**3. Diagnostiek: Selectie van patiënten die in aanmerking komen voor een proefbehandeling van ADHD**

* In de eerste plaats moeten we dus bedenken hoe we in de 1e lijn die patiënten kunnen selecteren die geschikt zijn om in aanmerking te komen voor een proefbehandelingen voordat je ze ev. alsnog gaat verwijzen.
* Ze moeten sowieso ouder zijn dan 6 jaar en we gaan er van uit dat je psychologische interventies (Psycho-educatie en CGT) onvoldoende effect hebben gehad.
* Zoals al eerder even ter sprake kwam gaat het bij het bepalen wie er in aanmerking komt voor een medicamenteuze proefbehandeling om twee vragen:
	+ Is er überhaupt sprake van primaire ADHD (dus ‘nature’) of ‘slechts’ van ADHD-achtige verschijnselen die secundair zijn aan andere problemen.
	+ En de tweede vraag: Staan die andere problemen op de voorgrond en is er dus sprake van veel co-morbiditeit dan wel ernstig disfunctioneren thuis, op school of op het werk of heb je te maken met redelijk op zichzelf staande zgn ‘Enkelvoudige’ ADHD.
	+ Want alleen in dat laatste geval, dus als je te maken hebt met primaire en enkelvoudige ADHD zonder al te veel bijkomende problemen (co-morbiditeit) en/ of disfunctioneren zou je een proefbehandeling kunnen overwegen voorafgaand aan een ev. verwijzing.
	+ Als het geen echte ofwel primaire ADHD is en het gevolg van andere omstandigheden, dan heeft een proefbehandeling natuurlijk weinig zin omdat dat dan niet uit zou komen boven het niveau van symptoombestrijding en moet je je behandeling richten op die andere uitlokkende problemen en omstandigheden.
	+ Maar ook als er heel veel bijkomende problematiek ofwel comorbiditeit is zoals angst of depressie, verslaving, autisme, gedragsproblemen, contact met politie en justitie, etc. of als op een andere manier sprake is van ernstig disfunctioneren thuis, op school of op het werk, dan kun je maar beter meteen verwijzen want daar komt meestal veel meer achter weg waardoor je in een later alsnog moet verwijzen.
* Als we dat proces van het selecteren van de patiënten voor de 1e en 2e lijn even systematisch bij langs lopen, dan begint dat met een eerste inschatting die uiteraard op elk moment tijdens de rit kan worden bijgesteld.
* Zoals gezegd lopen er erg veel kinderen/ jeugdigen, maar ook volwassenen hebben klachten die men in classificatorische zin zou kunnen scharen onder de classificatie AD(H)D.

* Dat wil echter niet zeggen dat er dan in alle gevallen ook in diagnostische zin sprake is van ADHD.
* Dat komt voornamelijk omdat de criteria voor ADHD erg aspecifiek geformuleerd zijn. Ik heb zelf bijv. helemaal geen ADHD, maar als ik een nacht niet geslapen heb voldoe ik ook al snel aan de criteria.
* En dat geldt voor heel veel kenmerken van ADHD. Als je om welke reden dan ook niet ‘lekker in je vel’ zit, bijv. als je angstig bent, somber, tegen een burn-out aan zit, psychotisch bent, relatieproblemen hebt of een PTSS, dan kun je je al snel niet goed concentreren en/ of ben je onrustig en voldoe je in classificatorische zin al snel aan de criteria van AD(H)D, waarbij je je dus kunt afvragen of dat dan wel echt primaire ADHD is en of er dus in diagnostische zin ook sprake is van ADHD of dat de kenmerken eerder secundair aan andere problemen.
* Dat komt in feite ook wel een beetje neer op de vraag in welke mate je de ADHD verschijnselen inschat als een uiting van een ‘Nature’ dan wel een ‘Nurture’ probleem. (Waarbij je dan een beetje kort door de bocht zou kunnen zeggen dat Nature staat voor aanleg of ‘Hardware’ probleem en ‘Nurture’ voor omstandigheden en meer een ‘software’] probleem. Hoewel dat onderscheid een beetje ouderwets is sinds we weten dat het brein erg plastisch is en structureel veranderd onder invloed van omstandigheden als die maar lang genoeg aanhouden.
* Een belangrijk hulpmiddel om een indruk te krijgen of de nadruk meer op ‘Nature’ of op ‘Nurture’ ligt is het beloop van de klachten in de tijd erbij te betrekken. En dus de vraag of de klachten al van jongs af aan bestaan (<6e jaar) en ook al aanwezig waren toen er nog geen sprake was van de bovengenoemde omstandigheden wat meer pleit voor een ‘Nature’ probleem en dus echte primaire ADHD of dat ze op een gegeven moment min of meer uit het niets zijn ontstaan en het begin daarvan in de tijd samenviel met bepaalde gebeurtenissen om life-events wat meer gewicht in de schaal legt voor de ‘Nurture’ hypothese.
* Het kan dus zijn dat het beeld in classificatorische zin wel voldoet aan de criteria van ADHD maar in diagnostische zin niet.
* Dat onderscheid tussen classificatie en diagnose kun je je het beste voorstellen als een boom, bestaande uit wortels, een stam, hoofdtakken, steeds fijnere vertakkingen en uiteindelijk de bladeren, waarbij de bladeren dan de symptomen en verschijnselen voorstellen en de takken psychologische kwetsbaarheiden, de hoofdtakken neuro-psychologische kwetsbaarheden, de stam de genen en de wortels de familiaire kwetsbaarheden.

	+ (Waarbij je zo’n metafoor natuurlijk nog veel veder zou kunnen uitbreiden naar aspecten als licht en ruimte, water en voedingsstoffen die bijv. voor opvoedingsaspecten staan. etc. ). Als je daarin geïnteresseerd bent dan vindt je op de downloadpagina een verdere uitwerking van deze metafoor met behulp waarvan je de klachten en symptomen van je patiënten kunt ordenen.
* Classificeren is in deze beeldspraak te vergelijken met het van buitenaf tegen die boom aankijken en bladeren tellen, waarbij we hebben afgesproken dat je van ADHD spreekt als je bijv. 6 of meer van de 9 bladeren hebt aan de tak concentratiezwakte en 6 of meer van de 9 van de tak impulsiviteit/ hyperactiviteit.
* Theoretisch betekent dat dat er maar liefst 9x8x7x6x5x4 = 60.480 in het kwadraat = 3,6 miljard (!) mogelijke combinaties zijn die allemaal ADHD worden genoemd. Als zulks al geldt voor zoiets relatiefs eenvoudigs als ADHD, wat dan te denken van ASS, depressie of psychotische stoornissen en vraag je je af wat die classificaties eigenlijk zeggen?
* Gelukkig is het in de praktijk niet zo dramatisch, omdat veel van die symptomen samenhangen en je meer naar overkoepelende constructen kijkt.
* Toch kan het geen kwaad hier ooit eens even bij stil te hebben gestaan waarna we dit soort relativerende overwegingen dan nu weer parkeren en teruggaan naar de praktijk van alle dag.
* Zoals gezegd is classificeren dus te vergelijken is met het van de buitenkant naar bomen kijken en bladeren tellen (waarbij je dus al wel aan je water aanvoelt dat bepaalde bladeren waarvan je voor het gemak maar aanneemt dat ze een eenzelfde tak hangen, in werkelijkheid heel wel aan verschillende takken kunnen hangen), … is diagnosticeren te vergelijken met het beschrijven van de problemen op het niveau van de takken en bij voorkeur van de stam en de wortels, waarbij je ook nog iets probeert te zeggen over de hoeveelheid licht, de ruimte, water en voedingsstoffen en dus de omstandigheden waaronder de boom is gegroeid van eikel of zaadje tot boom en die wellicht verklaart waarom hij scheef gegroeid is, aan een kant dode takken heeft of kale plekken in de kruin.
* Het zou mooi zijn als dat bij iedereen uitgebreid in kaart zou worden gebracht maar dat is lang niet altijd nodig, bijv. omdat het vaak gaat om voldongen feiten die niet meer teruggedraaid of ongedaan gemaakt kunnen worden en/ of geen consequenties hebben voor de behandeling.
* Zeker in tijden van schaarste van middelen (beschikbaar personeel/ hulpverlening) is het van belang te onderscheiden voor wie dat wel en voor wie dat minder of niets toevoegt (of het zelfs erger kan maken).
* In concreto gaat het dan om de vraag hoe je de mensen die moeten worden verwezen naar de tweede lijn onderscheidt van hen voor wie dat weinig toevoegt.
* Behalve een inschatting omtrent primaire of secundaire aard van de klachten, het beloop in de tijd en een ev. familiaire (genetische) kwetsbaarheid, is ev. co-morbiditeit en ernstig disfunctioneren thuis op school, tijdens de studie of op het werk, dus ook van belang om te beslissen of je een patiënt eerst een proefbehandeling aanbiedt of die stap overslaat en meteen gaat verwijzen.
* Het is daarbij goed om te weten dat ADHD in 75% van de gevallen gepaard gaat met tenminste 2 andere psychiatrische problemen en dus meestal niet alleen komt.
* Je moet dan denken aan Angst en depressie (25%), autisme (15%). ODD 50%, Gedragsstoornissen 27%, verslaving, etc.
* Als daar dus sprake van is kun je, zeker als je nog niet veel ervaring hebt, beter meteen verwijzen. Raak je meer ervaren dan schuift die grens waarschijnlijk op.
* De mensen die overblijven zijn dus de mensen met primaire ADHD zonder al te veel comorbide problemen en die kun je ev. in aanmerking laten komen voor een proefbehandeling middels methylfenidaat alvorens ev. later alsnog te verwijzen.
* Met die groep die we nu geselecteerd hebben, gaan we verder met de training.
* Eerst staan we nog wat verder stil bij het gebruik van vragenlijsten om de echte (ofwel primaire) ADHD te onderscheiden van de secundaire ADHD.
* En daarna gaan we nog wat verder in op de comorbiditeit die bij ADHD enorm is en de vraag hoe dat kan en wat dat eigenlijk zegt.
* En als je dan dat onderscheiden van primaire enkelvoudige ADHD van de secundaire en de complexe ADHD met veel comorbiditeit, in de vingers hebt en dus redelijk betrouwbaar de subgroep kunt identificeren die je in aanmerking wilt laten komen voor een proefbehandeling (nl die enkelvoudige, ongecompliceerde groep zonder co-morbiditeit en redelijk functionerend), dan gaan we het in les 4 hebben over hoe je dat dan doet, die proefbehandeling instellen maar ook hoe je het effect daarvan op een systematische manier meet.
* Eerst nu nog iets dieper ingaan op de vragenlijsten en op comorbiditeit.
* Tot zo in les 3.1