

NEUROPSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIEK IS ONNODIG OM ADHD TE CLASSIFICEREN!

ZO, DE TOON IS GEZET. DAN HEBBEN WE DAT VAST GEHAD. DIT STUK GAAT OVER EEN WAT MIJ BETREFT ZEER HARDNEKKIG EN KWALIJK MISVERSTAND DAT IN DE GGZ HEERST, ZOWEL IN HET KINDER- EN JEUGDVELD ALS BIJ DE VOLWASSENEN. | YARON KALDENBACH

Het misverstand heerst niet alleen onder bijvoorbeeld psychiaters en psychologen/orthopedagogen, maar soms zelfs onder degenen van de laatstgenoemde categorie die zelf psychodiagnostisch onderzoek doen en dus beter zouden moeten weten. Zij beantwoorden namelijk vragen die ze helemaal niet *kunnen* beantwoorden op basis van hun psychodiagnostisch onderzoek (lees: testonderzoek) en zijn daarmee niet alleen ethisch discutabel bezig, maar ook kwetsbaar bij een klacht.

Ik wil het met u hebben over het doen van een psychodiagnostisch onderzoek (vaak een PO genoemd) als onderdeel van het onderzoek naar ADHD. Daarbij zal ik u de bekende toelichting op het onderscheid tussen ‘diagnostiek’ en ‘classificatie’ besparen, maar mijn pijlen richten zich op degenen die (neuro)psychologische tests gebruiken voor de *classificatie* van ADHD bij individuele cliënten.

Voorbeeld

Laten we uitgaan van de situatie waarin er *niet* standaard een PO wordt gedaan. Een kind heeft een intake gehad en er is twijfel of het nu wel of geen ADHD is (ADHD-classificatie is helaas een dichotoom proces: er is op basis van consensus een grens afgesproken, waarboven je ‘ineens’ ADHD hebt; alle *sub-thresholds* hebben dan geen ADHD en dan heb je als hulpverlener niet meer te bieden dan een eventuele NAO-classificatie). Om uitsluitel te bieden, wordt bij dit kind een neuropsychologisch onderzoek (NPO) aangevraagd waarbij wordt gekeken naar de aandachtsfunctie en inhibitie. ADHD gaat immers onder meer over afleidbaarheid en impulsiviteit, en dat kunnen we meten. In de huidige kinder- en jeugdpraktijk kom je dan vaak uit bij instrumenten als de Amsterdamse Neuropsychologische Taken (ANT), de D2, de Bourdon-Vos, de TEA-Ch, de

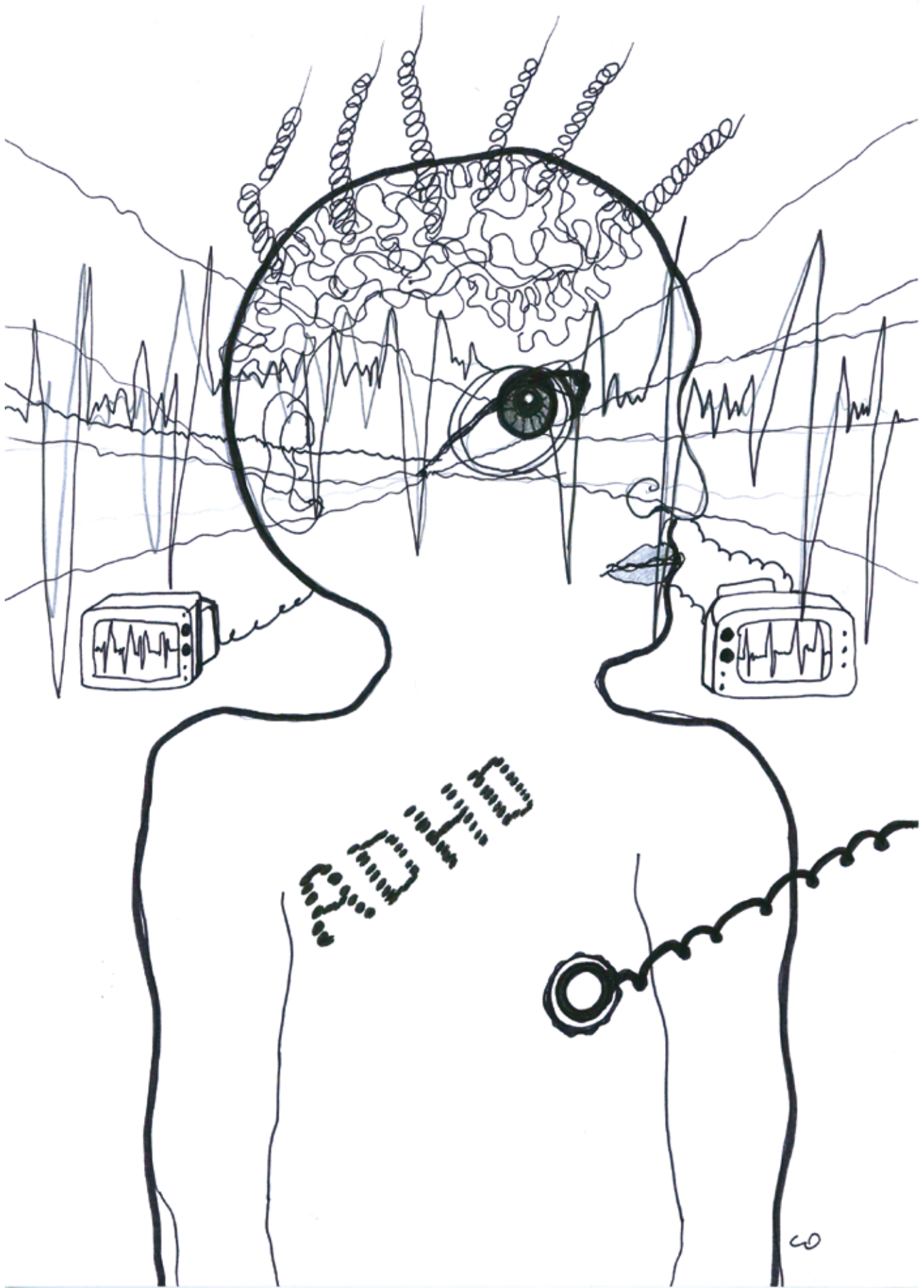
Stroop kleur-woord Test of de Trailmaking Test. Veel van deze instrumenten zijn niet of slecht door de COTAN beoordeeld op zaken als betrouwbaarheid en validiteit en per test zijn verdere individuele kanttekeningen te plaatsen, vooral wat betreft de normgegevens waarmee onderzochte kinderen vergeleken worden. Van sommige tests zijn meerdere normeringen in omloop waarvan de bron en psychometrische kwaliteit niet altijd bekend zijn. Er bestaat eigenlijk in Nederland geen enkele onfeilbare test die aandacht of inhibitie bij kinderen meet.

Laten we twee scenario’s van uitersten doornemen en als eerste veronderstellen dat de zojuist genoemde casus in het NPO ‘schoon’ naar voren komt. Passend bij zijn IQ presteert het kind gemiddeld op werktempo, stabiliteit daarvan (dit zegt iets over de aandachtsfluctuaties), impulsiviteit/inhibitie en de nauwkeurigheid. De neiging bestaat dan om te concluderen dat er in dit geval toch geen ADHD aan de orde is. Immers, ADHD’ers hebben moeite met aandachts- en/of impulsregulatie en het PO geeft hiervoor geen ondersteuning, het ‘bewijst’ zelfs het tegendeel. En in een omgekeerd geval (het kind valt uit op aandachtstaken, meer dan op basis van het IQ werd verwacht) wordt dan in de praktijk bij twijfel de knoop doorgemaakt en is het PO beslissend om toch voor de ADHD-classificatie te gaan. Met deze conclusies bij beide scenario’s ben ik het oneens.

WAAROM MAG EEN PO NOOIT LEIDEND ZIJN VOOR EEN ADHD-CLASSIFICATIE?

Kwalitatieve beperkingen van instrumenten

Er is een aantal argumenten te noemen waarom een PO niet kan vaststellen of er sprake is van ADHD. Om te beginnen is de kwaliteit van veel



instrumenten die we nu hebben op dat vlak dus nog onvoldoende (of in ieder geval onvoldoende aange-toond), waardoor je minder stellige conclusies mag trekken. Van geen enkele test is aangetoond dat je er op individueel niveau op een voldoende betrouwbare manier een ADHD'er mee kan onderscheiden van een niet-ADHD'er. Dat betekent dat je dus veel 'vals positieven' en 'vals negatieven' kunt verwachten als je neuropsychologisch testonderzoek hiervoor gebruikt.

De onderzoekssituatie: ecologisch invalide

Verder is de context van een PO prikkelarm, in hoge mate gestructureerd en vindt deze binnen een een-op-eensituatie plaats. Daarmee is de onderzoekssituatie eigenlijk dus al 'ADHD-vriendelijk' gemaakt en bevat deze veel kenmerken die onderdeel uitmaken van wat je bijvoorbeeld zou adviseren als aanpassingen voor op school. De manier waarop een PO is vormgegeven onderdrukt dus eigenlijk de symptomen die je nu juist wilt meten. De kwestie van de ecologische validiteit dus...

Eigenlijk zou je de test het liefst willen afnemen in de rumoerige klas, want dat zijn situaties waarin het ADHD'ers moeite kost om hun aandacht te richten en dit vol te houden; in dergelijke situaties is de inhibitiewakke voor hen het meest aanwezig en beperkend. Maar dat mag niet, want de test is genormeerd op klassieke afname in de testkamer en als je de condities wijzigt, mag je ook niet meer met de normgroep vergelijken. Maar een kind kan dus ADHD hebben, terwijl dat in je werkkamer niet zo naar voren komt. Bij PDD'ers zie je dit trouwens ook regelmatig: binnen je PO valt de gemiddeld intelligente PDD'er vaak niet uit op sociale cognitieve taken en 'theory of mind' opdrachten (TOM-taken), waarbij wordt gevraagd vanuit een ander perspectief te redeneren. Het probleem van veel PDD'ers is echter om deze vaardigheid (die ze als 'techniek' vaak nog best beheersen) spontaan en soepel toe te passen in de dagelijkse sociaal complexe praktijk.

Betekent dit nu dat als je in je prikkelarme testsituatie uitval meet, dat het dan *wel* ADHD aantoont? Immers, als het kind het al slecht doet bij de onderzoeker, dan kun je wel nagaan hoezeer de problemen in de klas zullen zijn: nog veel erger! Helaas gaat ook deze gedachte niet op. Problemen met het reguleren van aandacht zijn namelijk niet specifiek voor ADHD. Veel kinderen die we in de ggz zien, vallen uit op aandachtsregulatie en er zijn ook andere stoornissen waarbinnen concentratieproblemen een symptoom zijn (denk aan de stemmingsstoornissen). Kortom, *zelfs* als je uitval meet, kun je er nog niet zoveel mee voor je classificatie, omdat gebrek aan specificiteit maakt dat dit onvoldoende differentieert. *Kortom, een kind kan dus ADHD hebben, terwijl het PO 'zegt van niet' en het PO kan ADHD suggereren, terwijl dit absoluut niet aan de orde is.* Als u deze laatste zin onthoudt, heeft u eigenlijk de kern te pakken.

Individueel versus groepsniveau

Wanneer het gaat over testbevindingen en stoornissen, dan is het belangrijk het onderscheid te maken

tussen individueel en groepsniveau. Wanneer je de testbevindingen van een flink aantal ADHD'ers *als groep* vergelijkt met de bevindingen van vergelijkbare kinderen zonder ADHD, dan vind je op groepsniveau inderdaad verschillen tussen beide groepen. Bijvoorbeeld op zogenaamde '*continuous performance tasks*', taken die een beroep doen op volgehouden aandacht. Dit zijn taken waarop ADHD'ers zich onderscheiden van niet-ADHD'ers met afwijkende prestaties, maar dus alleen op groepsniveau. De variatie is dermate dat je er op individueel niveau niet zoveel mee kunt, tenminste als het gaat om je beslissing wel of geen ADHD te classificeren bij een individuele cliënt. Bovendien hebben aandachtsregulatieproblemen zoals gezegd geen hoge mate van specificiteit: ze worden bij andere beelden ook veelvuldig gevonden. Ze geven echter wel een goede indicatie van de regulatie van de vigilantie. In februari promoveerde Rosa van Mourik (2010) op 'interferentiecontrole en afleidbaarheid bij ADHD'. Zij beschrijft dat het lastig is verschillen in de mate van afleidbaarheid tussen kinderen met en zonder ADHD in een gestructureerde experimentele situatie vast te stellen. Zelfs op groepsniveau blijkt binnen de testsituatie dat ADHD'ers zich niet of nauwelijks van andere leeftijdgenoten onderscheiden op taken die interferentiecontrole meten. Verder suggereren haar bevindingen dat ADHD'ers, in vergelijking met kinderen zonder ADHD, hun aandacht sterker richten op afleidende stimuli in de omgeving (conform verwachting), maar dat deze afleiding de alertheid en taakprestatie juist lijkt te verhogen.

Anamnestic versus neuropsychologische diagnose

Verder is ADHD een classificatie die op basis van (gedrags)symptomen wordt gesteld. Die staan helder in de DSM-IV-TR (APA, 2001) beschreven. *Die* criteria moeten leidend zijn voor uw beslissing wel of niet tot ADHD als classificerend eindoordeel over te gaan. De informatie hiervoor wordt verkregen vanuit observaties en gesprekken met ouders (onder meer een ontwikkelingsanamnese), school en kind. Hoewel ik me realiseer dat de recente literatuur bij ADHD vooral inhibitie en werkgeheugen noemt als verklarende modellen, rusten de DSM-criteria voor ADHD zoals u weet op drie 'pijlers', die vooral bestaan uit kenmerken op uiterlijke verschijningsvormen (*gedragsniveau*), namelijk: aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit.

1. Onder aandachtstekort gaat het binnen de DSM bijvoorbeeld om de afleidbaarheid ten aanzien van *uitwendige* prikkels. Een PO-context is doorgaans dermate prikkelarm gemaakt dat vooral interne prikkels nog voor afleiding kunnen zorgen. Verder stelt de DSM naast moeite om de aandacht bij taken of spel te houden en achteloos gemaakte fouten in het schoolwerk, dat een kind vergeetachtig is bij allerlei dagelijkse bezigheden, niet lijkt te luisteren als je hem direct aanspreekt en dingen kwijtraakt. Dat betreft vooral een alledaagse en soms ook *sociale* onoplettendheid die je niet gelijk

'ALS JE AL WEET DAT EEN KIND ZICH THUIS EN OP SCHOOL IMPULSIEF GEDRAAGT, DAN HEB JE EIGENLIJK GEEN TEST MEER NODIG OM DAT NOG EENS 'VAST TE STELLEN'.

mag stellen aan het wel of niet opmerken van specifieke stippatroontjes of bepaalde tekens op een computerscherm.

2. Over het tweede cluster aan symptomen (de motorische en verbale hyperactiviteit) kunnen we kort zijn; dit heeft binnen neuropsychologisch testonderzoek helemaal geen plaats (observaties tijdens testafname zijn wel interessant).
3. De derde categorie binnen de DSM ten slotte, de impulsiviteit, gaat over het verstoren van anderen bezigheden en je daarin opdringen, moeite hebben om op je beurt te wachten en mensen in de rede vallen met antwoorden voordat ze gelegenheid hebben gehad hun vraag af te maken. Af te lezen aan deze criteria, gaat het dus vooral om een soort 'sociale impulsiviteit', wat je niet zomaar gelijk kunt stellen aan of een kind zichzelf al dan niet op een taakje verbetert nadat het in de snelheid al een figuurtje had aangestreept of een knop had ingedrukt zonder eerst goed gekeken of nagedacht te hebben.

Er staat nergens in de DSM dat een kind moet uitvallen op bepaalde gestandaardiseerde tests (zoals de criteria dit wel vereisen voor bijvoorbeeld de lees- en rekenstoornis), omdat ADHD ook geen neuropsychologisch, maar een anamnestic beeld is. In ADHD-criteria C en D staat bovendien dat de kenmerken moeten leiden tot beperkingen op minimaal twee van de volgende terreinen: thuis, op school of in het sociale functioneren. De testsituatie op de kamer van de psychodiagnost staat er niet bij als domein waarbinnen een ADHD'er zou moeten disfunctioneren, hoewel we natuurlijk veronderstellen dat wat we in onze onderzoekskamer observeren en meten toch wel enigszins representatief is voor het dagelijks functioneren van het kind in zijn eigen omgeving. Maar als je dus al weet dat een kind zich thuis en op school impulsief gedraagt, dan heb je eigenlijk geen test meer nodig om dat nog eens 'vast te stellen'.

Wanneer u door bovenstaande argumenten niet overtuigd bent, raad ik u aan de gezaghebbende *Multidisciplinaire richtlijn ADHD* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005) en *Diagnostiek en behandeling van ADHD* (Gezondheidsraad, 2000) te lezen, die eveneens helder beschrijven dat een PO niet noodzakelijk

is om ADHD te kunnen classificeren. De richtlijnen zijn ontwikkeld door personen en organisaties met autoriteit op het gebied van ADHD.

WAAROM DAN TOCH EEN PO BIJ (EEN VERMOEDEN VAN) ADHD?

Misschien verbaast het u na het vorige stuk wanneer ik zeg dat ik helemaal geen tegenstander ben van PO's. Sterker nog, ik doe ze zelf wekelijks, ben bij Altrecht divisiecoördinator Psychodiagnostiek, geef er cursussen over en vind het zéér waardevol, ook bij ADHD. Een PO kan soms levens van kinderen veranderen, doordat mogelijkheden en tekortkomingen helder worden en daardoor vaak ook hele specifieke handelingsgerichte adviezen voor ouders en school gegeven kunnen worden. Maar ik vind dat er in ons vak te veel PO's worden geïndiceerd zonder geldige inhoudelijke reden (voor het uitvoeren van een PO heb je expertise nodig, maar voor het indiceren en aanvragen ook!). Een PO moet wat mij betreft meer waarde hebben voor je cliënt, doordat je naar aanleiding van de bevindingen bepaald gedrag of specifieke beperkingen beter kan begrijpen. En iemand met problemen op het vlak van aandacht en concentratie (nog los van of dit uiteindelijk uitmondt in een DSM-classificatie) kan baat hebben bij een neuropsychologische sterkte-zwakteanalyse omdat dit naast begrip en inzicht ook de deur opent naar handelingsgerichte adviezen voor de praktijk. Maar dit onderzoek moet niet voortkomen uit de wens een keuze te maken rond het stellen van een DSM-classificatie.

De eerder genoemde multidisciplinaire richtlijn ADHD van 2005 zegt onder meer het volgende over een NPO bij (vermoedens van) ADHD: '(Neuro)psychologisch onderzoek speelt in de praktijk *geen* rol bij het vaststellen van de diagnose ADHD. Het is wel van belang bij het bepalen van comorbide problemen en bij het vaststellen van de cognitieve problemen. Vooral leerproblemen en twijfels over het intelligentieniveau zijn een indicatie voor (neuro)psychologisch onderzoek. (Neuro)psychologisch onderzoek kan slechts geïnterpreteerd worden tegen de achtergrond van een intelligentiebepaling.' Kortom, een psychodiagnostisch onderzoek kan zeer relevant zijn en een belangrijk puzzelstukje vormen in het diagnostische plaatje, maar is niet geschikt om DSM-knoppen door te hakken.

Als u wat betreft de *classificatie* toch graag gestandaardiseerd wenst te werken (wat alleen maar te prijzen is), dan ligt gebruik van instrumenten die op de DSM-criteria gebaseerd zijn voor de hand, zoals de DISC-IV of eventueel de ADIS (gestructureerde klinische interviews). Hoewel vragenlijsten als de AVL of VvGK 6-16 ook dichtbij de DSM-criteria blijven, zijn deze al iets minder bruikbaar vanwege de onvolledigheid en het ontbreken van absolute grenzen vanaf welke je de classificatie mag stellen. Bij iedere 'ADHD-intake' heb ik gewoon een kopietje van de relevante pagina's uit de DSM bij de hand en gebruik ik alle informatie van de verschillende bronnen om te bepalen bij welke criteria ik een plusje mag zetten.

COPING MET COLLEGA'S

Indien u op dit moment overtuigd bent van de beperkte waarde die een NPO heeft bij het classificeren van ADHD, dan houdt u nog het probleem over van de aanvrager die na zijn intakegesprek(ken) kinderen naar u doorverwijst en u doodleuk blijft bestoken met NPO-vraagstellingen van het type 'Is er sprake van ADHD?' Mijn advies zou zijn deze aanvraag terug te geven met de mededeling dat u deze vraag niet in een NPO kunt beantwoorden, maar wel een neuropsychologische sterkte-zwakteanalyse

'BIJ IEDERE 'ADHD-INTAKE' HEB IK GEWOON EEN KOPIETJE VAN DE RELEVANTE PAGINA'S UIT DE DSM BIJ DE HAND.'

kunt doen waarbij domeinen als aandacht, inhibitie, motoriek, (werk)geheugen en executief functioneren relevant lijken (maar ook hier weer moet de situatie van het kind leidend zijn bij het formuleren van individuele vraagstellingen). En als men er toch op staat dat er een antwoord komt op de ADHD-vraag, dan zou u dus ook ouders en schoolinformatie moeten betrekken en wordt het onderzoek breder: u neemt dan in feite de intake over of doet deze opnieuw.

In de praktijk verander ik in overleg met aanvragers vaak de vraagstelling naar 'Komen er tijdens het onderzoek aanwijzingen voor ADHD naar voren?', waarbij de observaties voor mij belangrijker zijn dan de prestatie op de 'neurotaken' (als die matig zijn dan kan het 'overall' door komen en als het normaal is, dan kan het ook komen door de context van het onderzoek). Een kind dat tijdens het onderzoek herhaaldelijk zomaar opstaat en de kamer verken, veel naar buiten kijkt en erg afgeleid wordt door dingen in de kamer, dat al aan de opgave begint voordat de instructie is afgemaakt en veel praat; *dat* zijn kenmerken die bij ADHD kunnen passen. En als je dan ziet dat het beeld op de aandachtstaken passend bij het IQ is en niet uitvalt, dan betekent dit waarschijnlijk dat het kind profiteert van een duidelijk gestructureerde en prikkelarme taaksituatie, en kan dit voor school betekenen dat het kind gebaat is bij een vaste plek in de buurt van de leerkracht en de mogelijkheid van een tafelscherm of het mogen werken op de gang als een goede prestatie belangrijk is.

STANDAARD PO BIJ VERMOEDEN VAN ADHD?

Er zijn instellingen die standaard een PO uitvoeren bij een vermoeden van ADHD. Dat kan op zich geen kwaad. Nou ja, als je tenminste even niet meerekent dat een PO een belasting voor de cliënt vormt (het vraagt diens tijd en intensieve inspanning, gewoonlijk

een halve vrije dag voor de werkende ouder en een dagdeel schoolverzuim voor het kind) en een inefficiënte inzet is van je middelen (een PO kost tijd en kan leiden tot olopende wachtlijsten voor intakes, behandelingen en PO's). Ook leidt een dergelijk beleid tot duurdere DBC's, waardoor je als zorginstelling op de korte termijn misschien nog meer inkomsten genereert, maar op de iets langere termijn jezelf uit de markt prijst, omdat minder dure collega-instellingen je 'wegconcurreren'. Maar goed, kwaliteit mag iets kosten, dus bij valide inhoudelijke argumenten om standaard PO's te doen en als dit wellicht tot efficiëntere interventies leidt, dan is dit een investering die zich terugbetaalt en is kritiek onterecht. Eerder in dit artikel heb ik echter proberen te onderbouwen wat de beperkingen zijn van neuropsychologische diagnostiek bij de classificatie van ADHD en het belang van een individuerichte benadering in het traject van diagnostiek (met inbegrip van classificatie), handelingsgerichte advisering en behandeling. Wat mij betreft is ook de indicatiestelling voor een PO iets dat op basis van argumenten *per individuele cliënt* overwogen moet worden, en niet alleen bij vermoedens van ADHD. Bij het kiezen voor een PO is dan een belangrijke stap om relevante en specifieke onderzoeksvragen op te stellen, want in de praktijk blijkt dit van veel collega's ook de nodige expertise te vragen. Psychodiagnosten hebben hierin een ondersteunende taak naar hun collega's.

TOT SLOT

Af te lezen aan de praktijk, kan niet anders geconcludeerd worden dan dat veel collega's het oneens zullen moeten zijn met mijn visie, zoals in dit stuk beschreven. Ik nodig lezers van harte uit om hierop inhoudelijk te reageren, omdat discussie goed is voor ons vak en anderen weer helpt bij het bepalen van hun eigen standpunt. En wie weet raak ik overtuigd van uw gelijk en trek ik het boetekleed aan; niets menselijks is mij vreemd...

LITERATUUR

- > American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Pearson.
- > Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD - Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- > Gezondheidsraad (2000). *Diagnostiek en behandeling van ADHD*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- > Van Mourik, R. (2010). *A novel perspective on interference control and distraction in ADHD*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.