

## **Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Eerder verschenen in Speciaal Onderwijs, Elimpost & TS voor Remedial Teaching, periode 1998-2000)**

**Jos Haartmans**

Het leven van jongeren met ADHD lijkt een chaos. Ze vergeten veel, hebben moeite om hun aandacht bij de les en proefwerken te houden, hun prestaties vallen tegen en op het schoolplein worden ze omdat ze vaak ongevraagd in allerlei kleine conflicten verzeild raken geconfronteerd met vervelende reacties van medeleerlingen.

Thuis is hun kamer een puinhoop, alles ligt door elkaar en de ouders moeten hen regelmatig tot de orde van de dag roepen. Veel ouders zien het op een gegeven moment niet meer zitten met zo'n chaoot en trekken dan ten einde raad aan de bel. In deze gevallen wordt na onderzoek vaak gemeld dat hun kind een ADHD-kind is. Dat kan heel confronterend zijn, temeer omdat veel ouders een soort voorgevoel hebben en door media al eens op de hoogte zijn gebracht van dit gedragspatroon.

**De term ADHD en de belangrijkste kenmerken:**

ADHD is de afkorting van 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder'. Door regulatiestoornissen in de werking van de hersenen ontstaan problemen in de regulatie van aandacht, namelijk de selectie van prikkels en het onderdrukken van prikkels (Dit noemen we ook wel inhibitie). Kinderen met ADHD hebben minder hersenactiviteit in het frontale deel van de hersenen, exact in dat deel waarvan bekend is dat het betrekking heeft op remming van gedrag, ongeremd reageren, weerstand bieden tegen afleiding en controle over de mate van beweeglijkheid.

**ADHD heeft drie hoofdkenmerken:**

1. Concentratiezwakte (snel afgeleid zijn, moeite met het vasthouden van aandacht);
2. Impulsiviteit (slechte planning, moeite met denken alvorens te handelen);
3. Overbeweeglijkheid in een aantal situaties (bijvoorbeeld op het schoolplein, in een volle en grote weinig begrensde klasesituatie).

Vroegere benamingen van ADHD zijn o.a. 'hyperkinetisch syndroom' en 'minimal brain dysfunction' (MBD). Bij MBD werd uitgegaan van lichte, niet of nauwelijks aanwijsbare hersenbeschadiging als gevolg van zuurstoftekort tijdens de geboorte. Tegenwoordig wordt ervan uitgegaan dat aan ADHD een stoornis van de rijping van het centrale zenuwstelsel ten grondslag ligt (Delfos, 1997). Daarbij zou de erfelijke aanleg een belangrijke rol spelen. Een vertraagde rijping heeft o.a. als gevolg zindelijkheidsproblemen en leerstoornissen zoals dyslexie, dyscalculie en dysgrafie. Tussen de 20 en 30% van de ADHD-kinderen heeft minstens één soort leerstoornis. ADHD-kinderen vertonen drie tot vijf keer zoveel leerstoornissen dan andere kinderen. Daarnaast kunnen er ook problemen in emoties en gedrag ontstaan.

Tussen de vijf en tien procent van de schoolgaande kinderen heeft ADHD.

In Amerikaanse literatuur treffen we nieuwe namen voor ADHD aan zoals 'Behavioral Inhibition Disorder' (BID) en 'Developmental Disorder of Self-Control' (DDSC) welke in het Nederlands vertaald zouden kunnen worden in respectievelijk 'Gedragsremmingsstoornis' en 'Ontwikkelingsstoornis van de zelfbeheersing' (Barkley 1995, 1997).

**Het spectrum van ADHD en comorbiditeit:**

**Binnen het spectrum van ADHD-beelden kunnen we vier types onderscheiden:**

1. ADHD met overwegend aandachtsproblematiek;
2. ADHD met overwegend hyperactiviteit en impulsiviteit;
3. ADHD met zowel aandachtsproblematiek als hyperactiviteit en impulsiviteit;
4. ADHD-NAO (NOA staat voor duidelijke ADHD-kenmerken, echter alleen worden de criteria niet gehaald). De grootste groep kinderen valt onder het derde type.

ADHD-kenmerken kunnen naast kinderpsychiatrische problematiek voorkomen. Het is dan van grote importantie vast te stellen of de ADHD oorzaak of gevolg is van de kinderpsychiatrische problematiek of dat er sprake is van comorbiditeit. De term 'comorbiditeit' refereert aan het regelmatig waargenomen en beschreven fenomeen dat veel kinderen en jeugdigen die verwezen zijn naar (GGZ-)instellingen niet één maar meerdere diagnoses krijgen, met andere woorden er komen meerdere problemen tegelijkertijd voor. Comorbiditeit duidt dus een bepaalde correlatie cq. het geïntercorreleerd zijn van gedrag. Dit kan te maken hebben met:

- werkelijk te onderscheiden stoornissen;
- verschillende stoornissen die eenzelfde etiologie hebben;

-fouten in diagnostische procedures;

-onjuistheden in de nosologie (Ziekteleer cq. classificatie in de medische wereld) en gebrek aan goede definities.

In de praktijk zien we vaak stoornissen bij kinderen en jeugdigen die moeilijk te categoriseren zijn. Zo kan een kind bijvoorbeeld overactief, impulsief, ongeconcentreerd en agressief zijn. Daarnaast kan het ook met regelmaat in ruzies een rol spelen of een keer iets stelen in een winkel. Bovendien kan datzelfde kind ook een zwaarvoedige, teruggetrokken, eenzame en onverschillige indruk maken. De vraag is dan of dat kind in aanmerking komt voor de DSM IV-categorie 'aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit' of 'oppositieel-opstandig gedrag' of 'anti-sociale gedragsstoornis' of 'depressieve stoornis' of een combinatie hiervan. Vragen die dan verder naar boven komen zijn 'Is er sprake van meerdere separate stoornissen of dient de symptomatologie opgevat te worden als één geheel? Is er één oorzaak of zijn er meerdere?'

Vaak voorkomende nevendiaagnoses zijn gedragsstoornissen, PDD-NOS (Haartmans, 1999), Frafiele X syndroom, Williams-Breuren Syndroom, het Syndroom van Gilles de la Tourette, schildklierafwijkingen, epilepsie, voedselallergie en loodintoxicatie.

Veel kinderen, vooral die met comorbide ADHD, hebben problemen op school.

Het is van belang deze kinderen en jongeren nauwgezet te observeren. Voor de gedragswetenschappers die aan de school verbonden zijn is het een goede zaak hun eigen psychodiagnostisch onderzoek te laten aanvullen met een gedragsobservatie, door hen zelf te verrichten en/of door de klasselerkracht. In elk geval moet de observator die de leerling gaat 'screenen' goed kennen. Normaliter is het wenselijk dat zo'n observator eerst ongeveer twee maanden werkt met de leerling zodat hij op grond van observatie (en geen interpretatie) een gedragsvragenlijst kan invullen. Deze stap, die beschouwd moet worden als een belangrijk onderdeel van Pedagogisch LeerlingVolgSysteem (PLVS) en een positieve meerwaarde toevoegt aan het psychologisch onderzoek kan nieuwe of aanvullende inzichten leveren in het stellen van een diagnose en in het opstellen van een Orthopedagogisch HandelingsPlan (OPH).

**De diagnose ADHD en classificatie:**

Belangrijk is dat bij de diagnostisering van ADHD specialistisch onderzoek plaats vindt en dat er vervolgens via een classificatiesysteem nagelopen wordt of het het gedragsbeeld en de voorgeschiedenis van kind aan de beschreven criteria voldoen (1).

Een classificatiesysteem beschrijft en ordent stoornissen of syndromen aan de hand van een aantal typische kenmerken behorend bij een bepaalde categorie. We spreken van een 'syndroom' wanneer een complex van kenmerken of symptomen aanwezig is waarvan we hopen dat er nog een nader op te helderen oorzaak aangeduid zal zijn. In de psychiatrie wordt in plaats van 'syndroom' gesproken over 'stoornis' ('Disorder').

Het meest gangbare classificatiesysteem is de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)', welke onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association verschenen is. De meest recente, de vierde, editie dateert van 1994.

De DSM IV is een classificatie van psychische stoornissen die ontwikkeld is voor gebruik bij de hulpverlening, opleiding en onderzoek. Het doel van het classificatiesysteem is het geven van heldere beschrijvingen van diagnostische categorieën teneinde het onderzoekers mogelijk te maken diagnoses te stellen, erover te communiceren, verder onderzoek te doen en te behandelen. Een DSM-IV diagnose wordt meestal gebruikt voor het huidige beeld van een persoon en wordt in het algemeen niet gebruikt om te verwijzen naar eerder gestelde diagnoses waarvan betrokkenen hersteld is. De volgende specificaties die ernst en verloop aangeven kunnen na de diagnose worden gesteld: licht, matig, ernstig, gedeeltelijk in remissie, volledig in remissie en voorgeschiedenis.

-Licht: Geen of slechts weinig symptomen zijn aanwezig dan nodig om de diagnose te stellen, en de symptomen leiden tot niet meer dan geringe beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren.

-Matig: Symptomen of functionele beperkingen tussen 'licht' en 'ernstig' zijn aanwezig.

-Ernstig: Veel meer symptomen dan nodig voor het stellen van een diagnose, of er zijn verschillende symptomen aanwezig die bijzonder ernstig zijn of leiden tot duidelijke beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren.

-Gedeeltelijk in remissie: Eerder is aan de volledige criteria van de stoornis voldaan maar actueel zijn er nog enkele verschijnselen of klachten over.

-Volledig in remissie: Er is geen enkel symptoom of verschijnsel van de stoornis meer aanwezig, maar het lijkt nog steeds zinvol de stoornis vast te leggen.

-Voorgeschiedenis: Om een aantal redenen kan het nuttig zijn vast te leggen dat in de voorgeschiedenis aan de criteria van de stoornis voldaan is, zelfs wanneer de betrokkenen geacht wordt hiervan hersteld te zijn. In de DSM IV zijn vijf assen van classificatie opgenomen.

-As I: Klinische Stoornissen; Aandoeningen en psychische problemen met uitzondering van persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid.

-As II: PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN EN ZWAKZINNIGHEID; Het belangrijkste kenmerk van een persoonlijkheidsstoornis is een stabiel patroon van innerlijke ervaring en gedrag welke opvallend afwijkt van

de verwachtingen van de cultuur van het individu en zich manifesteert in tenminste twee van de volgende gebieden: cognitie, affectiviteit, interpersoonlijk functioneren of impulscontrole. Het is steeds aanwezig en leidt tot belangrijke problemen of tekortkomingen in sociaal-, school- of beroepsmatig leven. Het patroon is stabiel en van lange duur en kan tenminste tot de puberteit of jong volwassenheid worden herleid. Het kan niet worden verklaard door een andere psychische stoornis of misbruik van middelen (drugs of medicatie).

-As III: Somatische Aandoeningen; Dit zijn psychische stoornissen door een somatische aandoening.

-As IV: Psychosociale en Omgevingsfactoren; Dit is bijvoorbeeld een negatief 'life event', een moeilijkheid of onvolkomenheid in de omgeving (bijvoorbeeld scheiding, seksueel misbruik), een stressor in het gezin (bijvoorbeeld werkeloosheid) of andere relaties of een beperking in maatschappelijke steun (discriminatie, analfabetisme) die men nodig acht.

-As V: Algehele beoordeling van het functioneren; Het vastleggen van het oordeel over het algemene niveau van het functioneren gebeurt met behulp van de Global Assessment of Functioning Scale (GAF-schaal). De GAF-schaal moet uitsluitend gescoord worden voor wat betreft het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren. De GAF-schaal loopt van 100 (Uitstekend functioneren bij een groot aantal activiteiten, levensproblemen lijken nooit uit de hand te lopen, men komt de persoon toe van wege de vele positieve kwaliteiten. Geen symptomen) tot 10/1 (Voortdurend ernstig gevaar voor zichzelf of anderen, bijvoorbeeld terugkerende gewelddadigheid, of voortdurend niet in staat zijn tot een minimale persoonlijke hygiëne of ernstige suicidepoging met de duidelijke verwachting dood te zullen gaan).

Doordat de DSM IV meerassig is kunnen gegevens gemakkelijker geordend worden, kan de heterogeniteit van personen met dezelfde diagnose gedifferentieerder beschreven worden en kan het model zowel in de kliniek, als in de school als in researchinstellingen gehanteerd worden. DSM IV en ADHD:

De DSM-IV noemt een aantal criteria:

A. Ofwel (1) of (2):

(1) Zes of meer van de volgende symptomen van aandachtstekort ten minste zes maanden in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

**Aandachtstekort:**

a: Slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten.

b: Heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden.

c: Lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt.

d: Volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk of karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen).

e: Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten.

f: Vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen.

g: Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden.

h: Wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels.

i: Is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

(2) Zes (of meer) van de volgende symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit gedurende tenminste zes maanden in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

**Hyperactiviteit:**

a: Beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel.

b: Staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn/haar plaats blijft zitten.

c: Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waar dit ongepast is.

d: Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten.

e: Is vaak in de weer of draaft maar door.

f: Praat vaak aan een stuk door impulsiviteit.

g: Gooit het antwoord er al vaak uit voordat de vragen afgemaakt zijn.

h: Heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten.

i: Verstoot vaak bezigheden van anderen en dringt zich op (mengt zich bijvoorbeeld brutaal in een gesprek of spel).

B. Enkele van de symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit of onoplettendheid die beperkingen veroorzaken bestonden reeds voor het zevende jaar.

C. Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op

school of werk en thuis).

D. Er moeten duidelijke aanwijzingen zijn voor klinisch belangrijke beperkingen in sociale, schoolse of beroepsmatig functioneren. De symptomen komen niet uitsluitend voor tijdens de duur van een pervasieve stoornis, schizofrenie, of andere psychotische stoornis, en kunnen niet beter worden verklaard door een andere mentale stoornis (bijvoorbeeld stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, of een persoonlijkheidsstoornis).

**Diagnostische observatie in de school:**

Binnen de schoolsituatie is het aanbevolen om naast het traditioneel multi-disciplinair onderzoek van ADHD ook ruimte in te richten voor screening van gedrag, zowel in de classesituatie van verschillende lessen (een gymnastiekles buiten of binnen in de gymzaal of een les algemene techniek in een groter lokaal is anders dan een reken of taalles in de vaste klas) en verschillende situaties (de schoolpleinsituatie is wezenlijk anders dan de klassensituatie). Daartoe dienen leerkrachten en/of gedragswetenschappers goede observatieschalen cq. gedragsvragenlijsten te hanteren.

Binnen de context van het thema ADHD kan bijvoorbeeld de Child Behavior Check List (CBCL), hier bekend onder de naam 'Gedragsvragenlijst 4-18 jaar' gebruikt worden. Deze is in te vullen door de ouders of verzorgers, de leerkracht (Teacher Report Form) als door de persoon zelf (Youth Self Report). Met name de categorie 'Aandachtproblemen' geeft indicaties. Het CBCL-profiel bevat echter meerdere syndroomschalen die ook weer indicaties geven die met de problematiek kunnen samenhangen.

**Illustratie: CBCLTRF Profiel**

Een ander instrument is de Attention Deficit Hyperactivity Disorder Test (Gilliam 1995), waarvan sinds 1998 een geormerkte Nederlandse vertaling is (Haartmans 1998). De ADHDT bestaat uit 36 items die volgens een 3-puntschaal gescoord worden. Na scoring worden de ruwe scores via een tabel omgezet in standaard- en percentiescores en gevisualiseerd in een profiel dat drie ADHD-factoren bevat, namelijk hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachttekort.

**Illustratie: ADHDT profiel**

**De Pedagogische Kijk- & Handelingswijzer ADHD:**

De Pedagogische Kijk- & Handelingswijzer bestaat uit een beschrijving van gedrag, een beschrijving van goede en betrouwbare vragenlijsten/observatieschalen, diagnostische werkschema's met observatiecategorieën en een beschrijving van handelingswijzers voor verschillende orthopedagogische problematieken, namelijk sociale angst, faalangst, teruggetrokken gedrag, pdd-nos, oppositioneel gedrag, delinquent gedrag, pervasieve ontwikkelingsstoornissen, adhd en heel specifieke syndromen. Ter illustratie vermelden we een *beknopt* gedeelte.

**Pedagogische Kijkwijzer:**

**ADHD-hoofdkenmerken:**

1. Concentratiezwakke: moeite met het vasthouden van aandacht, niet luisteren bij aanspreken, verhoogde afleidbaarheid, aanwijzingen niet opvolgen, moeite hebben met het afmaken van opdrachten, taken vermijden, dingen kwijt raken, vergeetachtig zijn.
2. Impulsiviteit: antwoorden voordat de vraag af is, moeite hebben met op de beurt wachten, anderen veelvuldig storen met name door veel praten.
3. Overbeweeglijkheid: onrustig zijn, draaien en wiebelen op de stoel, doordraven, van de plaats af lopen, aan een stuk door praten.

**Pedagogische Handelingswijzer:**

- Ga er steeds van uit dat het gedrag niet bewust gestuurd wordt
- Word niet boos of geïrriteerd
- Zorg dat je altijd als eerste in de klas bent
- Zorg voor orde, rust, consequente regels en vaste regelmaat
- Visualiseer het dagritme
- Hanteer een tijdschema met een hulpmiddel
- Maak een afspraak over welke manier aandacht vragen toegestaan is
- Zeg niet alleen wat niet mag maar vooral hoe het wel moet
- Geef één opdracht tegelijk; doseer in stapjes

- Geef na een voltooide taak een compliment
- Ga niet een lang moraliserend verhaal houden
- Laat niet te veel spullen op tafel nemen
- Werk met een zelf-instructiebandje
- Werk met een geheugenkaartje
- Hanteer de 'Stop' en denk-regel
- Structureer alle situaties sterk voor
- Laat met de computer werken
- Bouw regelmatig een bewegingsactiviteit in
- Wees altijd prompt met een beloning of straf; stel dat niet uit naar later
- Geef interessante lessen
- Gebruik taak-lijstjes (Wat moet ik eerst doen? Wat volgt dan?)
- Laat zelf verwoorden
- Richt een apart werkhoekje in
- Zorg dat je overzicht hebt over de klas
- Werk met specifieke programma's (2)
- Verwijs naar de huisarts voor eventuele medicatie (Bijvoorbeeld ritaline, dixarit, inderal)

Tot slot:

Kinderen en jongeren met ADHD lopen dagelijks tegen veel teleurstellingen aan. Wanneer ze niet goed begeleid en/of begrepen worden kunnen ze ontsporen en hun heil in andere zaken zoeken zoals drugs of crimineel gedrag.

Het is van groot belang dat leerkrachten op de hoogte zijn van alle achtergronden van dit gedrag en van de speciale begeleiding er van.

Net zo goed als veel ADHD-kinderen iedere keer weer opnieuw bereid zijn te vergeven en opnieuw te starten geldt dit ook voor leerkrachten. Ook zij zullen deze kinderen altijd weer, dag in dag uit, opnieuw moeten voorprogrammeren en opnieuw kansen moeten bieden.

Pedagogische grondhouding, energie, gemotiveerdheid voor het boeiende werk en nascholingsbereidheid om de deskundigheid te vergroten behoren daarbij.

Literatuur:

- Barkley R.A. : Taking charge of ADHD, Guilford Press 1995 (Zie ook de Nederlandse vertaling van Dam-Middelkoop van M., Swets & Zeitlinger 1997).
- Barkley R.A. :ADHD and the nature of self-control. The Guilford Press New York, London, 1997.
- Barkley R.A.: Defiant Children, The Guilford Press New York, LONDON 1997 (Zie ook de Nederlandse vertaling van Dam-Middelkoop van M, Swets & Zeitlinger 1998)
- Delfos M.F. Kinderen en gedragsproblemen. Swets & Zeitlinge Lisse 1997.
- Gilliam J.A.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder Test. PRO-ED Texas 1995.
- Haartmans J.J.A.M.; Diagnostiek en behandeling in het Speciaal Onderwijs. Speciaal Onderwijs 1997 nr. 7, blz. 220-228.
- Haartmans J.J.A.M. : De Pedagogische Kijk- & Handelingswijzer. POBOS-uitgave 1999 (Alleen verkrijgbaar in combinatie met POBOS-nascholing).
- Haartmans J.J.A.M.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder Test (Vertaling Gilliam ADHDT met toestemming van uitgeverij PRO-ED Texas 1998).
- Haartmans J.J.A.M. : Autistische Stoornissen. Speciaal Onderwijs 1999 nr. 4, blz. 111-119.
- Kalverboer A.F.: De nieuwe buitenbeentjes. Lemniscaat Rotterdam 1996.
- Koster van Groos: Beknopte Handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV (Vertaling van de DSM IV Washington 1994). Swets & Zeitlinger, bureau-editie 1995.
- Parker H.C. : The ADD Hyperactivity Workbook for parents, teachers and kids. Specialty Press, Inc., Florida, 1994.
- Parker H.C.: The ADD Hyperactivity Handbook for Schools. Specialty Press Inc. , Florida 1996.
- Sanders-Woudstra J.A.R, Verhulst F.C. & Witte de H.F.J. (Red.): Kinder- & Jeugdpsychiatrie. Psychopathologie en behandeling. Deel 1. Van Gorcum Assen/Maastricht 1995.
- Verhulst F.C. & Verheij F. (Red.): Kinder- & Jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek Deel 2. Van Gorcum Assen/Maastricht 1996.
- Verheij F. & Verhulst F.C. (Red.): Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Behandeling en begeleiding. Deel 3. Van Gorcum Assen/Maastricht 1996.
- Verhulst F.C, Ende v.d. & Koot H.M.: Handleiding voor de Teachers Report Form, Rotterdam 1997.