

DEEL 4

INFORMATIE VOOR PROFESSIONALS

8 Algemene informatie

In dit onderdeel worden een aantal mogelijkheden voor het opdoen van kennis en ervaring met betrekking tot het onderwerp ‘ADHD bij volwassenen’ weergegeven.

Achtereenvolgens komen aan de orde:

- cursussen
- internetadressen
- boeken

Ten slotte zijn twee artikelen opgenomen die direct ingaan op het onderwerp ‘ADHD en Verslaving’.

Cursussen

Cursussen en trainingen (ook in-company) worden georganiseerd door het Kenniscentrum ADHD bij volwassenen. Er zijn cursussen ‘Diagnostiek en behandeling’, voor artsen/psychologen/psychiaters en ‘Diagnostiek en coaching’ voor psychologen en SPV’en. Info: www.adhdbijvolwassenen.nl, tel. 070 - 3918550. Of via j.gannon@parnassia.nl

Internetadressen

www.adhdbijvolwassenen.nl	De site van het Kenniscentrum ADHD bij volwassenen. Via deze site kan men linken naar vele, ook buitenlandse, sites voor patiënten en professionals.
www.adhd.nl	De site van de ADHD-stichting.
www.balansdigitaal.nl	De site van Patiënten/familievereniging Balans/Impuls
www.impuls.nl	
www.hersenstorm.com	Site van Anne-Marie van der Gouw
www.adhd.nl	Site van de ADHD Stichting
www.adhd.pagina.nl	
www.psychiatrienet.nl	
www.zitstil.be	
www.nvvp.net	

Boeken

ADHD bij volwassenen. Inleiding in diagnostiek en behandeling. J.J. Sandra Kooij. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2^e druk, 2002.

AD(H)D een volwassenen benadering. Individuele coaching en groepsbehandeling. Harold Wenning en Miguel Santana e.v. Kloek. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2002.

Aandacht, een kopzorg? Een gids voor volwassenen met concentratieproblemen (ADD/ADHD). K.G. Nadeau. Swets & Zeitlinger, Lisse, 1999.

Ze noemen het AD(H)D. A. Dekker. Swets & Zeitlinger, Lisse, 2000.

In kort bestek. ADHD bij volwassenen – S. Kooij & A. Paternotte, Uitgave Vereniging Balans. 2001.

Volwassenen & ADHD. Sandra Haafkes & Ineke Venema-Bos. Swets & Zeitlinger BV. 2002.

ADHD? Laat je niets wijsmaken. Hermien de Backer, Centrum Zit Stil. Uitgeverij EPO, Berchem, België.

ADHD bij vrouwen, richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Patricia Quinn & Kathleen G. Nadeau. Advantage Books. 2002.

Engelstalige boeken

You mean I'm not lazy, stupid or crazy?! K. Kelly en P. Ramundo. Tyrell & Jerem Press, 1993.

Driven to distraction: recognizing and coping with Attention Deficit Disorder from childhood through adulthood. E.M. Hallowell en J. Ratey. Pantheon Books, 1994.

Out of the fog: treatment options & coping strategies for adult attention deficit disorder. K.R. Murphy en S. LeVert. Hyperion, 1995.

Adolescents and ADD. Gaining the advantage en Add and the college student: A guide for high school and college students with Attention Deficit Disorder, beide van P.O. Quinn. Brunner/Mazel New York, 1994.

Adventures in fast forward; life, love and work for the ADD adult. K.G. Nadeau. Brunner/Mazel, New York, 1996. (Dit boek is in het Nederlands vertaald).

Gender issues and ADHD Research, diagnosis and treatment. Patricia Quinn & Kathleen G. Nadeau. Advantage Books. 2002.

9 ADHD en Verlaving (Artikel MGv, 2001)

ADHD en verslaving

Een literatuuronderzoek naar de samenhang tussen ADHD en verslavingsproblemen.

Geurt van de Glind, Anne Eland, Mark Janssen.

(Dit artikel is eerder verschenen in *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2001, 6, p.537-555)

Het voorschrijven van Ritalin aan kinderen met ADHD heeft een vlucht genomen. Het is een onderwerp waar de media in Nederland zich met graagte in vastbijten. Dat Ritalin een rol zou kunnen spelen bij de behandeling van verslaafden die ook last hebben van ADHD is nog minder bekend. Toch zijn er in de verslavingszorg psychiaters die aarzelend beginnen met het voorschrijven van dit stimulerende middel. Nu er meer bekend wordt over het persisteren van de ADHD klachten na de adolescentie herkennen zij de gedragingen onder verslaafden en hopen dat door behandeling van de ADHD de patiënten zich beter kunnen concentreren op de verslavingsbehandeling en daardoor een betere prognose hebben. Er blijkt echter nauwelijks empirische ondersteuning te zijn voor deze behandelaars in de verslavingszorg.

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is een veel voorkomende psychiatrische stoornis onder kinderen, die gekenmerkt wordt door problemen met aandacht, impulsiviteit en/of hyperactiviteit, die voor het zevende jaar beginnen. Tot voor kort werd aangenomen dat jeugdigen over deze stoornis heen zouden groeien. De laatste jaren echter wordt steeds aannemelijker dat de klachten in meer of mindere mate kunnen blijven voortbestaan. ADHD bij volwassenen is een serieus te nemen diagnose (Compernelle & Postmes, 1995; Kooij e.a., 1999).

Amerikaanse studies geven aan dat bij een belangrijk percentage van de volwassen ADHD-ers overmatig middelengebruik voor komt (Biederman e.a., 1997; Biederman e.a., 1998c). Daarnaast geven studies schattingen van het percentage verslaafden dat tevens ADHD heeft (Vaeth e.a., 1989; Carroll & Rouansville, 1993). In Amerika heeft publicatie van boeken over ADHD bij volwassenen en over het verband tussen ADHD en verslaving (Hallowell & Ratey, 1994; Miller & Blum, 1996; Richardson, 1997) veel aandacht getrokken.

ADHD lijkt vaak voor te komen. Een juiste diagnostiek is echter geen makkelijke opgave. Voorzichtig wordt er begonnen met medicamenteuze behandeling. Het met medicijnen behandelen van psychische klachten is in multidisciplinaire behandelteams zoals die in de verslavingszorg voorkomen, dikwijls onderwerp van discussie.

De hierboven geschetste problemen vormen het onderwerp van dit literatuuronderzoek, waarvoor in de bestanden van Psycinfo, Medline en de bibliotheek van het Trimbos-instituut is gezocht op trefwoorden (ADHD/addiction/substance use disorders/metylphenidate/stimulants; en daaraan gerelateerde trefwoorden), in de Engels- en Nederlandstalige literatuur vanaf 1980. Een klein gedeelte van de literatuur werd gevonden via referenties of via internet.

Vertrekpunt van dit artikel vormen een aantal aannames: als ADHD bij veel verslaafden voorkomt dan zou verslaving kunnen dienen om de gevolgen van de ADHD te dempen. En als er goede behandelmethodes bestaan, dan zou behandeling van ADHD bij verslaafden kunnen leiden tot verbetering van de behandeling van verslavingsproblemen.

Deze aannames zullen hieronder besproken worden.

Voorbeeld 1

Bert is 28 jaar. Heeft een zeer dynamisch leven achter de rug. Hij woont zelfstandig. De relatie met zijn ouders verloopt moeizaam. Hij vindt dat zij zich teveel met hem bemoeien. Tot nu toe is hij er niet in geslaagd een relatie op te bouwen. In zijn ogen veelbelovende relaties, lopen toch na een aantal maanden mis.

Hij heeft inmiddels meer dan vijftien, telkens weer heel verschillende, banen gehad. Ze komen echter overeen in het gegeven dat hij telkens onder tijdsdruk stond (horeca, reclame, organisatie van evenementen etc.). Om meer te kunnen presteren in minder tijd begon hij speed en cocaïne te gebruiken. Hij vertelt dat hij met name van cocaïne rustig werd. Na het opnieuw mislopen van een baan en een relatie, 1 jaar geleden ging hij steeds meer gebruiken. Uiteindelijk besloot hij tot een opname in een verslavingskliniek. In de kliniek valt zijn rusteloosheid en moeite om zich op de programma-onderdelen te concentreren op. De arts stuurt hem door naar de psychiater. Deze vermoedt dat er sprake is van ADHD. Hij bespreekt dit met Bert en met zijn ouders. De diagnose wordt bevestigd. De psychiater schrijft ritalin voor. Bert is opgelucht over de diagnose. Hij begrijpt beter waardoor er zoveel in zijn leven telkens misloopt. De medicatie slaat aan. Hierdoor kan Bert zich ook beter concentreren op de overige programma-onderdelen in de verslavingskliniek. Hij zet zijn plannen om de kliniek te verlaten niet door, maar blijft in behandeling.

Veel verslaafden hebben ADHD

We beginnen met een aantal opmerkingen over het stellen van de diagnose ADHD bij volwassenen en over de prevalentie ervan.

Diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen is niet voor iedere behandelaar zonneklaar (Sonnen & De Ridder versus Kooij e.a., 2000). Ook in de literatuur worden verschillende standpunten ingenomen. Oudere publicaties geven meer blijk van scepsis bij deze diagnose (Gualtieri e.a., 1985) dan meer recente publicaties (o.a. Herpers & Buitelaar, 1996; Compennolle & Postmes, 1995; Wender, 1998; Biederman 1998b). Het verschil in standpunten is terug te vinden in de telkens herziene diagnose met criteria zoals die in de DSM-versies te zien zijn geweest: Van een specifieke stoornis bij kinderen, via een toevoeging voor volwassenen (DSM III- ADHD-Residual Type), naar één stoornis, beginnend in de kinderjaren en (in veel gevallen) doorlopend in de volwassenheid met verschillende criteria voor kinderen en volwassenen (DSM IV). Deze veranderingen gaven beperkingen in het uitvoeren, beoordelen en vergelijken van onderzoek naar ADHD bij volwassenen (Bellak & Black, 1992).

Er is onderzoek gedaan waarbij groepen kinderen met ADHD gedurende langere tijd zijn gevolgd en vergeleken met groepen kinderen zonder ADHD. (Weiss & Trokenberg Hechtman, 1993; Gittelman e.a., 1985; Manuzza e.a., 1993; Manuzza e.a., 1998; Biederman e.a., 1998). Allen komen tot de conclusie dat ADHD in meer of minder ernstige mate bij een deel van de volwassenen blijft bestaan. Het methodologisch juist uitvoeren van dergelijk (prospectief) onderzoek blijkt moeizaam (Lie, 1992), en heeft onder andere te maken met een aanzienlijk percentage uitval (Weiss & Trokenberg Hechtman, 1993, 35%; Manuzza e.a., 1993, 12%). Bij de hierboven genoemde prospectieve studies gaat het telkens om relatief kleine groepen die over een lange periode gevolgd worden. Omdat de periode van gegevensverzameling bij deze langlopende onderzoeken samenviel met veranderingen in de criteria voor het vaststellen van ADHD bij volwassenen is het lastig de gegevens te interpreteren.

Naast de wisselende opvattingen over criteria voor ADHD bij volwassenen worden er meerdere problemen genoemd rondom de diagnostiek (Roy-Byrne e.a., 1997; Shaffer, 1994). Zo moet, om de diagnose te kunnen stellen, bepaald worden of ADHD al voor het zevende jaar aanwezig was. Hoe doe je dat, jaren na dato, betrouwbaar en valide? Daarbij is er naast ADHD in veel gevallen van één of meer andere stoornissen sprake: comorbiditeit (Biederman e.a., 1993; Milberger e.a., 1995). Een ander probleem voor het stellen van de diagnose is het samenvallen van symptomen van ADHD met die van andere stoornissen (zoals bijvoorbeeld borderline persoonlijkheidsstoornis en antisociale persoonlijkheidsstoornis) of juist het maskeren van symptomen van ADHD door die van andere stoornissen (bijvoorbeeld: cocaïnegebruik kan symptomen van ADHD maskeren).

De hierboven beschreven problemen verklaren dat er wisselende prevalentiecijfers worden weergegeven. Kooij (1999) en Herpers & Buitelaar (1996) presenteren schattingen van prevalentiecijfers, respectievelijk 1% en 0,3%.

Of van deze groep volwassenen met ADHD een meer of minder groot deel ook verslavingsproblemen ontwikkelt, is op een aantal manieren in de literatuur beschreven: reviews, prospectief onderzoek bij kinderen met ADHD en retrospectief onderzoek bij verslaafden. De resultaten hiervan zullen hieronder gepresenteerd worden.

Reviews

Tabel 1 **Review artikelen over het verband tussen ADHD en verslaving**

<i>Auteurs + jaar</i>	<i>Aantal verwij- zingen</i>	<i>Belangrijkste conclusies</i>
Wilens e.a. 1994	18	Veel overlap tussen ADHD en verslavingsproblemen. ADHD bij kinderen zonder 'conduct disorder' geeft nauwelijks kans op verslavingsproblemen.
Schubiner e.a.1995	41	De data suggereren dat een significant deel van de alcoholverslaafden, rond de 20 %, ADHD heeft.
Levin & Kleber 1995	78	Recente prospectieve studies tonen aan dat hyperactieve volwassenen, die als kind ADHD hadden een grotere kans hebben op het ontwikkelen van verslavingsproblemen dan volwassenen uit een controlegroep. Recente onderzoeken suggereren dat personen met verslavingsproblemen, en zeker diegenen met cocaïne afhankelijkheid, vaker als kind ADHD hadden, in vergelijking met personen uit de gewone bevolking.
Wilens e.a. 1995a	23	ADHD komt vaak voor met verslavingsproblemen, stemmings- en angststoornissen en leerproblemen.
Wilens 1998	17	50% van kinderen met ADHD houdt last van symptomen in adolescentie en volwassenheid. 15-25% van de verslaafden zou ADHD hebben. 50% van volwassenen met ADHD heeft verslavingsproblemen.
Tucker 1999	73	ADHD persisteert Veel onduidelijkheid over comorbiditeit rond ADHD/PSUD/ASPD/Conduct disorder. Bij veel volwassen verslaafden zal ADHD-problematiek een rol spelen; dit dient behandeld te worden.

In reviews wordt consequent de relatie tussen ADHD en verslaving gelegd. In tabel 1 is een overzicht van die reviews met de belangrijkste conclusies weergegeven. In sommige gevallen gebeurt dat zonder percentages te noemen (Levin & Kleber, 1995; Tucker 1999). Anderen noemen percentages die, als ze ook voor de Nederlandse situatie gelden, veel betekenis hebben: Schubiner e.a., (1995) komt op een percentage van 20% van de alcoholisten die ADHD zouden hebben. Wilens (1998) geeft aan dat 15 tot 25% van de gehele groep verslaafden ADHD zouden hebben en dat maar liefst 50% van de volwassenen met ADHD ook verslavingsproblemen heeft.

Het probleem van comorbiditeit wordt door de auteurs veelvuldig genoemd. Met name Wilens e.a., (1994) en Tucker (1999) geven aan dat comorbiditeit met vooral conduct disorder en antisociale persoonlijkheidsstoornis onduidelijk maakt waardoor de verslavingsproblemen ontstaan. Zij stellen desondanks voor om ADHD-symptomen bij verslavingsproblematiek adequaat te behandelen, daar dit effect zou kunnen sorteren op beide gebieden.

Prospectief onderzoek

Er is prospectief onderzoek gedaan onder kinderen met ADHD en de gevolgen daarvan op het al dan niet ontwikkelen van psychiatrische- en of persoonlijkheidsstoornissen, waaronder verslavingsproblemen. In een aantal van deze studies wordt aangegeven dat ADHD geen voorspellende factor voor verslaving zou zijn (Weiss e.a., 1985). Comorbiditeit, met name conduct disorder en antisociale persoonlijkheidsstoornis zouden, onafhankelijk van ADHD, wel verslaving voorspellen (Weiss & Trokenberg Hechtman, 1993; Lie, 1992). Anderen (Manuzza e.a., 1993; Mannuzza e.a., 1998) melden dat ADHD wel degelijk een risicofactor vormt voor het ontwikkelen van verslaving.

Een overzicht van recente prospectieve studies is weergegeven in tabel 2. Deze onderzoeksresultaten zijn afkomstig van telkens dezelfde groep onderzoekers. De belangrijkste conclusie is dat kinderen met ADHD een grotere kans hebben op het ontwikkelen van verslavingsproblemen dan kinderen zonder ADHD (52% versus 27% volgens Biederman e.a., 1995). Tevens wordt verondersteld dat het ontwikkelen van verslavingsproblemen vooral gebeurt tijdens de overgang van adolescentie naar volwassenheid (Biederman e.a., 1997). Naast het eerder ontwikkelen van verslavingsproblemen, blijkt ook dat verslavingsproblemen met een voorgeschiedenis van ADHD een meer chronisch beloop hebben, dan die van verslavingsproblemen zonder ADHD (Biederman e.a., 1998c). Het ontwikkelen van verslavingsproblemen wordt door sommige onderzoekers gerelateerd aan ADHD onafhankelijk van comorbide stoornissen (Biederman e.a., 1995), dit in tegenstelling tot anderen (Lie, 1992).

Tabel 2 **Risico op ontwikkeling van verslavingsproblemen bij kinderen/ adolescenten/volwassenen met ADHD -problematiek**

<i>Auteur+ jaar</i>	<i>n</i>	<i>Controle groep n</i>	<i>Uitkomsten</i>	<i>Opmerkingen</i>
Biederman e.a. 1995	120	268	Hoger percentage drug/alcohol misbruik/ verslaving: 52% vs 27%. “ADHD of childhood onset persisting into adulthood increases the risk for psychoactive substance use disorder, independently of comorbidity” (p.1652).	
Biederman e.a. 1997	140	120	Geen verschil als het om PSUD (=Psychoactive Substance Use Disorder) gaat. Wel: “ADHD probands had a significantly shorter time period between the onset of abuse and dependence compared with controls” (p.21). “...a sharp increase in PSUD is to be expected in grown-up ADHD children during the transition from adolescence to adulthood”. (p21)	Prospectieve studie. Base-line meting + meting 4 jaar later (op adolescenten-leeftijd).
Milberger e.a. 1997	152 high-risk	117 non-high-risk	ADHD: 18% vs. 5%. Deze ADHD-ers (van beide groepen) hadden een veel hoger percentage PSUD: 41% vs. 16%. Bevestigt eerdere hypothesen dat het aantal ADHD-ers dat PSUD ontwikkelt in de late adolescentie en vroege volwassenheid in snel tempo toeneemt.	high-risk-broers/zussen van ADHD-ers; vergeleken met broers/ zussen van non-ADHD-ers. Leeftijd bij follow-up: 17 jr.
Wilens e.a. 1998	130 ADH D + PSUD	117 controls + PSUD	Meer chronisch verloop van de verslaving bij de ADHD groep.	
Biederman et al. 1998c	239 ADH D (adults)	268 non-ADHD	ADHD die persisteert geeft 2x zo grote kans op PSUD. Groter risico voor ADHD-groep op chronisch verloop van PSUD	

Retrospectief onderzoek

Er zijn ook gegevens over de samenhang tussen ADHD en verslaving gezocht door retrospectief ADHD bij verslaafden te bepalen. Een overzicht van de resultaten van deze onderzoeken is weergegeven in Tabel 3. Consequent

noemen de onderzoekers aanzienlijke percentages van verslaafden die ook ADHD hebben. Deze percentages liggen tussen de 15 en 50%.

Tabel 3 Onderzoek onder verslaafden naar prevalentie van ADHD- problematiek

<i>Auteur+ jaar</i>	<i>n =</i>	<i>v</i>	<i>m</i>	<i>Aard van de versla- ving</i>	<i>Wijze van diagnosticeren</i>	<i>Uitkomsten</i>
Wood e.a. 1983	33		33	niet vermeld	• Parent Rating Scale • Gestructureerd interview (voorloper van Wender Utah Rating Scale- WURS)	33% heeft ADHD
Carrol & Rouansville 1993	298 (treatment seaking) 100 (zonder hulpverle- ningscon- tacten)			Cocaïne Cocaïne	• Cocaïne verslaving op basis van DSM-III-R-criteria • SADS-L • Research Diagnostic Criteria	34,6% heeft ADHD 23,8% heeft ADHD
Milin e.a. 1997	36	7	29	Alcohol/ Drugs	• MAST/DAST • WURS • Aangepaste CTRS	50% ADHD, vroeger en/of nu
King e.a. 1999	108		46 %	Opiaten	SCID Addiction Severity Index Aangepaste versie van Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV afgenomen bij patiënt en familielid	19% had ADHD als kind. 88% daarvan heeft als volwassene nog steeds last van ADHD-symptomen.
Clure e.a. 1999	136			niet vermeld	• CHAMPS-interview • Semi-gestructureerde interviews op basis van DSM-IV-criteria • ADHD als volwassene: self-report	32% ADHD, vroeger en/ of nu; 15% ADHD als volwassene; Geen verschillen in keuze van middel tussen ADHD en overigen
Schubiner e.a. 2000	201	95	10 6	alc./ cannabis/ stimulantia/ opiaten/ cocaïne	SCID for DSM-IV Gestructureerd interview voor ADHD op basis van DSM-IV	24% wordt gediagnosticeerd als volwassene met ADHD

De hierboven genoemde onderzoeksresultaten vormen een sterke indicatie voor de veronderstelling dat veel verslaafden ook ADHD hebben. Hoewel niet in Nederlands onderzoek bevestigd, mag verondersteld worden dat voor de Nederlandse situatie geldt dat veel verslaafden (een voorzichtige schatting: meer dan 10%) ook ADHD hebben. Er is geen eenduidigheid over het ontstaan van verslavingsproblemen en de rol daarbij van ADHD en andere stoornissen, zoals conduct disorder en antisociale persoonlijkheidsstoornis. De teneur van de meer recente literatuur is dat het, ondanks de onduidelijkheid over comorbiditeit, aanbeveling verdient om ADHD bij verslavingsproblemen te behandelen.

Verslaving bij ADHD: een vorm van zelfmedicatie

Deze aanname zou een mogelijke verklaring vormen voor de grotere kans voor kinderen met ADHD om verslavingsproblemen te ontwikkelen: het gebruik van drugs of alcohol dempt de symptomen van de ADHD.

Horner & Scheibe (1996) concluderen dat een hoge score op ADHD-problemen significant correleert met meer gram cocaïne gebruik. In een later onderzoek (Horner & Scheibe, 1997) geven zij in hun populatie (verslaafden met ADHD, n=15/ verslaafden zonder ADHD, n=15) verschillen aan: verslaafden met ADHD zouden op een vroegere leeftijd beginnen, meer gebruiken en een meer negatief zelfbeeld hebben.

Op het eerste gezicht lijkt de betekenis van het begrip zelfmedicatie duidelijk. Desondanks vonden we hiervan geen definitie.

Een auteur die veel over zelfmedicatie heeft geschreven is Khantzian (1985, 1997). Ook hij komt echter niet tot een definitie van het begrip. Hij legt nadruk op de effecten van heroïne en cocaïne bij het verlichten van psychiatrische stoornissen en pijnlijke gevoelens. Een verslaving zou dan veel meer tot stand komen vanuit het motief om onlust te bestrijden dan vanuit het motief om lust op te wekken. Verslaafden behandelen zichzelf met het middel, en de verslaving zou daarom ook kunnen worden weggenomen of worden verminderd door een reguliere behandeling met psychofarmaca. Het gegeven dat juist stimulantia, bijvoorbeeld Ritalin en dextro-amfetamine, de symptomen van ADHD positief lijken te beïnvloeden, vormt een bevestiging van de zelfmedicatie-hypothese. Deze middelen, die als stimulerend middel onder de Opiumwet (middelen die een verhoogd risico op verslaving inhouden zijn middels deze wet gebonden aan regels omtrent voorschrijven, opslag, registratie) vallen, roepen juist bij de behandeling van verslaafden weerstand op.

Een ander voorbeeld van het beïnvloeden van ADHD-symptomen door psychotrope stoffen vormt het gebruik van tabak. Hiervan wordt vaak

beweerd dat het de concentratie verbetert. Dit zou verklaren waarom de stof aantrekkelijk is voor mensen met aandachtsproblemen. Coger e.a., (1996) noemen in dit verband de mogelijke relatie tussen ADHD, moeite te stoppen met roken en de zelfmedicatie hypothese: roken zou de symptomen van ADHD verzachten, stoppen met roken versterkt die symptomen zodanig dat de kans op terugval groot wordt.

De zelfmedicatiehypothese heeft een aantrekkelijke kant, omdat het een verklaring voor het ontstaan van verslavingsproblemen geeft. Het biedt een ingang om verslavingsproblemen op te lossen door behandeling van de onderliggende stoornis. In artikelen over ADHD bij volwassenen in relatie tot verslaving wordt de mogelijkheid van zelfmedicatie dan ook herhaaldelijk genoemd (Horner & Scheibe, 1997; Wilens, 1998).

Concluderend kan gesteld worden dat er aanwijzingen zijn dat volwassenen met ADHD middelen gebruiken om symptomen van de stoornis te onderdrukken.

Er zijn effectieve behandelmethoden voor ADHD bij volwassenen

Medicatie vormt de hoeksteen van de behandeling van volwassenen met ADHD (Kooij e.a., 1999; Bhandary e.a., 1997). Onderzoek op dit gebied is zeer schaars, melden verschillende auteurs. Stimulantia zouden bij volwassenen effectief zijn volgens Compennolle & Postmes (1995). Herpers & Buitelaar (1996) sluiten zich hier bij aan. Wilens e.a. (1995b) bespreken zeventien studies over de effectiviteit van medicatie (m.n. psychostimulantia en antidepressiva) bij volwassenen met ADHD en komen met een voorlopig positief oordeel. Het commentaar op deze reviewstudie van de Cochrane Library (1999, Issue 4) is zeer kritisch: de kwaliteit van de besproken studies is 'extremely poor'. Slechts zeven studies zijn gecontroleerd uitgevoerd. De details van de search zelf zijn 'sketchy'. De getrokken conclusies zouden slechts tentatief zijn.

De studies die in het review artikel van Wilens e.a. (1995b) besproken worden, zijn onderverdeeld in studies naar stimulantia (zeven studies, alleen methylphenidaat en pemoline zijn onderzocht) en niet-stimulerende middelen (tien studies) voor ADHD bij volwassenen. In de laatste groep zijn diverse middelen ondergebracht. De studies naar stimulantia zijn gecontroleerd, die naar niet-stimulerende middelen zijn open. De duur van de studies is kort te noemen. Slechts twee studies, beide naar niet-stimulerende middelen, duurden langer dan acht weken. De lange termijn effecten van de diverse middelen zijn dus niet bekend. Verder is de uitkomstmaat onduidelijk: er worden percentages gegeven, maar in hoeverre die te vergelijken zijn wordt uit het artikel niet duidelijk.

Volgens Wilens e.a. (1996) bestaan er zes gecontroleerde studies waarbij het effect van psychostimulantia is onderzocht bij volwassenen met ADHD. Het resultaat van de medicatie zou in deze studies 50% tot 78% belopen. Shaffer (1994) daarentegen, die vrijwel hetzelfde onderzoeksmateriaal bespreekt, vat het bewijsmateriaal samen als 'not (...) overwhelming evidence of efficacy', vanwege het geringe aantal gecontroleerde studies, met daarbij kleine onderzoeks aantallen met verschillende bevindingen. De studies van meer recente datum geven een zelfde gefragmenteerd beeld: relatief kortdurende studies, met telkens wisselende medicijnen en met wisselende resultaten die moeilijk te vergelijken zijn. Tabel 4 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 4 **Recente studies naar werkzaamheid van medicatie bij volwassenen met ADHD**

<i>Auteur + jaar</i>	<i>Exp. groep n</i>	<i>Controle-groep n=</i>	<i>Design</i>	<i>Medicatie</i>	<i>Duur</i>	<i>Resultaat</i>
Wilens e.a. 1996	43	41	double-blind/ placebo-controlled	desipramine	6 weken	68% veel tot erg veel verbetering
Wilens e.a. 1999	27	?	double-blind/ placebo-controlled/ crossover	pemoline	10 weken	50% vs 17%(controle-groep) verbeterd
Spencer e.a. 1998	22	21	idem	tomoxetine	?	50% vs 9% verbeterd
Wilens e.a. 1999	16	16	idem + randomized	ABT-418-pleisters	7 weken	40% vs 13% veel tot erg veel verbeterd.
Gorissen & Grijpma 2000	1	-	case-study geautomatiseerde gegevensverwerking	methyلفeni-daat; werd per week afgewisseld met placebo (blind)	7 weken	verbetering bij gebruik van methyلف t.o.v. placebo
Paterson e.a. 1999	23	21	randomized double-blind, placebo-controlled	dexamphetamine	6 weken	dexamphetamine had een significant (p=0.045) therapeutisch effect t.o.v. placebo
Horrigan & Barn-hill, 2000	24	-	open label	adderall (low-dose amphetamine salts)	16 weken	54% positief. Bij 4 van 7 patiënten met een angststoornis ontstonden acute angstsymptomen

Samenvattend kan gesteld worden dat er nog weinig onderzoek is naar het effect van medicamenteuze behandeling van ADHD bij volwassenen. Deze onderzoeken zijn bovendien moeilijk te vergelijken vanwege onder andere de diversiteit aan medicijnen, de verschillen in doseringen en de verschillen in uitkomstmaten. Bovendien gaat het in alle gevallen om korte termijn studies. Effecten en gevolgen voor de lange termijn zijn niet bekend. De conclusie die getrokken kan worden is dat medicamenteuze behandelingen van ADHD bij volwassenen succesvol lijken, maar dat dit nog niet afdoende bewezen is. Deze conclusie komt overeen met die van belangrijke reviews (Jadad, e.a. 1999; Shukla & Otten, 1999).

De effectiviteit van verslavingsbehandelingen neemt toe door ADHD-behandeling

In de literatuur wordt geopperd dat onderkenning en Behandeling van ADHD winst kan op leveren bij behandeling van verslaafden (Tucker, 1999). Er is tot dusver echter geen hard bewijs gevonden voor deze veronderstelling. Er bestaan enkele onderzoeken waarin verslaafden met ADHD succesvol zijn behandeld met desipramine (= antidepressivum) of methylphenidaat (= Ritalin). Hierin worden effecten beschreven als: verminderde hunkering, betere response op drugsbehandeling en langdurige onthouding; er zou geen misbruik zijn gemaakt van de voorgeschreven medicatie (Corcores e.a., 1987; Khantzian, 1985; Weiss e.a., 1985a; Levin e.a., 1998; Riggs, 1998; Riggs e.a., 1998). Bij therapieresistente alcoholverslaafden blijkt uit case-reports dat zij beter toegankelijk worden voor therapie dankzij psychostimulantia (Schubiner e.a., 1995).

Er is in de bestudeerde literatuur echter geen enkele RCT gevonden waarin het effect van ADHD-behandeling bij verslaafden is aangetoond. Naast medicamenteuze behandeling is geen onderzoeksliteratuur gevonden waarin andere behandelmethoden van ADHD bij verslaafden onderzocht wordt. Wel wordt melding gemaakt van positieve effecten van Sensorische Integratie technieken, een uit de kinderfysiotherapie afkomstige techniek, bij verslaafden (Stratton & Gailfus, 1996).

Uit deze meer incidentele onderzoeksresultaten blijkt dat er aanwijzingen zijn dat medicamenteuze behandeling van ADHD bij verslaafden van belang kan zijn. Voor harder bewijs daarvan is nader onderzoek nodig.

Conclusies en discussie

Deze literatuurstudie maakt duidelijk dat de diagnose 'ADHD bij volwassenen' een steeds meer geaccepteerde diagnose is. Schattingen (Herpers & Buitelaar, 1996; Kooij e.a., 1999) geven prevalentiecijfers van 0.3% tot 1% bij

volwassenen. Er zijn in elk geval drie problemen aangegeven die een goede diagnostiek bemoeilijken (Shaffer, 1994): retrospectief vaststellen van ADHD symptomen voor het zevende jaar, comorbiditeit en het samenvallen van symptomen van ADHD met die van andere stoornissen.

ADHD blijkt een risicofactor te zijn voor het ontwikkelen van verslavingsproblemen. Dit gegeven wordt bevestigd door onderzoeken die aantonen dat een belangrijk percentage (15 tot zelfs 50%; zie tabel 3) van verslaafden tevens ADHD heeft.

Er is weinig onderzoek naar de effecten van medicamenteuze behandeling bij volwassenen met ADHD gedaan. Een aantal onderzoeken vertonen methodologische tekortkomingen. De verschillende onderzoeken zijn moeilijk te vergelijken. De uitkomsten wijzen in de richting van een positief effect van medicamenteuze behandeling van volwassenen met ADHD. In hoeverre de behandeling van ADHD bij verslaafden effect heeft op de behandeling van verslavingsproblemen is nog niet bekend.

De mogelijke nadelen en risico's van behandeling met psychostimulantia worden frequent genoemd: de verslavende werking van psychostimulantia wordt gevreesd en de mogelijkheid van misbruik van de medicatie lijkt voor de hand te liggen (Kooij e.a., 1999; Shaffer, 1994). Het toedienen van medicijnen die onder de Opiumwet vallen aan verslaafden, met het doel hen van verslaving af te helpen, lijkt een enigszins tegenstrijdige aanpak. Daarbij is het de vraag in hoeverre dit past in behandelingsfilosofieën die een algehele onthouding van middelen voorstaan.

Kooij e.a. (1999) raden aan om bij volwassenen die verslaafd zijn aan (hard)drugs voorzichtig te zijn met het voorschrijven van Ritalin. Er worden cases beschreven van misbruik van Ritalin (o.a. Jaffe, 1991). In het advies van de Gezondheidsraad (2000) over diagnostiek en behandeling van ADHD wordt aanbevolen om methylfenidaat aan verslaafden met ADHD alleen voor te schrijven in het kader van onderzoeksprojecten. Auteurs die voorstander zijn van het voorschrijven van antidepressiva eerder dan psychostimulantia, vermelden het voordeel dat bij antidepressiva minder risico op misbruik bestaat (Wilens e.a., 1996).

Volgens verschillende auteurs is het risico van verslaving aan of misbruik van Ritalin beperkt (Volkow e.a., 1995; Hechtman, 1985). Ook worden belangrijke verschillen in de werking in de hersenen tussen methylfenidaat en cocaïne beschreven (Volkow e.a., 1995). Er wordt op basis van literatuuronderzoek aangegeven dat er geen wetenschappelijke basis is voor het vermoeden van op grote schaal voor komen van Ritalin-misbruik (Llana & Crismon, 1999).

Biederman e.a. (1999) vinden in een prospectief onderzoek dat kinderen met ADHD die behandeld worden met stimulantia 85% minder kans hebben op ontwikkeling van verslavingsproblemen op adolescentenleeftijd, dan kinderen met ADHD die niet behandeld worden met stimulantia.

Samenvattend kan gesteld worden dat er weliswaar vaak gewaarschuwd wordt voor het voorschrijven van stimulantia aan verslaafden, maar dat er in de literatuur slechts incidenteel melding wordt gemaakt van misbruik.

De verslavingszorg omvat een breed terrein. De beschrijving van interventies enerzijds, en onderzoek naar de effectiviteit daarvan anderzijds vertonen veel lacunes (Gageldonk v., e.a. 1997): veel is nog onbekend, of onvoldoende bekend. De mogelijke samenhang tussen ADHD en verslaving is zo'n gebied waarover (nog) onvoldoende kennis is verzameld. De conclusies zoals die in dit literatuuronderzoek worden gepresenteerd zijn echter voldoende verbonden met onderzoeksgegevens om de samenhang tussen ADHD en verslaving serieus te nemen. Dit dient vooral voor behandelaars in de verslavingszorg reden te zijn aandacht te besteden aan diagnostiek en behandeling van verslaafden met ADHD. Hierbij zijn een aantal scenario's denkbaar.

Een positief scenario: veel verslaafden blijken gediagnosticeerd te worden met ADHD. De op ADHD symptomen gerichte behandeling slaat goed aan. Een belangrijk neveneffect is dat andere vormen van behandeling gericht op verslavingsgedrag meer effect hebben nu specifiek aandacht wordt geschonken aan ADHD-behandeling.

Een negatief scenario: ADHD blijkt in de Nederlandse situatie niet goed te diagnosticeren in de verslavingszorg. De overlap met andere stoornissen is te groot. Behandeling van ADHD symptomen slaat niet aan. Misbruik van stimulantia door verslaafden komt veelvuldig voor.

Tussen bovengenoemde scenario's zijn uiteraard allerlei mengvormen te bedenken. Hoe het in de praktijk uit zal pakken, hangt af van een aantal ontwikkelingen die nodig zijn. Hierbij valt onder andere te denken aan verbetering van de diagnostiek en aan gecontroleerd onderzoek naar effectiviteit van behandelingen, ook binnen de verslavingszorg.:

Tot slot: de hier bestudeerde literatuur kenmerkt zich door ADHD als een neurobiologische stoornis te beschouwen. Hoewel sporadisch is er ook kritiek op deze benadering (De Grandpré, 1999). Deze richt zich onder andere hier op dat in de neurobiologische verklaring van ADHD de klassieke fout 'correlatie = oorzaak' gemaakt wordt. In de gangbare wetenschappelijke literatuur (zoals die ook voor dit artikel is bestudeerd) worden de verschillen die in de hersenen tussen mensen met ADHD en mensen zonder ADHD worden aangetoond gebruikt als bewijs voor de neurobiologische oorzaak van

ADHD. Die redenering klopt niet: hoe die verschillen ontstaan is met het aantonen van het bestaan ervan niet gezegd. Het zou dan ook belangrijk zijn om ook andere mogelijke oorzaken voor het ontstaan, en dus ook voor de behandeling van ADHD te onderzoeken.

Een ander punt van kritiek vormt de medicamenteuze behandeling. In onderzoek wordt vooral gekeken naar symptoomreductie. Als die aan voorwaarden voldoet, geldt het middel als effectief. Effectiviteit bij een chronische stoornis als ADHD betekent echter meer dan symptoomreductie op korte termijn. Voorbeeld 2 is op te vatten als een illustratie daarvan.

Voorbeeld 2 Mijn ervaringen met Ritalin

Een jaar lang intensief Ritalin-gebruik en nauwkeurig de effecten bijhouden heeft mij het volgende geleerd. In elk geval redenen genoeg ermee te stoppen. Ik gebruik nu nog sporadisch een pil wanneer mijn hersenstorm een tornado dreigt te worden.

Vanaf de eerste pil trok de zogenaamde 'mist' in mijn hoofd op. Ik merkte dat ik ineens beter kon luisteren en mijn mond houden. Ik voelde me geweldig (dit hangt samen met de diagnose ADHD die mij ineens veel duidelijkheid verschaftte) en als ik me geweldig voel, maak ik doorgaans geen ruzie en ben ik een leuke partner. Tegen mijn psychiater verklaarde ik dat ik me een compleet ander mens voelde en in de apotheek vroeg ik om mijn 'wondermedicijn'. Dit gelukzalige gevoel heeft ongeveer drie maanden standgehouden. Daarna begonnen de negatieve kanten van Ritalin de positieve effecten te overschaduwen.

Na een jaar Ritalin geslikt te hebben in allerlei hoeveelheden werd ik steeds huileriger en depressiever. De blijdschap verdween en ik veranderde langzaam maar zeker van een drukke meid die overal voor in was (met regelmatig een dip) in een soort 'zombie' achter een computer die zich alleen nog maar kon overfocussen op het maken van een website, die niets anders meer deed en nergens anders meer kwam (met een constante dip).

(Voorbeeld 2 is met toestemming overgenomen en aangepast. Bron: A.M. v.d. Gouw. <http://www.hersenstorm.com>)

Daarmee wordt geen pleidooi gehouden voor het stopzetten van medicamenteuze behandelingen, integendeel. Ongetwijfeld zal medicamenteuze behandeling van ADHD bij verslaafden vruchten afwerpen. Er zal echter bij de diagnostiek en behandeling van deze groep met bovengenoemde punten van kritiek rekening moeten worden gehouden. De verslavingsproblemen (dikwijls samengaan met meerdere psychiatrische en/of persoonlijkheidsstoornissen) hebben zodanige sporen getrokken in het leven van de verslaafde dat eenzijdige inzet op neurobiologische oorzaken en behandeling van ADHD te beperkt is. En dus is een zorgvuldige integratie van diagnostiek en behandeling van de ADHD nodig, naast verder en meer gedifferentieerd onderzoek naar oorzaken en behandeling.

Literatuur

- Bellak L, Black RB. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Clinical Therapeutics*. 1992;14(2):138-147.
- Bhandary AN, Fernandez F, Gregory RJ, Tucker P, Masand P. Pharmacotherapy in adults with ADHD. *Psychiatric Annals*. 1997;27(8):545-555.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, Mick E, Krifcher Lehman B, Doyle A. Patterns of Psychiatric Comorbidity, cognition and Psychosocial Functioning in Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1993;150(12):1792-1798.
- Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive Substance Use Disorders in Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Effects of ADHD and Psychiatric Comorbidity. *American Journal of Psychiatry* 1995;152(11):1652-1658.
- Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, Thornell A, Pfister K, Garcia Jetton J, Soriano J. Is ADHD a Risk Factor for Psychoactive Substance Use Disorders? Findings From a Four-Year Propective Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(1):21-29.
- Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic Continuity Between Child and Adolescent ADHD: Findings From a Longitudinal Clinical Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998a;37(3): 305-313.
- Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Life-Span Perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998b;59(suppl.7):4-16.
- Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Does Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Impact the Developmental Course of Drug and Alcohol Abuse and Dependence? *Biological Psychiatry*. 1998c;44(4):269-273.
- Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder. *Pediatrics*. 1999;104(2):1-5.
- Carroll KM, Rounsaville BJ. History and Significance of Childhood Attention Deficit Disorder in Treatment-Seeking Cocaine Abusers. *Comprehensive Psychiatry* 1993;34 (2):75-82.
- Clure C, Brady KT, Saladin ME, Johnson D, Waid R, Rittenbury M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use: Symptom Pattern and Drug Choice. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse*. 1999;25(3):441-448.
- Coger RW, Moe KL, Serafetinides EA. Attention Deficit Disorder in Adults and Nicotine Dependence. Psychobiological Factors in Resistance to Recovery? *Journal of Psychoactive drugs*. 1996;28(3):229-240.
- Compernelle T, Postmes G. Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, een frequente stoornis bij volwassenen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 1995;37(10):769-779.
- Corcoran JA, Davies RK, Mueller PS, Gold MS. Cocaine Abuse and Adult Attention Deficit Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1987;48:376-377.
- DeGrandpre R. Ritalin Nation. Rapid-fire Culture and the Transformation of Human Consciousness. New York: W.W.Norton & Company Inc., 1999.
- Gageldonk A van, Zwart W de, Stel J vd, Donker M. De Nederlandse verslavingszorg. Overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.
- Gezondheidsraad. Diagnostiek en behandeling van ADHD. Gezondheidsraad: Den Haag, publicatie nr. 2000/24, 2000.

Gittelman R, Manuzza S, Shenker R, Bonagura N. Hyperactive boys almost grown up. I Psychiatric Status. *Archives of General Psychiatry*. 1985;42(Oct):937-947.

Gorissen M, Grijpma A. De geautomatiseerde clinicus: een evaluatie van een farmacologische behandeling bij volwassenen met ADHD. *Psychopraxis*. 2000;2(3):112-115.

Gualtieri CT, Ondrusek MG, Finley C. Attention Deficit Disorders in Adults. *Clinical Neuropharmacology*. 1985;8(4):343-356.

Hallowell EM, Ratey JJ. *Driven to Distraction*. New York: Pantheon Books, 1994.

Hechtman L. Adolescent Outcome of Hyperactive Children Treated With Stimulants in Childhood. *Psychopharmacology Bulletin*. 1985;21:178-91.

Herpers PCM, Buitelaar K. De validiteit en betrouwbaarheid van de diagnose ADHD bij volwassenen. Een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 1996;38(11):809-821.

Horner B, Scheibe K, Stine S. Cocaine Abuse and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Implications of Adult Symptomatology. *Psychology of Addictive Behaviors*. 1996;10(1):55-60.

Horner BR, Scheibe KE. Prevalence and Implications of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Among Adolescents in Treatment for Substance Abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(1):30-36.

Horrigan JP, Barnhill LJ. Low-Dose Amphetamine Salts and Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000;61(6):414-417.

Jadad AR, Boyle M, Cunningham C, Kim M, Schachar R. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Evidence Report/Technology Assessment No. 11 (Prepared by McMaster University under Contract No. 290-97-0017). AHRQ Publication No. 00-E005. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 1999.

Jaffe SL. Intranasal Abuse of Prescribed Methylphenidate by an Alcohol and Drug Abusing Adolescent with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1991;30(5):773-775.

Khantzian EJ. The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. *American Journal of Psychiatry*. 1985;142(11):1259-1264.

Khantzian EJ. The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997;4(5):231-244.

King VL. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Treatment Outcome in Opioid Abusers Entering Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999;187(8):487-495.

Kooij JJS, Goekoop JG, Gunning WB. Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit op volwassen leeftijd; implicaties voor diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*. 1996;140(37):1848-1851.

Kooij JJS, Buitelaar JK, Tilburg W van. Voorstel voor diagnostiek en behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op volwassen leeftijd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 1999;41(6):349-358.

Llana ME, Crismon ML. Methylphenidate: Increased Abuse or Appropriate Use? *Journal of the American Pharmaceutical Association*. 1999;39(4):526-530.

Levin FR, Kleber HD. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Abuse: Relationships and Implications for Treatment. *Harvard Review of Psychiatry*. 1995;2(5):246-258.

Levin FR, Evans SM, McDowell DM, Kleber HD. Methylphenidate Treatment for Cocaine Abusers With Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. A Pilot Study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;58(6):300-305.

Levin FR, Evans SM, Kleber HD. Practical Guidelines for the Treatment of Substance Abusers With Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Services*. 1999;50(8):1001-1003.

Lie N. Follow-ups of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Review of literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992;85(386/ suppl);1-40.

Manuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, Lapadula M. Adult Outcome of Hyperactive Boys. Educational achievement, Occupational Rank, and Psychiatric Status. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(july):565-576.

Manuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult Psychiatric Status of Hyperactive Boys Grown Up. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(4):493-498.

Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Murphy J, Tsuang MT. Attention Deficit Disorder and Comorbid Disorders. Issues of Overlapping Symptoms. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152(12):1793-1799.

Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Wilens T, Chu MP. Associations Between ADHD and Psychoactive Substance Use Disorders. Findings From a Longitudinal Study of High-Risk Siblings of ADHD Children. *The American Journal of Addictions*. 1997;6(4):318-329.

Miln R, Loh E, Chow J, Wilson A. Assessment of Symptoms of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults With Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*. 1997;48(11):1378-1380.

Miller DK, Blum K. *Overload. Attention deficit disorder and the addictive brain*. Kansas City: Andrews and MacMeel, 1996.

Paterson R, Douglan C, Hallmayer J, Hagen M, Krupenia Z. A randomised, double-blind, placebo-controlled trial of dexamphetamine in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1999;33:494-502.

Richardson W. *The Link Between ADHD and Addiction. Getting the Help you Deserve*. Colorado Springs: Pinon Press, 1997.

Riggs P. Clinical Approach to Treatment of ADHD in Adolescents With Substance Use Disorders and Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37(3):331-332.

Riggs P, Leon S, Mikulich S, Pottle L. An Open Trial of Bupropion for ADHD in Adolescents With Substance Use Disorders and Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37(12):1271-1278.

Roy-Byrne P, Scheele L, Brinkley J, Ward N, Wiatrak C, Russo J, Townes B, Varley C. Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Assessment Guidelines Based on Clinical Presentation to a Specialty Clinic. *Comprehensive Psychiatry*. 1997;38(3):133-140.

Schubiner H, Tzelepis A, Isaacson JH, Warbasse LH, Zacharek M, Musial J. The Dual Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Abuse: Case Reports and Literature Review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1995;56(4):146-150.

Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, Schoener EP. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder Among Substance Abusers. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000;61(4):244-251.

Shaffer D. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. *American Journal of Psychiatry*. 1994;151(5):633-638.

Shukla VK, Otten N. Assessment of attention deficit/hyperactivity disorder therapy: A Canadian perspective. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA), 1999.

Sonnen MPAM, Ridder RMS de vs. Kooij JJS, Buitelaar JK, Tilburg W van. Ingezonden brief met antwoord. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2000;42(2):127-131.

Spencer T, Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Stuart Ablon J, Lapey K. A Double-blind, Crossover Comparison of Methylphenidate and Placebo in Adults With Childhood-Onset Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52 (june): 434-443.

Spencer T, Biederman J, Wilens T, Prince J, Hatch M, Jones J, Harding M, Faraone SV, Seidman L. Effectiveness and Tolerability of Tomoxetine in Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(5):693-695.

Stratton J, Gailfus D. A New Approach to Substance Abuse Treatment. Adolescents and Adults With ADHD. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1996;15(2):89-94.

Tucker P. Attention-deficit/hyperactivity disorder in the drug and alcohol clinic. *Drug and Alcohol review*. 1999;18:337-344.

Vaeth JM, MacNeill Horton A, Koretzky M, Shapiro S, Civiello C, Anilane J. Alcoholism and Attention Deficit Disorder: MMPI Correlates. *International Journal of Neuroscience*. 1989; 45:75-79.

Volkow ND, Yu-Shin Ding, Fowler JS, Wang GJ, Logan J, Gatley JS, Dewey S, Ashby C, Liebermann J, Hitzemann R, Wolf AP. Is Methylphenidate Like Cocaine? *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(6):456-463.

Weiss RD, Pope HG, Mirin SM. Treatment of Chronic Cocaine Abuse and Attention Deficit Disorder, Residual Type, with Magnesium Pemoline. *Drug and Alcohol Dependence*. 1985a; 15:69-72.

Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric Status of Hyperactives as Adults: A Controlled Prospective 15-Year Follow-up of 63 Hyperactive Children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1985;24(2):211-220.

Weiss G, Trokenberg Hechtman L. *Hyperactive Children Grown Up. ADHD in Children, Adolescents, and Adults*. Second Edition. New York: The Guilford Press, 1993.

Wender PH. Attention-Deficit Hyperactivity Disorders in Adults. *The Psychiatric Clinics of North America*. Diagnostic Dilemmas, Part II. 1998 ;21(4):761-774.

Wilens TE, Biederman J, Spencer T, Frances RJ. Comorbidity of Attention-Deficit Hyperactivity and Psychoactive Substance Use Disorders. *Hospital and Community Psychiatry*. 1994;45(5):421-435.

Wilens TE, Prince, Biederman JB, Spencer TJ, Frances RJ. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Substance Use Disorders in Adults. *Psychiatric Services*. 1995a;46(8):761-765.

Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Prince. Pharmacotherapy of Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1995b;15(4):270-279. (Commentaar van de Cochrane Library -1999, Issue 4 pp.1,2- op dit artikel).

Wilens TE, Biederman J, Prince J, Spencer TJ, Faraone SV, Warburton R, Schleifer D, Harding M, Linehan C, Geller D. Six-Week, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Desipramine for Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1996;153(9):1147-1153.

Wilens TE. AOD Use and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Alcohol Health and Research World*. 1998;22(2):127-130.

Wilens TE, Biederman J, Mick E. Does ADHD Affect the Course of Substance Abuse? Findings From a Sample of Adults With and Without ADHD. *American Journal of Addictions*. 1998;7(2):156-163.

Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Frazier J, Prince J, Bostic J, Rater M, Soriano J, Hatch M, Sienna M, Millstein RB, Abrantes A. Controlled Trial of High Doses of Pemoline for

Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1999;19(3):257-264.

Wood D, Wender P, Reimherr FW. The Prevalence of Attention Deficit Disorder, Residual Type, or Minimal Brain Dysfunction, in a Population of Male Alcoholic Patients. *American Journal of Psychiatry*. 1983;140(1):95-98.

10 Olie op de golven, olie op het vuur: ADHD en verslaving (Hoofdstuk Handboek Verslaving)

Olie op de golven, olie op het vuur: ADHD en verslaving¹

Bijdrage van P.J. Carpentier aan het Handboek Verslaving

Inhoud

- 1 Inleiding
- 2 ADHD bij volwassenen
 - 2.1 Definitie en prevalentie
 - 2.2 Evolutie met de leeftijd
 - 2.3 Etiologie en pathogenese
 - 2.4 Het klinische beeld van ADHD bij volwassenen
 - 2.5 Diagnostiek van ADHD bij volwassenen
 - 2.6 Behandeling van ADHD bij volwassenen
 - 2.6.1 Psycho-educatie
 - 2.6.2 Medicamenteuze behandeling
 - 2.6.3 Coaching – Andere behandelingen
- 3 ADHD en verslaving
 - 3.1 Voorkomen van deze associatie bij volwassenen
 - 3.2 Kenmerken van patiënten met ADHD en verslavingsproblemen
 - 3.3 Oorzaken van deze associatie
 - 3.3.1 Comorbiditeit
 - 3.3.2 Erfelijkheid
 - 3.3.3 ADHD als risicofactor – de zelfmedicatiehypothese
 - 3.4 Betekenis van deze associatie
- 4 Diagnostiek en behandeling van ADHD bij patiënten met verslavingsproblemen
 - 4.1 Diagnostiek
 - 4.2 Behandeling
 - 4.2.1 Principes van een geïntegreerde behandeling
 - 4.2.2 Medicamenteuze behandeling: wel of niet Methylfenidaat?
 - 4.3 De praktijk in Nederland
 - 4.4 Betekenis van de behandeling van ADHD
- 5 Conclusies en aanbevelingen
- Literatuur

¹ Uit: Handboek verslaving. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

Olie op de golven, olie op het vuur: ADHD en verslaving

Pieter-Jan Carpentier¹

1 Inleiding

De toegenomen aandacht voor de volwassen manifestaties van de ‘Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit’, beter bekend onder de Amerikaanse afkorting ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), is volkomen terecht. Met een prevalentie van 3-5% is ADHD de meest frequente gedragsstoornis op de kinderleeftijd. Daar waar men er vroeger van uitging dat deze stoornis uitdoofde met het ouder worden, is nu duidelijk geworden dat in minstens 30% van de gevallen ADHD persisteert op volwassen leeftijd (Kooij, Buitelaar & Van Tilburg, 1999). De symptomatologie op zichzelf, enerzijds de concentratieproblemen, anderzijds de onrust en de impulsiviteit, is in belangrijke mate invaliderend. Uit longitudinaal onderzoek is gebleken dat deze patiëntengroep gekenmerkt wordt door een hoge bijkomende comorbiditeit. Vaak is (ook) sprake van middelmisbruik en verslaving. In dit artikel wordt nader ingegaan op deze associatie tussen ADHD en stoornissen in het gebruik van middelen.

2 ADHD bij volwassenen

2.1 Definitie en prevalentie

De aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (voortaan ADHD genoemd) is een kinderpsychiatrische aandoening, die volgens de DSM-IV definitie (American Psychiatric Association, 2002) vóór het zevende levensjaar begint. De stoornis manifesteert zich in twee symptoomclusters, enerzijds concentratieproblemen, anderzijds onrust en impulsiviteit. Het zijn deze symptomen die de basis vormen van de diagnostische criteria van de DSM-IV, die opgesteld zijn voor de kinderleeftijd. Voor het stellen van de diagnose moeten de symptomen aanleiding geven tot significant disfunctioneren op sociaal vlak en op school of werk. Op basis van deze criteria zijn drie subtypen te onderscheiden: de grootste groep patiënten heeft de gecombineerde vorm van zowel concentratieproblemen als hyperactiviteit en impulsiviteit, het type met vooral

¹ Drs. Pieter-Jan Carpentier is als psychiater werkzaam bij de GGZ 's-Hertogenbosch en bij Novadic-Kentron, netwerk voor Verslavingszorg.

concentratieproblemen komt vooral (maar niet uitsluitend) bij meisjes voor, en het type met vooral hyperactiviteit en impulsiviteit komt het minst voor. Comorbiditeit in de vorm van (antisociale) gedragsstoornissen, depressie en angststoornissen komt bij 40-60% van de ADHD-kinderen voor. ADHD gaat bij kinderen vaak gepaard met leerproblemen, een laag IQ en met problemen in de sociale contacten (Kooij, Goekoop & Gunning, 1996).

De prevalentie van ADHD onder kinderen en jeugdigen is 3-5%. De stoornis wordt bij jongens twee- tot viermaal zo vaak gediagnosticeerd als bij meisjes. Waarschijnlijk is sprake van onderdiagnostiek van ADHD bij meisjes, die het gevolg zou kunnen zijn van de lagere frequentie waarin de stoornis zich bij meisjes met agressie manifesteert (Kooij e.a., 1996).

2.2 *Evolutie met de leeftijd*

Lange tijd is gedacht dat de manifestaties van ADHD beperkt bleven tot de kinderjaren. Dit is gestoeld op de klinische ervaring dat de ADHDsymptomatologie vaak met de leeftijd afneemt: dit geldt evenwel niet voor alle patiënten. Met longitudinaal onderzoek is komen vast te staan dat de stoornis bij 30 tot 60% van de patiënten persisteert tot op volwassen leeftijd. Bovendien blijken concentratieproblemen minder af te nemen dan onrust en impulsiviteit (Biederman, Mick & Faraone, 2000). Hoewel ADHD op volwassen leeftijd in de literatuur al veel langer bekend is, is het frequent voorkomen van dit beeld op volwassen leeftijd lange tijd niet onderkend.

De discontinuïteit tussen de kinderpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie heeft daar zeker een rol in gespeeld. Het meest in het oog springende symptoom, de motorische overactiviteit, neemt vaak af met het ouder worden, waardoor het beeld ook minder opvallend wordt: met de jaren leren de kinderen hun lichamelijke onrust weliswaar beter beheersen, maar de innerlijke onrust kan aanwezig blijven. Met de leeftijd wisselt ook de symptomatologie; het ontbreken van gevalideerde diagnostische criteria voor ADHD op volwassen leeftijd is een bijkomende hinderpaal. Bovendien kunnen de symptomen ook gemaskeerd worden door het optreden van comorbide stoornissen (Boonstra, Sergeant & Kooij, 1999).

De geschatte prevalentie op volwassen leeftijd is 1%, hetgeen substantieel is, en daarom vaak gecontesteerd wordt.

2.3 *Etiologie en pathogenese*

De meest gangbare verklaring is dat ADHD een stoornis is van de *executieve functies*, de cerebrale functies die verantwoordelijk zijn voor de planning en

organisatie van doelgericht gedrag in respons op binnenkomende stimuli. Volgens de theorie van Barkley (1998) worden de opvallende concentratieproblemen niet langer als de primaire stoornis gezien, maar als het gevolg van problemen in de regulatie en controle van het gedrag, die op hun beurt weer te wijten zijn aan basale tekorten in inhibitie en interferentie. Irrelevante stimuli gaan op deze manier de planning en uitvoering van doelgerichte gedrag verstoren, dat plaats maakt voor impulsieve (ondoordachte) reacties. Dit is herkenbaar in de moeite die patiënten hebben om in hun praten en handelen een lijn vast te houden, niet te verdwalen in details en zich niet te laten afleiden door irrelevante stimuli, in het bijzonder bij taken die vervelend, eentonig en langdradig zijn. Zoals Barkley heeft gesteld: patiënten met ADHD weten wel wat ze moeten doen, hun probleem is dat ze moeite hebben om steeds te doen wat ze weten. Uit onderzoek is gebleken dat het voorkomen van ADHD vooral genetisch bepaald is (Kooij e.a., 1999). De concordantie bij monozygote tweelingen is 50 tot 80%, bij heterozygote tweelingen 0 tot 30%. Volwassenen met ADHD hebben 57% kans een kind te krijgen dat ook ADHD heeft; ouders van kinderen met ADHD hebben tweemaal zoveel kans om ADHD te hebben als ouders van kinderen zonder ADHD. Ook adoptieonderzoek bevestigt de genetische transmissie van de kwetsbaarheid voor ADHD.

De genen die geassocieerd worden met ADHD zijn alle betrokken bij de werking van catecholinerge neurotransmitters (dopamine en noradrenaline). Deze neurotransmitters zijn vooral actief in frontale en sub-corticale delen van de hersenen, precies die hersengebieden waarvan met functioneel en beeldvormend hersenonderzoek is aangetoond dat ze afwijkend functioneren bij mensen met ADHD. Het zijn ook de gebieden waar de executieve functies gelokaliseerd worden. Dit alles bevestigt de conclusie dat ADHD een neurobiologische stoornis is.

2.4 *Het klinische beeld van ADHD bij volwassenen*

Net zoals bij kinderen zijn bij volwassenen met ADHD de drie primaire symptoomgebieden aanwijsbaar (aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit); mogelijk springen ze minder in het oog, omdat veel volwassenen in de loop der jaren manieren en strategieën ontwikkeld hebben om bepaalde symptomen te compenseren of te camoufleren. Daarnaast zijn ook vaak secundaire problemen aanwezig. De jarenlange ervaring van 'anders zijn' heeft vaak geleid tot een laag zelfvertrouwen, intense frustratie en onzekerheid. Volwassenen met ADHD hebben vaker een lagere opleiding genoten, ondanks voldoende intelligentie, en lager betaalde banen. Verder

kan het beeld ook nog vertekend worden door de comorbiditeit. Dit alles kan verklaren waarom de klinische presentatie bij volwassenen divers en gevarieerd is (Boonstra e.a., 1999; Kooij e.a., 1996). Een redelijke weergave hiervan is te vinden in de door Hallowell en Ratey (1994) geformuleerde diagnostische criteria, die vaak gebruikt worden in voorlichtingsmateriaal, mede omdat ze door patiënten goed herkend worden (tabel 1). Het eerste criterium, het gevoel van onderpresteren, is de meest voorkomende reden om hulp te zoeken; volwassenen met ADHD slagen er vaak niet in te presteren op het niveau van hun (intellectuele) capaciteiten, en mislukkingen op verschillende terreinen zijn kenmerkend voor hun levensgeschiedenis.

Tabel 1 Diagnostische criteria voor ADHD bij volwassenen (Hallowell & Ratey, 1994)

Voor een positieve diagnose moeten naast een voorgeschiedenis van ADHD als kind vijftien van deze twintig criteria aanwezig zijn.

- 1 *A sense of underachievement*: een gevoel van onvoldoende presteren, van achterblijven bij de verwachtingen
- 2 Moeite met organiseren van taken en activiteiten
- 3 Voortdurend aarzelen, treuzelen en uitstellen
- 4 Verschillende taken tegelijk opstarten en te weinig afmaken
- 5 Dingen eruit flappen
- 6 Voortdurend zoeken naar stimulatie
- 7 Niet verdragen van verveling
- 8 Moeite met focussen van concentratie, verhoogde afleidbaarheid, afhaken in gesprekken
- 9 Vaak creativiteit, intuïtief handelen, bovengemiddelde intelligentie
- 10 Moeite met routine/vaste procedures/gebruikelijke kanalen
- 11 Ongeduldig zijn, lage frustratietolerantie
- 12 Impulsiviteit
- 13 Neiging tot piekeren en zorgen maken
- 14 Gevoelens van onzekerheid
- 15 Stemningswisselingen
- 16 Rusteloosheid
- 17 Neiging tot verslavingsgedrag
- 18 Chronische problemen met zelfwaardering
- 19 Onjuiste zelfobservatie
- 20 Positieve familieanamnese voor ADHD of bipolaire stoornis of depressie of midde-
lengebruik of verslaving of andere stoornis in de impulscontrole

Bovendien is uit longitudinaal onderzoek gebleken dat volwassenen met ADHD veel vaker last hebben van comorbide psychiatrische stoornissen (Kooij e.a., 1999; tabel 2). Vaak zijn deze stoornissen de reden van het eerste contact met de hulpverlening (en ook de oorzaak van het niet onderkennen van de diagnose ADHD).

Tabel 2 Comorbiditeit bij volwassenen met ADHD: tot 80%!

- Angststoornissen (40%)
- Depressie (20-30%)
- Persoonlijkheidsstoornissen (25%) (met name DSM-IV Cluster B) – Middelenmisbruik en verslaving (25-45%) [*roken (40%); vgl: volwassenen in NL 30 % (2001)(bron: Stivoro)*]

Het samengaan van deze primaire en secundaire symptomatologie en de comorbide stoornissen maakt dat ADHD op volwassen leeftijd vaak een ernstig invaliderende stoornis is.

2.5 Diagnostiek van ADHD bij volwassenen

Zowel bij volwassenen als bij kinderen is ADHD een klinische diagnose, die gesteld moet worden op basis van het verhaal en de evolutie van de klachten. Hiervoor wordt allereerst een psychiatrische anamnese afgenomen, inclusief biografie. Daarna worden de ADHD-symptomen gericht nagevraagd (Kooij e.a., 1999).

De DSM-IV-criteria (tabel 3) kunnen hierbij als leidraad worden gebruikt (American Psychiatric Association, 2002). Voor de DSM-diagnose gelden de volgende eisen: de stoornis is begonnen voor het zevende levensjaar; op kinderleeftijd voldeed de patiënt aan zes van de negen diagnostische criteria wat betreft aandachtstekort en/of hyperactiviteit en impulsiviteit; de symptomen hebben geleid tot significantie disfunctie zowel thuis als op school; er is sprake van een continu persisterend patroon van deze klachten tot op heden. Op volwassen leeftijd wordt het afkappunt niet langer op zes, maar wel op vijf van de negen kenmerken gesteld, omdat de ernst van de symptomen kan afnemen met het ouder worden.

Tabel 3 Diagnostische criteria voor ADHD volgens DSM-IV (APA, 2002)

Aandachtsproblemen

- 1 Slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten
- 2 Heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden
- 3 Lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt
- 4 Volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk, karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen
- 5 Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten
- 6 Vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen
- 7 Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden
- 8 Wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels
- 9 Is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden

Hyperactiviteit

- 1 Beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn stoel
- 2 Staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten
- 3 Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt zijn tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid)
- 4 Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten
- 5 Is vaak 'in de weer' of 'draaft maar door'
- 6 Praat vaak aan een stuk door

Impulsiviteit

- 1 Gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn
- 2 Heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten
- 3 Verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op

Een belangrijk probleem bij de diagnose ADHD (en een verdere bron van controverse) is de aspecifieke symptomatologie. Veel van de klachten horen ook bij een normaal leven, en de symptomen kunnen ook door andere psychiatrische stoornissen worden verklaard. Specifiek voor ADHD is de grotere ernst en hinder van de symptomen, het vroegtijdige begin en het persisteren over de tijd. Het goed documenteren van het beloop van de klachten is dus wezenlijk.

Een klinische diagnose blijft een waarschijnlijkheidsdiagnose. De waarschijnlijkheid kan verhoogd worden door het verzamelen van zo veel mogelijk gegevens. Een heteroanamnese (van ouders, broers of zussen, partner) is daarom obligaats voor de diagnose, temeer omdat de patiënten vaak geneigd zijn tot onderrapportage. Tot op heden bestaat er geen specifieke neuropsychologische of fysiologische test om de diagnose met zekerheid te stellen. Anders dan vaak wordt aangenomen, is een neuropsychologisch onderzoek daarom op zichzelf onvoldoende om de diagnose te stellen of te verwerpen. Hoewel met psychologisch testmateriaal verschillen aantoonbaar zijn tussen (groepen) patiënten met ADHD en gezonde controlepersonen, zijn bij individueel onderzoek zowel fout-positieve als fout-negatieve uitslagen mogelijk. Neuropsychologisch onderzoek kan wel gebruikt worden als verdere documentatie van de diagnose, in de toekomst kan het mogelijk aanwijzingen geven voor specifieke behandeling. Ondanks de opmars van beeldvormend onderzoek is op korte termijn niet te verwachten dat hersenscans bruikbaar zullen worden voor diagnostiek (Kooij e.a., 1999). Ook in de toekomst zal de diagnose ADHD *handwerk* blijven.

2.6 *Behandeling van ADHD bij volwassenen*

De behandeling van ADHD bij volwassenen bestaat primair uit: psycho-educatie, medicatie, coaching en lotgenotencontact (Kooij e.a., 1999).

2.6.1 *Psycho-educatie*

Voorlichting over de diagnose is een essentieel onderdeel van de behandeling. De patiënt (en diens partner) moeten worden voorgelicht over de symptomatologie en comorbiditeit, erfelijkheid, prognose en behandelingsmogelijkheden. De patiënt wordt geadviseerd zo veel mogelijk over de stoornis te lezen (veel bruikbare informatie is op het internet te vinden).

2.6.2 *Medicamenteuze behandeling*

Medicatie vormt de hoeksteen van de behandeling. In de meerderheid van de gevallen kan medicatie de symptomatologie in belangrijke mate doen afnemen. De psychostimulantia, methylfenidaat (MPH; Ritalin) en dextroamfetamine, zijn hierbij middelen van eerste keuze (Wilens, Spencer & Biederman, 2000b; zie Bijlage A). De werkzaamheid van beide middelen is zowel bij kinderen als bij volwassenen uitgebreid onderzocht en gedocumenteerd. Ze blijken in hoge mate effectief, zowel in het verminderen van de onrust en impulsiviteit, als in het verbeteren van de concentratieproblemen: tot 90% van de patiënten reageert positief op één van beide middelen. Kleine verschillen in werkingsmechanisme kunnen verklaren dat sommige patiënten, die niet reageren op het ene middel, wel baat hebben bij het andere middel. De bijwerkingen zijn eigenlijk vrij mild, vergeleken met de meeste psychofarmaca, en toxiciteit op lange termijn ontbreekt. De korte werkingsduur van MPH (3 à 4 uur) stelt hoge eisen aan de *therapie-compliance* van de patiënt; dit geldt ook, zij het in iets mindere mate, voor dextroamfetamine. Als wekamine vallen beide stoffen onder de Opiumwet. Het risico op misbruik en verslaving wordt verderop in deze bijdrage besproken. Een ander middel uit deze groep is pemoline, dat niet in Nederland geregistreerd is; risico op leverbeschadiging is de oorzaak dat het minder vaak gebruikt wordt (Wilens e.a., 2000b). Ook andere medicijnen kunnen effectief zijn bij de behandeling van ADHD. Toch zijn de ervaringen hiermee eerder teleurstellend. In de eerste plaats hebben deze middelen, in tegenstelling tot de psychostimulantia, weinig tot geen effect op de concentratieproblemen. De bijwerkingen zijn meestal meer uitgesproken, wat een belangrijke hinderpaal is bij chronisch gebruik. Dit geldt zeker voor de

tricyclische antidepressiva, waarvan de werkzaamheid bij ADHD ook bij volwassenen door onderzoek onderbouwd is. Ook de ervaringen met clonidine zijn niet overtuigend, en de bijwerkingen maken dit middel ook minder geschikt. Het effect laat lang op zich wachten (pas duidelijk na 6 à 7 weken), en is duidelijker op de onrust en impulsiviteit, minder op de concentratieproblemen. Middelen waarvan de werkzaamheid niet via gecontroleerd onderzoek is aangetoond, maar waarvan bij case-reports een positief effect wordt gemeld, zijn venlafaxine, moclobemide en de klassieke MAO-remmers. Bupropion (Zyban; in Nederland niet geregistreerd voor de indicatie ADHD) wordt vaak gebruikt als adjuvans met andere medicatie. Ook worden positieve resultaten gemeld van atomoxetine, een noradrenerg werkend middel.

2.6.3 *Coaching – Andere behandelingen*

Eén van de grootste problemen voor ADHD-patiënten is het gebrek aan regelmaat, structuur en planning in hun dagelijks bestaan. Dit moet worden aangeleerd. Coaching is een vorm van begeleiding waarbij door middel van voorlichting, structurerende adviezen en opdrachten de hiervoor noodzakelijke vaardigheden worden aangeleerd (De Kruiff & Kooij, 2002). Tegelijk biedt dit ook ruimte om de emoties rondom de diagnose en de gemiste kansen in het verleden te bespreken. Gedragstherapie wordt bij kinderen toegepast, maar nog weinig bij volwassenen; waarschijnlijk biedt een combinatie met medicijnen het beste resultaat. Verder zijn patiënten vaak gebaat bij lotgenotencontact. Voor en door hen is de patiëntenvereniging Impuls opgericht, die ook zelfhulpgroepen organiseert.

3 **ADHD en verslaving**

Zoals hiervoor gesteld, blijkt een aantal psychiatrische stoornissen vaker voor te komen bij volwassen patiënten met ADHD. Dit is zeker het geval voor middelenmisbruik en verslaving.

3.1 *Voorkomen van deze associatie bij volwassenen*

In het eerste Nederlandse onderzoek bij volwassen ADHD-patiënten is bij 39% sprake van overmatig alcoholgebruik, bij 19% van cannabisgebruik; 14% van de 141 patiënten gebruikte nog andere middelen (Kooij, Aeckerlin & Buitelaar, 2001). Cijfers in deze grootteorde worden ook gevonden bij Amerikaanse onderzoeken: in een samenvatting van acht onderzoeken is bij

17-45% sprake van alcoholmisbruik en/of -verslaving, bij 9-30% van drugs-misbruik en/of -verslaving (Wilens, Biederman, Mick, Spencer & Frances, 1994). Dit gegeven wordt ook teruggevonden bij longitudinaal onderzoek van kinderen met ADHD: bij 20 tot 40% van de kinderen die langere tijd gevolgd worden, is op enig moment sprake van middelenmisbruik en/of verslaving (Wilens, Spencer & Biederman, 2000a). Systematisch onderzoek naar ADHD onder populaties in behandeling wegens verslavingsproblemen is redelijk recent en op beperkte schaal toegepast (Carroll & Rounsaville, 1993; Levin, Evans & Kleber 1998a; Schubiner, Tzelepis, Milberger, Lockhart, Kruger, Kelley & Schoener, 2000), hoewel in de literatuur al veel langer van deze associatie melding was gemaakt (Cocores, Davies, Mueller & Gold, 1987; Goodwin, Schulsinger & Hermansen, 1975; Wood, Wender & Reimherr, 1983). Een samenvatting van zeven onderzoeken, waarbij 880 verslaafde patiënten onderzocht zijn, toont voor ADHD een gemiddelde prevalentie van 23% (Wilens e.a., 1994).

Het klinische gegeven dat middelenmisbruik en verslaving frequent voorkomen onder volwassenen met ADHD, wordt dus bevestigd door verschillende vormen van onderzoek; er is sprake van een robuuste associatie.

3.2 *Kenmerken van patiënten met ADHD en verslavingsproblemen*

Verslaafde patiënten met ADHD blijken in een aantal belangrijke kenmerken van andere patiënten te verschillen. In de eerste plaats hebben deze patiënten veel vaker een voorgeschiedenis van ernstige gedragsproblemen in de jeugd: tot bijna twee derde van deze patiënten voldoen in hun jeugd aan de diagnose van oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en/of antisociale gedragsstoornis (hierover later meer) (Wilens e.a., 2000a). Veel vaker is bij deze patiënten ook sprake van een antisociale persoonlijkheidsstoornis (dit sluit aan bij de vorige bevinding): in onderzoeken is dit tot 50% van hen; bij volwassen patiënten met ADHD zonder verslavingsproblemen komt deze diagnose gemiddeld slechts bij 25% voor. Er zijn tevens aanwijzingen dat deze groep ook vaker last heeft van andere psychiatrische stoornissen, zoals angststoornissen en depressie. Ook kenmerkend voor deze patiëntenpopulatie is het vroegtijdig begin, niet alleen van het experimenteren met middelen, maar ook het overgaan tot regelmatig gebruik en ook misbruik: meestal voor het twintigste levensjaar, en niet zelden voor het vijftiende (Wilens, Biederman, Mick, Faraone & Spencer, 1997)! Er zijn aanwijzingen dat ADHD de transities van gebruik naar misbruik en verslaving, en van lichtere naar zwaardere middelen versnelt (Biederman, Wilens, Mick, Faraone & Spencer, 1998).

Het zal dan ook niet verbazend zijn dat de verslavingsproblemen vaker ernstiger en langduriger zijn bij deze populatie. In tegenstelling tot wat vaak wordt verondersteld, blijken patiënten met ADHD en middelenmisbruik of verslaving geen selectieve voorkeur voor stimulerende middelen (cocaïne, amfetamine) te hebben; ook sederende middelen (softdrugs, alcohol, en ook heroïne) worden gebruikt. Vaak is sprake van polydrugsgebruik (Clure, Brady, Saladin, Johnson, Waid & Rittenbury, 1999). Het bekende paradoxale effect van amfetaminen (de gebruiker wordt rustig en helder in plaats van opgejaagd en onrustig) bij deze patiëntengroep treedt evenwel niet altijd op: niet alle patiënten met ADHD zijn op deze manier gevoelig voor psychostimulantia (zie hiervoor), en daarnaast overweegt bij een te hoge dosering het stimulerende effect.

De klinische ervaring is dat bij de grote meerderheid van deze patiënten de diagnose ADHD pas op volwassen leeftijd wordt gesteld. Hoewel retrospectief sprake is geweest van manifeste ADHD-symptomatologie (met vaak nog meer problematisch gedrag), heeft dit niet tot een diagnose en behandeling geleid, vaak tot grote teleurstelling van duidelijk betrokken ouders, die wel degelijk inzagen dat er iets aan de hand was. Dit is niet alleen te verklaren vanuit beperkte kennis van deze stoornis in de vorige decennia: bij herhaling maakt de ziektegeschiedenis melding van tekortschieten van de hulpverlening en onvoldoende onderkenning van de ernst van het probleem.

3.3 *Oorzaken van deze associatie*

De wetenschappelijke literatuur is niet eenduidig over de oorzaken van de associatie tussen ADHD en verslaving, en over de mate waarin sprake is van causaliteit. Dit heeft deels te maken met een gebrek aan gedegen onderzoek (ADHD bij volwassenen is een relatief recent begrip), maar vooral met de verwevenheid van ADHD met andere bekende risicofactoren voor verslavingsproblemen (Levin & Kleber, 1995). In de onderstaande paragrafen wordt getracht hiervan een overzicht te geven.

3.3.1 *Comorbiditeit*

Gedragsstoornissen op kinderleeftijd (ODD/CD), antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP). De voornaamste verwarring is een gevolg van de hoge frequentie waarin ADHD voorkomt bij patiënten met ernstige gedragsproblemen in de jeugd, namelijk de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (oppositional-defiant disorder, ODD) en de gedragsstoornis (conduct disorder, CD) (Biederman, Wilens, Mick, Milberger, Spencer & Faraone,

1995). De oppositiek-opstandige gedragsstoornis (ODD) begint vaak reeds op zeer jonge leeftijd en wordt gekenmerkt door koppig en dwars gedrag; deze kinderen zijn eigenzinnig en hebben moeite met regels en autoriteiten. Bij een negatieve evolutie treedt dan op wat oudere leeftijd een antisociale gedragsstoornis (CD) op, gekenmerkt door ernstige schendingen van regels, agressie gericht op mensen en dieren, vernielingen van eigendom, leugenachtigheid of diefstal (American Psychiatric Association, 2002; Matthys, 1999). Van deze kinderpsychiatrische stoornissen is al veel langer bekend dat ze een risicofactor vormen op middelenmisbruik en verslaving op latere leeftijd. De ernstigste vormen van deze stoornissen zijn de voorlopers van een antisociale persoonlijkheidsstoornis op volwassen leeftijd. Ook bij deze stoornis is vaak sprake van verslavingsproblemen. Patiënten met ernstige verslavingsproblemen hebben inderdaad vaak een voorgeschiedenis van ernstige gedragsproblemen in de jeugd (ODD, CD, vaak in combinatie met ADHD) en kenmerken van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. ADHD komt bij kinderen met ODD en CD zeer vaak voor, tot in twee derde van de gevallen. Voor sommige auteurs is dit dan wel de volledige, zoniet de voornaamste verklaring van de associatie tussen ADHD en verslaving. Niet de ADHD speelt een causale rol in het ontstaan van de verslavingsproblematiek, maar de ernstige gedragsstoornis waarmee ADHD samengaat (Lynskey & Hall, 2001). Bij onderzoeken heeft ongeveer 50% van de patiënten met ADHD en verslaving inderdaad antecedenten van ODD en CD (Schubiner e.a., 2000). Waarschijnlijk is het probleem toch ingewikkelder: het precieze aandeel van elk van deze stoornissen in het verslavingsprobleem is zeer moeilijk te ontwarren en tot nu toe te weinig onderzocht. Het is duidelijk dat ODD en CD op zichzelf zeer ernstige risicofactoren zijn voor middelenmisbruik en verslaving; mogelijk wordt het risico nog vergroot als daarnaast ook sprake is van ADHD. Daarnaast zijn er ook voldoende patiënten met ADHD en verslavingsproblemen zonder de anamnese van ernstige gedragsproblematiek in de jeugd.

Andere comorbide psychiatrische stoornissen. Uit onderzoek is bekend dat volwassenen met ADHD ook kwetsbaarder zijn voor andere comorbide stoornissen, zoals depressie en angststoornissen. De aanwezigheid van een dergelijke psychiatrische stoornis is op zichzelf ook een risicofactor voor verslavingsproblemen. Er zijn aanwijzingen dat bij een aantal patiënten met ADHD de comorbide psychiatrische stoornis een bijdrage levert aan het ontstaan en het voortbestaan van de verslavingsproblemen (Biederman e.a., 1995).

3.3.2 *Erfelijkheid*

Van verslavingsproblemen is al langer bekend dat ze ten dele erfelijk bepaald zijn. Veel van het erfelijkheidsonderzoek bij verslaving is gericht op het dopaminerge systeem, dat ook een rol speelt in het ontstaan van ADHD. ADHD komt meer voor in families met verslavingsproblemen, en middelen-misbruik en verslaving komen vaker voor in families van ADHD-patiënten. Dit alles zou erop kunnen wijzen dat de kwetsbaarheid voor ADHD en verslaving voor een deel een gemeenschappelijke genetische basis heeft (Milberger, Faraone, Biederman, Chu & Wilens, 1998).

3.3.3 *ADHD als risicofactor – de zelfmedicatiehypothese*

Toch zijn er uit onderzoek ook voldoende aanwijzingen dat ADHD op zichzelf een risicofactor is (Biederman e.a., 1995). Voor een deel zou dit via een genetische weg kunnen lopen, maar daarnaast spelen de aard en de ernst van de symptomen een rol. Zo zijn onrust en impulsiviteit belangrijker als risicofactor dan de concentratieproblemen. Hoe ernstiger de symptomen, hoe groter de kans op verslaving. Hieruit volgt logischerwijze dat ADHD, die op volwassen leeftijd nog steeds persisteert en ernstige hinder veroorzaakt, vaker gepaard zal gaan met verslavingsproblemen dan alleen een voorgeschiedenis van ADHD in de jeugd (Wilens e.a., 2000a). Vooral bij ADHD wordt vaak gebruikgemaakt van de *zelfmedicatiehypothese*, zoals die voor het eerst door Khantzian (1997) is geformuleerd. Volgens dit verklaringsmodel gaan patiënten met een psychiatrische stoornis middelen gebruiken als een min of meer bewuste en gerichte poging om hun psychiatrische symptomen te beïnvloeden, te verminderen en beheersbaar te maken. In de praktijk blijken veel patiënten zich in dit mechanisme te herkennen. Ze vertellen hoe ze bij hun eerste gebruik merkten dat ze zich met middelen rustiger konden voelen, meer zelfzeker, beter geconcentreerd, minder faalangstig. Dit blijkt vaak een belangrijke reden om het gebruik te continueren. Vaak heeft het middel dat het meest gebruikt wordt ook een duidelijke (en gezochte) uitwerking op de ADHD-symptomatologie.

3.4 *Betekenis van deze associatie*

Met de huidige stand van de wetenschap is de relevantie van de forse associatie tussen ADHD en verslaving nog onduidelijk (Van de Glind, Eland & Janssen, 2001). Het is belangrijk voor ogen te houden dat verslaving altijd multicausaal bepaald wordt. ADHD speelt in dit geheel zeker een rol,

waarschijnlijk is het het best te beschrijven als een matig ernstige risicofactor die sterk verweven is met andere factoren, in het bijzonder de ernstige gedragsproblemen in de jeugd (Wilens e.a., 2000a). Hoe ADHD precies inwerkt, is zeker nog niet duidelijk. Ook moet nog opgehelderd worden waarom ADHD wel bij zeer veel, maar niet bij *alle* patiënten tot middelen-misbruik of verslaving leidt.

Omdat ADHD in aard en ernst kan variëren, moet per persoon een afweging worden gemaakt welke invloed deze stoornis in de verslavingsproblematiek speelt. De voornaamste relevantie van ADHD zou juist de behandelbaarheid kunnen zijn: niet alle risicofactoren zijn in diezelfde mate positief te beïnvloeden. Daarbij moet wel worden gesteld dat op dit moment nog wetenschappelijk bewijs ontbreekt dat de behandeling van comorbide ADHD de prognose van de verslaving verbetert.

4 Diagnostiek en behandeling van ADHD bij patiënten met verslavingsproblemen

4.1 Diagnostiek

In principe wordt de diagnose ADHD bij patiënten met stoornissen in het gebruik van middelen op dezelfde manier gesteld als eerder beschreven. Gezien de forse associatie loont het de moeite bij *elke* patiënt met middelen-misbruik of verslaving de diagnose te overwegen, zeker als de problematiek al langer bestaat.

De vraag rijst in hoeverre het klinische beeld beïnvloed wordt door het middelengebruik, dan wel door detoxificatie, en of een diagnose dan wel mogelijk is. Inderdaad kan de symptomatologie van ADHD ook worden veroorzaakt door gebruik of ontwenning van middelen. Daarom is het klinische beeld vooral in een periode van ontregeling (intoxicatie/detoxificatie) moeilijk te beoordelen. Indien evenwel op ADHD verdachte symptomatologie aanwezig is in een periode van vrij stabiel en regelmatig middelengebruik, mag dit als een duidelijke aanwijzing in de richting van deze stoornis worden geïnterpreteerd. Bovendien is voor het stellen van de diagnose ADHD – wat neerkomt op het opsporen van een chronische stoornis – de anamnese veel meer richtinggevend dan het klinische beeld. Dit betekent dat ook in een periode van middelengebruik meestal al enige uitspraak over de aan- of afwezigheid van ADHD mogelijk is.

De ernst van de symptomatologie is evenwel bepalend voor het behandelbeleid. Daarom is een correcte aanbeveling de ernst pas in te schatten als de patiënten al langer abstinente zijn, bij voorkeur enige maanden (Wilens e.a., 2000a).

4.2 *Behandeling*

Er is nog geen onderzoek uitgevoerd dat aantoont dat een succesvolle behandeling van ADHD de prognose van de comorbide verslaving verbetert (Van de Glind e.a., 2001). Dit zal ook niet zo eenvoudig te bewijzen zijn: een (ernstige) verslaving is een multifactorieel bepaalde aandoening, waarbij ADHD slechts één van de factoren is. Dat de beïnvloeding van deze ene factor het hele probleem zou oplossen, moet als een utopie worden afgedaan.

Toch zijn er nu al steekhoudende argumenten te formuleren om toch alvast ADHD te gaan behandelen. Vooral bij patiënten met ernstige ADHD speelt de stoornis een duidelijke etiologische rol in de verslavingsproblemen, in die zin dat duidelijk is dat de prognose van de abstinentie duidelijk afhangt van de stabilisatie van (vooral) de onrustklachten. Behandeling van ADHD draagt bij tot verbetering van de psychiatrische toestand, en dus ook van de geschiktheid voor verdere behandeling: het is immers sterk de vraag of patiënten die geplaagd worden door ADHD-symptomen (zoals voortdurend afgeleid en onrustig zijn) wel iets van een therapie kunnen opsteken. De positieve ervaring met behandeling van ADHD bij verslaving, zoals opgetekend in case-reports in de literatuur, ondersteunt deze actieve benadering (Levin & Kleber, 1995; Schubiner & Tzelepis, 1995).

4.2.1 *Principes van een geïntegreerde behandeling*

Er is nog weinig ervaring opgedaan met de behandeling van ADHD bij mensen met ernstige verslavingsproblematiek. Goede richtlijnen voor de plaats van de ADHD-behandeling ontbreken daarom nog (Levin, Evans & Kleber, 1999). Toch kan bij dit soort meervoudige problematiek worden uitgegaan van een geïntegreerde behandeling, waarbij elk probleem in het geheel wordt meegewogen en op basis van prioriteit wordt aangepakt (tabel 4).

Tabel 4 Fases in een geïntegreerde behandeling

- 1 *Abstinentie* = voorwaarde voor verdere behandeling
- 2 Stabilisatie: medicamenteuze behandeling ADHD/comorbide stoornissen
- 3 *Behandeling*: verslavingsproblemen/psychiatrische problemen begeleiding voor ADHD (controlecompliance)
- 4 Resocialisatiefase: coaching ADHD

Indien haalbaar, is abstinentie de eerste stap, hetgeen ook direct het verdere behandelbeleid gaat bepalen. In de daaropvolgende fase wordt gestreefd naar stabilisatie: hier speelt met name de medicamenteuze behandeling van ADHD een duidelijke rol. Pas als voldoende stabiliteit is bereikt, wordt een intensievere

en diepgaandere aanpak van de verslaving en de onderliggende psychiatrische problematiek mogelijk. In deze fase is het belangrijk dat de ADHD-symptomen onder controle blijven: toezicht op de *compliance* aan de medicamenteuze behandeling is dan wezenlijk. Deze begeleiding kan individueel of in een groep geboden worden: de groep biedt het voordeel van bijkomende psycho-educatie en lotgenotencontacten. Pas in de laatste resocialisatiefase kan toegekomen worden aan de specifiek op ADHD gerichte coaching. Formeel moet worden gesteld dat er nog weinig ervaring is met de medicamenteuze behandeling van ADHD-patiënten met comorbide verslavingsproblemen (Levin & Kleber, 1995). Toch zijn er weinig redenen om aan te nemen dat dezelfde medicatie ook bij deze patiëntengroep niet effectief zou zijn (Levin, Evans, McDowell & Kleber, 1998b; Schubiner e.a., 2000).

Als abstinentie niet haalbaar is, wordt het behandeldoel stabilisatie (bijv. in de vorm van een onderhoudsdosis methadon). Ervaringen met behandeling van ADHD in een dergelijke opzet zijn nog anekdotisch. Toch is zeer goed voorstelbaar dat ook hier medicamenteuze behandeling van ADHD een positieve bijdrage aan de stabiliteit kan leveren. Belangrijk is dan wel dat voldoende *compliance* voor een medicamenteuze behandeling aanwezig is.

4.2.2 Medicamenteuze behandeling: wel of niet Methylfenidaat?

De meest uitgesproken controverse in de behandeling van ADHD bij verslaving spitst zich toe op het gebruik van Methylfenidaat (MPH: Ritalin) door deze patiëntengroep. Terecht bestaat er enige huiver bij het toepassen van een geneesmiddel dat onder de opiumwet valt, door patiënten met verslavingsproblemen. MPH is een amfetaminederivaat en is dus ook een stimulerend middel: bij dierexperimenteel onderzoek blijkt het in uitwerking duidelijk vergelijkbaar met andere stimulerende middelen zoals amfetamine en cocaïne, met hetzelfde patroon van misbruik (Sannerud & Feusser, 2000). MPH wordt inderdaad misbruikt, zij het waarschijnlijk minder frequent dan opgewonden krantenberichten willen doen geloven: Ritalin wordt op straat verhandeld. Het *kickeffect* is bij peroraal gebruik beperkt, maar wordt vergroot door te kiezen voor een snellere toedieningsroute: intranasaal (snuiven) of intraveneus (spuiten) (Jaffe, 1991). Hierbij moet ook nog rekening worden gehouden met het feit dat de medicatie ook door anderen in de omgeving van de patiënt ontvreemd en misbruikt kan worden.

Om al deze redenen bepleit de Gezondheidsraad (2000) in haar rapport over diagnostiek en behandeling van ADHD MPH niet voor te schrijven voor deze patiëntengroep, ook wegens het ontbreken van wetenschappelijke onderbou-

wing. MPH zou alleen voorgeschreven mogen worden in het kader van onderzoek. De praktijk binnen de Nederlandse verslavingszorg loopt wat dit betreft sterk uiteen; in sommige centra wordt het niet gebruikt, in andere wordt het wel toegepast. De meeste auteurs houden bij dit probleem een voorzichtige koers aan; ze onderkennen het probleem en adviseren bij verslavingsproblematiek het gebruik van alternatieve medicatie (zie tabel 4) (Levin e.a., 1999; Riggs, 1998; Wilens e.a., 2000a). Hiermee is het dilemma evenwel niet uit de wereld: de andere medicatie is minder effectief en heeft meer bijwerkingen. Er blijven dus patiënten over die bij deze strategie niet gebaat zijn.

Daarom gaan er ook stemmen op – waaronder die van deze auteur – om onder voorwaarden ook aan patiënten met middelenmisbruik of verslaving *onder stringente voorwaarden* MPH voor te schrijven (Levin e.a., 1999). De voorwaarden zijn erop gericht de risico's, die gekoppeld zijn aan het gebruik van MPH, actief aan te pakken en te beperken. De afspraken vormen ook een test voor de werkrelatie met de patiënt: de patiënt krijgt op die manier kans zich te bewijzen en vertrouwen op te bouwen. Een voor de hand liggende voorwaarde is bewezen effectiviteit van het middel: MPH wordt alleen verder voorgeschreven als duidelijk bewezen is dat het effectief is voor de ADHD-symptomen (daarbij uitgaand van een nauwkeurige diagnostiek). Dit lijkt vanzelfsprekend, maar is vooral een waarschuwing tegen het te lichtvaardig inzetten van dit middel: uitsluitend na een zorgvuldige proefbehandeling, met zo veel mogelijk geobjectiveerde waarnemingen van een duidelijk positief behandelresultaat (door gebruik van onderzoeksinstrumenten en heteroanamnese), wordt overgegaan tot langdurig voorschrijven van het middel. De klinische ervaring is dat het middel niet bij alle patiënten effectief is; het is dus zeker geen wondermiddel. Mogelijk is de forse comorbiditeit, die regel is bij verslavingsproblematiek, de oorzaak van een lagere effectiviteit van MPH dan bij 'minder gecompliceerde' patiënten met ADHD. Regelmatig toezicht op het correct gebruik van MPH is aangewezen: in overleg met de apotheek wordt slechts de te gebruiken dosis verstrekt in kleine hoeveelheden (bijv. voor één week), en bij de patiënt wordt – zeker in de eerste fase – hierover regelmatig navraag gedaan. Als abstinentie het doel van de behandeling is, kan dit met regelmatige contacten en urinecontroles gevolgd worden: er is dan een duidelijke indicatie hoe goed de patiënt dit doel van de behandeling kan vasthouden en hoe goed de behandeling verloopt. Ook actieve deelname aan de verdere behandeling is een voorwaarde voor blijvend gebruik van MPH.

Met deze afspraken is misbruik zeker niet uitgesloten, maar wel ingeperkt. Als inderdaad (herhaald) misbruik wordt vastgesteld, is dit reden de medicatie te

onderbreken of te staken: het risico op misbruik moet steeds worden afgezet tegen de belangen van de patiënt. Bij voorkeur wordt de patiënt bij herhaling aangesproken op zijn bijdrage in het continueren van de behandeling. Deze benadering zal ongetwijfeld niet bij alle patiënten succesvol zijn. Het biedt hen wel een kans met de meest effectieve medicatie hun problemen aan te pakken. Mogelijk is een groot deel van de controverse uit de wereld geholpen als ook in Nederland een langwerkende versie van MPH op de markt komt, die nu al in de Verenigde Staten wordt gebruikt. In deze capsules met vertraagde afgifte in het maag-darmstelsel (merknaam Concerta) is de MPH vervat in een gel, die het middel onbruikbaar maakt voor intranasale of intraveneuze toediening (Jaffe, 2002). Verdere praktijkervaring moet uitwijzen dat dit inderdaad een vorm van MPH is die veilig toegepast kan worden in de verslavingszorg.

4.3 *De praktijk in Nederland*

Een helder beeld van de behandeling van ADHD in de verslavingszorg in Nederland is niet voorhanden. Het is niet erg waarschijnlijk dat in alle verslavingsinstellingen de diagnose systematisch wordt opgespoord en behandeld. Hier begint evenwel verandering in te komen. Niet in het minst door de inspanningen van de patiëntenpopulatie, die altijd al mondig is geweest en nu beter is ingelicht (door de media en door internet) en aandacht vraagt voor deze diagnose. De vrees dat patiënten erop uit zouden zijn op deze manier stimulantia voorgeschreven te krijgen om deze te kunnen misbruiken, komt niet overeen met de praktijkervaring en is waarschijnlijk onterecht (genoeg patiënten hebben overigens nog niet van de diagnose gehoord). Dat patiënten deze modieuze diagnose gaan zien als excuus voor al hun problemen en de behandeling ervan als tovermiddel voor hun verslaving, is waarschijnlijk een groter probleem, wat in de behandeling duidelijk aandacht moet krijgen: verslaving is meer dan ADHD alleen. De diagnose is in de meeste behandelcentra al wel bekend, en langzaam wordt ervaring opgebouwd. Onder coördinatie van het Trimbos-instituut is een project opgezet (projectleiders: Geurt van de Glind), gericht op het ontwikkelen en implementeren van een behandelprotocol voor patiënten met ADHD, dat is aangepast aan de verslavingszorg. In dit protocol staan richtlijnen en adviezen voor het systematisch screenen op ADHD bij aangemelde patiënten, het stellen van de diagnose en het inpassen van de behandeling in het behandelbeleid. In twee verslavingsinstellingen wordt nu ervaring opgedaan met het proefprotocol. In april 2003 worden de eerste resultaten bekendgemaakt.

4.4 *Betekenis van de behandeling van ADHD*

Zoals eerder gesteld is de betekenis van de behandeling van ADHD nog onduidelijk: nog onvoldoende is onderzocht wat het effect is van diagnostiek en behandeling van ADHD op de prognose van patiënten met verslavingsproblemen. Toch is er een groeiend bewijs van de relevantie van deze aanpak. Het belangrijkste argument tot nu toe komt voort uit een longitudinaal onderzoek van de groep van Biederman (1999), waarbij met stimulantia behandelde jonge patiënten met ADHD vergeleken werden met een onbehandelde groep, en met een groep gezonde controlepersonen. Zoals te verwachten was in de groep onbehandelde patiënten het aantal gevallen van middelenmisbruik en verslavingsproblemen duidelijk verhoogd; in de behandelde groep bleek het risico verlaagd en vergelijkbaar geworden met de gezonde groep. Dit is een zeer belangrijke bevinding: niet alleen is hiermee de vrees ontzenuwd dat blootstelling aan psychostimulantia tijdens de jeugd jaren oorzaak zou kunnen zijn van verslavingsproblemen op volwassen leeftijd. Integendeel: vroegtijdige diagnose en behandeling van ADHD blijkt het risico op verslaving op volwassen leeftijd te verminderen. Dit onderzoek bewijst verder nogmaals dat ADHD een significante factor is bij het optreden van verslavingsproblemen. Het is aanvechtbaar of de bevindingen van dit onderzoek ook van toepassing zijn op volwassen patiënten die al verslavingsproblemen hebben, maar het is wel een duidelijk argument voor een actieve aanpak van ADHD.

5 **Conclusies en aanbevelingen**

In het complexe veld van oorzakelijke factoren, die alle een bijdrage leveren aan het ontstaan van verslavingsproblemen, blijkt ADHD een moeilijk in te schatten risicofactor te zijn, niet in de laatste plaats door de verwevenheid met de ernstige gedragsstoornissen, die al langer als etiologische factoren van stoornissen in het gebruik van middelen bekend zijn. Op grond van de beschikbare gegevens moet ADHD als een matig ernstige risicofactor worden beschouwd, waarvan de bijdrage per individu kan variëren. Veel patiënten herkennen zich immers in de *zelfmedicatiehypothese* als één van de oorzaken van hun middelengebruik. De relevantie van ADHD voor de praktijk zou er vooral uit kunnen bestaan dat deze stoornis redelijk goed te herkennen en te diagnosticeren is, en vooral beter te beïnvloeden is dan andere risicofactoren. Medicamenteuze behandeling van de ADHD-symptomen kan een bijdrage leveren aan de prognose van patiënten met verslaving. Het gebruik van de meest effectieve medicatie, de psychostimulantia, moet hierbij niet worden ge-

schuwd, maar dan niet zonder stringente voorwaarden voor de controle van de therapiecompliance.

Tot nu toe blijft in de praktijk van de verslavingszorg de bijdrage van kinderpsychiatrische problematiek in de verslavingsproblemen te vaak en ten onrechte onderbelicht. De groeiende literatuur over de associatie tussen ADHD en verslaving bepleit een actieve benadering in het opsporen en behandelen van deze stoornis (en andere kinderpsychiatrische stoornissen). Met groeiende aandacht voor ADHD bij patiënten met verslavingsproblemen zal het belang van deze diagnose en van de behandeling ervan duidelijker worden.

Literatuur

- American Psychiatric Association (vertaald en bewerkt door Koster van Groos GAS). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2002.
- Barkley RA. A theory of ADHD: inhibition, executive functions and time. In: Barkley RA (Ed.) Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment (second edition). New York: Guilford Press, 1998.
- Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152:1652-1658.
- Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer TJ. Does attention deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biological Psychiatry*. 1998;44:269-273.
- Biederman J, Wilens TE, Mick E, Spencer TJ, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*. 1999;104: 1-5.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157:816-818.
- Boonstra AM, Sergeant J, Kooij JJS. Attention deficit hyperactivity disorder. Een typische kinderstoornis ... of toch niet? *De Psycholoog*. 1999;34:442-447.
- Carroll KM, Rounsaville BJ. History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Comprehensive Psychiatry*. 1993;34(2):75-82.
- Cocores JA, Davies RK, Mueller PS, Gold MS. Cocaine abuse and adult attention deficit disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1987;48:376-377.
- Clure C, Brady KT, Saladin ME, Johnson D, Waid R, Rittenbury M. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: symptom pattern and drug choice. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 1999;25(3):441-448.
- Gezondheidsraad. Diagnostiek en behandeling van ADHD. Publicatie nr. 2000/24. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.
- Glind G van de, Eland A, Janssen M. ADHD en verslaving. Een literatuuronderzoek naar de samenhang tussen ADHD en verslavingsproblemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. 2001;56:537-555.
- Goodwin DW, Schulsinger F, Hermansen L et al. Alcoholism and the hyperactive child syndrome. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 1975;160:349-353.
- Hallowell EM, Ratey JJ. Driven to distraction: recognizing and coping with Attention Deficit Disorder from childhood to adulthood. New York: Pantheon Books, 1994.
- Jaffe SL. Intranasal abuse of prescribed methylphenidate by and alcohol and drug abusing adolescent with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1991;30:773-775.
- Jaffe SL. Failed attempts at intranasal abuse of Concerta. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;41:5.
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997;4:231-244.
- Kooij JJS, Goekoop JG, Gunning WB. Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit op volwassen leeftijd: implicaties voor diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 1996;140:1848-1851.

Kooij JJS, Buitelaar JK, Tilburg W van. Voorstel voor diagnostiek en behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op volwassen leeftijd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 1999;41:349-358.

Kooij JJS, Aeckerlin LP, Buitelaar JK. Functioneren, comorbiditeit en behandeling van 141 volwassenen met aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD) op een algemene polikliniek Psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2001;145:1498-1501.

Kooij JJS, ADHD bij volwassenen. Inleiding in diagnostiek en behandeling. 2^e druk, 2003. Swets & Zeitlinger publishers, Lisse. Kruiff M de, Kooij JJS. Coaching van volwassen ADHD-patiënten in groepsverband. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. 2002;57:579-591.

Levin FR, Kleber HD. Attention-deficit hyperactivity disorder and substance abuse; relationships and implications for treatment. *Harvard Review of Psychiatry*. 1995;2:246-258.

Levin FR, Evans SM, Kleber HD. Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 1998a;52:15-25.

Levin FR, Evans SM, McDowell DM, Kleber HD. Methylphenidate treatment for cocaine abusers with adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998b;59(6):300-305.

Levin FR, Evans SM, Kleber HD. Practical guidelines for the treatment of substance abusers with adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Services*. 1999;50:1001-1003.

Lynskey MT, Hall W. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: is there a causal link? *Addiction*. 2001;96:815-822.

Matthys W. Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kind-leeftijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 1999;41: 529-538.

Milberger S, Faraone SV, Biederman J, Chu M, Wilens TE. Familial risk analysis of the association between attention-deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorders. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 1998;152:945-951.

Riggs PD. Clinical approach to treatment of ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; 37:331-332.

Sannerud C, Feusser G. Is Ritalin an abused drug? Does it meet the criteria of a schedule II substance? In: L.L. Greenhill & B.B. Osman (Eds.), *Ritalin. Theory and Practice* (second edition). New York: Mary Ann Liebert, 2000.

Schubiner H, Tzelepis A et al. The dual diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse: case reports and literature review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1995;56: 146-150.

Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, Schoener EP. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000;61:244-251.

Wilens TE, Biederman J, Mick E, Spencer T, Frances R. Comorbidity of attention-deficit hyperactivity and substance use disorders. *Hospital and Community Psychiatry*. 1994;45:421-435.

Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997;185:475-482.

Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder with substance use disorders. In: Brown TE (Ed.), Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults. Washington: American Psychiatric Press, 2000a.

Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J. Pharmacotherapy of attentiondeficit/hyperactivity disorder. In: Brown TE (Ed.). Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults. Washington: American Psychiatric Press, 2000b.

Wood D, Wender PH, Reimherr FW. The prevalence of attention deficit disorder, residual type, or minimal brain dysfunction, in a population of male alcoholic patients. American Journal of Psychiatry. 1983;140:95-98.

11 Te bestellen materiaal Trimbos-instituut

Hieronder een opsomming van bij het Trimbos-instituut te bestellen materiaal op het gebied van ADHD GGZ.

Artikelnummer	Titel
Brochure voor algemeen publiek	
AF0412	ADHD bij volwassenen, informatie voor cliënten, familie en andere betrokkenen
Materiaal voor professionals	
AF0464	Protocol ADHD bij verslaving. Screening, diagnostiek en behandeling voor de ambulante en klinische verslavingszorg
AU0278	Handleiding implementatie. Bij het protocol ADHD bij Verslaving

Voor actuele prijzen en bestellen, zie www.trimbos.nl

11.1 *Folder ADHD bij volwassenen*

Hier staat de omslag van de brochure ADHD bij volwassenen als afbeelding afgedrukt. Voor een printversie van de tekst, zie www.trimbos.nl, onder Psychische stoornissen, Algemene informatie, ADHD.

