

# VVP NIEUWS

Vereniging van Psychodiagnostisch Werkenden • [www.devvp.nl](http://www.devvp.nl) • Mei 2012 - nr. 17

Executieve functies bij kinderen en jongeren met psychopathologie • Beroepsethiek • 3e generatie gedragstherapie • Wat is...  
Anorexia Nervosa • Intelligentiediagnostiek en medicatiegebruik: continueren of staken? • Het Zonneij: Akke van der Singel



# Intelligentiediagnostiek en medicatiegebruik: continueren of staken?



In deze rubriek bespreekt intelligentiespecialist Yaron Kaldenbach vragen en dilemma's die aan de orde zijn rondom intelligentiediagnostiek bij kinderen en jongeren. Ditmaal aandacht voor de rol van medicatiegebruik bij intelligentieonderzoek. Sommige kinderen gebruiken medicijnen die invloed kunnen hebben op de meting. Wat is wijsheid in zo'n geval en wie heeft dan welke verantwoordelijkheid? Wat zijn overwegingen om een middel te laten staken en wanneer ligt het juist voor de hand om het medicijn te laten continueren? En wat is eigenlijk bekend over de invloed van het bekende ADHD-medicijn methylfenidaat op je IQ?

## **(Bij)werking van medicatie**

Een deel van de kinderen en jongeren die we testen, gebruikt medicatie. Soms hoort het bij de behandeling van een chronische ziekte (bijv. astma, diabetes of epilepsie), soms wordt het gebruikt vanwege bepaalde voorbijgaande klachten (bijv. hoofdpijn). Regelmatig zien we ook kinderen die psychofarmaca gebruiken; medicijnen voor hun psychiatrische aandoening (bijv. stimulantia, antidepressiva of antipsychotica). Veel medicijnen hebben in hun (bij)werking invloed op iemands functioneren, ook tijdens de testafname. Van het ene middel word je alerter, andere middelen hebben als (bij)werking eerder een sederend effect. Zeker bij hoge doseringen kunnen kinderen dan wat trager reageren of minder oplettend zijn. In sluiters van medicijnen staan allerlei specifieke bijwerkingen, die - indien aan de orde - invloed kunnen hebben op testprestaties: concentratiestoornissen, geheugenproblemen, traagheid, vermoeidheid, motorische onrust, hoofdpijn, somberheid, en ga zo maar door. Iedereen kan bedenken dat dit testprestaties zal drukken.

Andersom kun je met medicatie ook klachten of symptomen onderdrukken en daarmee mogelijk juist beter presteren dan zonder medicatiegebruik. Iemand die met behulp van risperidon minder achterdochtig is of het horen van stemmen tij-

dens het onderzoek succesvol onderdrukt, kan beter presteren door medicamenteuze ondersteuning. Voor een kind dat zich door zijn methylfenidaat beter en langer op taken kan richten, geldt hetzelfde. Zonder hun medicatie zouden ze een onderprestatie leveren omdat hun pathologie tijdens het onderzoek interfereert met de aandacht en energie die naar de test moet gaan.

Medicatie is daarmee een contextfactor in ieder psychodiagnostisch onderzoek, zeker als van het kind een prestatie wordt gevraagd. Om deze reden is het dan ook relevant medicatiegebruik altijd in het rapport te vermelden (middel en dosering). Bij het interpreteren van de resultaten kan dan - ook later - de invloed van de medicatie worden meegewogen. Het meest praktische is om bovenaan het rapport bij de kopjes met namen en data ook een kopje 'medicatie ten tijde van onderzoek' toe te voegen.

## **Staken: ja of nee?**

Bij psychodiagnostisch onderzoek wil je van alles in kaart brengen, waarbij je vooraf dus weet dat medicatie hierop invloed kan hebben. Een logische vraag is dan wat je rondom het onderzoek met die medicatie moet doen: tijdelijk laten staken of gebruik ervan continueren? Op deze vraag is helaas geen eenduidig antwoord

te geven en verschillen de meningen ook. Sommige collega's willen iemand altijd 'schoon aan de haak' meten, want dan meet je wat een kind echt kan, zeggen zij. Anderen vinden het tijdelijk staken van medicatie zinloos omdat je wilt weten wat het kind in zijn mars heeft gegeven de medicatie die het dagelijks gebruikt. Staak je de medicatie die het kind juist helpt, dan krijg je een onderprestatie op de test en daardoor mogelijk te laag ingestoken (school)adviezen. Als het kind in het dagelijks leven medicijnen gebruikt, dan wil je die tijdens het onderzoek ook laten gebruiken, om zo een ecologisch valide meting te doen met een hogere generaliseerbaarheid van de resultaten naar de praktijk.

## **Overwegingen**

Binnen de organisatie waar ik werk, wordt de beslissing doorgaans aan de aanvrager overgelaten, indien gewenst in overleg met de onderzoeker of het multidisciplinaire team. Zowel voor staken als voor continueren kunnen goede redenen zijn en de beslissing hangt vooral af van in welke gegevens men geïnteresseerd is; op welke vragen wil men antwoord?

Belangrijk is te benadrukken dat het niet aan de onderzoeker is om op de stoel van de arts te gaan zitten en eigenhandig te gaan rommelen met het medicatiebeleid. Dat is iets wat je altijd in je achterhoofd moet houden. Je kunt in overleg met ouders soms wel wat spelen met de marges van vrijheid die een arts aan de ouders of cliënt zelf heeft gegeven in het kader van zelfmanagement. Bij twijfel kies je altijd de veilige weg van overleg met de arts de medicatie wel of niet te staken. En het spreekt uiteraard ook voor zich dat de discussie ten aanzien van al dan niet staken alleen zinvol is bij medicatie waarbij te verwachten is dat het invloed op de testprestaties zal hebben. Zeker als iemand een bepaald middel al een tijd gebruikt, dan is bekend welke bijwerkingen aan de orde zijn en kan vooraf ingeschat worden of gebruik tijdens het onderzoek naar verwachting nadelig kan uitpakken.

### **Wanneer doorgaans continueren of staken?**

Als een kind al langere tijd een bepaald medicijn met potentiële positieve of negatieve invloed op testprestaties naar tevredenheid gebruikt, stabiel is ingesteld en het ook de verwachting is dat er niet op korte termijn van alles gaat veranderen in het beleid, dan ligt het voor de hand te kiezen voor het continueren van medicatiegebruik ten tijde van het onderzoek. Je wilt met het onderzoek immers in kaart brengen wat het kind in de praktijk van dat moment kan en een voorspelling doen over toekomstig functioneren, waarbij ook de medicatie aanwezig zal zijn.

Als observatie of objectivering van bepaalde symptomen gevraagd wordt, dan ligt het voor de hand dat je geen medicatiegebruik wilt dat deze symptomen juist onderdrukt. Anders bestaat de kans op onjuiste conclusies (tenzij men wil weten wat er met medicatie nog van de problematiek overblijft).

### **Als medicatie wordt gestaakt...**

Als er tot staken wordt besloten (er wordt een invloed op de prestatie verwacht), dan is het belangrijk om per medicijn in overleg met relevante betrokkenen te kijken hoe lang van tevoren gestaakt moet worden. Hierin spelen bijvoorbeeld de werkingsduur en (halfwaarde) eliminatietijd van het betreffende medicijn een rol (de tijd die een lichaam nodig heeft om het medicijn deels of geheel te verwijderen). Ook de eventueel te verwachten onthoudingsverschijnselen of bijwerkingen na het stoppen dienen meegewogen te worden. De website van het Farmacotherapeutisch Kompas kan hierbij behulpzaam zijn, maar vraagt ook medische kennis om te kunnen begrijpen. Bij medicatie die lang nodig heeft om het lichaam te verlaten en afgebouwd moet worden, is staken eigenlijk zelden een reële optie. Sommige middelen hebben meerdere weken nodig om bepaalde spiegels in het bloed of brein op te bouwen (bijv. SSRI's, atypische antipsychotica, atomoxetine en clonidine); het zou dan zinloos zijn om alleen op de dagen rondom het onderzoek te laten staken. Bovendien kunnen bij acuut staken onthoudingsverschijnselen of bijwerkingen optreden die testprestaties (negatief) kunnen beïnvloeden. Mocht het wenselijk zijn om het functioneren zonder medicatie te

bepalen, dan is afbouwen onder begeleiding van een arts nodig om risico's en vervelende bijwerkingen te voorkomen.

Het staat doorgaans niet in verhouding tot het belang van het onderzoek om iemand meerdere weken zijn medicatie te ontzeggen (de afbouw- en opbouwperiode nog niet meegerekend). Het kind gebruikt deze medicijnen om in het dagelijks leven wat stabielere of met beperktere klachten te functioneren en meerdere weken zonder deze ondersteuning doorbrengen, kan ontregelend werken. Bij het ADHD-medicijn methylfenidaat spelen dergelijke overwegingen een kleinere rol; de klinische werking van dit middel varieert van ongeveer drie tot twaalf uur, afhankelijk van de specifieke variant. Afbouw onder medische begeleiding is doorgaans niet nodig. Het is wel aan te raden navraag te doen bij kind en ouders welke verschijnselen optreden als methylfenidaat een dag vergeeten wordt of niet wordt geslikt (bijv. in weekends en vakanties). Sommige kinderen vertonen dan somatische (bijv. hoofdpijn, trillen, misselijkheid) of psychologische (prikkelbaar, onrust, impulsiviteit) ver-

dicatie, en daarmee samenhangend wisselend effect op symptomen en functioneren, komt vaak voor.

Nog even los van wat onderzoek laat zien over de effecten van medicatie op neuropsychologisch en intelligentieonderzoek, lijkt het handig om bij een beslissing tot staken dan ook te staken tijdens alle sessies van het onderzoek. Soms wordt voorgesteld om alleen tijdens het neuropsychologisch onderzoek (NPO) te staken omdat er bijv. aandachtstaken worden gedaan en een kind ADHD-medicatie gebruikt; tijdens de IQ-test staat men de medicatie dan wel toe. Het lastige is dat je dan aan de haal gaat met constante factoren tijdens het onderzoek. Je wilt een NPO juist vergelijken met de IQ-uitslag en kijken of het neuroprofiel past bij het intelligentieprofiel. Als je dan tijdens de ene testochtend wel ondersteuning van medicatie toelaat en tijdens de andere ochtend niet, dan bemoeilijkt het integreren van alle testresultaten en kun je niet uitsluiten dat gevonden verschillen slechts een gevolg zijn van inconsistente medicatiebeleid. Overigens is het onderscheid tussen

*Veel medicijnen hebben in hun (bij)werking invloed op iemands functioneren, ook tijdens de testafname.*



schijnselen (onthoudingsverschijnselen en/of ADHD-symptomen) die de uitslag van het onderzoek kunnen beïnvloeden. Als laatste wordt geadviseerd naar de medicatietrouw te vragen (neemt het kind zijn medicijnen altijd volgens voorschrift in?). Het soms wel of niet slikken van me-

'IQ en neuro' enigszins arbitrair: intelligentietests zitten vol met neuropsychologische taken die een beroep doen op domeinen als aandacht, geheugen en allerlei (andere) executieve functies.

### **Eerst testen of eerst medicatie instellen?**

Dit is een leuk discussiepunt, waarbij ook meespeelt hoeveel tijd je hebt om op de testresultaten te kunnen wachten. Ik zou zeggen: als bekend is dat iemand ingesteld gaat worden op medicatie (bijv. na een recent gestelde diagnose) en er is geen haast bij, wacht dan nog even tot het stabiel is ingesteld (ga in ieder geval niet testen in de weken waarin nog wordt gesleuteld wordt aan de dosering) en doe daarna je IQ-test. Anderen vinden het belangrijk om te meten wat er 'achter de medicatie' aan mogelijkheden zit en willen dat eerst meten, 'nu het nog kan'. Sommigen maken hierbij een uitzondering voor medicatie die storende 'positieve' symptomen onderdrukt (o.a. hallucinaties, tics, dwanggedachten of dwanghandelingen). Je wilt immers niet dat iemand tijdens Blokpatronen drukker is met het reguleren van zijn tics of dwang, dan met de taak zelf.

Misschien moeten we er ook niet al te moeilijk over doen. Veel klachten waarvoor psychofarmaca worden gebruikt, manifesteren zich vooral in ongestructureerde en prikkelrijke omgevingen en de context van een PO is dusdanig dat daarmee waarschijnlijk ook al minder van dergelijke klachten worden uitgelokt. Dit is ook de reden waarom kinderen met ADHD lang niet altijd op neurotaken uitvallen, zelfs niet als je hen als groep vergelijkt met kinderen zonder ADHD (Van Mourik, 2010). Zoals bekend zijn neuro-psychologische tests overigens sowieso ongeschikt voor het vaststellen of uitsluiten van ADHD (Kaldenbach, 2010). Het blijft dus een beetje maatwerk en met gezond verstand samen tot de juiste keuze komen. Omdat een aanvrager het kind meestal beter kent dan de onderzoeker, is het logisch dat de aanvrager de regie neemt bij de besluitvorming, indien gewenst ook in overleg met de onderzoeker.

In sommige gevallen kun je ook besluiten om nu alvast te testen, wetende dat het nog wel even kan duren voordat het kind bij een arts terecht kan voor een eerste medicatieconsult. Op termijn kan dan eventueel opnieuw getest worden. De WISC-III mag na een jaar alweer afgenomen worden (velen denken ten onrechte dat het pas na twee jaar weer 'mag'). Wat je ook besluit met betrekking tot medica-



tiegebruik rondom het PO; laat het een bewuste keuze zijn.

### **Invloed van ADHD-medicatie op IQ**

Binnen het kinder- en jeugdveld is ADHD de meest voorkomende psychiatrische stoornis waarbij medicatie wordt gebruikt die invloed kan hebben op testuitslagen. Het stimulantium methylfenidaat (de werkzame stof in ADHD-medicijnen als Ritalin, Concerta, Equasym en Medikinet) is het meest voorgeschreven middel waarbij de overweging van staken relevant is. Het is daarom goed om iets meer te weten over de effecten van methylfenidaat (MPH) op prestaties bij IQ-tests. De onderzoekspublicaties hierover zijn beperkt. De onderzoeken zijn erg divers van opzet (gelukkig vrijwel allemaal met een controlegroep) en hanteren verschillende WISC-versies. Alle kinderen in beide groepen van de onderzoeken hebben ADHD. Een deel is na de eerste WISC-meting op MPH ingesteld en heeft dat in de tussenliggende periode en ook op de dag van de tweede meting gebruikt. De kinderen in de controlegroep hebben geen medicatie gekregen.

Het eerste onderzoek naar de relatie tussen stimulantia en IQ-scores is van Gillberg e.a. (1997). Zij volgden Zweedse kinderen in een periode van 15 maanden. Degenen die stimulantia (in dit geval amfetamine) kregen (n=35) stegen gemiddeld 4,5 IQ-punten op de WISC-R vergeleken met een placebogroep (n=8), die gemiddeld slechts 0,7 punten stegen. Helaas wordt niet gespecificeerd om welke IQ-scores het gaat behalve de enkele

melding dat de toenames verbaal nooit sterker waren dan per formaal.

Een stuk recenter maar nog steeds met de 'oude WISC' is het Chinese onderzoek van Zhang e.a. (2011). Zij vonden bij de medicatiegroep (n=159) na 6 maanden een significante gemiddelde stijging van het WISC-R VIQ (+2,19), PIQ (+8,51) en TIQ (+6,22), terwijl dat in de controlegroep (n=78) niet optrad. Sterker nog, daar was het VIQ gemiddeld zelfs significant gedaald (-2,12). Bij de medicatiegroep waren er 5 subtests waarop significant hoger werd gescoord bij de tweede meting, terwijl de controlegroep geen significante subtestverbeteringen liet zien. Naast verbeteringen van de prestaties ten opzichte van de eerste eigen prestatie, hadden de kinderen van de medicatiegroep bij de tweede meting ook een significant hoger PIQ en TIQ dan de kinderen in de controlegroep, terwijl de groepen op de basismeting onderling nog niet verschilden. Wanneer we kijken naar de VIQ-veranderingen van slechts 2 punten ten opzichte van het eigen gemiddelde, dan valt natuurlijk te betwisten of 'statistische significantie' hier ook 'klinische relevantie' heeft. De gevonden IQ-verschillen waren overigens onafhankelijk van leeftijd, geslacht, ADHD subtype of medicatiedosering.

Gimpel e.a. (2005) hielden zich aan de klinische spelregels en lieten minimaal een jaar tussen beide WISC-III meetmomenten zitten bij hun Amerikaanse steekproef. Kinderen in de medicatiegroep (n=24) lieten ook hier een statistisch significante stijging zien op hun VIQ (+5,46), PIQ (+7,08) en TIQ (+6,92). Gecorrigeerd voor de 1,57 tot 3,57 punten die de controlegroep (n=7) bij hertest ook was gestegen op deze IQ-maten, bleek het effect van de verbale stijging van de medicatiegroep klein en was het effect van de stijging van het PIQ en TIQ 'matig'. Bij de factoren sprong vooral de factor Verwerkingssnelheid eruit met een stijging van +9,92 IQ-punten (n=12). Dit verschil was ook significant vergeleken met de controlegroep, die was met -11,67 gedaald (n=3). De steekproefgrootte maakt dat we heel voorzichtig moeten zijn met conclusies.

Dichter bij huis, in Duitsland, deden

Hellwig-Brida e.a. (2011) onderzoek met de WISC-IV, de WISC-versie die we in Nederland gaan overslaan. Opmerkelijk is dat zij al na 11 tot 16 weken de hertest deden. Hierdoor konden grotere test-hertesteffecten (leereffecten) verwacht worden in zowel de medicatiegroep (n=37) als de controlegroep (n=30). De controlegroep liet inderdaad stijgingen zien die groter waren dan in de andere onderzoeken en soms zelfs ook groter dan in de medicatiegroep (Perceptueel Redeneren +6,5 in de controlegroep en +5,8 in de medicatiegroep; onderling overigens geen significant verschil). Terwijl in de andere onderzoeken juist de effecten van MPH op de non-verbale onderdelen wat sterker naar voren kwamen, wordt er in dit onderzoek slechts één factor gevonden die een significante verbetering laat zien wanneer wordt gecorrigeerd voor de stijging in de controlegroep (het test-hertest-effect); de factor Verbaal Begrip (+7,4 t.o.v. +2,6 in de controlegroep). Deze verbeterde prestatie wordt toegeschreven aan het effect van medicatie. Vooral uitkomsten op de subtests Informatie en Begrijpen waren erg gestegen. De onderzoekers koppelen dit aan bevindingen uit andere onderzoeken die suggereren dat MPH een positief effect heeft op hogere verbale processen, zoals het kunnen navertellen van verhalen met begrip van interne reacties van de betrokkenen en het kunnen trekken van conclusies uit een ingewikkelde uitleg. Dit Duitse onderzoek liet deze kinderen trouwens ook nog een aantal aandachtgerelateerde neuropsychologische tests maken. MPH had geen effect op de prestaties bij de nameting, wel namen de gedragsmatige ADHD-symptomen af (ouderen leerkrachtrapportages).

Ten slotte meldt de WISC-III handleiding (Kort e.a., 2005) ook nog een klein onderzoek (zonder bronvermelding). Een controlegroep ontbreekt, evenals informatie over de tijd die tussen de eerste meting (WISC-R zonder Ritalin) en tweede meting (WISC-III met Ritalin) zat.



## COLUMN VAN JACQUELINE

### Observatie in drievoud

*Zijn vingers trommelen op de tafel. Hij verschuift van voor naar achter op zijn stoel en pakt zijn slordig gevouwen vel schrijfpapier erbij. Terwijl de items van de RAVEN in een traag tempo voorbij komen, tekent hij gedachteloos hokjes en kruisjes op het papier. Boven zijn hoofd hangt een gedachteballon met daarin een diepe zucht. Hij pakt zijn i-phone en zwiept met zijn vinger over het scherm.*

*Wie ben ik nu aan het observeren, vraag ik me af. Is het de verveelde tolk die bij gebrek aan gesproken woord, geen interesse toont voor de non-verbale intelligentietest? Of richt ik me op de Zuid-Europese patiënte die hangende het etiket 'ontremd' elke gelegenheid aangrijpt om enthousiast een monoloog af te steken? Ze babbelt over haar poes, over haar hond, over haar hond en haar poes. Mag ze niet terug naar huis om voor haar poes te zorgen? En voor haar hond? Waarom moet ze verplicht opgenomen worden? Ze zorgt thuis toch goed voor zichzelf?*

*De tolk, eerder al betrokken bij een klus voor mijn patiënte, is wél goed in samenvattend vertalen: "Ze lult maar wat." Ben ik in het sturen van patiënten vrij bedreven, een tolk die normaliter tussen de muren van het gerechtsgebouw functioneert, is lastiger te instrueren. Onbedoeld vult hij een vertaling van een instructie aan met handgebaren. Een handgebaar die een oplettende patiënt voorkennis zou kunnen geven over een te volgen route bij een planningstaak. Wanneer ik even later de tolk tactisch berisp op een te vrije interpretatie van een instructie, valt de temperamentvolle dame over mij heen. De tolk lijkt haar vriend: "Hij doet het prima!" Mijn beperkte talenkennis is echter voldoende om te weten dat de tolk buiten de lijntjes vertaalt.*

*Een andere opvallende observatie vond plaats tijdens mijn vrijwilligerswerk. Op mijn vaste avond als operateur in een filmhuis, trof ik aan de bar een frequente bezoeker. Pils voor zijn neus. Met een licht dubbele tong sprak hij me aan. Hij gedroeg zich iets te vriendelijk. Fronsend kapte ik het gesprek af. Diezelfde avond sprak ik met een collega over opdringerige lui en de rol van alcohol daarbij. Oeps, mijn filmhuiscollega bleek een goede bekende te zijn van de beschonken bezoeker. De laatste was, mede dankzij een gezond en sportief leven vooraf (aldus de collega), zowel fysiek als geestelijk wonderbaarlijk hersteld van een zwaar herseninfarct. De dubbele tong was een bedrieglijk residu van deze ingrijpende gebeurtenis. En dat biertje... slechts zelden gunt hij zich er ééntje.*

*Het is goed om zo nu en dan te struikelen in het land van waarnemen en interpreteren. Het interpreteren heb ik achterwege gelaten bij een dame die bijna letterlijk tot mijn boten doordrong. Na drie dagdelen persoonlijkheidsdiagnostiek, oftewel meer dan tien uur samenwerken met deze vrouw uit de categorie 'zware casus', kwam ik stoom afblazen bij de psychologe: "Ik voel me alsof ik allemaal eilandjes ben, allemaal kleine stukjes, bijna gruis van binnen. Heel negatief, of nee, niet negatief, ik ben helemaal leeg van binnen. Alsof ik mezelf helemaal opnieuw moet opbouwen, kneden. Ik voel me doodmoe, uitgeput, vervelend." Nooit eerder was een patiënt zo in mij gaan zitten. Een uur later op de fiets, heb ik haar met vlakke hand 'van mijn lijf geveegd', om haar niet mee naar huis te hoeven nemen. Het interpreteren heb ik achterwege gelaten, maar nieuwsgierig ben ik wel: naar de beschrijvende diagnostiek van de psychologe.*

*Een groot voordeel van een baan hebben, is vrije tijd. Tijd waarin plaats is voor lekenobservaties. Waarin je de drukke wereld om je heen behapbaar maakt door snel te labelen, snel te duiden, met ruimte om te herkansen bij een foute vertolking. Op het werk gaan we weer echt observeren.*

Reacties naar  
jacqueline.olbers@mumc.nl

*jacqueline*

Jacqueline Olbers is sinds 2007 werkzaam bij Maastricht UMC+ (bij de zorglijn Hersen en Cognitieve Stoornissen en de zorglijn Psychische en somatische comorbiditeit).

Mogelijk is er dus deels een test-hertesteffect ge-meten, ondanks het probleem dat er bij de nameting een andere testversie is ge-bruikt. Bij deze groep (n=12) werden de volgende veranderingen gevonden: TIQ: +11,4, VIQ: +8,8 en PIQ: +11 punten.

Samenvattend is de grote lijn in het beschikbare onderzoek dat IQ-prestaties bij kinderen en jongeren met ADHD door MPH-gebruik stijgen, en dat die stijging vaak bescheiden is en soms significant. De meeste onderzoeken suggereren dat de effecten sterker zijn op de non-verbale IQ's (gevoelsmatig logisch omdat er bij deze subtests vaak sprake is van een tijds-limiet en bonuspunten voor een snelle en precieze prestatie), een enkel onderzoek vond juist uitsluitend significante verschillen op een verbale factor. De veranderingen zijn doorgaans maximaal (maar meestal aanzienlijk minder dan) ongeveer tien IQ-punten waarvan een deel ook een test-hertesteffect is. Verschillen in onder-

zoekopzet, gehanteerde WISC-versie en periode tussen de metingen kunnen hebben bijgedragen aan de verschillende bevindingen. Een aantal onderzoekers schrijft expliciet dat je van MPH niet slimmer wordt en verklaart de toegenomen prestatie vanuit een verbeterde werkhouding en concentratiemogelijkheden tijdens de test-afname. Naarmate de periode tussen beide metingen langer is, is evenwel voorstelbaar dat een kind met behulp van de medicatie op school een inhaalslag zou kunnen maken (uiteraard binnen de marges van zijn mogelijkheden), omdat het zich beter kan concentreren op de lesstof en daarbij minder wordt afgeleid door interne prikkels (gedachten, onrust en drang tot spreken/bewegen) en dingen die om hem heen gebeuren. Een kind wordt dan niet zo zeer slimmer door medicatie, maar er ontstaat een toegenomen ontvankelijkheid voor leren. Hierdoor wordt de invloed van de beperking die het leren deels belemmert, verminderd.

Het bewust stilstaan bij de keuze om medicatie rondom intelligentieonderzoek al dan niet te staken, is dus relevant, omdat het invloed op de testprestatie kan hebben. Zolang er scholen en commissies voor indicatiestelling zijn die kinderen soms op enkele IQ-punten weigeren of aannemen ('slagboomdiagnostiek') zal de praktijk zijn dat men bij het nemen van een beslissing over het staken van medicatie soms zal meewegen welk scenario de verwachte meest gunstige uitkomsten oplevert.

Yaron Kaldenbach werkt als gz-psychooloog bij divisie Jeugd van Altrecht, een GGZ-instelling in de regio Utrecht. Hij publiceert regelmatig over intelligentiediagnostiek bij kinderen en adolescenten en geeft er eendaagse cursussen over. Voor meer informatie: [ykaldenbach@hotmail.com](mailto:ykaldenbach@hotmail.com) en [www.apollopraktijk.nl](http://www.apollopraktijk.nl).

#### Literatuur

- Hellwig-Brida, S., Daseking, M., Keller, F., Petermann, F. & Goldbeck, L. (2011). **Effects of Methylphenidate on Intelligence and Attention Components in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.** *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21(3), 245-253.
- Gillberg, C., Melander, H., Von Knorring, A.L., et al. (1997). **Long-term Stimulant Treatment of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms.** *Archives of General Psychiatry*, 54, 857-864.
- Gimpel, G.A., Collett, B.R., Veeder, M.A., Gifford, J.A., Sneddon, P., Bushman, B., Hughes, K. & Odell, J.D. (2005). **Effects of Stimulant Medication on Cognitive Performance of Children with ADHD.** *Clinical Pediatrics*, 44, 405-411.
- Kaldenbach, Y. (2010). **Neuropsychologische diagnostiek is onnodig om ADHD te classificeren!** *Kind en Adolescent Praktijk*, april, 9(1), 28-32.
- Kort, W., Schittekatte, M., Dekker, P.H., Verhaeghe, P., Compaan, E.L., Bosmans, M. & Vermeir, G. (2005). **WISC-III-NL Wechsler Intelligence Scale for Children.** David Wechsler. *Derde Editie NL. Handleiding en Verantwoording.* Amsterdam: Pearson Assessment.
- Van Mourik, R. (2010). **A Novel Perspective on Interference Control and Distraction in ADHD.** Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Zhang, L., Jin, X. & Zhang, Y. (2011). **Effect of Methylphenidate on Intelligence Quotient Scores in Chinese Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.** *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31, 51-55.

## Bedankt allemaal!

Per afgelopen ALV zit mijn bestuursperiode erop. Ik ben secretaris af om de reden dat mijn agenda momenteel erg druk bezet is, de secretaris/penningmeester/voorzitter niet gelijktijdig mogen aftreden, en bovenal om dat ik me meer wil richten op het opbouwen van mijn eigen onderneming (Intrias). De afgelopen zes jaar (waarvan vijf als officieel bestuurslid) waren er vijf waarin ik veel geleerd heb over besturen, samenwerken op een landelijk niveau en de complexe materie waar je als bestuur mee te maken krijgt. Dit leren heb ik vooral te danken aan de bestuursleden met wie ik samen heb gewerkt en de vele actieve leden die de VVP rijk is. Terug kunnen kijken op een mooie periode is vooral dankzij jullie. Bedankt daarvoor!

Ik ben zeer verheugd dat Leon van Herksen mijn functie gaat overnemen. Hij gaat dit ongetwijfeld succesvol doen en zal zich zeker inzetten voor de leden van de VVP. Ik wens hem al vast veel succes en plezier! Op dat de VVP nog lang een mooie en florerende beroepsvereniging mag blijven!

*Fabian Paf*

*Secretaris VVP 2007-2012*