

NIEUWSBRIEF NR. 6 JAARGANG 4, FEBRUARI 2002.

Redactie: Sandra Kooij, psychiater GGZ Delfland,
Postbus 396, 2600 AJ Delft, tel. 015-2516141.

Met medewerking van: Anne van Lammeren, Miguel Santana, Patricia van
Wijngaarden, Pieter-Jan Carpentier, Marjolein Poot, Adry Hoevenaars, Alex
Kunst, Nannet Buitelaar, Jurgen Cornelis.

Lay out: "BIGGEL" Computer Service en Yvonne van der Horst, GGZ Delfland.

[ADHD bij volwassenen, een cursus voor partners](#)

[Het Netwerk in de regio's](#)

[Nieuw voorlichtingsmateriaal](#)

[Overzicht onderzoek naar ADHD bij volwassenen in Nederland](#)

[Verslag voordrachten Netwerkdag 2001: ADHD en slaap en](#)

[ADHD en verslaving, een complexe materie](#)

[Over het Netwerk](#)

[Regionale Specialisten](#)

[Agenda](#)

ADHD bij volwassenen, een cursus voor partners

De afdeling Preventie en enkele hulpverleners van GGZ Delfland hebben samen een cursus ontwikkeld voor partners van volwassenen met ADHD. Dit idee is ontstaan omdat hulpverleners regelmatig partners van patiënten met ADHD zagen die aangaven dat het leven met iemand met ADHD niet gemakkelijk is en dat zij hierbij regelmatig problemen ondervinden.

Het doel van de cursus is gericht op het streven naar een hoger competentieniveau van de partner zodat het ontwikkelen van psychische problemen voorkomen kan worden. De cursus wordt tweemaal per jaar aangeboden en bestaat uit negen bijeenkomsten van twee uur en een terugkombijeenkomst.

De inhoud van de cursus bestaat uit kennisoverdracht over de diagnose ADHD, de mogelijke oorzaken en gevolgen hiervan en over het verloop van de behandeling. Aan het leren omgaan met ADHD wordt veel aandacht besteed. Hierbij wordt ingezet: stressmanagement, het aanleren van coping- en probleemoplossende vaardigheden, ondersteuning en advies. Het delen van ervaringen met lotgenoten is een belangrijk onderdeel van de cursus. De partners worden verwezen door behandelaars van patiënten met de diagnose ADHD, maar ze kunnen zich ook rechtstreeks aanmelden. Voorafgaand aan de cursus vindt een kennismakingsgesprek plaats. Tijdens dit gesprek gaan beide partijen na of de cursus een geschikt aanbod is.

In het najaar van 2001 startte de eerste cursus. Wegens groot succes start begin 2002 de tweede en zal de cursus vaker worden gegeven. Met behulp van deze cursus wordt de partners steun geboden en worden handvatten aangereikt. Er is een draaiboek van de cursus dat in de toekomst beschikbaar komt voor gebruik in andere GGZ instellingen.

Voor meer informatie kan contact worden opgenomen met:

*Mevrouw D. de Keizer,
afdeling Preventie GGZ Delfland,
Hooikade 30, 2627 AB Delft,
telefoon 015-2516177/61.
E-mail: d.d.keizer@ggz-delfland.nl*

[naar het begin](#)

In Friesland is Miquel Santana (GGZ Friesland en vrijgevestigd) erg actief met kennisbevordering onder zowel collega's, spv'en, huisartsen en patiënten. Er is een intervisiegroep voor de regio en hij participeert in het onderwijs aan arts-assistenten. Dit laatste is erg belangrijk: op die wijze krijgt de jongere generatie in elk geval vanuit de opleiding informatie over ADHD bij volwassenen mee. In Friesland wordt psycho-educatie en lotgenotencontact aangeboden in groepsverband. Het draaiboek dat Miquel samen met spv H. Wenning hierover schreef, zal binnenkort worden uitgegeven door Swets & Zeitlinger. Ook wordt getracht spv'en te scholen in coaching (minisymposium, supervisie, referaten). Een lezing voor medewerkers van het Arbeidsbureau leidt tot verdere samenwerking bij arbeidsbemiddeling voor ADHD-patiënten.

In Groningen houdt Anne van Lammeren (AZG Groningen) zich met nog 2 hulpverleners actief bezig met de diagnostiek van ADHD. Omdat de vraag veel groter is, zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van ADHD in Groningen. Op de poli van het AZG wordt arts-assistenten geleerd ADHD te diagnostiseren en te behandelen. Tot nu toe wordt de instroom geleid via 1 poli-team, dat daardoor veel ervaring opdoet. Er worden door collega's regelmatig second opinions aangevraagd; ook voor de kliniek vinden consultaties plaats. Kennisbevordering in de regio vindt plaats op verzoek. Er is recent een goede samenwerking met de kinderpsychiatrie tot stand gekomen. Voor zowel patiënten als hulpverleners is er een telefonisch spreekuur. Gezien het aantal telefoontjes voorziet dit in een behoefte. Het behandel aanbod is sinds kort uitgebreid met gedragstherapie naast de reguliere behandeling: psycho-educatie, medicatie, ondersteunende gesprekken en relatiegesprekken. De gedragstherapeutische behandeling volgt de "stop-denk-doe-methode. Er is door Anne een onderzoeksvoorstel ingediend om de groep patiënten die gediagnosticeerd is systematisch in kaart te brengen wat betreft diagnostiek van ADHD en comorbiditeit, de hulpvraag, en het beloop van de behandeling. Tevens wordt onderzocht in hoeverre en bij wie persoonlijkheidsproblematiek meespeelt. Tevens is deelgenomen aan de 'farmaceutische proeftuin' ten behoeve van een formularium voor ADHD bij volwassenen. In 2001 was Anne 2x in de media in verband met ADHD bij volwassenen: voor radio Noord en voor het tv programma gezondheidsplein.

Er is goed contact met de patiëntenvereniging Balans in Groningen, die erg actief is door middel van lotgenotencontact en voorlichtingsavonden.

Knelpunten zijn in Groningen zijn:

- de lange wachtlijst.
- hiaten in de behandeling, bijvoorbeeld maatschappelijke hulp aan de groep adolescenten vanuit de kinderpsychiatrie.
- een screeningslijst voor ADHD moet nog opgenomen worden in de algemene diagnostiek.

In Zeeland worden door Alex Kunst (Paaz en poli) in toenemende mate patiënten met ADHD gediagnosticeerd en behandeld. Het aantal Netwerkers is in die provincie nog gering. Alex heeft nascholing verzorgd voor huisartsen en specialisten waarvoor veel belangstelling was. Binnenkort start een psycho-educatiegroep i.s.m. een spv, die de cursus "coaching" bij de Rino in Amsterdam gaat doen. Intercollegiaal overleg vindt nog weinig plaats.

In Overijssel is Patricia van Wijngaarden (APZ Zwolse Poort) actief met scholing van collega's, arts-assistenten en werknemers in de verslavingskliniek. Er zijn nu ook 2 psychologen die participeren in de intake, naast een arts-assistent en een behandelcoördinator van de detox-afdeling. Binnenkort start bovendien een ADHD-groep.

In Utrecht deelt Nannet Buitelaar (Altrecht) het Regionale Specialisme met 2 collega's: Hans van Es en Jan Willem Waterreus. Zij kozen vanaf het begin voor het verdelen van de werkzaamheden over elke afdeling van de (toen nog) Riagg. Dit

bevult goed, want ADHD blijkt te vaak voor te komen om door een persoon gemanaged te kunnen worden. Alle collega's kregen vanaf het begin informatie over ADHD bij volwassenen en er is 2x gerefereerd. Er werd een dag gewijd aan diagnostiek, medicatie en coaching, georganiseerd door de Rino in Amsterdam. Aanvankelijk kreeg elke patiënt een psychologisch onderzoek; nu alleen nog op indicatie. Steeds meer collega's doen mee; 2 arts-assistenten doen relatief veel diagnostiek van ADHD onder supervisie. Een ADHD-groep start binnenkort, samen met 2 spv'en. Nannet is bezig een zorgprogramma voor volwassenen met ADHD te schrijven, waarin ook de plek van ADHD in de organisatie aan bod zal komen en hoe de instroom via de voordeur te regelen. Ook gaat zij samen met Sandra Kooij informatie op internet over ADHD bij volwassenen verzamelen voor www.psychiatrienet.nl

In Brabant is Pieter-Jan Carpentier (GGZ-Den Bosch en Novadic) actief met scholing voor intakers en collega's. Hij ziet veel op elkaar gelijkende patiënten die hij in de GGZ wel, maar in de verslavingszorg niet met methylfenidaat mag behandelen. Omdat dit hem een doorn in het oog was, is hij een pilot-onderzoek gestart bij Novadic met methylfenidaat bij verslaafden met ADHD. Doel is de effectiviteit van behandeling met methylfenidaat bij verslaafden met ADHD vast te stellen. De patiënten worden gedurende 1 jaar gevolgd na een placebo-gecontroleerde dubbele cross-over fase. Uitkomstmaten zijn effect van methylfenidaat op de ADHD-symptomen en op het verslavingsgedrag. Op deze wijze hoopt hij meer belangstelling voor ADHD en de behandeling met methylfenidaat in de verslavingszorg te wekken. Hij is adviseur voor een onderzoek naar ADHD in de verslavingszorg van het Trimbos-instituut, dat binnenkort van start gaat met de implementatie van een diagnostisch- en behandelprotocol in 'de Brijder' en 'de Griff'. Hij maakt plannen om een promotie-onderzoek op te zetten naar ADHD en verslaving.

In Limburg is Jurgen Cornelis (Academisch Ziekenhuis Maastricht) actief de diagnostiek van ADHD bij volwassenen te ontwikkelen i.s.m. de afdeling neuropsychiatrie. De behandeling bestaat uit farmacotherapie, individuele begeleiding, cognitieve therapie en praktische begeleiding in de thuissituatie, indien nodig. Ook zijn er inmiddels 2 groepen voor volwassenen met ADHD geweest waar ook partners van patiënten of andere betrokkenen aan konden deelnemen. Ex-deelnemers uit deze groepen treden af en toe op als ervaringsdeskundige t.b.v. voorlichting en komen nog steeds bij elkaar. De GGZ probeert deze lotgenotencontacten te ondersteunen. Het streven voor de komende tijd is om meer tijd en faciliteiten te krijgen ter bevordering van het behandelaanbod op de polikliniek.

In Delft is, 6 jaar na het begin van diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen, langzamerhand een breder draagvlak ontstaan bij collega's en management. Hierdoor en door een nieuw intakesysteem, worden ADHD-patiënten steeds vaker al bij de intake herkend en gediagnostiseerd. Alle psychotherapeuten en artsen doen intakes, waarbij een psychiater direct meekijkt. De intakers zijn recent geschoold in diagnostiek van ADHD. De prevalentie van minimaal 1% ADHD bij de volwassen bevolking maakt een dergelijke organisatie noodzakelijk. Deze is niet van de ene dag op de andere ontstaan en kost veel tijd. Niet alleen in Friesland, maar ook in Delft werd ADHD aanvankelijk als de uit de hand gelopen hobby van een enkeling beschouwd. Dit idee blijkt te verdwijnen naarmate men zelf ADHD-patiënten gaat behandelen. Er blijkt nog een onbekend stuwmeer aan langdurig in zorg zijnde patiënten te zijn, wier behandeling eigenlijk is gestagneerd. Soms op de drempel van ontslag vindt dan een consult plaats waarin ADHD wordt vermoed. Hierna volgt dan alsnog diagnostiek en behandeling van ADHD. De vraag is hoe deze patiënten eerder herkend kunnen worden. Wellicht blijft het vooral bij herhalen van scholing onder de collega's of het starten van intervisie. In Delft wordt coaching individueel en in de groep aangeboden. Er is een draaiboek van de opzet van de groep beschikbaar, geschreven door Nando van Hagen, spv bij Parnassia, Den Haag. Sinds kort is er ook een groep voor partners van ADHD-patiënten, via de

afdeling preventie. Ook van deze groep bestaat een draaiboek. Een zorgprogramma "ADHD bij volwassenen" wordt in Delft voorbereid, en er zijn plannen voor publicatie hiervan. GGZ Delfland heeft de afgelopen jaren veel activiteiten ontplooid ter bevordering van de kennis over ADHD bij volwassenen bij patiënten, collega's en het publiek. GGZ Delfland wil zich profileren als "Kenniscentrum ADHD bij volwassenen" en is bezig de lopende en gewenste activiteiten in kaart te brengen.
[naar het begin](#)

Nieuw voorlichtingsmateriaal

Het voorlichtingsboekje voor patiënten en familieleden "In kort bestek, ADHD bij volwassenen" uitgebracht door Balans, geschreven door Sandra Kooij en Arga Paternotte, hebben alle deelnemers aan het Netwerk inmiddels van Balans ontvangen. Het boekje kan ev. besteld worden via tel. nr. 030-2255051. Binnenkort verschijnen verder 2 folders over ADHD bij volwassenen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en van het Trimbos Instituut. Het NFGV heeft zojuist een folder over kinderen en volwassenen met ADHD uitgebracht.
[naar het begin](#)

Overzicht onderzoek naar ADHD bij volwassenen in Nederland:

1. Vergelijkend onderzoek: 50 volwassen patiënten met ADHD vergeleken met 50 normale controles wat betreft ADHD-symptomen op vragenlijsten, familie-anamnese, neuropsychologische en actometrische maten. Eerste poging om met verschillende Nederlandse instrumenten de diagnose te valideren. De vragenlijsten zijn behalve bij de normale controles, afgenomen bij de patiënt, de partner en de ouders.
Fase: dataverzameling afgerond.
J.J.S. Kooij/A.M. Boonstra/J.K. Buitelaar/J.A. Sergeant/J. Oosterlaan. GGZ Delfland / UMC Utrecht / VU Amsterdam.
2. Dubbel-blind gecontroleerd cross-over onderzoek Ritalin versus placebo bij 50 volwassen patiënten met ADHD (3 weken, 1 week wash out, 3 weken). Er werd gewerkt met een lage, middel en hoge dosering in de 3 opeenvolgende weken. Effect en bijwerkingen werden geregistreerd. Neuropsychologische maten en actometervariabelen werden onder medicatie herhaald.
Fase: dataverzameling afgerond.
J.J.S. Kooij/A.M. Boonstra/J.K. Buitelaar/J.A. Sergeant/J. Oosterlaan. GGZ Delfland / UMC Utrecht / VU Amsterdam.
3. Epidemiologisch onderzoek: Een vragenlijst met ADHD symptomen o.b.v. DSM-IV werd afgenomen bij 1800 volwassenen in de huisartsen-populatie te Nijmegen (i.s.m. Regioproject 2) met als doel de ruwe prevalentie, de clustering van symptomen op individueel niveau en het afkappunt van ADHD-symptomen in de volwassen bevolking te kunnen berekenen, gekoppeld aan dysfunctioneren op andere onderzoeksinstrumenten.
Fase: artikel in voorbereiding: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a population-based sample of adults: confirmatory factor models, impairment and prevalence, based on self-report data.
J.J.S. Kooij/E. van den Oord/J.K. Buitelaar/C. Rijnders e.a. GGZ Delfland / UMC Utrecht/ Universiteit Nijmegen
4. Onderzoek naar de beweeglijkheid en slaapproblemen van 8 volwassenen met ADHD met behulp van actometers (7 etmalen) en slaapdagboeken, vergeleken met normale controles, met en zonder gebruik van stimulantia.
Fase: artikel gepubliceerd: J. Clin. Psychiatry 2001, 62:952-956: The effect of stimulants on nocturnal motor activity and sleep quality in adults with ADHD; an open label case-control study.
J.J.S. Kooij/H.A.M. Middelkoop/K. van Gils/J.K. Buitelaar./GGZ Delfland / UMC Utrecht
5. Beschrijving van een populatie van 141 volwassenen met ADHD op de polikliniek van GGZ Delfland van 1995-1998. Comorbiditeit, functioneren en effect en bijwerkingen van open label behandeling met Ritalin en clonidine werden geregistreerd.

Fase: artikel gepubliceerd: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2001, 145(31):1498-1501. Functioneren, comorbiditeit en behandeling van 141 volwassenen met aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD) op een algemene polikliniek psychiatrie.

J.J.S. Kooij/L.P. Aeckerlin/J.K. Buitelaar. GGZ Delfland / UMC Utrecht.

6. Psychofysiologisch onderzoek naar de betrokkenheid van het serotonerge systeem bij impulsiviteitsstoornissen m.b.v. Event Related Potentials (ERP). Vergeleken worden de bevindingen bij ERP-onderzoek van kinderen met ADHD met de bevindingen bij volwassenen met dezelfde stoornis. Tevens wordt de invloed van verschillende doseringen methylfenidaat, een SSRI en desipramine gemeten op de impulsiviteit.

Fase: onderzoek gestart okt. 2001.

E.M. Bekker/C.C.A. Overtoom/P.M. Verbaten/J.K. Buitelaar/ J.J.S. Kooij. UMC Utrecht / GGZ Delfland

7. Onderzoek naar ADHD bij strafrechtelijk veroordeelde mannen.

Fase: onderzoek start in 2002.

H. Drost/J.K. Buitelaar/Th. Doreleijers/J.J.S. Kooij. Pieter Baan Centrum Utrecht / UMC Utrecht / VU Amsterdam / GGZ Delfland

8. Onderzoek naar ADHD in de verslavingszorg; implementeren van een diagnostisch-, en behandelprotocol voor de klinische praktijk in bovengenoemde instellingen.

Fase: implementatie start in 2002.

G. v.d. Glind/A. Eland. Trimbos Instituut / Brijder Stichting / De Griff

9. Open pilot studie gevolgd door dubbel-blinde cross-over behandeling met methylfenidaat bij verslaafden met ADHD. Doel is het effect en de veiligheid van methylfenidaat te onderzoeken wat betreft de ADHD-symptomen, de verslavingsproblemen en het niveau van functioneren.

Fase: onderzoek is gestart in 2001.

P.J. Carpentier/C.A.J. de Jong. Novadic, Netwerk voor Verslavingszorg Brabant

[naar het begin](#)

Verslag voordrachten Netwerkdag 2001

Op de jaarlijkse Netwerkdag van het "Netwerk ADHD bij volwassenen" werden 2 voordrachten gehouden over 'ADHD en slaap' en over 'ADHD en verslaving'.

Hieronder volgt een kort overzicht:

ADHD en slaap

Sandra Kooij, psychiater GGZ Delfland

Slaapproblemen bij ADHD komen veel voor. In de kindertijd zijn het laat naar bed gaan en niet goed kunnen opstaan berucht, in de volwassenheid zetten de problemen zich vaak voort. In een populatie volwassenen met ADHD had 68% slaapproblemen vanaf de kindertijd (Kooij e.a., Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2001, 145:1498-1501). Een klinisch veel voorkomend patroon van slaapproblemen bij volwassenen is: 's avonds overactief, te laat naar bed, onrustig/beweeglijk slapen en 's ochtends niet goed kunnen opstaan. De vraag bij ADHD is of de slaapproblemen oorzaak of gevolg van de stoornis zijn; m.a.w.: iemand die erg onrustig is overdag kan daardoor wellicht 's nachts niet slapen; danwel men kan 's nachts niet slapen ten gevolge van de persisterende onrust. Het meeste onderzoek naar de relatie slaap en ADHD is bij kinderen gedaan, en wel m.b.v. (subjectieve) vragenlijsten, slaapdagboeken en interviews van de ouders. Objectief onderzoek m.b.v. actometers, polysomnografie of videoregistratie is schaarser. Resultaten van subjectief onderzoek tonen aan dat kinderen met ADHD 5x zoveel slaapproblemen hebben als normaal. Het gaat om meer inslaapproblemen, moeheid bij opstaan, vaker wakker worden en korte dutjes doen overdag. Er werd met deze methoden geen verschil gevonden in totale duur van de slaap of in de slaaplatentie. Met behulp van objectief onderzoek werden wisselende resultaten gevonden wat betreft de slaaplatentie en de slaapefficiëntie. De slaapduur

was gelijk aan normaal. De enige consistente bevindingen waren: een grotere beweeglijkheid tijdens de slaap bij ADHD kinderen, en met methylfenidaat toename van de slaaplatentie en van de start van de 1e REM slaap-cyclus. Dit laatste was echter niet pathologisch. (Corkum e.a., J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1998, 37:637-646). Recent is meer vragenlijst-onderzoek gedaan waarin gecontroleerd werd voor comorbiditeit en methylfenidaat gebruik. Met name de slaapgerelateerde onwillekeurige bewegingen correleerden met ADHD, maar ook met de diagnose separatie-angststoornis (Corkum e.a., 1999, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38:1285-1293). Het voor zover bekend enige vragenlijst-onderzoek bij volwassenen vergeleek de frequentie van slaapproblemen bij ADHD voor en na methylfenidaat gebruik. In een groep van 219 volwassenen met ADHD had 72% inslaapproblemen tot gemiddeld 104 minuten, welke afnamen tot 26 minuten na gebruik van methylfenidaat (4 dd). 83% sliep onrustig, dit nam ook af met methylfenidaat overdag. 70% had moeite met opstaan, dit ging over na inname van de eerste dosering methylfenidaat 's ochtends. In dit onderzoek werd niet gecontroleerd voor comorbiditeit. De vraag dringt zich op of dit patroon te maken kan hebben met een slaapfasestoornis. (WW Dodsens e.a., presentatie APA1999).

In eigen onderzoek werden 8 volwassen patiënten met ADHD vergeleken met normale controles wat betreft de beweeglijkheid overdag en 's nachts met behulp van actometers gedurende 7 etmalen. Actometers zijn kleine chips die om de pols gedragen worden en die elke beweging continu registreren. De ADHD patiënten werden voorafgaand aan gebruik van een stimulantia en 3 weken erna nog eens gemeten. Alle deelnemers hielden een slaapdagboek bij. Drie patiënten hadden comorbide stoornissen. 7 patiënten gebruikten gemiddeld 51 mg (spreiding 15-90 mg) methylfenidaat per dag in 3 doses om 8, 12 en 16 uur. 1 patiënt werd behandeld met 30 mg dextro-amfetamine/dag. Alle patiënten reageerden positief op de medicatie. De resultaten bij baseline waren dat er geen verschil werd gevonden in totale tijd in bed, slaaplatentie en in aantal keren wakker tussen beide groepen. ADHD-patiënten sliepen wel slechter zoals gemeten met het slaapdagboek, maar dit correleerde met comorbiditeit. Met de actometer bleek dat de ADHD-patiënten 's nachts beweeglijker waren dan normaal, en dat dit onafhankelijk was van comorbiditeit. Na 3 weken gebruik van een stimulantia verbeterde de slaap kwaliteit en nam de nachtelijke beweeglijkheid af, beide onafhankelijk van comorbiditeit of gebruikte dosering. Er was geen verschil tussen totale tijd in bed, slaaplatentie of aantal keren wakker worden tussen baseline en na 3 weken stimulantia gebruik.

De conclusies die uit deze kleine studie zonder gecontroleerd design kunnen worden getrokken zijn natuurlijk beperkt. De bevindingen passen echter wel bij eerdere onderzoeksresultaten bij kinderen met ADHD waarin met name de nachtelijke onrust was opgevallen. Stimulantia blijken in dit onderzoek de slaap kwaliteit en nachtelijke onrust te verbeteren, al is niet duidelijk op welk mechanisme dit berust. Is het zo dat meer rust overdag leidt tot beter en minder beweeglijk slapen, of hebben stimulantia ook nadat zij zijn uitgewerkt, chronobiologische effecten op het brein? Deze vragen kunnen alleen in toekomstig onderzoek beantwoord worden, waarbij een grotere patiëntengroep, polysomnografie, een gecontroleerd design en verschillende doseringsniveau's betrokken moeten worden. Voor verdere informatie over dit onderzoek: Kooij e.a., 2001, J Clin Psychiatry, 62:952-956.

Wat betekent dit nu voor de praktijk?

Omdat comorbiditeit bij ADHD ook voor slaapproblemen kan zorgen lijkt het aangewezen deze eerst te behandelen en de slaap daarna te evalueren. Dan kan met een stimulantia voor ADHD worden gestart (4-5dd, om de 3-4 uur innemen, met timer) en wordt de slaap opnieuw geëvalueerd. Als de slaap niet verbetert met toevoeging van een stimulantia, moet het tijdstip van uitwerken betrokken worden bij de evaluatie van de slaap. Vaak slaapt men slechter door rebound van het stimulantia tegen bedtijd. Dan kan ½ -1 tablet methylfenidaat om bijvoorbeeld 23.30 uur helpen. Soms moet de laatste dosis van 20 uur worden weggelaten. Als dit alles onvoldoende helpt kan melatonine geprobeerd worden, dat door de apotheek bereid

wordt in capsules van 1-5 mg. Benzodiazepines worden (uiteraard) ontraden. Melatonine is een lichaamseigen hormoon betrokken bij de biologische klok. Het wordt wel een 'Zeitgeber' genoemd, een middel dat de klok regelt. Melatonine wordt sinds enkele jaren met veel succes toegepast in de klinische praktijk bij kinderen en volwassenen met ADHD en slaapproblemen, zonder dat er overigens nog veel onderzoek naar is verricht. Met melatonine kan de slaafase worden vervroegd door het middel 1-3 uur tevoren in te nemen. Dit lijkt inderdaad bij veel patiënten goed te werken. Er is weinig bekend over optimale dosis en effect. Bijwerkingen worden tot heden niet gemeld. Wel is bekend dat melatonine bij patiënten met een winterdepressie (in de voorgeschiedenis) een recidief kan uitlokken. Hogere doses hebben een directer slaapverwekkend effect, lagere beïnvloeden waarschijnlijk alleen de klok. Het tijdstip van inname lijkt ook van belang, maar concrete adviezen zijn hierover nog niet te geven. In Nederland is thans onderzoek gaande naar het effect van melatonine bij kinderen met ADHD en slaapproblemen door van der Heijden, Gunning en Smits, AMC Amsterdam. Verdere informatie over melatonine in: Smits e.a., Ned Tijdschr Geneeskunde 1996,140(28): 1429-1431 en Rodrigues Pereira, Balans Belang mrt 2000, 20-21 en A. Paternotte, Balans Belang juli 2000, 14-15.

[naar het begin](#)

ADHD en verslaving: een complexe materie

Pieter-Jan Carpentier, psychiater GGZ 's-Hertogenbosch / Novadic, Netwerk voor Verslavingszorg Noord-Brabant

Middelenmisbruik en verslaving (Substance Use Disorders, SUD) zijn ernstige en invaliderende en bovendien zeer frequente complicaties van ADHD op volwassen leeftijd. Onderzoek bij volwassen patiënten met ADHD toont aan dat zij vaker en meer psychotrope middelen gebruiken en misbruiken (meestal wordt hierbij niet eens het roken meegerekend, dat zoals bekend vaker voorkomt bij volwassenen met ADHD). In een Nederlandse patiëntenpopulatie was bij 28 % sprake van overmatig alcoholgebruik; 14 % gebruikte softdrugs, 10% nog andere middelen (Kooij e.a., Ned. Tijdschrift Geneeskunde, 2001,145:1498-1501).

Tot nu toe is niet bekend hoeveel patiënten in de verslavingszorg een diagnose ADHD verdienen. Nederlandse cijfers ontbreken. Klinische ervaringen bevestigen de inschattingen, gebaseerd op Amerikaanse literatuur. De prevalentie van ADHD onder verslaafden is duidelijk verhoogd, met name in groepen verslaafden die langdurig en ernstiger verslaafd zijn. In de literatuur varieert de vastgestelde prevalentie van 10 tot bijna 50%, afhankelijk van de onderzochte patiëntenpopulatie. Er is dringend behoefte aan meer duidelijkheid over de Nederlandse situatie. Deze verslaafden met ADHD blijken niet te beantwoorden aan het heersende idee dat ze alleen stimulerende middelen (amfetaminen- speed en cocaïne) zouden gebruiken. In de praktijk blijken volwassen patiënten met ADHD alles te gebruiken, zowel stimulerende als dempende middelen (heroïne, alcohol en softdrugs).

Voor een verklaring van de associatie tussen ADHD en SUD lopen de meningen uiteen. Veel auteurs wijzen erop dat bij de meeste volwassenen met ADHD en ernstige verslavingsproblemen er ook sprake is van ernstige gedragsstoornissen beginnend op de kinderleeftijd (zoals de oppositionele stoornis en de gedragsstoornis) en van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Van deze stoornissen is al langer bekend dat ze een verhoogd risico op verslaving met zich meebrengen. De rol van ADHD wordt dan eerder als secundair gezien. Toch zijn er ook aanwijzingen dat ADHD op zichzelf een verhoogde kwetsbaarheid voor verslaving met zich mee brengt. Veel patiënten trachten, al dan niet bewust, door middel van middelengebruik de hinder van de onrust, impulsiviteit en concentratieproblemen te verminderen. Toch kan deze zelf-medicatie hypothese, die terug te vinden is in het verhaal van veel patiënten, op zichzelf niet verklaren waarom sommige patiënten wel en anderen niet verslaafd raken. Hier kan de comorbiditeit met ernstige gedragsstoornissen (of andere psychopathologie) een rol spelen.

Niet alleen is onduidelijk hoe vaak ADHD bij verslaafden in Nederland voorkomt, de betekenis van de diagnose ADHD voor de verslavingsproblematiek is ook nog niet opgehelderd. Op basis van het verhaal van veel patiënten is aannemelijk te maken dat de ADHD symptomatologie een rol speelt in het ontstaan van de verslaving. Het is dan logisch te veronderstellen dat een goede behandeling van deze symptomen het verslavingsrisico vermindert en de prognose verbetert. Dit klinkt aannemelijk, maar bewezen door middel van wetenschappelijk onderzoek is het nog niet. Wel bestaan er een aantal indirecte argumenten die vóór het opsporen en behandelen van ADHD bij verslaafden pleiten. Zo heeft longitudinaal onderzoek bij kinderen aangetoond dat geslaagde behandeling van ADHD het risico op verslavingsproblemen tot het normale niveau reduceert. In een geïntegreerde aanpak van de verslaving is ADHD dan te beschouwen als één van meerdere risicofactoren. Aangezien deze risicofactor te behandelen is, is het opsporen van ADHD zeker de moeite waard. De betekenis voor de behandeling gaat nog verder: dankzij vermindering van de onrust en verbetering van de concentratie wordt de patiënt toegankelijker voor behandeling, en is er meer kans dat hij/zij met succes aan de overige problemen kan werken.

Toch is het merkwaardig dat er nog nauwelijks een gericht behandelaanbod is ontwikkeld in de verslavingszorg voor een stoornis die dermate frequent optreedt en waarvoor behandelperspectief voorhanden is. In grote delen van de verslavingszorg ontbreekt nog de specifieke deskundigheid om ADHD te herkennen en te behandelen. Er moet zelfs een grotere inhaalslag gemaakt worden dan in de volwassenen psychiatrie. Vaak zal bij deze patiëntengroep sprake zijn van complexe problematiek, met naast de ADHD en de verslavingsdiagnose ook een persoonlijkheidsstoornis (gegeven het zeer vaak optreden van ernstige gedragsstoornissen in de jeugd) en eventuele andere psychiatrische problemen (depressie of angststoornis), al dan niet het gevolg van negatieve opvoedingsomstandigheden, en verder nog gecompliceerd door vaak forse psychosociale problematiek (schulden, huisvestingsproblemen, verbroken relaties). Dit alles maakt wel duidelijk dat een aanpak die zich enkel richt op de behandeling van ADHD, te weinig invloed zal hebben op de totale prognose. Daarnaast zullen de meeste patiënten hun medicatie niet blijven innemen als hiervoor geen verdere ondersteuning wordt geboden. Een behandeling van ADHD, die geïntegreerd is in een totale aanpak van de verschillende probleemgebieden heeft dan ook de meeste kans van slagen.

Het zal dus vaak geen eenvoudige behandeling zijn, en ook het medicatiebeleid is nog niet eenduidig. Het gebruik van psychostimulantia binnen de verslavingszorg is op zijn minst controversieel. Methylfenidaat (Ritalin) is een amfetaminederivaat en is dus verwant aan een groep potentieel verslavende middelen. Omdat nog zo weinig bekend is over de behandeling van ADHD bij verslaafde volwassenen, is het verslavingsrisico van deze medicamenteuze behandeling nog onbekend. Dit heeft de Gezondheidsraad er toe gebracht in haar rapport (2000) het gebruik van Ritalin in de verslavingszorg vooralsnog te ontraden (en Ritalin enkel toe te passen in het kader van onderzoek). De argumenten hiervoor zijn bekend: Ritalin heeft bij dieronderzoek een risicoprofiel dat vergelijkbaar is met de andere psychostimulantia, cocaïne en amfetamine. Met het toenemend voorschrijven van Ritalin komt ook misbruik vaker voor. Het lijkt dan ook een voor de hand liggend besluit om het medicijn bij deze groep zogenaamd hoog-risico-patiënten niet te gebruiken.

Daarmee is de controverse evenwel niet opgelost. De psychostimulantia zijn op dit moment nog steeds de meest effectieve medicijnen voor ADHD. De alternatieven zijn minder effectief, werken vaak onvoldoende in op de concentratieproblemen en hebben meer bijwerkingen. Hoewel onrust en impulsiviteit vaak meer opvallende symptomen zijn van ADHD-patiënten binnen de verslavingszorg, zijn de concentratieproblemen een belangrijke hinderpaal bij de rehabilitatie. Om al deze redenen is een adequate behandeling van ADHD ook binnen de verslavingszorg niet mogelijk zonder psychostimulantia. Voor behandeling van patiënten met multiple problematiek wordt bovendien juist het gebruik van de meest effectieve

behandelmethode bepleit, vanwege het feit dat deze patiënten extra kwetsbaar zijn.

Deze argumenten pleiten voor een voorzichtig gebruik van Ritalin binnen de verslavingszorg, maar wel onder duidelijke voorwaarden. Twee voorwaarden zijn hierbij wezenlijk: de effectiviteit van het middel moet op zijn minst geobjectiveerd, en bij voorkeur bewezen zijn. Dit betekent enige vorm van effectmeting naast het verhaal van de patiënt. Daarnaast moet sprake zijn van compliance aan de behandeling: er moet een betrouwbare werkrelatie bestaan, waarbij de patiënt de medicatie in de correcte dosering gebruikt, niet méér gaat gebruiken (en ook niet teveel ter beschikking heeft), geen middelen bijgebruikt, en zich verder aan de behandelafspraken houdt. De behandelaar moet zorgen voor actief toezicht op deze voorwaarden (controle op medicatie-inname, urinecontroles). Over deze materie is zeker het laatste woord niet gezegd. Er zijn voldoende aanwijzingen om het belang van ADHD binnen de verslavingszorg ernstig te nemen. Verder onderzoek moet deze aanwijzingen staven, richtlijnen opleveren voor zorgvuldige diagnostiek en voor een adequate en geïntegreerde behandeling. Als dit niet gebeurt is er kans dat ADHD afgedaan wordt als de zoveelste hype, waarbij een diagnose eerst omarmd en vervolgens weer verlaten wordt wegens teleurstellende behandelresultaten. Op deze manier wordt een effectieve behandeling mogelijk vroegtijdig afgeschreven, en blijven een aantal mensen verstoken van de voor hen meest geschikte behandeling. Als de voorlopige inschattingen kloppen is ADHD binnen de verslavingszorg geen hype maar een reëel probleem, dat om een reëel antwoord vraagt.

[naar het begin](#)

Regionale Specialisten van het Netwerk ADHD bij volwassenen

De Regionale Specialisten kunnen worden geraadpleegd voor intercollegiaal overleg, lezingen, onderwijs en mediacontacten.

- **Groningen:**
Mw. A. van Lammeren,
psychiater AZG, Groningen.
050-3612008
- **Friesland:**
Hr. M.N.A. Santana,
psychiater GGZ Friesland, Leeuwarden.
058-2848856
- **Drenthe:**
Vacature
- **Overijssel:**
Mw. P.J.M. van Wijngaarden,
psychiater APZ Zwolse Poort, Zwolle.
038-4540855
- **Gelderland:**
Mw. C. Dokter,
psychiater Riagg Oost Veluwe, Apeldoorn.
055-5262626
- **Utrecht:**
Mw. N. Buitelaar
Hr. J.W. Waterreus
Hr. H. van Es,
psychiaters Altrecht, Utrecht.
030-2587887
- **Flevoland:**
Vacature
- **Noord-Holland:**
Vacature
- **Zuid-Holland:**

*Mw. L.E. Kalma,
psychiater GGZ Delfland, Delft.
015-2604190*

- **Zeeland:**
*Hr. A.G. Kunst,
psychiater Streekzieken-huis Walcheren, Vlissingen.
0118-425245*
- **Noord-Brabant:**
*Hr. P.J.B. Carpentier,
psychiater GGZ Den Bosch.
073-6585111*
- **Limburg:**
*Hr. J. Cornelis,
psychiater Psycho-medisch Streekcentrum Vijverdal, Maastricht
043-3685444*
- **België:**
Vacature

[naar het begin](#)

Agenda

- RINO-cursus "Diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen" door Pieter-Jan Carpentier, psychiater Novadic/GGZ Brabant. 3 woensdagavonden in 2002: 13 maart, 20 maart en 10 april van 19.00-22.00 uur.
Info: Rino Noord-Holland: 020-6250803 of via info@rino.nl
- RINO-cursus "Coaching van volwassenen met ADHD" door Ingrid Jongeneel, arts/ psychotherapeut en Ilse Stokman, spv GGZ Delfland in Delft. 6 februari van 09.30-16.30 uur en 15 februari van 09.30-12.30 uur.
Info: Rino Noord-Holland: 020-6250803.
- Voorjaarscongres NVvP woensdag 4 april 2002: cursus "Diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen" door Sandra Kooij, psychiater GGZ Delfland.
Info: via NVvP.
- Internationale conferentie op 1 oktober 2002, congresgebouw Den Haag, over ADHD bij kinderen en volwassenen.
Info: volgt via NVvP, deze Nieuwsbrief e.d.

Over het Netwerk

Het 'Netwerk ADHD bij volwassenen' werd in 1998 opgericht door Sandra Kooij, psychiater van GGZ Delfland (voorheen PC Joris) in Delft en Arga Paternotte, eindredacteur van 'Balans Belang', het blad van patiëntenvereniging Balans. Doel van het Netwerk is psychiaters en psychologen te interesseren voor diagnostiek en behandeling van ADHD op volwassen leeftijd en om adressen van deze behandelaars ter beschikking te stellen aan patiënten en verwijzers. De behandelaars moeten ambulant werken, omdat de meeste patiënten zich daar aanmelden voor diagnostiek van ADHD. Behandelaars ontvangen deze Nieuwsbrief en jaarlijkse nascholing op de Netwerkdag. De lijst met adressen ligt op de volgende plaatsen: bij de receptie van de polikliniek van GGZ Delfland (015-2516141), bij de secretariaten van de Regionale Specialisten van het Netwerk, bij de Hulp- en informatietelefoon van Impuls (voorheen ADHesie), op donderdag en vrijdag van 14.00- 16.00 uur (0900-2020065), en bij Centrum "Zit Stil", België. Mutaties worden verricht door het secretariaat van GGZ Delfland en daarna doorgegeven aan de andere adressen.

Informatiepakket ADHD

Hulpverleners kunnen bij GGZ Delfland een 'Informatiepakket ADHD' opvragen

(015-2516141). Netwerkhulpverleners ontvangen bovendien een zgn. 'Netwerkpakket ADHD'. Dit bevat artikelen, richtlijnen voor diagnostiek en behandeling, een semi-gestructureerd interview, een screenings- en een DSM-IV scorelijst, Internetsites, boeken- en literatuurlijsten. Patiënten kunnen bij Impuls op donderdag en vrijdag tussen 14.00 en 16.00 uur een informatie-pakket over ADHD bij volwassenen opvragen (0900-2020065).

www.adhd-ggzdelfland.nl

Website van GGZ Delfland met informatie voor patiënten en hulpverleners, artikelen, deze Nieuwsbrief, een screeningslijst, contactadressen en links.

[naar boven](#)

Eindredactie: Mw. Drs. J.J.Sandra Kooij, psychiater