- en nameting, op de meeste domeinen met grote effectgroottes (slechts 5% van de adolescenten stopte voortijdig met behandeling), die aanbleef tot drie maanden na behandeling. Echter, slechts 15,2% van de adolescenten liet normalisatie zien van het functioneren en er waren maar kleine verschillen tussen beide therapieën in het behandel-effect, ten gunste van Zelf Plannen: adolescenten lieten meer vooruitgang zien op de door ouders gerapporteerde planningsproblemen (primaire uitkomstmaat) wanneer ze Zelf Plannen hadden gevolgd.

Effectiviteit van Zelf Plannen tot één jaar na behandeling

- a) One-year follow-up of two CBTs for adolescents with ADHD. Boyer, B. E., Geurts, H. M., Prins, P. J. M., & Van der Oord, S. (2015b). *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-015-0776-3
- b) Om te weten of de directe effecten van beide CGTs en de verschillen tussen beide CGTs blijvend zijn voor langere tijd, werd gekeken naar de effectiviteit van deze twee nieuwe behandelingen voor adolescenten met ADHD op de langere termijn tot één jaar na de behandeling. Er werd een groot gerandomiseerd klinisch onderzoek (RCT) uitgevoerd, waarin 159 adolescenten met ADHD (van 12 tot 17 jaar) willekeurig werden toegewezen aan Zelf Plannen of aan een vergelijkbare CGT die niet gericht was op planningsvaardigheden. Voor-, na- en 3 maanden en 1 jaar follow-up gegevens werden verzameld op vijf domeinen: door ouders gerapporteerde ADHD, planning problemen en executieve functies (de primaire uitkomstmaten), neuropsychologische planningsmaten, comorbide symptomen, algemeen functioneren en docent metingen.
- c) De resultaten lieten zien dat de initiële grote vooruitgang (van pretest tot drie maanden na behandeling) stabiel bleef of verder vooruit ging tot één jaar na behandeling. Daarnaast liet één jaar na behandeling 26% van de adolescenten normalisatie van

functioneren zien. Initiële verschillen tussen beide behandelingen ten gunste van Zelf Plannen bij drie maanden follow-up waren één jaar na behandeling verdwenen, hetgeen impliceert dat het richten van behandeling op planningsvaardigheden niet noodzakelijk is voor verbetering van het functioneren van adolescenten met ADHD.

Onderzoek naar moderatoren van Zelf Plannen

- a) Boyer, B. E., Doove, L. L., Hilde M. Geurts, Prins, P. J. M., Van Mechelen, I., & Van der Oord, S. (2016). Qualitative Treatment-Subgroup Interactions in a Randomized Clinical Trial of Treatments for Adolescents with ADHD: Exploring What Cognitive-Behavioral Treatment Works for Whom. *PLOS ONE*. DOI:10.1371/journal.pone.0150698

- b) Omdat ADHD een heterogene stoornis is (Yoshimasu et al., 2012), is het onwaarschijnlijk dat een behandeling voor iedereen met ADHD geschikt is. Daarom hebben we onderzocht of er vóór behandeling kenmerken zijn van de jongeren die de effecten van beide behandelingen modereren; of er bepaalde subgroepen jongeren met ADHD zijn waarvoor een afwijkend effect van behandeling wordt gevonden. Met behulp van een innovatieve analyse techniek (QUINT; Dusseldorp & Van Mechelen, 2014) werden eigenschappen van adolescenten op de voormeting van onze RCT ($N=159$), zoals bijvoorbeeld geslacht, medicijngebruik, IQ, leeftijd, opleiding van de ouders, comorbide internaliserende stoornissen zoals depressie of angst, externaliserende aandoeningen zoals de oppositieel-opstandige gedragsstoornis) onderzocht als mogelijke moderatoren van het behandelingseffect van voormeting tot aan drie maanden na behandeling. De uitkomstmaten waren de door ouders gerapporteerde ADHD-symptomen en planningsproblemen (de primaire uitkomstmaten van de RCT). Daarnaast werd nog apart gekeken naar mogelijke moderatoren van het behandelingseffect van voor- naar nameting en het behandelingseffect van nameting tot aan de follow-up drie maanden later.

- c) De resultaten lieten zien dat, ondanks dat subgroepen in beide behandelingen verschillende behandeltrajecten doormaakten, het niet nodig is om, op basis van individuele eigenschappen, adolescenten toe te wijzen aan Zelf Plannen of Zelf Oplossingen Bedenken; over het algemeen laten de adolescenten met ADHD bij beide behandelingen vooruitgang zien. Er werd echter wel gevonden dat adolescenten met ADHD en met minder depressieve klachten maar meer angstklachten, meer vooruit gingen wanneer ze Zelf Plannen kregen dan wanneer ze Zelf Oplossingen Bedenken kregen.

Daarnaast zijn we momenteel een manuscript aan het schrijven met daarin de resultaten van ons implementatie onderzoek (Boyer, Steenbergen & Van der Oord, *in voorbereiding*). Deze kunnen echter niet worden beschreven tot deze is geaccepteerd voor publicatie.

Samenvatting Werkzame elementen

Inhoudelijke elementen

- Psycho-educatie
- Motiverende gespreksvoering
- Opstellen van eigen behandeldoelen
- Formuleren van helpende gedachten in plaats van automatische negatieve gedachten
- Experimenteren met nieuwe strategieën om te plannen
- Maken van een terugval plan
- Evalueren van de sessie
- Begeleiden van ouders bij het controle en/of loslaten van hun kind
- Begeleiden van ouders bij het formuleren van opvoedingsdoelen
- Begeleiden van ouders bij het instellen van regels thuis
- Begeleiden van ouders bij het positief communiceren met hun kind

Praktische elementen

- Het gebruik van een werkboek
- Het gebruik van een handleiding
- Het bedenken van een beloning voor de adolescent wanneer zij bij alle sessies van Zelf Plannen aanwezig zijn
- Kortdurende interventie

5. Aangehaalde literatuur

- Abikoff, H., Nissley-Tsiopinis, J., Gallagher, R., Zambenedetti, M., Seyferef, M., Boorady, R., e.a. (2009). Effects of MPH-OROS on the organizational, time management, and planning behaviors of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(2), 166-175.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Antshel, K. M., Faraone, S. V., & Gordon, M. (2012). Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 18, 483-495.
- Antshel, K. M., & Olszewski, A. K. (2014). Cognitive behavioral therapy for adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 825–842.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2004). Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: An overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 39-56.
- Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K. & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 926-941.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D., & Fletcher, K. E. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 450-462.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.
- Boyer, B. E. (2016). *Dissertation: Assessment and treatment of planning skills in adolescents with ADHD*. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.
- Boyer, B. E., Geurts, H. M., Prins, P. J. M., & Van der Oord, S. (2015a). Two novel CBTs for adolescents with ADHD: The value of planning skills. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 1075-1090. doi: 10.1007/s00787-014-0661-5
- Boyer, B. E., Geurts, H. M., Prins, P. J. M., & Van der Oord, S. (2015b). One-year follow-up of two CBTs for adolescents with ADHD. (2015b). *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi: 10. 1007/ s00787-015-0776-3

- Boyer, B. E., Doove, L. L., Hilde M. Geurts, Prins, P. J. M., Van Mechelen, I., & Van der Oord, S. (2016). Qualitative Treatment-Subgroup Interactions in a Randomized Clinical Trial of Treatments for Adolescents with ADHD: Exploring What Cognitive-Behavioral Treatment Works for Whom. *PLOS ONE*. DOI:10.1371/journal.pone.0150698
- Boyer, B. E., DAVIS, S. & De Vries, M. (*in press*). Tekorten in executieve functies. In: M. Zeguers & P. Snellings (red.). *Interventies in het onderwijs: leerproblemen*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Boyer, B. E., Kuin, M., Oberink, H. H., & Van der Oord, S. (2014). *Zelf Oplossingen Bedenken: Therapeutenhandleiding*. Houten, The Netherlands: Uitgeverij Lannoo-Campus.
- Boyer, B. E., Kuin, M., & Van der Oord, S. (2013a). *Zelf Plannen: Therapeutenhandleiding*. Houten, The Netherlands: Uitgeverij Lannoo-Campus.
- Boyer, B. E., Kuin, M., & Van der Oord, S. (2013b). *Zelf plannen: Cognitief gedragstherapeutische plannings- en organisatie training voor adolescenten met ADHD*. In: Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 2. Eds.: Braet, C. & Bogels, S. Amsterdam, The Netherlands: Uitgeverij Boom.
- Boyer, B. E., Staff, A. I., Geurts, H. M., Van der Oord, S., & Kuin, M. (in voorbereiding). How to translate a CBT for adolescents with ADHD to ASD: A PILOT STUDY on treatment effectiveness and suggestions for treatment adaptation.
- Boyer, B. E., Kuin, M., & Van der Oord, S. (2013c). Zelf Plannen: Een geprotocolleerde cognitief gedragstherapeutische planning en organisatie training voor adolescenten met ADHD. *Dth*, 33(1), 51-80.
- Boyer, B. E., Steenbergen, D. C., & Van der Oord, S. (in voorbereiding). Dissemination, implementation and a pilot study of community effectiveness of CBT for adolescents with ADHD: Barriers and future recommendations.
- Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., e.a. (2014). Behavioral interventions in Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 835–847.
- Dusseldorp, E. & van Mechelen, I. V. (2014). Qualitative interaction trees: A tool to identify qualitative treatment-sub- group interactions. *Statistics in Medicine*. 33(2), 219–237. doi: 10.1002/sim.5933 PMID: 23922224
- Evans, S. W., Schultz, B. K., DeMars, C. E., & Davis, H. (2011). Effectiveness of the Challenging Horizons after-school program for young adolescents with ADHD. *Behavior Therapy*, 42, 462–474.
- Evans, S. W., Schultz, B. K., White, L. C., Brady, C., Sibley, M. H., & Van Eck, K. (2009). A school-based organization intervention for young adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *School Mental Health*.

- Gourlan, M., Sarrazin, P., & Trouilloud, D. (2013). Motivational interviewing as a way to promote physical activity in obese adolescents: a randomised-controlled trial using self-determination theory as an explanatory framework. *Psychology & Health, 28*(11), 1265–86. doi:10.1080/08870446.2013.800518.
- Hill, J. C., & Schoener, E. P. (1996). Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry, 153*, 1143-1146.
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). 'Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review', *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(4), 433–40. doi:10.1037/a0023992.
- Johnson, E., Mellor, D., & Brann, P. (2008). Differences in dropout between diagnoses in child and adolescent mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 13*, 555-530.
- Kuin, M., Boyer, B. E., & Van der Oord, S. (2013). *Zelf Plannen: Werkboek*. Houten, The Netherlands: Lannoo Campus.
- Langberg, J. M., Epstein, J. N., Becker, S. P., Girio-Herrera, E. & Vaughn, A. J. (2012). Evaluation of the Homework, Organization, and Planning Skills (HOPS) intervention for middle school students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder as implemented by school mental health providers. *School Psychology Review, 41*, 342-364.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, R., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy, 5*, 5-22.
- Naar-King, S., Parsons, J. T., & Johnson, A. M. (2012). Motivational interviewing targeting risk reduction for people with HIV: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports, 9*(4), 335–43. doi:10.1007/s11904-012-0132-x
- National Institute for Health and Care Excellence; NICE guidelines (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young People and adults. Available at www.nice.org.uk/CG72 [NICE guideline].
- Richtlijnontwikkeling, L. S. M. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD; Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Pfiffner, L. J., DuPaul, G. J., & Barkley, R. (2005). Educational management. In: Barkley R, editor. *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment, vol. 3*. New York: Guilford Press.
- Price-Evans, K. & Treasure, J. (2011). The Use of Motivational Interviewing in Anorexia Nervosa. *Child and Adolescent Mental Health, 16*(2), 65–70. doi:10.1111/j.1475-3588.2011.00595.x.
- Safren, S. A., Sprich, S., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2006). *Behandelgids ADHD bij volwassenen*. Amsterdam, The Netherlands: Uitgeverij Nieuwezijds
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005).

- Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831-842.
- Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., et al. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 304, 875-880.
- Sagvolden, T., Aase, H., Johansen, E. B., & Russell, V. A (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 397-468.
- Slesnick, N., Guo, X., & Feng, X. (2013). Change in parent- and child-reported internalizing and externalizing behaviors among substance abusing runaways: the effects of family and individual treatments. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(7), 980–93. doi:10.1007/s10964-012-9826-z.
- Smidts, D. P., & Huizinga, M. (2009). *Handleiding Executieve Functies Gedragsvragenlijst*. Amsterdam, Nederland: Hogrefe.
- Smith, B. H., Waschbusch, D. A., Willoughby, M. T., Evans, S. (2000). The efficacy, safety, and practicality of treatments for adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(4), 243-267.
- Sonuga-Barke, E. J. S. (2003). The dual pathway model of AD/HD: An elaboration of neurodevelopmental characteristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 593-604.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., e.a. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170, 275-289.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336-1346.
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L. et al. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1036–1043.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, 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.

