



Psycho-educatie ADHD

1. WAT IS ADHD EN HOE UIT DIT ZICH?

Er bestaan geen psychologische of hersentesten om de diagnose vast te stellen. ADHD is een gedragsdiagnose: we baseren ons op observatie van het gedrag in het dagelijks leven en de problemen die eruit voortkomen.

Elk kind is wel eens druk en heeft het soms moeilijk om zich te concentreren. Enkel wanneer dit gedrag dermate oncontroleerbaar en ernstig is dat het het functioneren van het kind belemmert spreken we van een “stoornis”. Het woord “stoornis” is niet zo respectvol; we kunnen dus ook gewoon van “problematiek” of “beperking” of “moeilijkheid” spreken.

ADHD komt wereldwijd voor bij gemiddeld 6,5% van de kinderen tussen 6-12 jaar en 2,7% van de jongeren tussen 12-18 jaar. ADHD komt drie maal meer voor bij jongens dan bij meisjes.

De twee grote probleemgebieden zijn:

- Aandachtsproblemen
- hyperactiviteit/impulsiviteit

1.1. Aandachtsproblemen

Kinderen en jongeren met ADHD hebben problemen met volgehouden aandacht, hun aandacht is meestal erg oppervlakkig, ze zijn sterk afleidbaar en hebben heel wat moeilijkheden met plannen en organiseren.

Omdat het mobiliseren van aandacht zo moeilijk gaat, hebben ze moeite met opdrachten die een aangehouden denkinspanning vragen. Ze raken ook snel iets beu. Hierdoor hebben ze ook vaak een afkeer van schoolwerk. Door hun vergeetachtigheid en slordigheid raken ze gemakkelijk zaken kwijt en zijn ze vaak niet in orde met taken. Ze komen makkelijk te laat omdat ze vaak nog allerlei dingen inplannen om “lege tijd” te ontlopen. Soms uiteten de aandachtsproblemen zich in extreem dromerig en sloom zijn. Die kinderen zijn moeilijk te motiveren voor iets; ze lijken weinig energie te kunnen mobiliseren.

DSM-5 vermeldt volgende symptomen bij ‘aandachtsproblemen’

- Heeft vaak moeite om aandachtig te zijn voor details of maakt achteloze fouten in schoolwerk, op het werk of binnen andere activiteiten.
- Heeft vaak moeite om zijn aandacht bij opdrachten of spelactiviteiten te houden.
- Lijkt vaak niet te luisteren wanneer hij rechtstreeks wordt aangesproken.
- Volgt vaak instructies niet op en maakt schoolwerk of klusjes niet af (verliest focus, raakt op een zijspoor).
- Heeft vaak moeite om zich te organiseren voor taken of activiteiten (het werk is ongestructureerd en slordig en/of de deadlines worden niet gehaald).
- Vermijdt vaak, kijkt op tegen of is weigerachtig om taken te doen die een mentale inspanning vragen voor langere tijd (bv. huiswerk).
- Verliest vaak dingen die nodig zijn voor taken en activiteiten (bv. schoolgerief, boeken, portefeuille, sleutels, zwemgerief, ...)
- Is vaak verstrooid en makkelijk afgeleid door externe prikkels (bv. GSM)

- Is vaak vergeetachtig in dagelijkse activiteiten (vergeet afspraken, dingen mee te nemen, enz.).

1.2. Hyperactiviteit-impulsiviteit

Hyperactiviteit verwijst naar overmatig bewegen, grof-motorisch en/ fijn-motorisch. Deze kinderen hebben het moeilijk om rustig met iets bezig te zijn en hebben dan ook een voorkeur voor drukke en heftige activiteiten. Blijven stilzitten in de klas of aan tafel, stilstaan in de rij, ergens op wachten, is voor hen vaak lastig. Als ze toch moeten stilzitten wordt er veel geprutst en gepruld. Altijd is er wel iets in beweging. Zelf hebben ze vaak geen last van hun drukte maar die is wel storend voor de omgeving.

Impulsiviteit verwijst naar het feit dat deze kinderen 'doen' vooraleer ze 'denken'. Niet zelden brengen ze zichzelf daarmee in gevaar of in moeilijkheden. Ze hebben weinig geduld, alles moet snel gaan en liefst 'nu' gebeuren. Ze verdragen geen uitstel en kunnen zo moeilijk hun beurt afwachten. Hierdoor lijken ze voor de omgeving vaak onbeleefd of egoïstisch.

Onder hyperactiviteit en impulsiviteit vallen volgende symptomen volgens DSM-5:

- Beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of wiebelt op de stoel.
- Verlaat vaak de stoel in situaties waar verwacht wordt te blijven zitten.
- Loopt rond of klimt overal op in situaties waar dit niet gepast is (bij adolescenten of volwassenen eerder een rusteloos gevoel).
- Vaak niet in staat om rustig te spelen of zich bezig te houden met ontspannende activiteiten
- Is vaak 'in de weer' alsof hij gedreven wordt door een motor; komt niet tot rust.
- Praat vaak buitensporig veel
- Roept vaak het antwoord voor de vraag volledig gesteld is; onderbreekt anderen in gesprek.
- Heeft vaak moeite om zijn/haar beurt af te wachten.
- Stoort anderen vaak of dringt gemakkelijk op in een conversatie of een spel; gebruikt ongevraagd spullen van anderen.

Er moeten minstens 6 puntjes van één of beide lijstjes aanwezig zijn voor kinderen tot 16 jaar, of minstens vijf voor adolescenten van 17 jaar en ouder. De symptomen zijn aanwezig sinds minstens 6 maanden op een manier die storend is en niet past bij het ontwikkelingsniveau. Pas als deze gedragingen een patroon zijn dat zich in meer dan één context toont (bv. thuis en op school) en interfereert met het functioneren thuis, op school, sociaal zal een diagnose gesteld worden.

1.3. ADHD is dimensioneel en dynamisch

In de bevolking komen al deze symptomen "dimensioneel" voor. Je kan ze dus meer of minder vertonen, eerder dan wèl of niet. Enkel wanneer een bepaalde ernstgraad wordt overschreden wordt het ADHD genoemd. Net zoals je bij "bloeddruk" pas spreekt van een "hoge bloeddruk" als je boven een bepaalde grens meet. Bij iemand die zich boven de grens bevindt voor ADHD-gedrag, kan, bij het ouder worden, een verschuiving optreden, waardoor die onder de diagnostische grens terecht komt. We spreken dus van een dynamisch gegeven, waarbij je niet noodzakelijk je hele leven in de meest ernstige groep vertoeft.

1.4. Bestaan er meerdere vormen van ADHD?

Afhankelijk van de symptomen die op de voorgrond staan, dient er een onderscheid gemaakt te worden tussen de volgende presentaties:

- Gecombineerd beeld: minstens 6 symptomen van beide symptoomclusters aanwezig

- Overwegend onoplettend beeld: minstens 6 symptomen van onoplettendheid en minder dan 6 symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit
- Overwegend hyperactief-impulsief beeld: minstens 6 symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit en minder dan 6 symptomen van onoplettendheid

Op verschillende leeftijden zien we een andere verhouding van de relatieve proporties waarin de verschillende vormen voorkomen. Op kleuterleeftijd zien we vooral hyperactief-impulsieve beelden. Op lagere schoolleeftijd vooral onoplettende en gecombineerde beelden en in de adolescentie in hoofdzaak de onoplettende vorm. Bij eenzelfde kind kan het beeld dus veranderen in de loop van de ontwikkeling.

Sinds de DSM-5 dient ook de actuele ernst gespecificeerd te worden, omdat in de meeste internationale richtlijnen de eerste keuze behandeling daarvan afhankelijk is;

- Licht:
 - nipt 6 symptomen per dimensie zijn aanwezig
 - slechts lichte beperkingen in het functioneren.
- Matig:
 - symptomen of functionele beperkingen tussen 'licht' en 'ernstig'
- Ernstig:
 - (bijna) alle symptomen zijn aanwezig of verschillende bijzonder ernstige symptomen zijn aanwezig, of de symptomen leiden tot duidelijke beperkingen in het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren

1.5. ADHD staat niet voor 'stout' zijn.

ADHD staat zelf helemaal niet voor agressie of tegendraadsheid. Maar kinderen en jongeren met ADHD hebben door hun problematiek een verhoogde kans op het ontwikkelen van gedragsproblemen en -stoornissen (ongehoorzaamheid, opstandigheid, opvliëgendheid en later ook vaker antisociale moeilijkheden of verslavingsproblemen). Deze problemen zijn dus wel regelmatig het gevolg van ADHD en hoe daarop gereageerd wordt. Een juiste aanpak zal bijdragen om deze bijkomende problemen te voorkomen.

ADHD staat niet voor 'dom' zijn. Als je het lijstje symptomen nog eens doorleest dan is het vanzelfsprekend dat kinderen met ADHD een sterk verhoogde kans hebben op leerproblemen. Zij scoren daarom op school lager dan men op basis van pure intellectuele mogelijkheden kan verwachten. Het helpt ook niet om méér te verwachten, want de belemmeringen van hun ADHD-symptomen zijn reële moeilijkheden die leren en studeren lastiger maken.

ADHD kan bij elk niveau van intelligentie voorkomen, maar is iets frequenter bij verstandelijke beperkingen, omdat beide te maken hebben met een bemoeilijkte hersenontwikkeling.

2. HOE EVOLUEREN KINDEREN MET ADHD?

Op kleuterleeftijd vallen vooral de hyperactiviteit en impulsiviteit op. De (schoolse) verwachtingen op vlak van aandacht zijn op deze leeftijd nog erg beperkt waardoor er meestal nog geen negatieve effecten duidelijk zijn. Kleuterjjes kunnen door hun roekeloosheid soms erg gevaarlijke dingen doen (bv. weglooppedrag, plots de straat overlopen, ergens te hoog opklimmen, enz.). Hoe jonger de leeftijd hoe

moeilijker te voorspellen valt wat de evolutie van het gedrag zal zijn. Het is dus best te wachten met een diagnosestelling van ADHD tot na 5 jaar; vanaf dan wordt de stabiliteit van het gedrag groter.

Op lagere schoolleeftijd zien we het meest typische beeld van ADHD zoals in de symptoomlijstjes wordt weergegeven. De hersenfuncties die de zelfsturingsvaardigheden bepalen zijn volop in ontwikkeling. Ook bij kinderen met ADHD zien we dus verbetering in aandachtssturing en zelfcontrole met het ouder worden. Zolang er een opmerkelijke discrepantie in deze functies is tussen hen en hun leeftijdsgenoten blijft de diagnose gehandhaafd. Op kinderleeftijd is het gevaar het grootst dat zich bijkomende gedragsproblemen ontwikkelen, naast vroege leerproblemen.

In de adolescentie zien we veelal een afname van het uitwendig zichtbare hyperactieve gedrag maar eerder een toename van benoembare innerlijke rusteloosheid. Gezien de schoolse verwachtingen rond zelfstandig studeren, plannen, halen van deadlines, ... duidelijk toenemen in deze leeftijdsfase wordt de impact van de aandachtssturingsproblemen vaak nog veel duidelijker. Vooral bij het overwegend onoplettende type kan het zijn dat het beeld pas problematisch zichtbaar wordt op deze leeftijd. Niet zelden zien we dan een achteruitgang in en aversie voor studeren en enorm uitstelgedrag optreden. Ze lopen dan soms vast in of verlaten vroegtijdig de school.

Ook de nood aan zelfcontrole wordt groter gezien de toenemende vrijheid op deze leeftijd. We zien bij deze groep jongeren meer risicovol gedrag optreden op jongere leeftijd, meer experimenteergedrag met genotsmiddelen, sterkere multimediaslaving en meer risicovol seksueel gedrag. Opvolgingsstudies uit de jaren '90 toonden dat één op vier ADHD-kinderen uitgroeide tot een gedragsmoeilijke, delinquente jongere. Eén op vijf ontwikkelde een antisociale persoonlijkheid. De meeste kinderen met ADHD eindigden met een diploma dat duidelijk onder hun intelligentieniveau zat. .

Een deel van de kinderen functioneert goed op (jong)volwassen leeftijd en lijkt nog weinig last te ondervinden van de ADHD. Bij één op drie kinderen leiden de symptomen nog steeds tot disfunctioneren op volwassen leeftijd. Volwassenen met ADHD hebben vooral problemen met zelfsturing op het vlak van planning en organisatie. Ze stellen veel dingen uit en hebben een inadequate tijdsplanning. Hun rusteloosheid, oververbaliteit en nerveuze bewegingen vallen toch nog vaak op. Impulsiviteit toont zich bijvoorbeeld in impulsieve aankopen, (te) snelle beslissingen nemen en het opzoeken van kicks. Volwassenen met ADHD zijn meer betrokken bij ongevallen en zijn ook vaker de schuld van die ongevallen, vaak omwille van te snel rijden. Ze wisselen ook vaker van relaties en jobs.

Ook als ouders (met een kans van 25% op het hebben van een kind met ADHD) zien we de impact van hun ADHD. Ze zijn vaker opvliegend, sneller geïrriteerd en passen meer negatief ouderschap toe, wat het risico op ouder-kindproblemen doet toenemen. Er is geen verschil in positief ouderschap.

ADHD is dus geen onschuldig, tijdelijk gedragsprobleem. Het is een risicofactor voor vele negatieve ervaringen en mogelijke blijvende beperkingen.

Daarom zijn behandelprogramma's opgericht die trachten om dit patroon te doorbreken. Voorspellende factoren voor een minder goede prognose zijn de ernst van het ADHD-gedrag, de comorbiditeit met gedragsstoornissen en middelenmisbruik en een negatieve ouder-kind relatie.

3. WELKE BIJKOMENDE PROBLEMEN DOEN ZICH VAAK VOOR?

Kinderen en jongeren met ADHD vertonen vaak ook andere problemen. Dat is vaker wèl dan niet het geval. Sommige zijn te verklaren door een gemeenschappelijke genetische aanleg, andere zijn meer het gevolg van de bemoeilijkte opvoeding of de impact van ADHD op het dagelijkse leven.

- Leerproblemen en leerstoornissen (dyslexie, dyscalculie...)
- Ontwikkelingsproblemen (autisme spectrum stoornis, motorische problemen...)
- Gedragsproblemen, in ernstige vorm soms 'normoverschrijdende gedragsstoornis' of 'oppositieel opstandige gedragsstoornis' (geprikeld, weigerachtig, gespannen en wraakzuchtig functioneren)
- Depressieve of angstige klachten
- In- en doorslaaproblemen
- Relationale problemen

4. WAT ZIJN DE OORZAKEN VAN ADHD?

75-88% van de onderlinge verschillen is te wijten aan genetische (erfelijke) factoren.

De genetische aanleg bepaalt de verdere ontwikkeling van de hersenen, met name ook voor de functies die nodig zijn voor aandachtssturing, impulscontrole, denkactiviteiten enz. (zie verder: Hoe is ADHD neuropsychologisch te verklaren?).

Opvoedings- en omgevingsfactoren spelen mee

Een deeltje van die erfelijke bepaaldheid is toe te schrijven aan opvoedingsfactoren die samengaan met eventuele ADHD-kenmerken bij de ouder(s). Zo is een chaotische thuisomgeving een deel van de zogenaamde genetische bepaaldheid (omdat ouders die dezelfde ADHD-genen dragen tegelijk ook voor een meer ongestructureerde opvoeding zorgen). Hetzelfde geldt voor de associatie tussen ADHD en sociaal-financiële beperkingen. Ook is aangetoond dat kinderen met ADHD, gedrag uitlokken bij hun ouders dat het ADHD-gedrag nog gaat versterken (dit noemt men een evocatief gen-omgevingsinteractie-effect). Een deeltje van de genetische bepaaldheid wordt dus eigenlijk via opvoedingsfactoren verergerd.

Enkel in extreme omstandigheden kan opvoeding een oorzakelijke rol spelen. Zo vertonen kinderen die opgroeiden in een instelling met steeds wisselend personeel en beperkte opvoedingsondersteuning meer ADHD.

Ouders stellen zich dikwijls de vraag of zij de oorzaak zijn van de ADHD-problematiek, omdat ze vaak voelen dat anderen hen met een beschuldigende vinger wijzen. Opvoedingsfactoren zijn dus belangrijk ALS er al een kwetsbaarheid voor ADHD in het kind aanwezig is. De relatie ouder-kind is mee bepalend voor de toekomst van kinderen met ADHD.

12-25% valt te verklaren door andere risicofactoren

- Roken, alcohol, verhoogde stress tijdens de zwangerschap
- Vroeggeboorte, laag geboortegewicht, zuurstoftekort bij de geboorte
- Intra-uteriene infectie
- Hersenbeschadiging door een infectie of ongeval, schildklierandoening, epilepsie
- Voedselallergieën of toxische stoffen (loodvergiftiging)

5. HOE IS ADHD NEUROBIOLOGISCH TE VERKLAREN?

Hersenonderzoek bij ADHD toont weinig consistente verschillen met de hersenen van kinderen zonder ADHD. Er zijn wel enkele verschillen in volume van de grijze hersenschors (de hersencellaag) aangetoond, die een trager rijpingsproces weergeven met een normalisatie bij een groot deel van de jongeren tijdens de late adolescentie en een blijvend verschil bij een kleiner deel. In de witte hersenstof (de zenuwscelbanen) worden ook iets minder dense banen en minder grote verbindingen gevonden.

Ook bij onderzoek naar de hersenfuncties worden verschillen gevonden in hoe de hersenen reageren als bepaalde opdrachten moeten uitgevoerd worden. Zo is er veelal minder hersenactiviteit tijdens typische denk- en concentratietaken (executieve functies), maar ook andere hersenreacties bij beloningen of bij uitstel.

In het algemeen blijkt de hersenactiviteit bij personen met ADHD kleiner te zijn als reactie op een zintuiglijke prikkel. Dit lijkt terug te voeren te zijn tot een verminderde vrijzetting van de scheikundige stoffen (neurotransmitters als dopamine en noradrenaline) die de elektrische prikkeloverdracht van de ene hersencel naar de andere moeten verzorgen. Zo lezen we dus bij EEG-onderzoek (een elektro-encefalogram) of bij ERP onderzoek (event related potentials) een lagere elektriciteitsproductie af aan de schedeloppervlakte. Wanneer er medicatie wordt gegeven of wanneer de kracht van de zintuiglijke prikkel wordt verhoogd, dan wordt er meer neurotransmitter geproduceerd en normaliseert het signaal.

Al deze bevindingen betreffen groepsverschillen tussen kinderen met en zonder ADHD-diagnose. Ze zijn niet geschikt voor onderzoek bij 1 individu en hebben dus geen waarde voor diagnostiek.

6. HOE IS ADHD NEUROPSYCHOLOGISCH TE VERKLAREN?

Er werd al heel wat onderzoek verricht naar de hersenfuncties die anders verlopen bij personen met ADHD. De hieronder beschreven neuropsychologische disfuncties blijken geassocieerd aan ADHD. Ook hier geldt weer dat het groepsverschillen betreft en dat niet ieder kind of jongere met ADHD de beschreven functieproblemen vertoont. Sommige van deze problemen zijn ook niet specifiek voor ADHD en komen ook voor bij andere ontwikkelingsstoornissen zoals autisme.

ADHD als inhibitiestoornis

= deze kinderen hebben het moeilijk met het afremmen van impulsen

Kinderen met ADHD kunnen minder goed weerstand bieden aan de meest voor de hand liggende en/of de meest krachtige prikkels. Ze worden getrokken naar de voor hen sterkste prikkel. Zodra een krachtiger prikkel opduikt, worden ze afgeleid van de vorige. Eens een reactie door een sterke prikkel in gang is gezet, hebben ze minder mogelijkheden om die reactie nog af te remmen. Dit voortdurend gezogen worden naar aantrekkelijke prikkels maakt dat ze niet of te weinig oriënteren op meer banale, rustiger en ernstiger activiteiten. Het kost hen veel meer moeite om zich daarop te (blijven) focussen. Krachtige prikkels zijn onder meer: geautomatiseerde reacties, intrinsiek motiverende factoren (dingen die de kinderen heel graag doen), extrinsiek motiverende factoren (beloningen enz.), felle, sensationele en nieuwe prikkels, enz.

ADHD als executieve functiestoornis

= deze kinderen hebben problemen met het sturen van zichzelf (zelfregulatie)

De executieve functies van de hersenen zijn een soort 'managementfuncties': ze overdenken en besturen het eigen gedrag. Ze zorgen ervoor dat we kunnen plannen en uit onze ervaringen zaken leren om toe te passen in andere situaties. Dit omvat ook het 'werkgeheugen' waarin informatie tijdelijk wordt vastgehouden, zodat we ze kunnen manipuleren en erover 'denken'. Dit komt tot uiting in een soort 'interne stem' die ons denken en handelen actief en bewust begeleidt, maar ook in een bewuste aandachtscontrole. We praten als het ware innerlijk tegen onszelf. Zo kunnen we plannen, tijd overzien, fouten corrigeren, enz. Verschillende executieve functies, waaronder het werkgeheugen, blijken bij kinderen met ADHD minder goed te werken.

ADHD als motivatiestoornis

= deze kinderen hebben het moeilijk met taken waarbij de beloning veraf, onduidelijk of onzeker is

Kinderen met ADHD verdragen moeilijk uitstel en kunnen moeilijk wachten. Als je ze wil belonen of straffen zal het effect van deze consequentie veel kleiner zijn naargelang er meer tijd zit tussen het gedrag en de reactie erop, in vergelijking met kinderen zonder ADHD. Zij kunnen weinig motivatie opbrengen voor taken of opdrachten waarbij de beloning veraf (onduidelijk of onzeker) is. Ze willen graag alles nu meteen, zo niet verliest het zijn aantrekkingskracht. Kinderen met ADHD komen dan ook vaak over als zuchtige, hebberige, ongeduldige kinderen.

ADHD als tijdsperceptiestoornis

= deze kinderen schatten de tijd slecht in: het lijkt alsof alles langer duurt

Kinderen met ADHD hebben ook duidelijk problemen met het aanvoelen en inschatten van een tijdsverloop. Ze zullen de tijdsduur altijd langer inschatten, alsof de tijd voor hen trager lijkt te gaan. Dat maakt ook dat ze steeds het gevoel hebben dat de deadlines nog heel veraf zijn en dat er nog een zee van tijd is...

ADHD als toestandsregulatiestoornis

= deze kinderen vertonen een verstoring in hun activatietoestand (zichzelf activeren)

Een prikkel moet al behoorlijk bijzonder, nieuw en sensationeel zijn om voor kinderen met ADHD voldoende betekenis te hebben. Zij reageren minder op gewone binnenkomende informatie en zijn vooral ingesteld op aantrekkelijke en krachtige informatie. Wanneer er van buitenaf een fiks tempo wordt opgelegd, functioneren hun hersenen behoorlijk goed. Wanneer er echter grote tussenpauzes worden gelaten of wanneer ze zelf het tempo mogen bepalen, gaan hun hersenen minder actief zijn. Dan worden de kinderen fysiek rusteloos en actief als reactie op deze lakse, onaangename toestand. Vooral de overgangen van inactivatie naar activatie van hun hersenactiviteit zijn moeilijk.