

# Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in de huisartspraktijk

De rol van de huisarts bij het diagnostisch proces en beleid bij ADHD

RICHARD HOOFS

## Inleiding

De huisarts wordt geregeld geconfronteerd met vragen over 'lastige' en 'drukke' kinderen. Vaak gaan de klachten gepaard met school- en leerproblematiek. Het is van belang dat men in dergelijke situaties onderscheid kan maken tussen enerzijds opvoedingsproblemen en 'normaal' puberaal gedrag en anderzijds gevallen van 'Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder' (ADHD), antisociaal gedrag en andere psychiatrische beelden.

In deze klinische les komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Epidemiologie van ADHD.
- Het diagnostisch proces.
- Het therapeutisch beleid.

## Casus 1

Marco, bijna 8 jaar oud, is buitengewoon beweeglijk en heeft problemen met zijn concentratie. Thuis zijn er voortdurend conflicten en op school lukt het hem nauwelijks om op zijn plaats te blijven zitten of op zijn beurt te wachten.

Via school wordt de sociaal-pedagogische dienst ingeschakeld, die een verwijzing naar een neuroloog adviseert. Marco wordt uitgebreid onderzocht en er wordt onder meer een EEG gemaakt. Op neurologisch gebied wordt geen enkele afwijking gevonden.

Vervolgens komen de ouders met Marco bij de huisarts. Ze willen verder onderzoek want ze weten zeker dat er iets met hem aan de hand is. 'Dit kan zo echt niet doorgaan, er moet iets gebeuren dokter!' Op verzoek van de ouders wordt Marco naar de kinderarts verwezen. Deze kan ook geen afwijkingen vinden en verwijst hem door naar het Riagg.

In het Riagg vindt een psychologisch onderzoek plaats door de orthopedagoog, gevolgd door een psychiatrisch onderzoek door de kinderpsychiater. Dit onderzoek bestaat uit een gesprek met beide ouders, een telefonisch gesprek met de leerkracht en twee onderzoeksessies met Marco.

De conclusie is dat hij ADHD heeft. Tevens wordt vastgesteld dat hij een beperkt

## Samenvatting

**Hoofs R. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in de huisartspraktijk. De rol van de huisarts bij het diagnostisch proces en beleid bij ADHD. Huisarts Wet 2000;43(11): 478-82.**

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) maakt 30-50% uit van alle psychiatrische stoornissen op basisschoolleeftijd. Bij 3-5% van alle schoolgaande kinderen kan de diagnose ADHD gesteld worden. Gezien de slechte prognose indien geen behandeling plaatsvindt, zoals de ontwikkeling van een antisociale persoonlijkheidsstoornis, is tijdige signalering belangrijk. De huisarts heeft als gezinsarts goede mogelijkheden voor vroegtijdige herkenning van ADHD. Wanneer het ziektebeeld door de huisarts op het 'pluis/niet pluis'-niveau herkend is, kan het patiëntje vervolgens worden verwezen naar de kinderpsychiater; omzwingingen langs diverse instanties kunnen op deze manier worden voorkomen. Door de kinderpsychiater vindt vervolgens diagnostiek op DSM-IV-niveau plaats. Hierbij kunnen ook mogelijke comorbide condities worden vastgesteld en in het behandelplan worden betrokken. Voor het overige is de rol van de huisarts bij ADHD beperkt. In bijzondere omstandigheden is het toch mogelijk voor de huisarts om in overleg met de kinderpsychiater te beginnen met medicatie (methylfenidaat).

R. Hoofs, huisarts, Vugterstraat 187, 5211 GC 's-Hertogenbosch.

oorzaak-gevolg-inzicht heeft en daardoor niet goed begrijpt dat mensen hem ten gevolge van zijn drukke gedrag kunnen afwijzen of boos op hem worden. Marco's ouders doen hun best, maar hebben een verschillende opvoedingsstijl; zo is de moeder vaak weinig consequent in haar aanpak. Hierdoor en door zijn zwakke

oorzaak-gevolg-inzicht lijkt Marco's relatie met zijn moeder bemoeilijkt te worden en ontwikkelt zich in toenemende mate oppositioneel en opstandig gedrag. Marco blijkt, mede ten gevolge van zijn hyperactiviteit, ook moeilijkheden in de omgang met leeftijdgenootjes te hebben.

Een dik jaar nadat het onderzoekstraject is ingezet, wordt uiteindelijk tot behandeling overgegaan. Marco krijgt gedragstraining in een speciale ADHD-groep en zijn ouders krijgen ouderbegeleiding. Tevens wordt hij ingesteld op methylfenidaat (Ritalin). Het advies om Marco naar een LOM-school te laten gaan, wordt niet opgevolgd; hij blijft voorlopig binnen het reguliere onderwijs.

## Casus 2

Patrick, een stevig gebouwd jongetje van 7 jaar, komt samen met zijn ouders op het spreekuur van hun huisarts. Ze zijn pas verhuisd en nieuw in de praktijk. Patrick heeft zowel thuis als op school al meer dan een jaar problemen vanwege zijn drukke gedrag en slechte concentratievermogen. Hij is snel afgeleid, erg beweeglijk en luistert slecht. Hij heeft vaak ruzie met andere kinderen. Meestal mag hij wel meespelen, maar hij hoort er nooit echt bij. De ouders vertellen dat Patrick op een LOM-school zit en dat de orthopedagoog aan ADHD denkt. Patrick zelf zit er gedurende het consult rustig bij; hij friemelt alleen continu met zijn handen. De ouders zijn ten einde raad. Ze vragen zich af of medicatie zou kunnen helpen. De huisarts vertelt hen dat dit een ingewikkeld probleem is en dat hiervoor meer tijd nodig is. Er wordt een nieuwe - dubbele - afspraak gemaakt.

In de tussentijd neemt de huisarts contact op met de school. De leerkracht vertelt dat ze Patrick kent als een drukke jongen die het moeilijk vindt zijn aandacht bij zijn werk te houden. Hij is continu in de weer en kan nauwelijks op zijn beurt wachten. Gezien zijn problemen is er een orthopedagogisch onderzoek verricht dat sterke aanwijzingen gaf voor ADHD.

Op de volgende afspraak blijkt de situatie thuis en op school verergerd te zijn.

Patrick heeft continu ruzie met alles en iedereen. Hij zegt dat hij vaak dingen vergeet die hem verteld worden. Later heeft hij daar dan weer spijt van. Hij wil graag dat er verandering komt in de situatie en wil als het helpt best medicatie nemen.

Gedurende het consult is het patiëntje weer vrij rustig. Bij het ophalen uit de wachtkamer was dat wel anders. In zichzelf gekeerd was hij volop in beweging, vrolijk pendelend tussen de boekjes op tafel en het schoolbord. Volgens de ouders is dit gedrag typerend voor Patrick.

De huisarts besluit een hetero-anamnese bij de ouders af te nemen, waarin onder meer de symptomen van ADHD volgens DSM-IV aan de orde komen. Vervolgens wordt een lichamelijk onderzoek gedaan ter uitsluiting van mogelijke somatische problematiek. Hierbij worden ook visus en gehoor gecontroleerd.

Naar aanleiding van de resultaten van beide consulten vertelt de huisarts aan Patrick en zijn ouders dat er zeker sprake kan zijn van ADHD. Voor verder onderzoek stelt hij dan ook een verwijzing voor naar de kinderpsychiater van het Riagg.

Na een week komen de ouders terug op het spreekuur. Ze kunnen pas over 6 weken terecht bij het Riagg, vertellen ze. En misschien duurt het dan nog wel een tijd voor er iets gebeurt.

Na overleg met de kinderpsychiater wordt besloten, gezien de duidelijkheid van het beeld, te beginnen met methylfenidaat. Verdere diagnostiek en beleid worden door de kinderpsychiater uitgevoerd. Het instellen op methylfenidaat levert, behalve last met inslapen in het begin, geen problemen op. Patrick functioneert thuis en op school veel beter en vertelt zelf dat het veel rustiger geworden is in zijn hoofd.

## Epidemiologie

De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij kinderen zou 12 procent bedragen.<sup>1</sup> ADHD maakt daar een belangrijk deel van uit;<sup>2,3</sup> een populatieprevalentie van 3-5 procent bij schoolgaande kinderen wordt genoemd.<sup>3</sup> De stoornis komt vaker

### De kern

- 3 tot 5 procent van alle kinderen lijdt aan ADHD.
- De rol van de huisarts bestaat uit diagnostiek op pluis/niet-pluis-niveau en het uitsluiten van voor de hand liggende somatische oorzaken.
- Verdere psychiatrische diagnostiek is een taak van de kinderpsychiater.
- Instellen op methylfenidaat is eveneens een taak voor de kinderpsychiater.

voor bij jongens dan bij meisjes, met een gemiddelde ratio van 3 op 1.<sup>2,4</sup> Ongeveer een kwart van de kinderen met ADHD zou in de adolescentie een antisociale persoonlijkheidsstoornis ontwikkelen, en met name in deze groep komt veel overmatig gebruik van alcohol en/of verdovende middelen voor.<sup>2</sup> Van de kinderen met ADHD houdt ongeveer 75 procent in de adolescentie last van ADHD-symptomen en 50 procent ook nog op volwassen leeftijd.<sup>4,5</sup>

## Diagnostisch proces

### Diagnostiek door de huisarts

De diagnose ADHD is gebaseerd op het klinische beeld en verhaal. De diagnose kan met geen enkele psychologische of biologische test worden gesteld.<sup>6</sup>

De huisarts kan ADHD vroegtijdig herkennen door middel van een combinatie van heteroanamnese, gerichte observatie en lichamelijk onderzoek.<sup>7</sup> Hiervoor kan in de meeste gevallen worden volstaan met een enkel consult, gevolgd door een of twee dubbele consulten en telefonisch contact met de leerkracht.

Bij ADHD is er sprake van een persistent gedragpatroon dat gekenmerkt wordt door aandachtstekort en/of hyperactiviteit

en/of impulsiviteit, dat langer bestaat dan een half jaar en voor de zevende verjaardag begonnen is, en dat aanleiding geeft tot functioneringsproblemen op meer dan een gebied (thuis, school en/of vrije tijd). De gedragsproblemen lijken 'op zichzelf' te staan en niet gerelateerd te zijn aan gebeurtenissen of problemen, bijvoorbeeld in de ouder-kindrelatie. Het is van belang na te gaan of het hyperactieve gedrag van het kind intentioneel is of niet. Een kind met ADHD is al snel niet meer op anderen gericht en gaat dan op in zijn eigen wereldje. Belangrijk is om na te gaan of een impulsief, hyperactief kind zijn best doet om de aandacht van zijn ouders te krijgen. Als het kind zich misdraagt in de spreekkamer, kan de arts zich afvragen of het gedrag hem als het ware 'overkomt', of dat het zich terdege bewust is van de reactie van de ouders. Wanneer het laatste het geval is, wijst dit meer op een oppositioeneel-opstandige kwaliteit van de misdragingen. Dit is eveneens het geval wanneer een ouder extreem emotioneel reageert. Reageert de ouder echter consistent en niet emotioneel en blijft het kind hyperactief, dan wijst dit meer op ADHD.

Het spreekuurbezoek geeft ook een goede kans om de pedagogische en disciplinaire patronen van de ouders na te gaan. Sommige patronen kunnen – onbedoeld – de misdragingen van het kind juist aanmoedigen. Ouders en kind kunnen tijdens het consult versterkt of juist verminderd reageren. Het is daarom van belang na te gaan hoe de interactie normaal verloopt. Dit kan via vragen als 'Is dit gedrag typerend voor uw kind?', 'Gaat het thuis ook zo?', 'Reageert u thuis ook zo als uw kind zich zo misdraagt?'<sup>7</sup> Wanneer de ouders melden dat het hyperactieve impulsieve gedrag van het kind situationeel bepaald is, pleit dit niet voor ADHD.

Lang niet altijd zijn de symptomen goed zichtbaar tijdens het consult. Observatie voor of na het consult biedt dan betere informatie. Vaak is de doktersassistente in de gelegenheid het kind in de wachtkamer te observeren. Ook kan men proberen het kind tijdens het consult zorgvuldig te observeren. De arts moet dit dan wel aan de ouders uitleggen, zodat zij begrijpen

waarom hij af en toe geen oogcontact met hen houdt.

De huisarts dient vervolgens een algemeen lichamelijk onderzoek uit te voeren om lichamelijke oorzaken van druk gedrag uit te sluiten. Het gaat met name om neurologische aandoeningen (epilepsie, syndroom van Gilles de la Tourette), endocrinologische aandoeningen (hypothyreoïdie, hyperthyreoïdie), gehoorproblemen, visusproblemen en het gebruik van geneesmiddelen zoals bronchusverwijders.<sup>4,7,9</sup> Gehoors- en visusproblemen kunnen onoplettendheid en hyperactiviteit veroorzaken, doordat het kind dan vaak niet in staat is om bepaalde dingen te begrijpen.

**Verdere diagnostiek**

Wanneer de huisarts ADHD op 'pluis/niet pluis'-niveau herkent, kan hij het patiëntje direct verwijzen naar de kinderpsychiater. Omzwervingen langs diverse instanties, zoals bij casus 1, kunnen op deze manier worden voorkomen.

De kinderpsychiater verricht vervolgens uitgebreide diagnostiek op DSM-IV-niveau (*kader*). Hierbij kunnen tevens comorbide condities, zoals gedragsstoornissen, leerstoornissen en angststoornissen, worden gediagnosticeerd.<sup>4,7</sup> Van groot belang daarbij is een zorgvuldige (hetero)anamnese, waarbij onder meer het gedrag van het kind in uiteenlopende omstandigheden (thuis, op school, naschool-

se opvang, sportclub, etc.) aan de orde komt.

Daarnaast moeten andere oorzaken dan ADHD worden uitgesloten:

- *Psychiatrische aandoeningen.* Twee belangrijke psychiatrische aandoeningen waarmee men rekening moet houden, zijn een oppositioneel-opstandige en een anti-sociale gedragsstoornis. Kenmerkend hiervoor is dat het kind zich niet aan regels kan houden, vaak ruzie met de ouders maakt, vaak woedeuitbarstingen heeft, anderen vaak de schuld geeft voor eigen fouten, wraaklustig is, wreed gedrag vertoont ten opzichte van dieren, steelt, liegt en opzettelijk andermans eigendom vernielt.<sup>8</sup> Stemmings- en angststoornissen kunnen

**DSM-4 criteria voor attention-deficit/hyperactivity disorder<sup>7</sup>**

**A** Er is sprake van [1] of [2]:

[1] *Aandachtsproblemen: ten minste zes van de volgende symptomen bestaan al minstens een half jaar in een mate die onaangepast is en niet in overeenstemming met het verstandelijk niveau:*

- [a] let vaak niet goed op details of maakt slordigheidfouten in schoolwerk, werk of andere activiteiten
- [b] heeft vaak moeite de aandacht bij een taak of spel te houden
- [c] lijkt vaak niet te luisteren wanneer iemand het woord tot hem of haar richt
- [d] heeft vaak moeite om instructies volledig te volgen en maakt schoolwerk, taken of verplichtingen op het werk niet af (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of een onvermogen instructies te begrijpen)
- [e] heeft vaak moeite om taken en activiteiten te organiseren
- [f] gaat taken, die een langdurige mentale inzet vereisen (zoals schoolwerk of huiswerk) vaak uit de weg, heeft er een hekel aan of toont tegenzin ermee te beginnen
- [g] raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, opgaven van school, potloden, boeken of gereedschap)

[h] wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels

[i] is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden

[2] *Hyperactiviteit-impulsiviteit: ten minste zes van de volgende symptomen bestaan al minstens een half jaar in een mate die onaangepast is en niet in overeenstemming met het verstandelijk niveau:*  
*Hyperactiviteit:*

- [a] beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of wiebelt in zijn stoel
- [b] staat op van zijn plaats in de klas of in andere situaties waar wordt verwacht dat iemand blijft zitten
- [c] rent in situaties, waar dit onaangepast is, vaak rond of klautert overal in (bij adolescenten en volwassenen kan dit beperkt blijven tot een subjectief gevoel van rusteloosheid)
- [d] heeft vaak moeite zich rustig bezig te houden met spel of vrijetijdsactiviteiten
- [e] is vaak 'in volle actie' of gedraagt zich vaak 'alsof hij zij wordt aangedreven door een motor'
- [f] praat vaak buitensporig veel

*Impulsiviteit:*

[g] gooit vaak het antwoord op vragen eruit voordat deze afgemaakt zijn

[h] heeft vaak moeite om op zijn of haar beurt te wachten

[i] onderbreekt of stoort anderen vaak (bijvoorbeeld valt in de rede tijdens een gesprek of bemoeit zich met spelletjes)

**B** Voor de leeftijd van zeven jaar was al sprake van enige symptomen op het gebied van hyperactiviteit-impulsiviteit of gestoorde aandacht, die aanleiding gaven tot disfunctioneren.

**C** Enig disfunctioneren als gevolg van de symptomen doet zich voor in twee of meer contexten (bijvoorbeeld op school of op het werk en thuis).

**D** Er moet sprake zijn van duidelijke tekenen van klinisch significant disfunctioneren op sociaal of leervlak of op het werk.

**E** De symptomen komen niet uitsluitend voor in het kader van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en laten zich niet beter verklaren door een andere psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis).



ook hyperactiviteit, aandachtstekort en impulsiviteit veroorzaken. De moeilijkheid is dat al deze stoornissen comorbide condities kunnen zijn bij ADHD-kinderen.

• *Pedagogische en sociale problematiek.* Pedagogische verwaarlozing (insequent gedrag, verwenning, gebrek aan structuur en het ontbreken van duidelijke grenzen) en familiale en sociale veranderingen en verstoringen (echtscheiding, chaotische huishoudens, misbruik) zijn andere mogelijke oorzaken voor hyperactief en impulsief gedrag.<sup>7</sup>

### Therapeutisch beleid

Bij de behandeling van ADHD gaat het erom de stagnerende sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling van het kind weer op gang te krijgen, en bijkomende problemen, zoals agressiviteit en matige contacten met ouders en leeftijdgenoten in gunstige zin te beïnvloeden. In de meeste gevallen zal de behandeling ambulante plaatsvinden, in nauwe samenwerking met de ouders en de leerkrachten en eventueel met hulp van een school voor speciaal onderwijs, video-hometraining of een Boddaertcentrum. Soms zal behandeling in een orthopedagogisch behandelingscentrum of een kinder- en jeugdpsychiatrische (dag)kliniek gewenst zijn.

De behandeling berust op twee pijlers: medicamenteuze en niet-medicamenteuze therapie.<sup>10</sup> Medicatie is bij kinderen met ADHD geïndiceerd als de sociaal-emotionele en/of cognitieve ontwikkeling stagneert door de ADHD-symptomen en het kind onvoldoende bereikbaar blijft voor uitsluitend een gedragstherapeutische aanpak. Het aan amfetamine verwante methylfenidaat is in gecontroleerd onderzoek effectief en veilig gebleken bij ADHD. Deze medicatie wordt door 95 procent van de ADHD-patiëntjes goed verdragen<sup>13</sup> en 80 procent heeft een duidelijke klinische verbetering van de ADHD-symptomen.<sup>6</sup> Het middel heeft een gunstig effect op aandacht, impulscontrole, waarneming en geheugen.<sup>10</sup> De laatste jaren vertoont het gebruik in Nederland een groei van meer dan 60 procent.<sup>11</sup> In 1999 waren er 160.000 verstre-

kingen via de openbare apotheek, waarbij de huisarts in 44 procent van de gevallen de voorschrijver was<sup>11</sup>, maar vermoedelijk meestal niet de initiator.

Behandeling met methylfenidaat begint met circa 0,25 mg/kg/dag, bijvoorbeeld 's morgens en 's middags 5 mg. In de loop van een week wordt de dosering vervolgens geleidelijk opgevoerd tot 0,6 mg/kg/dag, verdeeld over twee doses. Indien de symptomen op paradoxale wijze juist verergeren, dient men de medicatie te staken.<sup>12</sup>

Vaak voorkomende bijwerkingen zijn inslaapproblemen, eetlustvermindering en rebound-ontremming.<sup>10</sup> Een proefmedicatie-periode van vier weken is nodig om vast te stellen hoe de balans van effecten en bijwerkingen uitvalt.<sup>12</sup> Om inslaapproblemen te voorkomen kan de laatste dosis het beste niet na 16.00 uur worden ingenomen.<sup>12</sup> Methylfenidaat is absoluut gecontraïndiceerd bij tics en epilepsie.<sup>10</sup>

De kinderpsychiater beschikt nog over andere geneesmiddelen, die hier vanwege hun specialistische karakter niet verder besproken zullen worden.

Onder de niet-medicamenteuze behandelingen vallen psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, sociale vaardigheidstraining, oudertraining, remedial teaching en revalidatie.<sup>14-16</sup>

### Rol van de huisarts

Zowel het instellen op medicatie als de vaak jarenlange controle vereisen een expertise die alleen kan worden opgebouwd in centra die zowel psychiatrisch als medisch-somatisch goed zijn geoutilleerd en waar men op zijn minst enige tientallen van deze kinderen behandelt. In een huisartspraktijk, waar zich hooguit enkele ADHD-kinderen zullen bevinden, hoort deze medicatie dan ook niet thuis.<sup>10</sup> De kinderpsychiater dient ouders, leerkracht en, voor zover mogelijk, ook het kind goed op de hoogte te brengen van de te verwachten bijwerkingen. Ook moet goed worden afgesproken bij welke bijwerkingen of effecten contact moet worden opgenomen. Een goede voorlichting over de beperkte effectiviteit van medicatie voorkomt teleurstellingen en doet kind,

ouders en leerkracht kritisch meedenken.<sup>10</sup>

### Beschouwing

Idealiter diagnosticeert de huisarts ADHD op 'pluis/niet-pluis'-niveau en verwijst hij het kind naar de kinderpsychiater voor nadere diagnostiek en instelling van therapie. Op deze manier worden omzwervingen langs diverse instanties en specialisten voorkomen. Gezien het toenemend aantal aanmeldingen van kinderen met mogelijk ADHD en de langere wachttijden voor de kinderpsychiater kan het in bepaalde gevallen wenselijk zijn dat de huisarts al begint met instelling op methylfenidaat na overleg met de kinderpsychiater. Een dergelijke procedure is natuurlijk afhankelijk van de duidelijkheid van het ADHD-beeld. Het verdere beleid kan dan beter worden overgelaten aan de specifieke hulpverlening, zeker gezien mogelijke comorbiditeit zoals een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis.

Binnen de behandeling is altijd een begeleidende taak weggelegd voor de huisarts. Deze kan bestaan uit informatieverstrekking, ondersteunende gesprekken en eventueel pedagogische adviezen en medicamenteuze begeleiding. Medicamenteuze begeleiding door de huisarts zou, in overleg met de kinderpsychiater, kunnen bestaan uit het vervolgen van kinderen die goed zijn ingesteld en geen klachten hebben. Er zou dan wel zo nodig overleg met de kinderpsychiater plaats moeten kunnen vinden. De kinderpsychiater zou periodiek bij een (half)jaarlijkse controle kunnen nagegaan of de kinderen nog goed zijn ingesteld en of medicatie nog steeds nodig is.

### Dankbetuiging

Met dank aan prof.dr. J. van Ree, huisartsopleiding Rijksuniversiteit Limburg Maastricht, Ad Gelens, psycholoog Riagg Stad Utrecht, en Meggy van Kruijsdijk, huisarts te 's-Hertogenbosch.

## Literatuur

- 1 Verhulst FC, Koot HM. Child psychiatric epidemiology. Concepts methods and findings. Beverly Hills: Sage Publications, 1992.
- 2 Buitelaar JK, Van Engeland H. Epidemiological approaches to hyperactivity. In: Sandberg ST, editor. Hyperactivity disorders. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- 3 Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press, 1990: 61-2, 95-105, 278, 324.
- 4 Searight H, Nahlik J, et al. Attention deficit hyperactivity disorder. Assessment, diagnosis, and Management. *J Fam Pract* 1995;40:270-9.
- 5 Beeckmans K, Bauwens S. Het hyperkinetisch syndroom. *Patient Care* 1994;3:57-67.
- 6 Swanson J, Sergeant J, Taylor E, et al. Attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 1998;351:429-33.
- 7 Johnson TM. Evaluating the hyperactive child in your office: is it ADHD? *Am Fam Physician* 1997;56:155-60.
- 8 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 9 Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics* 1995;96(2pt1):373-4.
- 10 Gunning WB. Attention-deficit hyperactivity disorder. In: Sanders-Woudstra JAR, De Witte HFJ, et al. *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie I*. Zesde druk. Assen: Van Gorcum, 1996;203-23.
- 11 Stichting Farmaceutische Kengetallen. Hyperactieve hype. *Pharm Weekbl* 1999;134:1505.
- 12 Farmacotherapeutisch kompas. Utrecht: Ziekenfondsraad, 1999:129-30.
- 13 Taylor M. Evaluation and management of Attention-deficit hyperactivity disorder. *Am Fam Physician* 1997;55:887-908.
- 14 Danckaerts M. ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder. *Tijdschr Geneeskd* 1997;53: 1685-91.
- 15 Schagar R, Tannock R, Cunningham C. Treatment. In: Sandberg S, et al. *Hyperactivity disorders*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996:433.
- 16 Anastopoulos A, Barkley R. Counseling and training parents. In: Barkley R, et al. *ADHD. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 1990:397. ■

## NOTA BENE

Dat taal leeft is geen argument vóór maar juist tegen het maken van inbreuk op haar regels.

Stelling bij: Sieburgh CH. Toerekening van een onrechtmatige daad [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2000.