

interview Nanda Lambregts-Rommelse

“KINDEREN KUNNEN OVER ADHD HEEN GROEIEN”

Voor haar onderzoek naar ADHD ontving Nanda Lambregts-Rommelse eind 2015 de prestigieuze Kramer Pollnow prijs. Een mooie aanleiding om haar te interviewen over haar werk als universitair hoofddocent bij het Radboud UMC en als psycholoog bij GGZ-instelling Karakter.

ANKE SCHEEREN

Wanneer Nanda Lambregts-Rommelse (1982) de vraag krijgt op welk onderzoek ze zelf het meest trots is, blijft het even stil. “Jeetje, wat een lastige vraag!” Daarna begint ze enthousiast te vertellen over de verschillende studies die ze gedaan heeft en de inzichten die daaruit voortvloeiden. Ze houdt nauwelijks meer op met praten. Tussendoor grapt ze dat ze behoort tot het ‘ADHD remittent type’.

“Mijn promotieonderzoek heeft indertijd veel impact gehad op het veld, door de bevinding dat de cognitieve problemen die vaak voorkomen bij kinderen met ADHD deels erfelijk zijn en ook bijvoorbeeld voorkomen bij broers en zussen. Daarnaast vond ik dat die cognitieve problemen niet altijd leiden tot ADHD. Het is een stukje

van de puzzel; het verklaart niet alles. De laatste bevinding heeft veel invloed gehad op ons denken over het ontstaan van ADHD.

Waar ik ook trots op ben, is mijn onderzoek naar de overlap tussen ADHD en autisme. Voorheen stond in de DSM-IV dat je bij een

BIJ AUTISME IS DE KANS OP ADHD-KENMERKEN GROOT

diagnose autisme niet ook nog ADHD kon hebben. Ik heb toen een Veni-subsidie ontvangen om te onderzoeken of dat wel klopt. Het blijkt dat een meerderheid van de kinderen een gemengd profiel

heeft. Als je ADHD hebt, dan is de kans groot dat je ook sociaal-communicatieve problemen hebt. En als je autisme hebt, is de kans op ADHD-kenmerken groot. Ook de oorzaken voor de twee aandoeningen overlappen.”

Je onderzocht ook de samenhang tussen ADHD en heel hoge intelligentie

“Ja, dat vind ik ook een belangwekkende studie. In de klinische praktijk vroegen ouders mij waar de ADHD-gedragingen van hun hoogbegaafde kind vandaan kwamen. Komt het onrustige gedrag voort uit een enorme gedrevenheid om te leren? Ik ben toen de literatuur ingedoken, maar naast de vele websites en meningen bleek er helaas weinig goede literatuur beschikbaar. Samen met professionals uit het begaafdheidsveld



heb ik gevonden dat ADHD en hoogbegaafdheid niet vaker met elkaar samengaan. We zien juist het omgekeerde: hoe hoger de intelligentie, hoe beter de aandachtspanne van mensen, en hoe rustiger en emotioneel stabiel ze zijn. Er lijkt daarom sprake te zijn van een *selection bias* in de kliniek. De meerderheid van de hoogbegaafde kinderen die het goed doen, zien we helemaal niet in de kliniek. Een hoge intelligentie is normaliter een beschermende factor in de ontwikkeling, dus wanneer een heel slim kind toch wordt aangemeld met ADHD-problemen, is dat alarme-rend.

Een ander onderzoek waar ik nu mee bezig ben, is de relatie tussen ADHD en voeding. Er zijn verschillende ouders die om allerlei redenen liever niet willen starten met ADHD-medicatie voor hun kind. Voor deze ouders zou een wijziging in voeding mogelijk een alternatief bieden. We hebben eerder al laten zien dat ongeveer 60 procent van kinderen met ADHD binnen vijf weken positief reageert op een dieet. Nu zijn we door middel van een *multi center trial* aan het kijken of een dieet standaard ingezet zou moeten worden binnen de GGZ. Welke kinderen reageren er positief op, waarom, en is het dieet op de lange termijn vol te houden?

We bieden twee verschillende diëten aan en bij beide zien we sommige kinderen positief reageren. Het ene is een eliminatiedieet, gebaseerd op de hypothese dat het kind met ADHD overgevoelig reageert op allerlei voedingsmiddelen. Bij dit dieet start je met een beperkte variatie aan eten en komen er gaandeweg steeds meer voedingsmiddelen bij om te bepalen welk effect elk product heeft. Het andere dieet is gebaseerd op de voedingsrichtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het idee is hier dat kinderen met psychiatrische problemen tekorten hebben aan vitamines en mineralen. Dit hebben we zelf ook gevonden bij Karakter. Het tweede dieet is dus niet gericht op de identificatie van een specifieke overgevoeligheid, maar vooral op het terugvinden

van een gezonde balans. Het zou natuurlijk mooi zijn als we al veel kunnen bereiken met een relatief weinig beperkend dieet.”

Wat is jouw professionele mening over medicatiegebruik bij kinderen met ADHD?

“Ik ben heel erg blij dat het bestaat. Het is een van de best onderzochte middelen en ik vind het goed dat ouders en kinderen ervoor kunnen kiezen om medicatie te gebruiken. Maar er zou ook meer keuze moeten zijn, want medicatiegebruik is niet zonder bijwerkingen. Hoewel allerlei vervolgstudies geen schadelijke langetermijneffecten hebben gerapporteerd, zijn die langetermijneffecten nooit gerandomiseerd getoetst. Het is ethisch gezien niet mogelijk om mensen met ADHD willekeurig in te delen in een groep die de medicatie nooit mag slikken en een andere groep die de medicatie altijd moet slikken.

Zelf zou ik medicatie waarschijnlijk niet als eerste keus inzetten bij mijn kind. Ik zou allereerst kiezen voor gedragsinterventies, bijvoorbeeld via beloningsmethoden, eventueel gecombineerd met een wijziging in voeding. Maar ik realiseer me ook dat ik makkelijk praten heb, zonder financiële zorgen en met een stabiele relatie. Als er binnen een gezin meerdere problemen spelen, is daar niet altijd voldoende draagvlak voor een gedragsinterventie. In die gevallen is het erg fijn dat er medicatie beschikbaar is.”

Wanneer bepaalt men om te stoppen met medicatie?

“Aangeraden wordt om ieder jaar even te stoppen, bijvoorbeeld in de zomervakantie of gewoon tijdens een schoolweek. Het kan soms inzicht geven om dit niet te vertellen aan de leerkracht en uit te vinden of die een verschil opmerkt. Pieter Hoekstra doet mooi onderzoek bij kinderen die langdurig medicatie slikken voor hun ADHD. Deze kinderen worden random toegewezen aan een conditie waarin hun medicatie gewoon wordt voortgezet, óf aan een groep waarin zij een placebopil krijgen.

De kinderen en hun ouders weten niet in welke conditie ze zitten. Op die manier kan worden nagegaan of de medicatie bij de kinderen nog wel zin heeft. Sommige ouders zeggen vrij snel dat het gedrag van hun kind echt niet meer te houden is, maar dan blijkt dat hun kind in de groep zit waarin de medicatie nooit gestopt is... Dat geeft wel aan dat verwachtingen van een pil ook een belangrijke rol spelen.”

Zijn er evidencebased gedragsinterventies voor kinderen met ADHD?

“Jazeker, bij jonge kinderen moet je dan bijvoorbeeld denken aan mediatie-therapie. Daarbij worden ouders getraind om hun kind te trainen. Ouders zien ADHD overigens meestal niet als het probleem dat aangepakt moet worden, maar vinden eerder de prikkelbaarheid en opstandigheid van hun kind moeilijk. ADHD kun je volgens mij het beste zien als een gebrek aan controle. In cognitief, motorisch maar ook emotioneel opzicht. Motorische ‘ondercontrole’, zoals gewiebel aan tafel, vinden de meeste ouders heus niet zo lastig, maar dat gebrek aan emotionele controle – enorme schommelingen in emoties, snel geïrriteerd raken, ontploffen bij het minste of geringste – dát wordt vaak als belastend ervaren door ouders...” Rommelse valt even stil, en lacht: “Wat was je vraag ook alweer?”

Evidencebased gedragsinterventies...

“Volgens de medische richtlijnen start je alleen met medicatie in ernstige gevallen. In de andere gevallen kies je altijd eerst voor gedragsinterventies. Bij jonge kinderen kun je dus denken aan ouderbegeleiding, maar je moet ook altijd de leerkracht erbij betrekken. Het kan gaan om simpele dingen als: waar zit het kind in de klas? Heeft hij een vaste plek of moet hij steeds wisselen? Is er veel of weinig afleiding in de buurt? Is er in de klas tolerantie voor een beetje beweeglijkheid of helemaal niet? Mag het kind een koptelefoon op of een schermpje op tafel? Worden de huiswerkinstructies voor het

kind opgeschreven? Met dat soort hulpmiddelen kom je vaak al een heel eind. Op basis van mijn klinische ervaring denk ik dat er veel winst valt te behalen met gedragsinterventies bij fors opstandige kinderen met ADHD. Bij kinderen met alleen de aandachtsproblemen hebben gedragsinterventies minder zin. Een deel hiervan heeft het zogeheten *sluggish cognitive type*, kinderen die extreem dromerig en traag zijn. Zij reageren vaak wel goed op medicatie.”

Kun je over ADHD heen groeien?

“Ja, dat kan. Uit Amerikaanse cijfers blijkt dat ongeveer eenderde van de kinderen blijvend ADHD heeft, eenderde vermindert in symptomen maar blijft wel last houden, en de laatste derde heeft later geen last meer van ADHD-symptomen. Deze cijfers komen uit Amerikaans onderzoek; dat is nodig om te vermelden omdat de prevalentiecijfers daar wat hoger zijn en er soepeler met de criteria lijkt te worden omgesprongen. Uit recente Europese studies blijken wat meer kinderen last te houden van ADHD tot in de volwassenheid. Wat wel duidelijk is, is dat hyperactiviteit en impulsiviteit flink afnemen tijdens de puberteit. De aandachtsproblemen nemen ook iets af, maar in mindere mate. Voorspellers voor een gunstig beloop zijn onder meer een hogere intelligentie, weinig comorbide problemen en een stabiele gezinsumgeving. Medicatie lijkt daarentegen niet van invloed te zijn op het beloop. Dus als clinicus kun je niet zeggen: ‘Als je dit nog tien jaar slikt, heeft je kind meer kans om er overheen te groeien.’ Wel zien we dat kinderen die stabiel behandeld zijn met medicatie een minder grote kans hebben om later, in de puberteit of volwassenheid, verslaafd te raken aan nicotine of alcohol. Bij kinderen met ADHD is de kans op een latere verslaving doorgaans behoorlijk verhoogd.”

Wat zou je een leek vertellen over de oorzaak of oorzaken van ADHD?

“Als ik het heel kort zou zeggen: dé oorzaak van ADHD bestaat

niet. We weten dat er allerlei factoren kunnen zijn, van genetische kwetsbaarheden tot trauma's tot blootstelling aan toxische stoffen in de baarmoeder, die het risico op ADHD verhogen. Meestal komen dat soort factoren samen voor, dus het gaat echt om een samenspel tussen aanleg en omgeving. Ik denk dat je ADHD, en ook autisme, kunt zien als een verzameling symptomen die tot stand komt doordat er iets misgaat in de aanleg van de basale of meer complexe hersensystemen. Wat we tijdens een behandeling proberen, is die hersenfuncties zo goed mogelijk de kans te geven zich te ontwikkelen.”

Je noemde net de overlap tussen ADHD en autisme. Waar zit precies die overlap in oorzakelijke factoren?

“Uit tweelingonderzoek, waarbij monozygote tweelingen met dizygote tweelingen vergeleken worden, blijkt dat er overlap zit in de genetische factoren die onderlig-

DÉ OORZAAK VAN ADHD BESTAAT NIET

gend zijn bij autisme en ADHD. Wij hebben zelf gevonden dat als een kind ADHD heeft, de kans op autisme sterk verhoogd is bij broertjes of zusjes. Andersom vonden we ook dat als een kind autisme heeft, broertjes of zusjes een grotere kans hebben op ADHD. Ook uit neuropsychologisch onderzoek blijkt dat kinderen met autisme en ADHD vaak heel vergelijkbaar presteren. Daarnaast zijn er overeenkomsten aangetoond met behulp van beeldvormend onderzoek, zoals MRI. Dus op alle niveaus – van DNA tot het brein – zit er deels overlap in oorzakelijke factoren.”

Deels overlap zeg je; waar zitten de oorzakelijke verschillen tussen ADHD en autisme?

“Eerlijk gezegd weten we dat nog niet zo goed. We hebben recent een literatuuronderzoek gedaan om te onderzoeken of er op zeer

jonge leeftijd al verschillen bestaan tussen kinderen die later autisme ontwikkelen en kinderen die ADHD ontwikkelen. We vonden vooral veel overeenkomsten tussen de kinderen, zoals snel huilen, verhoogde prikkelbaarheid en moeilijk slapen. Een opvallend verschil, dat ook blijkt uit onze eigen data, was dat kinderen die op jonge leeftijd veel boosheid en frustratie hadden laten zien, zoals bij het leren lopen, eerder ADHD ontwikkelden dan autisme. Jonge kinderen die later autisme ontwikkelen, gedroegen zich juist vaker heel gedwee, zonder eigen initiatief.”

ADHD wordt door experts vaak gezien als een extreme uiting op een continuüm. Waar trek je de grens tussen normaal en afwijkend?

“Dat is de vraag waar klinici elke dag mee bezig zijn. Je gaat natuurlijk alleen een diagnose stellen en een behandeling starten als er sprake is van last. Als iemand sterke ADHD-kenmerken laat zien, maar zelf en ook de omgeving geen last ervaart, dan stel je geen diagnose. Het klopt dat ADHD een extreme uiting is op een continuüm. De hypothese is echter dat de symptomen vanuit evolutionair oogpunt handig zijn voor de populatie. Als je alleen maar mensen zou hebben die nooit iets impulsiefs doen, geen risico durven te nemen, altijd volgzzaam zijn, dan worden er ook geen nieuwe uitvindingen gedaan. Dus de populatie heeft er baat bij dat individuen verschillen in allerlei eigenschappen, bijvoorbeeld van heel volgzzaam en berekenend tot helemaal niet volgzzaam en zeer impulsief. Voor het individu zelf is het lastig om het uiterste te zijn op het continuüm, maar afwijkingen van het gemiddelde zijn voor de populatie als geheel handig.”

Wat vind je als clinicus en onderzoeker van de DSM als basis voor diagnostiek?

“Als clinicus vind ik het vooral handig; het is de taal waarin je spreekt. Het geeft ouders ook duidelijkheid en het geeft richting voor behandeling. Het nadeel



Foto: Aleid Denter van der Gon

is dat diagnoses zo'n nare bij-smaak hebben gekregen voor veel mensen, waardoor zij het krijgen van een diagnose soms enorm heftig vinden. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat kinderen behandeld moeten worden omdat ze zo lijden onder het feit dat ze een diagnose hebben. Dus in een enkel geval doet de diagnose in de praktijk meer kwaad dan goed. In het onderzoek merken we wel dat het handiger is om kinderen op andere manieren te groeperen dan op basis van DSM-diagnoses. We meten dan bijvoorbeeld verschillende dimensies van gedrag, zoals hyperactiviteit en emotieregulatie, om zo betekenisvolle groepen te kunnen vormen. Een andere manier is om groepen te maken op basis van overeenkomsten in het cognitieve profiel. Ik denk alleen dat deze dimensionele benadering nog niet klaar is voor gebruik in

de klinische praktijk. De kracht van de DSM zit in de gemeenschappelijke taal die je spreekt. Er wordt ook steeds vaker gesproken over 'ernstprofilering' en dat lijkt me een goede zaak, al blijft het de vraag naar welke dimensies je dan precies moet kijken. Maar veranderingen zitten er wel aan te komen. Het zou me niet verbazen als we over vijftien jaar ADHD niet meer ADHD noemen, omdat we dan andere meer betekenisvolle classificaties gevonden hebben waarbij niet alleen de symptomen leidend zijn, maar ook de oorzaken betrokken worden."

Wat vind je van berichten in de media als: 'Jongetjes die vroeger normaal druk waren, krijgen nu het label ADHD'?

"ADHD wordt vaker gediagnosticeerd dan vroeger. Of het ook daadwerkelijk vaker voorkomt,

weten we niet. De laatste vijf jaar zien we overigens een stabilisering in de wereldwijde prevalentie van ADHD. De omgeving waarin kinderen opgroeien is in de afgelopen decennia ontzettend veranderd, denk aan de mate van luchtvervuiling of sigarettengebruik. Het is trouwens ook duidelijk dat niet alleen ADHD is toegenomen, maar ook bijvoorbeeld autisme, astma, reuma en allergieën. Aangezien onze genetische opbouw niet veranderd is in die korte tijd, suggereert dit dat er mogelijk een rol is voor omgevingsfactoren die – in samenspel met onze genetische aanleg – de verhoogde prevalentie verklaren.

Een andere verandering in de omgeving is de enorm toegenomen snelheid van leven door internetgebruik en sociale media. Het leven is veel onvoorspelbaarder geworden; tegelijkertijd worden er

hogere eisen gesteld aan mensen. Hierdoor vallen kwetsbare kinderen nu eerder op. Ook de school vraagt tegenwoordig meer van de zelfstandigheid en planningsvaardigheden van jonge kinderen. Zelf leren en zelf plannen, tja... dat is gewoon vreselijk lastig voor impulsieve kinderen met beperkte executieve functies. Ze worden overvraagd op een gebied waar juist hun zwaktes liggen. Uit een interessante Groningse studie blijkt dat als kinderen bewegen tijdens de les, zij informatie beter onthouden. We verlangen eigenlijk iets onnatuurlijks van kinderen wanneer ze de hele dag stil op een stoel moeten zitten en informatie tot zich moeten nemen. Daarnaast lijkt er inderdaad wat bewijs voor een verminderde tolerantie voor drukke jongetjes. Zo blijkt dat de jongste kinderen in een klas eerder

AUTISME HOEFT NIET ALTIJD LEVENSLANG TE ZIJN

een ADHD-diagnose krijgen dan hun oudere klasgenoten. Dit komt waarschijnlijk doordat de jongere kinderen zich drukker gedragen dan de oudere. Dus de sociale omgeving bepaalt mede wat we normaal, en wat we druk gedrag vinden. Er is ook veel geschreven over de vele vrouwelijke leerkrachten die minder tolerant zouden zijn voor jongensgedrag. Of dat klopt, weet ik niet. Het is in elk geval wel

duidelijk dat een slechte leerkracht-leerlingrelatie een negatief effect heeft op het drukke, opstandige gedrag van een kind.”

Wat zijn jouw onderzoeksdromen voor de toekomst?

“Er zijn verschillende dingen die ik nog heel graag zou willen uitzoeken! Ik zou meer onderzoek willen doen naar zowel hoogbegaafde als laagbegaafde kinderen met ADHD, om te kijken hoe we deze groep het beste kunnen helpen. Verder zou ik graag zien dat bij elk kind met gedragsproblemen of leerproblemen een cognitief onderzoek wordt afgenomen, op basis van solide instrumenten, experimentele paradigma's en goede normdata. Ten slotte zou ik willen bijdragen aan het verminderen van het stigma van autisme door in grote cohortonderzoeken te laten zien dat autismesymptomen niet altijd stabiel zijn. Als we nu aan een kind vertellen dat het autisme heeft, dan lijkt het haast door een *self-fulfilling prophecy* steeds slechter te gaan in het sociale contact. Bij ADHD weten we dat een behoorlijk deel van de kinderen verbetert. Gezien de overlap in oorzaken van ADHD en autisme, zou ik me heel goed kunnen voorstellen dat ook een deel van de kinderen met autisme verbetert. Het inzicht dat autisme niet per definitie levenslang hoeft te zijn, is relatief nieuw. Ik vind het daarom bijna onethisch om tegen mensen in de kliniek te zeggen dat autisme levenslang is en dat er eigenlijk geen goede behandeling bestaat. Dan gaat het bij mij wel wringen.”

Je bent nu associate professor, ambieer je een hoogleraarschap in de nabije toekomst?

“Ik ben er wat ambivalent over. Ik heb volop ideeën voor onderzoek, maar de verantwoordelijkheid, werkdruk en manage-

ONDERZOEK MOET KLINISCH RELEVANT ZIJN, VIND IK

menttaken trekken mij minder. Ik heb drie vrij jonge kinderen en ik merk nu al hoe vaak ik in de spagaat sta om alles te bolwerken. Er zijn dagen dat ik nog dossiers aan het doorploegen ben, terwijl mijn man met de kinderen naar de speeltuin is. Van die dagen wil ik er niet te veel hebben. Over tien jaar moet ik niet terugkijken en denken: Leuk zo'n hoogleraarschap, maar mijn huwelijk is kapot en ik zie mijn kinderen de helft van de tijd niet. Voor mij is het daarnaast belangrijk dat ik mijn onderzoekswerk kan blijven combineren met mijn klinische werk. Dat wil ik absoluut blijven doen om *feeling* te houden met ouders en kinderen. Ik wil weten wat er leeft. Onderzoek moet klinisch relevant zijn, vind ik. Niet dat puur theoretisch onderzoek niet zinvol is, maar ik denk wel dat er nog te veel studies gedaan worden met weinig klinisch nut.”