

Angst voor overdiagnostiek is ongefundeerd

# ADHD zeker geen modegril

Rob Rodrigues Pereira,  
kinderarts, Maasstad  
Ziekenhuis, Rotterdam

dr. Sandra Kooij,  
psychiater, PsyQ Haaglanden

prof. dr. Jan Buitelaar,  
hoogleraar psychiatrie en  
kinder- en jeugdpsychiatrie,  
Radboud Universiteit Nijmegen  
en Karakter Kinder- en Jeugd-  
psychiatrie

Alle auteurs zijn gespeciali-  
seerd in ADHD bij kinderen en/  
of volwassenen.

Correspondentieadres:  
jjsk@xs4all.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Belangen van de auteurs: Jan Buitelaar is adviseur/spreker voor Janssen, Eli Lilly, Bristol-Myer Squibb, Organon/Shering Plough, UCB, Shire, Medice, Servier, Bioprojet, Pfizer en Servier. Sandra Kooij is spreker voor Janssen en Eli Lilly en ontving unrestricted research grants van Janssen en Shire. Rob Rodrigues Pereira is adviseur/spreker voor Janssen, Eli Lilly, Shire en Eurocept. De auteurs zijn geen van allen in dienst van een van deze bedrijven en hebben ook geen aandelen.

ADHD is een modediagnose die artsen veel te gemakkelijk stellen. Regelmatig verschijnen er berichten met die strekking in de media. Ze leiden tot onzekerheid bij patiënten, en tot het onterecht stopzetten van de medicatie, met disfunctioneren tot gevolg. Tijd voor nuancering.

**A**DHD wordt in de media steeds vaker afgedaan als modediagnose, in plaats van als een chronisch invaliderende handicap waarbij medicatie een essentiële rol vervult.<sup>1-4</sup> Hulpverleners zouden uit gemakzucht het falen van kinderen op school met een pilletje willen wegwerken.

ADHD is echter een sterk erfelijk bepaalde aandoening die begint in de kindertijd en die levenslang klachten en disfunctioneren kan veroorzaken.<sup>5</sup> Kinderen en volwassenen met ADHD presteren beneden hun intellectuele niveau, hebben leer-, werk- en relatieproblemen. Zij worden vaker ontslagen, hebben meer ongelukken, een slechtere gezondheid, en doen het op allerlei gebied beduidend minder goed dan mensen zonder ADHD.<sup>6</sup> Dit komt stelselmatig uit follow-uponderzoek en blijkt ook uit bevolkingsonderzoek zoals het Nemesis-2-onderzoek naar impulsstoornissen van het Trimbos-instituut.<sup>7</sup>

ADHD gaat bovendien bij minimaal tweederde van de kinderen en volwassenen gepaard met andere psychiatrische stoornissen zoals gedragsstoornissen, dyslexie, depressie, angst, verslaving en slaapproblemen.<sup>8-9</sup> Volwassenen met ADHD hebben gemiddeld drie bijkomende stoornissen.<sup>10-11</sup> Zij hebben recht op goede diagnostiek en behandeling, niet alleen voor ADHD, maar voor alle stoornissen.

Een andere twijfel die in de media wordt geuit, is of ADHD wel een betrouwbare diagnose is. Hoe vreemd dit ook moge klinken, een

keiharde test is er voor geen enkele psychiatrische diagnose, zelfs niet voor schizofrenie of autisme. De diagnose ADHD is vaktechnisch even goed onderbouwd als andere psychiatrische stoornissen.

## Hype

En is er dan sprake van een hype, zoals vaak wordt beweerd? Ook hier luidt het antwoord nee. De grote toename van ADHD-diagnoses bij kinderen, en ook bij steeds meer volwassenen, hangt samen met de toegenomen kennis en behandel mogelijkheden.

In een recent interview met Medisch Contact stelde de Amerikaanse psychiater Allen Frances dat de vierde versie van het classificatiesysteem van de American Psychiatric Association (DSM-IV) heeft bijgedragen aan een ADHD-epidemie (MC 45/2010: 2386). Ontegenzeggelijk kan verruiming van de diagnostische criteria leiden tot een toename van de administratieve prevalentie van ADHD. Maar er is geen enkel bewijs dat de DSM-IV-criteria verruimd zijn ten opzichte van de voorgaande versies.

De toename van het aantal diagnoses is een gewenste ontwikkeling als daarmee bepaalde groepen die eerst ondergediagnostiseerd werden – adolescenten, meisjes, etnische minderheden, volwassenen – nu herkend en geholpen kunnen worden. Als verworven wetenschappelijke inzichten niet ten goede komen aan patiënten, dan is er immers iets mis met de geneeskunde. Los van het feit dat een herzie-



Volgens betrouwbare cijfers komt ADHD voor bij 5 procent van de kinderen tot 19 jaar.

beeld: Corbis

ning van de DSM een operatie is met moeilijk te overziene gevolgen, is de geplande aanpassing van het leeftijds criterium bij ADHD in DSM-V (eerste symptomen niet meer aanwezig voor het 7de, maar voor het 12de jaar) gebaseerd op solide empirische evidentie. De aanpassing wordt door alle experts toegejuicht.

#### Prevalentie

De vraag of de diagnose ADHD te vaak wordt gesteld, kan alleen worden beantwoord door de meest betrouwbare cijfers over het vóórkomen van ADHD in Nederland af te zetten tegen het aantal behandelde patiënten. ADHD komt voor

bij 5 procent van de kinderen en bij 3 tot 4 procent van de volwassenen.<sup>10-13</sup>

We weten niet hoeveel mensen met ADHD gediagnosticeerd zijn in Nederland, maar wel hoeveel er

ADHD-medicijnen voorgeschreven krijgen (bron: IMS Health 2009). Hoewel niet iedereen met de diagnose ADHD deze medicatie gebruikt, vormt het medicijngebruik toch een afspiegeling van het aantal diagnoses.

Een kleine uitzondering vormen patiënten met narcolepsie (<1000).

Uit de cijfers van het eerste halfjaar van 2009 blijkt dat 75.000 kinderen en 38.000 volwassenen ADHD-medicatie kregen voorgeschreven. Uitgaande van een prevalentie van 5 procent bij kinderen en een totaal aantal van 4 miljoen Nederlandse kinderen tot 19 jaar (bron: CBS 2009), gaat het om 200.000 kinderen met ADHD. Van hen gebruikte 37,5 procent ADHD medicatie, meest methylfenidaat. Bij de volwassenen gaat het 480.000 personen (4% van 12 miljoen volwassenen), van wie 8 procent deze medicatie gebruikte. Van overbehandeling of overdiagnostiek is dus geen sprake. De cijfers tonen juist aan dat ADHD nog altijd niet voldoende wordt herkend en behandeld, vooral bij volwassenen. De toename van het aantal diagnoses en voorschriften is dus, mits op zorgvuldig wijze tot stand gekomen, gewenst.

#### Fout-positief

Of ADHD soms bij de verkeerde personen wordt vastgesteld, is vooralsnog lastig vast te stellen. Voor zover bekend is er in Nederland nog nooit onderzoek naar de juistheid van

## Medicijngebruik vormt ween afspiegeling van het aantal ADHD-diagnoses



Kinderen met ADHD die worden behandeld met stimulantia, hebben minder last van bijkomende angsten en depressies.

beeld: NYT/Redux, HH

de gestelde diagnoses gedaan. In Engeland is dergelijk onderzoek echter wel verricht, bij 500 kinderen die in psychiatrische zorg waren. Een fout-positieve diagnose kwam slechts eenmaal voor. Het betrof een patiënt die was hersteld met behandeling, en die daardoor niet meer aan de criteria voldeed. De behandelaars bleken daarentegen acht ADHD-diagnoses te hebben gemist.<sup>14</sup>

Zorgvuldige diagnostiek van ADHD bestaat uit onderzoek van de patiënt, aangevuld met informatie van de familie over de aanwezigheid van ADHD-symptomen, de leeftijd van aanvang, de ernst van de symptomen en chronisch disfunctioneren. Voor kinderen zijn er verschillende gestructureerde interviews (K-SADS, SCICA, DISC), voor volwassenen is er het gestructureerde Diagnostisch Interview voor ADHD (DIVA 2.0).<sup>6</sup> Tevens hoort gericht onderzoek naar de comorbide stoornissen plaats te vinden.

Een state of the art behandeling bestaat uit voorlichting aan patiënt en familie over de kenmerken van ADHD, de neurobiologische achtergronden, de gevolgen voor het functioneren, de comorbiditeit en

de volgorde van behandeling van alle stoornissen. Dan volgt bij kinderen ouderbegeleiding, gedragstherapie en medicatie, bij volwassenen coaching, cognitieve gedragstherapie en medicatie, ook voor comorbiditeit.<sup>6 15-17</sup> De rol van de huisarts bestaat uit signaleren, verwijzen en na afloop overname van de medicamenteuze behandeling.

## Op langere termijn verwaarlozen patiënten vaak hun medicatie

### Effectiviteit van medicatie

Medicatie is binnen enkele weken buitengewoon effectief bij minimaal 50-70 procent van de kinderen en volwassenen.<sup>16 18-20</sup> De beschikbare gegevens van de veelbesproken Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) en andere observationele studies laten zien dat de medicatie gedurende de 1 tot 2 jaar dat het gecontroleerde onderzoek duurde, effectiever bleef dan placebo.<sup>21 22</sup> Het is onduidelijk wat precies de positieve effecten van medicatie op de langere termijn zijn, omdat er nooit placebogecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van stimulantia is verricht met een follow-up van meer dan 2 jaar.<sup>23</sup>

Zeer waarschijnlijk hangt eventuele afname van effectiviteit samen met de therapietrouw. Op langere termijn stoppen of verwaarlozen mensen met ADHD vaak hun medicatie. Ook in de MTA-studie tonen speekseltesten zeer slechte *compliance* aan.<sup>24</sup> Daardoor is het niet duidelijk wat precies de oorzaak is van het ontbreken van een effect van de medicatie, maar in elk geval kan het effect niet optreden als de medicatie niet wordt ingenomen.

De conclusie is in elk geval niet dat ADHD-medicatie standaard zo lang mogelijk moeten worden voorgeschreven, noch dat medicatie na 1 tot 2 jaar moet worden gestopt. Vaststaat wel dat ADHD in de meeste gevallen in en na de adolescentie nog klachten en disfunctioneren veroorzaakt, waardoor er vaak behoefte zal zijn aan voortzetting van de behandeling. Deze beslissingen moeten op individuele basis worden genomen door de behandelend arts, in overleg met de patiënt.

### Bijkomende stoornissen

Het MTA-onderzoek laat zien dat behandeling met ADHD-medicatie het optreden van bijkomende stoornissen bij kinderen niet voorkomt.<sup>25</sup> In ander onderzoek met een observatieperiode van 10 jaar bleken kinderen met ADHD die behandeld zijn met stimulantia echter minder last te hebben van bijkomende angsten en depressies dan de niet-behandelde kinderen met ADHD.<sup>26</sup> In Amerikaans bevolkingsonderzoek bij volwassenen bleek dat onderbehandeling de percentages bijkomende stoornissen sterk verhoogt.<sup>10</sup> Het heeft dus zin ADHD te behandelen, niet alleen vanwege de ADHD zelf, maar ook vanwege de potentiële afname van bijkomende stoornissen.

Dan rest tot slot de vraag of ADHD-medicatie veilig is op lange termijn. Recent follow-up-onderzoek gedurende 10 jaar bij kinderen toonde geen relatie aan tussen lengte en


**SAMENVATTING**

- ADHD is een chronisch invaliderende stoornis die voorkomt bij 3 tot 5 procent van de kinderen en volwassenen. Het komt niet meer voor dan vroeger, maar wordt beter herkend.
- De diagnose ADHD kan betrouwbaar worden gesteld met psychiatrisch onderzoek, en de behandeling is effectief.
- ADHD gaat vaak gepaard met gedragsstoornissen, dyslexie, angst, depressie, verslaving en/of slaapproblemen
- De ernst van ADHD ontkennen leidt niet tot verdwijning, maar tot verschuiving van het probleem naar inadequate en dure zorg.

ADHD-status of gebruik van stimulantia.<sup>27</sup> De langetermijneffecten van ADHD-medicatie op hartslag en bloeddruk worden gecontroleerd, en blijken miniem.<sup>28</sup> Het optreden van suïcidaliteit, psychotische of manische symptomen is tijdens gebruik van stimulantia zeer zeldzaam.<sup>29 30</sup> Ook is er geen toegenomen kans op verslaving bij normaal gebruik van psycho-stimulantia.

**Angst**

Het is al met al onduidelijk waar de maatschappelijke angst voor deze goed behandelbare

stoornis vandaan komt. De ernst van ADHD ontkennen en de stoornis inadequaat behandelen leidt tot hogere maatschappelijke kosten. Kinderen, adolescenten en volwassenen met ADHD lopen namelijk een niet te verwaarlozen risico op chronisch onderpresteren en bijkomende psychiatrische stoornissen. En door de erfelijkheid en chroniciteit is ADHD een enorme last voor patiënten en de maatschappij. Als dit wordt ontkend, zal de zorgbehoefte niet afnemen, maar verschuiven, met chroniciteit tot gevolg in dure, niet-passende zorg. 

**Op het spoor van ADHD aan de hand van vier vragen**

Dr. J.J.S. Kooij, psychiater

**Ultrakorte Vragenlijst voor ADHD bij volwassenen**

ja    nee

Indien het antwoord op één of meer van bovenstaande vragen 'ja' is:

**4. Heeft u dit altijd gehad?**  
(zolang u zich kunt herinneren, of bent u het grootste deel van uw leven zo geweest)

Indien het antwoord op vraag 4 'ja' is, overweeg dan verdere diagnostiek van ADHD.

**Over de Ultrakorte Vragenlijst voor ADHD bij volwassenen**

Deze Ultrakorte Vragenlijst voor ADHD bij volwassenen kan dienen om bij verdenking op ADHD een eerste snelle screening te doen<sup>1</sup>. In de klinische praktijk blijkt de vragenlijst goed te voldoen, hoewel deze nog niet gevalideerd is in onderzoek. De Ultrakorte vragenlijst past de DSM-IV criteria toe voor de diagnose: de drie kernsymptomen onrust of hyperactiviteit, impulsiviteit en concentratie- of aandachtsproblemen worden uitgevraagd. Een symptoom moet er niet af en toe, maar doorgaans zijn.

Als dat het geval is, moet het symptoom er bovendien altijd zijn geweest, vanaf de kindertijd. Alle drie mogelijke subtypen van ADHD worden met deze vier vragen uitgevraagd: het inattente of onoplettendheid type, het hyperactief/impulsieve type en het gecombineerde type ADHD. Uit de vragenlijst komt naar voren dat de kern van ADHD niet zozeer de aanwezigheid van één of meer symptomen is, als wel de chroniciteit ervan (altijd gehad/altijd zo geweest).

**Hoe verder na de eerste screening?**

Als er reden is om aan ADHD te denken kan verdere diagnostiek worden verricht met de uitgebreidere Zelfrapportage Vragenlijst voor Aandachtsproblemen en Hyperactiviteit, voor kindertijd en volwassenheid (2 x 23 items, online beschikbaar via [www.psyq.nl](http://www.psyq.nl), met uitslag over de kans op ADHD). Voor de medewerkers uit de ggz is er het gestructureerde Diagnostisch Interview voor ADHD (DIVA), online beschikbaar via [www.psyq.nl/Kenniscentrum](http://www.psyq.nl/Kenniscentrum).

Referentie: <sup>1</sup>J.J.S. Kooij. ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling. 3e druk, Pearson. (2009).



OPTIMISTISCH, SPECIALISTISCH, TOEGANKELIJK



**In MC Document van deze week weerlegt psychiater Sandra Kooij dat ADHD een hype zou zijn. Ze laat zien dat het een ziekte is met grote gevolgen die met de juiste medicatie goed te behandelen is.**



De literatuurlijst en meer artikelen en informatie over ADHD en links naar kenniscentra en verenigingen vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).



## Referenties

1. Nieweg EH. Reactie op 'Follow-up van de MTA-studie bij kinderen met ADHD: wat vertellen de data wel, en wat niet?' Tijdschr Psychiatr. 2010; 52(8): 599.
2. Buitelaar JK. Antwoord aan Nieweg. Reactie op 'Follow-up van de MTA-studie bij kinderen met ADHD: wat vertellen de data wel, en wat niet?' Tijdschr Psychiatr. 2010; 52(8): 603-5.
3. Buitelaar JK. Follow-up van de mta-studie bij kinderen met adhd: wat vertellen de data wel, en wat niet? Tijdschr Psychiatr. 2010; 52: 255-7.
4. Nieweg EH. Is adhd-medicatie na 2-3 jaar uitgewerkt? Over de verrassende, maar weinig bekende follow-up van het mta onderzoek. Tijdschr Psychiatr. 2010; 52: 245-54.
5. Wilens TE, Spencer TJ. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. Postgrad Med. 2010; 122(5): 97-109.
6. Kooij JJS. ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling. Amsterdam: Pearson Assessment and Information; 2009.
7. Graaf R de, Have M ten, van Dorsselaer S. NEMESIS 2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: Trimbos-Instituut; 2010.
8. Elia J, Ambrosini P, Berrettini W. ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2008; 2(1): 15.
9. Goodman DW, Thase ME. Recognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: implications for identification and management. Postgrad Med. 2009; 121(5): 20-30.
10. Fayyad J, de Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. British Journal of Psychiatry. 2007; 190: 402-9.
11. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. American Journal of Psychiatry. 1993; 150(12): 1792-8.
12. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. Am J Psychiatry 2007; 164(6): 942-8.
13. Kessler RC, Adler L, Berkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. American Journal of Psychiatry 2006; 163(4): 716-23.
14. Foreman DM, Ford T. Assessing the diagnostic accuracy of the identification of hyperkinetic disorders following the introduction of government guidelines in England. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2008; 2(1): 32.
15. Paternotte A, Buitelaar JK. Het is ADHD. Alles over de kenmerken, diagnose, behandeling en aanpak thuis en op school. Bohn, Stafleu & van Loghem; 2010.
16. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen. Multidisciplinaire Richtlijn ADHD. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. Utrecht; 2005.
17. Kooij JS, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpenter PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. BMC Psychiatry. 10(67): 67.
18. Kooij JJS, Burger H, Boonstra AM, van der Linden PD, Kalma LE, Buitelaar JK. Efficacy and safety of methylphenidate in 45 adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized placebo-controlled double-blind cross-over trial. Psychological Medicine. 2004; 34(6): 973-82.
19. Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Doyle R, Surman C, Prince JB, et al. A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 2005; 57(5): 456-63.
20. NICE Guideline. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. www.nice.org.uk; 2008.
21. Murray DW, Arnold LE, Swanson J, Wells K, Burns K, Jensen P, et al. A clinical review of outcomes of the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (MTA). Curr Psychiatry Rep 2008; 10(5): 424-31.
22. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Arch Gen Psychiatry 1999; 56(12): 1073-86.
23. Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 48(5): 484-500.
24. Pappadopulos E, Jensen PS, Chait AR, Arnold LE, Swanson JM, Greenhill LL, et al. Medication adherence in the MTA: saliva methylphenidate samples versus parent report and mediating effect of concomitant behavioral treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 48(5): 501-10.
25. Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Multimodal Treatment Study of children with Attention-deficit/hyperactivity disorder. ArchGenPsychiatry 1999; 56(12): 1088-96.
26. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Faraone SV. Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. Pediatrics 2009; 124(1): 71-8.
27. Biederman J, Spencer TJ, Monuteaux MC, Faraone SV. A naturalistic 10-year prospective study of height and weight in children with attention-deficit hyperactivity disorder grown up: sex and treatment effects. J Pediatr 2010; 157(4): 635-40, 40 e1.
28. Godfrey J. Safety of therapeutic methylphenidate in adults: a systematic review of the evidence. J Psychopharmacol 2009; 23(2): 194-205.
29. Merkel RL, Jr., Kuchibhatla A. Safety of stimulant treatment in attention deficit hyperactivity disorder: Part I. Expert Opin Drug Saf 2009; 8(6): 655-68.
30. Merkel RL. Safety of stimulant treatment in attention deficit hyperactivity disorder: part II. Expert Opin Drug Saf 2010; 9(6): 917-35.

## Extra literatuur:

Stuiterend door het leven? Alles over ADHD, van diagnose tot behandeling. R. Rodrigues Pereira, Inmerc BV, 2005.