



# Veel gestelde vragen over ADHD

## Wat is de juiste test om uit te maken of iemand ADHD heeft ?

Tot nu toe bestaat er geen enkele biologische of psychologische test die zwart op wit kan aantonen dat je ADHD hebt. ADHD is per definitie en in eerste instantie een gedragsdiagnose. Dat wil zeggen dat de hulpverlener zich bij het stellen van een diagnose zal baseren op waarneembare kenmerken in het dagelijks gedrag, met name concentratieproblemen en/of overactiviteit en impulsiviteit. De beschrijvingen van dat gedrag zullen bevestigd worden bij de personen die het meest vertrouwd zijn met de jongere (ouders, opvoeders, leerkrachten). Op het eerste zicht lijkt dit niet zo moeilijk, maar de kenmerken van ADHD kunnen zich naargelang de leeftijd, de situatie, de aanwezigheid van andere personen zeer verschillend gaan uiten. Gezien deze kenmerken zich op een continuüm bevinden moet een vergelijking gemaakt worden met personen met eenzelfde ontwikkelingsniveau en met de impact ervan op het functioneren. Bovendien kunnen deze kenmerken ook het symptoom zijn van een andere problematiek of kan het beeld van ADHD gemaskeerd worden door één of meerdere bijkomende stoornissen. De diagnostiek van ADHD is dus toch complex en gebeurt bij voorkeur door een team van gedragspecialisten. Een kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek maakt gebruik van een diversiteit aan informatie, verkregen van verschillende informanten en via verschillende methoden.

## Is ADHD niet eerder een goedaardige gedragsvariant ?

Kinderen met ADHD kunnen zeker en vast erg lief en charmant zijn. Ze kunnen ook allerlei krachten en talenten hebben. Maar het is een misvatting dat ADHD een goedaardige gedragsvariant is die geen aandacht van de hulpverlening vereist, om de eenvoudige reden dat er per definitie enkel een diagnose wordt gesteld als dat niet zo is. We spreken dus pas van ADHD als dit gedrag een ingrijpende weerslag heeft op het functioneren van kinderen en jongeren (bv. een moeilijke schoolcarrière, moeilijk lopende relaties, emotionele problemen, ...) én risico's met zich mee voor hun verdere ontwikkeling (ongeveer 50% van hen ontwikkelt ook oppositionele of antisociale gedragsproblemen).

## Komt ADHD vaker voor dan vroeger?

ADHD wordt vaak afgeschilderd als een welvaartsprobleem dat meer en meer voorkomt. Men verwijst daarbij naar mogelijke maatschappelijk oorzaken als foute voeding (teveel suikers), maatschappelijke gezinsfactoren (ouders die minder aanwezig zijn doordat ze beiden werken), kinderen die een te jachtig leven leiden, het gebrek aan buitenruimte, het teveel aan schermen gekluisterd zitten, enz. ... Epidemiologische cijfers tonen aan dat ADHD wereldwijd evenveel voorkomt en dus niet te verklaren is op basis van de welvaartsstatus van een land. Evenmin tonen die cijfers een stijging in het voorkomen van die gedragingen over de voorbije 30 jaar. Wat uiteraard wel is veranderd is hoe we aankijken tegenover deze gedragingen. Het herkennen en erkennen van dit gedragsbeeld als een diagnose, die leidt naar een hulpverleningspad is tot stond gekomen op basis van inzichten uit onderzoek. In de eerste plaats heeft longitudinaal onderzoek aangetoond dat deze gedragingen een risico vormen voor de verdere ontwikkeling van een kind: er is een hogere kans op latere psychiatrische problemen (angst- en stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen), middelenmisbruik, schools onderpresteren met een lager diploma als gevolg, risicovol gedrag in het verkeer en seksueel gedrag (tienerzwangerschap), antisociaal en delinquent gedrag, relationele problemen, problemen in het ouderschap en problemen op de werkvloer. Om al die redenen wordt ADHD nu gedetecteerd zodra het leidt tot lijdensdruk en/of problemen in het functioneren en behandeld in de hoop de prognose positief te kunnen beïnvloeden.



## Is elk kind met ADHD druk en impulsief?

De indeling van ADHD gebeurt op basis van 2 gedragsdimensies: aandachtsproblemen enerzijds en hyperactief/impulsief gedrag anderzijds. Je kan dus een aandachtsprobleem hebben zonder dat er sprake is van opmerkelijk hyperactief/impulsief gedrag of omgekeerd. Men spreekt in het eerste geval van ADHD met een hoofdzakelijk aandachtsdeficiënte presentatie. Soms zegt men kortweg ADD. Als beide gedragsdimensies in grote mate aanwezig zijn, wordt het een gecombineerde presentatie en indien enkel het hyperactief/impulsieve gedrag op de voorgrond staat wordt het die gelijknamige presentatie.

De proporties waarin de verschillende presentaties voorkomen verschillen met de leeftijd. Op kleuterleeftijd zorgt het overbeweeglijke gedrag het vaakst voor problemen. Op lagere schoolleeftijd is de gecombineerde presentatie het meest prevalent en in de tiener- en adolescentieleeftijd neemt het aandachtsdeficiënte type de overhand. De typering is dus relatief, gezien ze in de loop van de ontwikkeling bij eenzelfde kind kan veranderen

## Is ADHD het gevolg van slechte opvoedkundige vaardigheden?

ADHD is eerst en vooral in hoge mate genetisch bepaald. Eerstegraadsverwanten van iemand met ADHD vertonen in 1 op 4 van de gevallen hetzelfde gedragsbeeld. Bij adoptiebroers en -zussen is dat slechts even vaak als in de algemene bevolking, waardoor het duidelijk is dat de familiale component die wordt vastgesteld in hoofdzaak genetisch en niet opvoedkundig is. Op basis van meer dan 20 grote tweelingstudies werd een gemiddelde erfelijkheid berekend van 75 %.

In die genetische component zitten coderingen (voorprogrammatie) die onder meer de hersenontwikkeling gaan bepalen.

Het uittekenen van die programmatie kan echter nog beïnvloed worden door **omgevingsfactoren**.

Zo kunnen risicofactoren als roken tijdens de zwangerschap of een stress door een problematische opvoeding de codering nog verder negatief beïnvloeden (epigenetische gen-omgevingsinteracties) waardoor ADHD nog sterker tot uiting komt.

De invloeden op de hersenontwikkeling zijn zichtbaar op meerdere niveaus als we kinderen met ADHD vergelijken met kinderen zonder:

1. Hersenchemie: de prikkeloverdracht tussen de zenuwcellen via de neurotransmitter dopamine verloopt niet optimaal.
2. Hersenstructuur: bepaalde gebieden van de hersenen zijn bij kinderen met ADHD minder ontwikkeld, de hersenrijping verloopt over het algemeen trager en de lange afstands-zenuwverbindingen zijn minder denses.
3. Hersenfunctie: bepaalde hersengebieden zijn minder actief tijdens het uitvoeren van bepaalde denkopdrachten of juist hyperactief tijdens moeilijke situaties zoals wachten.

## **Omgevingsfactoren die het risico op ADHD verhogen (bij genetisch kwetsbare kinderen):**

- Voor de geboorte (prenataal): Blootstelling aan toxische stoffen (bv roken, alcohol, drugs).hoge angst of stress bij de moeder tijdens de zwangerschap
- Bij de geboorte (perinataal):
  - Complicaties tijdens de geboorte die bijvoorbeeld tot zuurstoftekort leiden
  - Prematuriteit
  - Dysmaturiteit
- Na de geboorte (postnataal):
  - Verwaarlozing
  - Institutionaliserings (geen eenduidige hechtingsfiguur)
  - Intoxicatie met zware metalen
  - Specifieke voedselintoleranties



In zeer extreme situaties (verwaarlozing en institutionalisering) kan ADHD het gevolg zijn van erbarmelijke opvoedingsomstandigheden en in combinatie met een genetische voorbeschiktheid kunnen minder extreme psychosociale risicofactoren tot ADHD leiden. De belangrijkste oorzaken van ADHD zijn echter de genetische voorbeschiktheid en een aantal biologische risicofactoren die de hersenontwikkeling beïnvloeden.

### Kan men uit ADHD “uitgroeien” ?

De prevalentie van ADHD vermindert met de leeftijd. Gemiddeld voldoet ongeveer 6,5% van de lagere schoolkinderen aan de diagnose (meer jongens dan meisjes) en 3% van de adolescenten en volwassenen. Bij meer dan de helft van de kinderen wordt het gedrag dus minder problematisch bij het ouder worden. Ook de hersenstructuur en –functie normaliseert bij een aantal kinderen en de correlatie tussen beide (gedragsverbetering en hersenbeeldnormalisatie) is zeer hoog. Een deel van de kinderen lijkt dus echt uit het ADHD-beeld te groeien. Soms dragen die jongeren wel nog de gevolgen van de impact van ADHD op hun ontwikkeling (schoolse achterstand, gedragsproblemen, relatieproblemen enz.) Bij de behandeling moet er dus ook oog zijn voor de aanpak van de gevolgen en de comorbide problemen.

### Is ADHD in de volwassenheid hetzelfde als ADHD in de kindertijd?

De ontwikkeling bij ADHD kenmerkt zich door een probleem op vlak van de aandacht, de wijze van reageren (impulsief) en het motorisch gedrag (hyperactief). Deze drie kernsymptomen uiten zich op verscheidene manieren naargelang de leeftijd van de persoon.

Over de voorlopers van ADHD op **babyleeftijd** is nog weinig geweten. Uiteraard vertellen ouders soms over een moeilijk regelbare of huilbaby, maar er is nog geen prospectief onderzoek dat een eenduidige relatie aantoont tussen babygedrag en latere ADHD.

In de **kleutertijd** komen al meer de typische kenmerken van ADHD tot uiting. De top zes van meest voorkomende klachten in die leeftijdszone zijn:

1. zijn altijd in de weer.
2. vertonen buitensporig loop- en klimgedrag.
3. volgen instructies niet op.
4. kunnen niet stilzitten.
5. vertonen een tekort aan volgehouden aandacht.
6. zijn sterk afgeleid.

We zien dus dat de drukte, de hyperactiviteit op de voorgrond staat. Druk gedrag op de leeftijd van 3 jaar is nog een te zwakke voorspeller voor later, zodat het stellen van een diagnose op die leeftijd zal leiden tot veel vals positieve en vals negatieve diagnoses. Vanaf de leeftijd van 5 jaar wordt de voorspellende waarde meer betrouwbaar. Vaak zijn er op deze leeftijd ook andere ontwikkelingsproblemen (bv. spraak/taalontwikkelingsvertraging, motorische ontwikkelingsproblemen).

Het **lagere schoolkind** vertoont het typische beeld zoals beschreven in de 18 DSM-5 kenmerken. Daarnaast zien we bij ongeveer 40% oppositionele en/of antisociale gedragsproblemen ontstaan en treedt er vaak een schoolse achterstand op.

In de **adolescentie** vermindert de hyperactiviteit. Vaak wordt die vervangen door innerlijke onrust. Er is nog steeds sprake van verhoogde impulsiviteit en aandachtsproblemen en vooral op emotioneel vlak zien we veel schommelingen. De gedragsproblemen blijven nog aanwezig en er is meer risicovol experimenteergedrag op jonge leeftijd. Planning en organisatieproblemen staan sterk op de voorgrond. Bij **volwassenen** zien we een gelijkaardig beeld als bij de adolescenten, met vooral ook problematisch uitstelgedrag (procrastinatie). Bij “zelfdiagnose” blijken op volwassen leeftijd evenveel vrouwen als mannen bij zichzelf ADHD te herkennen, terwijl er op kinderleeftijd een duidelijk overwicht aan jongens is.



## **Presteren alle kinderen met AD(H)D slecht op school?**

Kinderen met ADHD kunnen ook erg goed zijn op school in bepaalde vakken of zelfs over de hele lijn. Impact op functioneren heeft dan meer te maken met problemen in hun sociale relaties en opvoedingsmoeilijkheden thuis. ADHD kan zich manifesteren bij kinderen met alle niveaus van begaafdheid, maar is iets meer prevalent bij kinderen met een lager IQ. Opmerkelijk is ook dat sommige leerkrachten van nature meer impact hebben op kinderen met ADHD. Naarmate ze meer structuur aanbieden in de lessen en/of meer enthousiasmerend en entertainend zijn en/of meer investeren in een persoonlijke relatie met de leerling met ADHD.

## **Hebben alle kinderen met AD(H)D medicatie nodig ?**

Ongeveer 1/3 van de kinderen met ADHD kan zonder medicatie geholpen worden, mits aanpassingen in de omgeving. Het gaat dan veelal om milde vormen en voornamelijk aandachtsproblemen. Bij de meer ernstige vormen van ADHD blijkt medicatie nodig om de symptomen te verminderen. Medicatie heeft effect op de beide gedragsdimensies: het verbetert het concentratievermogen en vermindert de hyperactiviteit en impulsiviteit.

## **Verhoogt medicatie de kans op verslaving?**

Behandeling van ADHD met medicatie leidt tot een halvering van het risico op middelenmisbruik of -verslaving in de adolescentie. Als je een ernstige vorm met ADHD hebt, bedraagt het risico 40% maar als die ADHD goed behandeld wordt -met andere medicatie- bedraagt de kans slechts 13 tot 14% (t.o.v. 10% bij niet-ADHD jongeren). Medicatie is dus geen stepping-stone naar pillengebruik of andere middelen.