

## Leesteksten externaliserend gedrag

### ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ofwel de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) werd vroeger MBD genoemd (Minimal Brain Damage), omdat men ervan uitging dat er sprake was van een (niet altijd aantoonbare) kleine hersenbeschadiging die ontstaan was door zuurstofgebrek tijdens de geboorte.

Volgens de DSM-IV heeft iemand in de leeftijd van 4 tot 16 jaar ADHD als hij/zij zes of meer van de volgende aandachtsproblemen vaak (de meeste dagen van de week) heeft:

- Onvoldoende aandacht voor details of achteloos fouten maken
- Moeite om de aandacht bij taken of spel te houden
- Niet lijken te luisteren
- Aanwijzingen niet opvolgen of opdrachten niet kunnen afmaken
- Moeite met organiseren van taken
- Vermijden of afkeer hebben van taken die langdurige geestelijke inspanning vragen
- Dingen kwijt raken die nodig zijn voor taken
- Gemakkelijk afgeleid worden
- Vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden

Iemand heeft ook ADHD als hij of zij zes of meer kenmerken van hyperactiviteit of impulsiviteit vaak (de meeste dagen van de week) heeft.

De kenmerken van hyperactiviteit zijn:

- Onrustig bewegen met handen en voeten of draaien op zijn of haar stoel
- Opstaan als zitten blijven verwacht wordt
- Rondrennen of overal op klimmen als dit ongepast is
- Moeilijk rustig kunnen spelen of ontspannende activiteiten uitvoeren
- In de weer zijn of maar doordraven
- Aan één stuk door praten

De kenmerken van impulsiviteit zijn:

- Het antwoord eruit gooien voordat de vragen afgemaakt zijn
- Moeite hebben met op de beurt wachten
- Verstoren van bezigheden van anderen

Bovenstaande symptomen als rusteloosheid, impulsiviteit en gebrek aan concentratie komen bij veel kinderen in verschillende gradaties voor. De diagnose ADHD is op te vatten als het uiterste eind van een continuüm.

- Volgens de DSM-IV heeft iemand ADHD als deze symptomen ten opzichte van leeftijdgenoten overmatig aanwezig zijn gedurende ten minste zes maanden, waardoor het dagelijks functioneren wordt belemmerd.
- Ook moeten enkele symptomen al voor het zevende levensjaar aanwezig zijn geweest.

De diagnose ADHD wordt bij volwassenen alleen gesteld als deze persoon als kind al aan ADHD leed en dat sindsdien heeft gedaan. Sommige diagnostische criteria in de DSM-IV, zoals 'overal in klimmen' passen minder goed bij volwassenen, en moeten bij hen anders worden omschreven, bijvoorbeeld als innerlijke onrust.

### Behandeling met medicatie

Bij de behandeling van ADHD worden vaak psychostimulantia, zoals Ritalin, gebruikt. Het lijkt tegenstrijdig dat mensen met ADHD rustig worden van een 'stimulerend' middel. In feite stimuleren deze middelen in de hersenen de rem op gedrag en emoties. De psychostimulantia werken doorgaans snel, binnen een half uur, met een piekeffect na ongeveer anderhalf uur. Na 3 tot 4 uur zijn de klinische effecten verdwenen. Daarom

worden deze middelen door kinderen doorgaans 2 tot 3 maal per dag genomen. Volwassenen zijn langer actief en nemen vaak 4 tot 6 maal per dag hun medicijnen. Sinds kort is er ook een langwerkende vorm van methylfenidaat (merknaam: Concerta) beschikbaar die slechts eenmaal daags hoeft te worden ingenomen. Het voordeel daarvan is dat inname minder vaak vergeten wordt.

Gebruik van psychostimulantia leidt niet tot genezing. Na het stoppen met de medicatie treedt doorgaans snel terugval op. Het gebruik van methylfenidaat is in Nederland, net als in andere Westerse landen, de afgelopen jaren explosief toegenomen.

- Tussen 1995 en 1999 vertienvoudigde het aantal afgegeven tabletten van 10 milligram methylfenidaat van 2,2 tot 22 miljoen.
- Het aantal verstrekkingen via apotheken steeg van 65.000 in 1997 tot 180.000 in 2000.
- Het aantal kinderen dat tenminste 1 maal methylfenidaat kreeg voorgeschreven steeg tussen 1991 en 1999 van 4,4 tot 86,4 per 10.000 kinderen (van 0 tot 19 jaar) per jaar.

Psychostimulantia werken goed bij ADHD:

- Bij 70 tot 80% van de kinderen wordt een aanzienlijke verbetering van klachten gerealiseerd.
- De gunstige effecten hebben onder meer betrekking op de hyperactiviteit, het storende en chaotische gedrag, de fysieke en verbale agressie, de afleidbaarheid, de impulsiviteit, de moeite om regels te volgen, de prikkelbaarheid en emotionele labiliteit.
- De gunstige effecten op het functioneren treden op in het gezin, op school of werk en bij de omgang met leeftijdgenoten.
- Psychostimulantia beïnvloeden niet of nauwelijks vergeetachtigheid, leerprestaties en sociale vaardigheden.
- Of deze middelen helpen bij kinderen jonger dan 4 is onbekend.

Psychostimulantia zijn – in ieder geval op de korte termijn – veilig. Het risico op verslaving is nauwelijks aanwezig. Bij ongeveer 1 op de 3 behandelde kinderen hebben ze milde bijwerkingen. De belangrijkste zijn:

- Verminderde eetlust (10% tot 40%)
- Inslaapproblemen (10% tot 20%)
- Misselijkheid en maagpijn (20%)
- Hoofdpijn (15%)
- Psychische klachten, waaronder emotionele labiliteit, snelle irritatie, angst, nervositeit en verminderde spontaniteit treden vooral op tijdens het uitwerken van de dosis.

Naast deze mogelijke bijwerkingen heeft de behandeling met psychostimulantia ook andere beperkingen:

- Zo wordt het nogal eens als een bezwaar gezien om een middel dat onder de Opiumwet valt aan kinderen voor te schrijven.
- De effectiviteit op de langere termijn is nog niet aangetoond.
- Mogelijke bijwerkingen die pas optreden na langdurig gebruik zijn nog niet onderzocht.

Er is geen bewijs dat gebruik van stimulantia bij kinderen met ADHD de kans op drugs- of alcoholmisbruik op latere leeftijd vergroot. Het onderzoek dat op dit terrein gedaan is, lijkt er juist op te wijzen dat deze kans door de behandeling met psychostimulantia afneemt.

## **Co-morbiditeit**

ADHD gaat meestal gepaard met één of meer andere psychische stoornissen.

- Ongeveer eenderde tot de helft van alle kinderen met ADHD heeft ook een gedragsstoornis (CD) of oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD).
- Ook depressie en angst komen veel voor bij kinderen met ADHD. De kans op depressie is bij kinderen met ADHD 5 á 6 maal zo groot als bij andere kinderen. De kans op een angststoornis is 3 maal zo groot.

- Ongeveer 20 tot 25% van de kinderen met ADHD kampt tegelijkertijd met een leerstoornis. Vooral dyslexie treedt vaak op.
- Ook is het in de praktijk vaak moeilijk ADHD te onderscheiden van PDD-NOS (pervasieve ontwikkelingsstoornis - niet anders omschreven), een milde vorm van autisme
- De kans op een bijkomende gedragsstoornis is bij kinderen met ADHD meer dan 10 keer zo groot als bij andere kinderen.
- Omgekeerd wordt geschat dat 10 tot 30% van de kinderen met een gedragsstoornis ook ADHD heeft.
- Kinderen die zowel ADHD als een gedragsstoornis hebben, lopen meer kans om als volwassene een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis te krijgen.
- Adolescenten met ADHD roken gemiddeld eerder en meer sigaretten en gebruiken meer drugs en alcohol dan hun leeftijdgenoten zonder ADHD. Ook lopen ze meer kans om als volwassene verslaafd te raken aan drugs of alcohol. Niet ADHD op zich, maar vooral de bijkomende stoornissen als gedragsstoornis en depressie verhogen de kans op verslavingsproblematiek. Uit recent onderzoek van het Trimbos-instituut is gebleken dat 20% van de verslaafden ADHD heeft.

### **Communicatieve vaardigheden in een informatief gesprek**

Informatie geven is niet moeilijk. Zorgen dat de informatie goed overkomt, is dat wel. Of de gegeven informatie onthouden wordt, is afhankelijk van tal van factoren. De manier waarop de informatie gebracht wordt, is zeker van belang.

- **Let op de volgorde**

De informatie die als eerste wordt gegeven, wordt over het algemeen het beste onthouden. Begin daarom met de belangrijkste informatie en sluit aan bij wat de cliënt wil weten. Als de ouders willen weten of hun kind wel/niet ADHD heeft, begin daar dan mee.

- **Benadruk het belang**

Uit onderzoek is gebleken dat slechts 30 tot 40% van de gegeven informatie wordt onthouden. Cliënten onthouden vooral wat ze zelf belangrijk vinden. Als je zelf niet aangeeft wat belangrijk is, maakt de cliënt zelf een selectie en mist hij misschien essentiële punten. Als je wil dat de cliënt bepaalde dingen onthoudt, benadruk dan het belang ervan; bijvoorbeeld 'belangrijk is dat Mike niet overvraagd wordt'.

- **Maak het niet te moeilijk**

Gebruik korte, eenvoudige zinnen. Maak de uitleg niet moeilijker dan nodig is. Gebruik zo min mogelijk vakjargon.

- **Structureer**

Deel de informatie op in onderdelen en behandel die systematisch. In plaats van iemand te confronteren met een groot brok informatie, kun je beter eerst een gedeelte behandelen, toetsen of dat begrepen is, de cliënt de kans geven zijn emoties hierover te uiten, ... alvorens naar het volgende deel te gaan. Als je te veel informatie ineens geeft, loop je het risico dat de cliënt door de bomen het bos niet meer ziet. Ook is het goed om een deel van de informatie af te sluiten met een korte samenvatting (bijvoorbeeld 'we hebben het nu gehad over...') en het volgende deel kort in te leiden (bijvoorbeeld 'nu wou ik het graag even met u hebben over wat we het beste kunnen doen').

- **Herhaal de belangrijkste punten**

Informatie wordt beter onthouden als ze een paar keer herhaald wordt. Als je niet zeker weet of de cliënt je begrepen heeft en/of de belangrijkste informatie opgeslagen heeft, kun je vragen hem zelf een samenvatting te laten maken van de belangrijkste punten.

- **Geef precieze informatie**

Als je precies uitlegt wat er wel en niet aan de hand is of wat er moet gebeuren, geef je de cliënt een duidelijker antwoord op zijn vraag. 'Zorgen voor structuur in huis' is een veel vager advies dan 'op vaste tijdstippen eten, gaan slapen...!'.  

---

- **Laat ruimte voor emoties**

Wat voor jou een neutraal informatief gesprek is, kan voor de cliënt hard aankomen. Geef de nodige ruimte om emoties te uiten. Let op non-verbale signalen: stiltes, gezichtsuitdrukkingen, lichaamstaal, ... Moedig de cliënt ook aan om over zijn emoties te praten. Reageer daarop met een houding van interesse, begrip en medeleven. Ga pas verder met het geven van informatie als de cliënt voldoende de kans heeft gekregen om eerst het voorgaande volledig tot zich door te laten dringen.

- **Schep de mogelijkheid om meer vragen te stellen**

Geef mensen de mogelijkheid om weer contact op te nemen als ze nog meer vragen hebben, dingen niet duidelijk zijn, ...

## **Gedragstherapie**

De effecten van gedragstherapie zijn minder groot dan die van de psychostimulantia. Dat blijkt uit een grootschalig onderzoek in de Verenigde Staten, waarin 600 kinderen werden verdeeld over de volgende vier behandel mogelijkheden: medicatie, gedragstherapie, gedragstherapie met medicatie en tenslotte de controlegroep die standaardzorg kreeg bij de huisarts.

- Medicatie – al dan niet in combinatie met gedragstherapie – had het meeste effect.
- Hoewel in de controlegroep die de standaardzorg kreeg de meerderheid van de jeugdigen ook medicijnen kreeg, was het effect ervan minder groot dan in beide onderzoeksgroepen die medicijnen kregen. Waarschijnlijk komt het omdat in beide medicijngroepen in het onderzoek per kind zorgvuldig werd gezocht naar de juiste dosis. In de praktijk gebeurt dat lang niet altijd, waardoor de dosis voor de kinderen in de groep die de standaardzorg ontving mogelijk niet optimaal was.
- Gedragstherapie had meer effect dan standaardzorg, maar het effect verdween na het stoppen van de behandeling. Bij kinderen met bijkomende stoornissen had het wel een gunstig effect.
- Er is onvoldoende bewijs dat combinatietherapie, waarbij medicatie samen met gedragstherapie wordt aangeboden, voor ieder kind effectiever is dan medicatie alleen. Wel is de tevredenheid van de ouders groter, met name over de aangeleerde sociale vaardigheden. Mogelijk kan de medicatiedosis bij de combinatietherapie wat omlaag, waardoor het aantal bijwerkingen afneemt. De combinatietherapie lijkt vooral geschikt voor kinderen met ernstige ADHD of ADHD met bijkomende stoornissen.

## **Mate van voorkomen**

Op basis van voornamelijk buitenlands onderzoek wordt aangenomen dat 3 tot 5% van de kinderen onder de 16 jaar lijdt aan ADHD. Van alle twee miljoen kinderen van 5 tot 14 jaar in Nederland zouden dus 60.000 tot 100.000 voldoen aan de diagnose ADHD. Het aantal kinderen dat voor ADHD behandeling nodig heeft wordt geschat op 40.000.

Bij de schatting hoeveel kinderen ADHD hebben, is de onderzoeksmethode die gebruikt wordt zeer belangrijk, zo blijkt uit Nederlands onderzoek onder adolescenten:

- Als alleen aan adolescenten zelf wordt gevraagd of ze last hebben van de symptomen van ADHD, dan lijkt het aantal kinderen met ADHD vrij laag; slechts enkele procenten.
- Als er alleen aan de ouders wordt gevraagd naar de symptomen van ADHD bij hun kinderen – zonder dat oordeel te checken bij de kinderen – dan wordt het aantal adolescenten met ADHD veel hoger ingeschat. Dat kan oplopen tot 35%.
- Als in plaats van de gebruikelijk diagnostische criteria (uit de DSM-IV) een ander, meer algemeen medisch classificatiesysteem (de ICD-10) wordt gebruikt, dan is het percentage juist kleiner (1 tot 4%). Dat komt omdat in het systeem strengere eisen worden gesteld aan de duur en de ernst van de klachten.

Het aantal kinderen met ADHD is de afgelopen twintig jaar niet of nauwelijks toegenomen. De ziekte wordt wel steeds beter herkend, waardoor het aantal behandelde kinderen spectaculair is gestegen.

Geschat wordt dat ongeveer 1 tot 3% van de jongvolwassenen lijdt aan ADHD. Ook dit percentage is sterk

afhankelijk van de gekozen criteria en meetinstrumenten.

## Natuurlijk beloop

### Beloop onder de algemene bevolking

Over het beloop van ADHD onder de algemene bevolking is vrij weinig bekend. Vrijwel alle informatie over het beloop is afkomstig van onderzoek onder behandelde patiënten.

### Beloop onder behandelde patiënten

Er is lang verondersteld dat ADHD een rijpingsprobleem was en dat het vanzelf zou verdwijnen met het ouder worden. Dat is onjuist gebleken. Van elke drie behandelde adolescenten met ADHD blijft de diagnose bij één persoon ook na het achttiende jaar van kracht. Voorts blijven van elke drie behandelende adolescenten bij één persoon de klachten in een iets mildere maar nog altijd hinderlijke vorm bestaan. Eveneens bij één van elke drie ten slotte verdwijnen de symptomen vrijwel helemaal.

### Factoren die het beloop bepalen

Het is op basis van de huidige stand van kennis niet met zekerheid te voorspellen of bij een kind met ADHD de klachten tot in de adolescentie of volwassenheid zullen blijven voortbestaan.

## Risicofactoren

### Geslacht en leeftijd

ADHD komt meer voor bij jongens dan bij meisjes. In bevolkingsonderzoeken wordt gevonden dat 2 á 3 maal zoveel jongens als meisjes ADHD hebben, terwijl bij kinderen die in behandeling zijn het aantal jongens zelfs 5 maal groter is dan het aantal meisjes. Bij volwassenen met ADHD ligt deze houding veel meer gelijk.

### Individuele kwetsbaarheid

- Onderzoek onder tweelingen, geadopteerde kinderen en hun gezinnen heeft duidelijk gemaakt dat erfelijkheid een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van ADHD. Van de kinderen van ouders met ADHD krijgt de helft ook ADHD. Broertjes en zusjes van een kind met ADHD hebben 3 tot 5 maal zoveel kans om zelf de stoornis te krijgen als andere kinderen. Het onderzoek naar specifieke genen die de kans op ADHD verhogen heeft tot nu toe niet geresulteerd in consistente uitkomsten. Wel zijn er aanwijzingen dat enkele genen die samenhangen met de dopamine-stofwisseling in de hersenen mogelijk een rol spelen.
- Enkele van de voorste delen van de hersenen zijn bij kinderen met ADHD gemiddeld 3 tot 11% kleiner dan bij andere kinderen. Ook zijn er aanwijzingen dat de hersenactiviteit van mensen met ADHD in bepaalde hersendelen minder is dan bij anderen.
- Kinderen lopen meer kans op ADHD als hun moeder tijdens de zwangerschap hoge bloeddruk had, overmatig rookte of veel dronk.
- Kinderen die te vroeg worden geboren met een te laag geboortegewicht lopen meer kans op ADHD.
- Uit recent Nederlands onderzoek op scholen voor kinderen met een lichte verstandelijke handicap blijkt de kans op ADHD 2 maal groter is dan bij kinderen zonder handicap. Er zijn ook aanwijzingen dat bij kinderen met een verstandelijke handicap het aantal meisjes met ADHD in verhouding groter is.
- In Nederland wordt ADHD bij allochtonen nauwelijks vastgesteld of behandeld. Het is niet waarschijnlijk dat ADHD bij allochtonen minder voorkomt. Waarschijnlijk wordt het bij hen minder opgemerkt door de taalbarrière en culturele verschillen. Mogelijk zijn de diagnostische criteria voor allochtone kinderen minder goed bruikbaar.
- Er bestaan tussen culturen geen grote verschillen in het voorkomen van aandachtsproblemen.

### Omgevingsinvloeden

De omgeving heeft geen grote invloed op het ontstaan van ADHD, mogelijk wel op het voortduren ervan.

- In veel gevallen is de chaotische gezinssituatie het gevolg van ADHD bij een van de ouders. Het is dan niet goed mogelijk de afzonderlijke invloed van erfelijkheid en omgeving te bepalen.
- Negatieve gezinsomstandigheden – huwelijksproblemen tussen ouders, een lage sociaal-economische status, groot gezin, criminaliteit van de ouders, plaatsing in een adoptiegezin – vergroten de kans op

het voortduren van ADHD.

- Bepaalde kenmerken van de omgang tussen ouders en kind – zoals agressie en strenge discipline, minder communicatie tussen vader en kind en minder efficiënte 'coping' van de moeder – vergroten de kans op het voortduren van ADHD. In de casus van Mike zagen we dat ADHD-gedrag kan verergeren of verminderen afhankelijk van hoe de omgeving inspeelt op het kind.
- Er zijn geen aanwijzingen dat er een verband is tussen het gebruik van suiker en gedragsproblemen bij kinderen.

Onder jeugd delinquenten komt ADHD veel voor. Ongeveer 25% van hen heeft een niet-herkende ADHD. Dat wil overigens niet zeggen dat ADHD in alle gevallen de oorzaak was van hun criminele gedrag. Er bestaat geen eenduidig en rechtstreeks verband tussen ADHD en criminaliteit. Het zijn vooral de bijkomende gedragsstoornissen en verslavingsproblemen die de kans op criminaliteit verhogen.

## Typen ADHD

De DSM-IV onderscheidt drie typen ADHD:

- Bij het onoplettende type is er vooral sprake van ernstige en aanhoudende aandachtszwakte. Dit noemen we ook wel ADD (Attention Deficit Disorder).
- Bij het hyperactieve/impulsieve type is er vooral sprake van ernstige en aanhoudende impulsiviteit en hyperactiviteit.
- Bij het gecombineerde type komen beide soorten problemen samen voor. Dit type ADHD komt het meeste voor.

Jongens met ADHD kampen vaker met hyperactiviteit, impulsiviteit en gedragsproblemen. Meisjes met ADHD hebben vaker last van intellectuele beperkingen en internaliserende problemen. Hierdoor wordt de diagnose ADHD bij meisjes vaak niet gesteld.

Bij volwassenen met ADHD treden de symptomen van hyperactiviteit wat minder op de voorgrond. De aandachtszwakte blijft echter bestaan, waardoor volwassenen met ADHD niet goed in staat zijn het eigen gedrag te organiseren en te plannen. Typische eigenschappen van volwassenen met ADHD zijn: chaotisch en rusteloos gedrag, te laat komen, druk praten, impulsief persoonlijke en werkrelaties aangaan en weer beëindigen, eigenwijsheid, chronische autoriteitsconflicten, job-hopping en een lage frustratietolerantie. Vaak is hun prestatie- en opleidingsniveau lager dan je op grond van hun intelligentie zou mogen verwachten.