

## NIEUWSBRIEF NR. 4 JAARGANG 2, JULI 2000.

Redactie: Sandra Kooij, psychiater GGZ Delfland,  
met medewerking van Anne van Lammeren, psychiater AZG Groningen en Pieter-  
Jan Carpentier,  
psychiater Novadic, Netwerk voor verslavingszorg Noord-Brabant.

[3<sup>e</sup> Netwerkdag 29 september 2000- Netwerk ADHD nu ook in België](#)

[Nieuws van APA 2000](#)

[ADHD bij meisjes](#)

[Genetica van ADHD](#)

[OROS®-methylfenidaat onderzocht](#)

[Cholinerge mechanismen en ADHD: implicaties voor behandeling](#)

[Effectiviteit en bijwerkingen van Adderall bij volwassenen met ADHD](#)

[Ritalin pilot studie in verslavingszorg](#)

[ADHD bij volwassenen: een hyperactieve diagnose?](#)

[Onderzoek naar voorschrijfgedrag van methylfenidaat \(Ritalin®\) in Noord Nederland](#)

[Oproep medewerking onderzoek ADHD](#)

[Regionale Specialisten Netwerk ADHD bij volwassenen](#)

[Agenda](#)

[3<sup>e</sup> Netwerkdag "Netwerk ADHD bij volwassenen"](#)

### 3<sup>e</sup> Netwerkdag 29 september 2000

Op vrijdag 29 september a.s. wordt voor de 3e maal een Netwerkdag georganiseerd voor deelnemers aan het "Netwerk ADHD bij volwassenen". Ditmaal is gekozen voor een praktijkgericht programma met maximale inbreng van de deelnemers in de vorm van simultaan workshops. In deze Nieuwsbrief treft u het programma aan met een aanmeldingsformulier. Noteer de datum vast in uw agenda en meldt z.s.m. uw komst! [naar het begin](#)

### Netwerk ADHD nu ook in België

Het Netwerk bestaat sinds 1998 en telt nu 149 deelnemende psychiaters, psychologen en psychotherapeuten in Nederland en België. Na een voordracht in België in februari 2000 over ADHD bij volwassenen (Care & Cure), meldden zich direct 9 collega's voor het Netwerk. Dit is goed nieuws voor volwassenen met ADHD in België. [naar het begin](#)

### Nieuws van APA 2000

#### Afname van ADHD-symptomen met de leeftijd onderzocht

*J Biederman*

Hoewel uit follow-up studies van kinderen met ADHD is gebleken dat de stoornis persisteert, is er discussie over de omvang van de stoornis bij volwassenen door verschillende percentages in verschillende studies. Deze verschillen zijn tot nog toe niet goed verklaard en geven aanleiding tot herhaalde controverse rond ADHD bij adolescenten en volwassenen. Hill en Schoener (1996) berekenden op basis van casus die voldeden aan alle DSM-IV criteria voor ADHD, een exponentiële afname van ADHD tot 0,8% op 20-jarige leeftijd en tot 0.05% op 40-jarige leeftijd. Dit zou betekenen dat ADHD op volwassen leeftijd zeldzaam is. Deze resultaten echter zijn in tegenspraak met de klinische praktijk. De uitkomsten van dergelijk onderzoek worden door de gehanteerde selectiecriteria, de duur van de follow-up, de leeftijd van de onderzoeksgroep en door de definitie van remissie bepaald. Remissie kan

bijvoorbeeld gedefinieerd worden als 1 symptoom te weinig voor de diagnose, terwijl deze remissie niet hetzelfde is als herstel. Keck e.a. (1998) stelde voor verschillende vormen van remissie te onderscheiden: syndromale remissie (niet meer voldoen aan de volledige diagnostische criteria), symptomatische remissie (niet meer voldoen aan de subklinische diagnostische criteria), en functionele remissie (niet meer voldoen aan de subklinische diagnostische criteria plus functioneel herstel). Dit is van belang om de factoren die bijdragen aan het complexe proces van herstel te leren onderscheiden.

*Tabel 1 - Definities van remissie van ADHD (o.b.v. 14 DSM-III-R criteria)*

Remissie	< 8,0	< 4,5	GAF > 65
Syndroomaal	*		
Symptomatisch	*	*	
Functioneel	*	*	*

Op basis van deze definities werden follow-updata van 5 meetmomenten bij 128 jongens met ADHD geanalyseerd. *Resultaten:* Op de leeftijd van 19 jaar had 65% een syndromale remissie bereikt, versus 30% een symptomatische remissie. Functionele remissie was slechts weggelegd voor een minderheid (10%). Het percentage syndromale remissie komt in de buurt van de berekening van Hill en Schoener op dezelfde leeftijd. Symptomatische en functionele remissie echter werd door een veel kleinere groep bereikt. Gemiddeld hadden de jongens nog 7 ADHD - symptomen op 19-jarige leeftijd (afkappunt DSM-III-R criteria: 8), waarbij opviel dat de aandachtsproblemen het minst afnamen. Hyperactiviteit en impulsiviteit bleken veel eerder en veel sterker af te nemen met de leeftijd dan aandachtsproblemen. Dit gegeven is bekend uit de klinische praktijk. Deze resultaten steunen de hypothese dat het percentage van persisteren van ADHD in hoge mate afhankelijk is van de definitie van remissie. Verschillende percentages van remissie in de literatuur weerspiegelen wellicht niet zozeer het natuurlijke beloop van de stoornis, alswel verschillen in de gehanteerde definities. Door geen onderscheid te maken tussen de verschillende niveau's van remissie van ADHD, ontstond de veel te optimistische visie dat ADHD op volwassen leeftijd zeldzaam zou zijn. Hill en Schoener baseerden hun resultaten bovendien op een DSM-II (met name hyperactieve) populatie. Aangezien hyperactiviteit en impulsiviteit sneller afnemen dan aandachtsproblemen en dan ADHD als geheel, kan hierdoor mede het verschil in remissie worden verklaard.

Een betere definitie van remissie bij adolescenten en volwassenen en het monitoren van de afname van symptoomclusters per individu is voor de toekomst van groot belang. Meer onderzoek is nodig om subklinische vormen van ADHD bij follow-up onderzoek van kinderen met ADHD en bij volwassenen te leren interpreteren. *Meer info: Hill en Schoener, Am J Psych 1996; J Biederman e.a. 1999. [naar het begin](#)*

## **ADHD bij meisjes**

### *J Biederman*

ADHD komt 4 tot 5 maal zo vaak voor bij jongens als bij meisjes. Er zijn aanwijzingen dat ADHD bij meisjes te weinig wordt onderkend. Hierdoor is het meeste wetenschappelijk onderzoek naar ADHD bij kinderen onder jongens verricht. Vraag blijft natuurlijk of ADHD bij meisjes verschilt van het beeld bij jongens. Uit de literatuur waren aanwijzingen gekomen dat meisjes met ADHD minder hyperactief waren, minder vaak gedragsstoornissen hadden en vaker angst en depressie hadden dan jongens met ADHD. Het is voorstelbaar dat de ouders van jongens met ADHD door de meer externaliserende comorbide stoornissen en de meer op de voorgrond staande hyperactiviteit eerder hulp voor hen zoeken dan voor meisjes die meer aan internaliserende problemen lijden. In het onderzoek naar ADHD bij meisjes werd gebruik gemaakt van dezelfde methode als in het onderzoek bij jongens in het verleden, om tot een optimale vergelijking van de data te komen. Er werd een studie verricht bij 140 meisjes en 122 normale controle meisjes tussen

de 6 en 17 jaar. *Resultaten*: vergeleken met de normale controles scoorden de meisjes met ADHD op alle drie de symptomen van ADHD significant hoger. Vergeleken met een vergelijkbare populatie jongens was er geen verschil in de mate waarin de meisjes scoorden op deze symptomen. Het gecombineerde subtype van ADHD kwam bij jongens als meisjes evenveel voor. Comorbiditeit: meisjes hadden in 8% van de gevallen een anti-sociale gedragsstoornis versus 20% van de jongens met ADHD. De oppositionele gedragsstoornis kwam bij jongens beduidend vaker voor dan bij meisjes (70% versus 30%). Deze verschillen zijn waarschijnlijk vooral verantwoordelijk voor de frequentere verwijzing van jongens voor behandeling. 30% van de jongens had een comorbide depressie versus 18% van de meisjes. Dit verschil was niet significant. Comorbiditeit met een bipolaire stoornis kwam bij jongens en meisjes evenveel voor, nl. in 10% van de gevallen. Angststoornissen in ongeveer 30% van de gevallen bij beide geslachten. Opvallend was dat 55% van de meisjes met ADHD geen comorbide stoornis had. Daar tegenover staat dat vaak meerdere stoornissen bij de dezelfde patiënt voorkwamen. Onverwachte bevinding was dat meisjes van rond de 11 jaar meer middelen misbruikten dan jongens van dezelfde leeftijd. Het ging hier met name om cannabis. Ticstoornissen waren in 16% van de gevallen comorbide met ADHD voor beide geslachten. ADHD bij jongens en meisjes bleek niet geassocieerd met anorexia of boulimia op de leeftijd van 11 jaar, noch met psychosen. Enuresis bleek bij beide geslachten opvallend veel voor te komen, jongens 30% en meisjes 25%. Vraag is of het hier ook zou kunnen gaan om een ontwikkelingsdefect. Het verbale en performale IQ was zowel bij jongens als meisjes met ADHD significant lager dan bij normale controles. De verschillen tussen jongens en meisjes waren niet significant. De afleidbaarheid van deze kinderen bleek een factor te zijn bij de bepaling van het IQ. Wat betreft cognitief functioneren waren meisjes beter dan jongens met ADHD op het gebied van rekenen en lezen, maar beiden waren minder goed dan de normale controles. Voor jongens was dit verschil significant. De GAF-score voor jongens en meisjes met ADHD was significant lager dan bij normale controles. Kinderen met ADHD blijven significant vaker zitten dan normale controles, jongens vaker dan meisjes. Meisjes bleken meer speciale begeleiding te krijgen en jongens met ADHD meer speciaal onderwijs, mogelijk op basis van de meer externaliserende comorbiditeit bij jongens. Farmacotherapie bleek bij jongens en meisjes ongeveer even effectief. Dit was hetzelfde voor de psychosociale steun. Meisjes met ADHD bleken echter iets vaker dan jongens te zijn opgenomen. Wat betreft de familie-anamnese was er zowel bij jongens als bij meisjes 5 maal zoveel kans op ADHD in de familie. Ook comorbide stoornissen als een anti-sociale gedragsstoornis of persoonlijkheidsstoornis bij familieleden bleek significant vaker in de familie van kinderen met ADHD voor te komen, dan in de familie van normale controles. Dit gold ook voor middelenmisbruik, depressie en angststoornissen bij familieleden van kinderen met ADHD, ongeacht het geslacht.

*Conclusies*: ADHD bij meisjes werd gekarakteriseerd door dezelfde typische symptomen als bij jongens, gepaard gaande met disfunctioneren op verschillende terreinen, (op school en thuis) als wel met dezelfde patronen van comorbiditeit, cognitief functioneren, en ADHD in de familie. Dit onderzoek bevestigt niet dat ADHD bij meisjes minder ernstig zou zijn. In dit onderzoek hadden meisjes met ADHD duidelijk vaker gedragsstoornissen dan normale controles, maar minder vaak dan ADHD-jongens. Dit kan een oorzaak zijn voor de onderdiagnostiek van meisjes met ADHD en de daaruit volgende onderbehandeling, die zich voortzet tot op volwassen leeftijd. In tegenstelling tot wat eerder gerapporteerd is, was de mate van angst en depressie bij jongens en meisjes met ADHD ongeveer gelijk. Aandacht behoeft ook de bevinding dat ADHD in 10% van de gevallen in dit onderzoek samenging met een bipolaire stoornis bij beide geslachten. De patronen van comorbiditeit bij meisjes kwamen ook overeen met de patronen van comorbiditeit bij volwassen vrouwen met ADHD die op volwassen leeftijd waren gediagnosticeerd. Al met al suggereren deze bevindingen dat externaliserende en anti-sociale stoornissen wél gender specifiek zijn, terwijl angst en depressie dit niet zijn bij kinderen met ADHD. De bevindingen van dit onderzoek nopen tot nauwkeuriger diagnostiek van meisjes en vrouwen met ADHD-symptomen en comorbide gedragsstoornissen, angst of depressie. *Meer info: J. Biederman e.a. J Am Ac Child Adolesc Psychiatry 1999, 38 (8): 966-975. [naar het begin](#)*

## Genetica van ADHD

### *SV Faraone*

Het is bekend dat ADHD een aandoening is die vaker in families voorkomt en die dus mogelijk een erfelijke basis zou kunnen hebben. Dit is ook gebleken uit tweeling-, en adoptie-onderzoek. Onderzoek naar de genen die coderen voor ADHD is in volle gang. Het is de vraag of de comorbiditeit die bij ADHD veel wordt gezien verklaard kan worden door gemeenschappelijke genen. Uit familieonderzoek blijkt dat bijvoorbeeld gedragsstoornissen bij familieleden van kinderen met ADHD vaker voorkomen dan normaal, maar dit verschil is nog veel groter en significant bij familieleden van kinderen met ADHD plus gedragsstoornissen. Bij kinderen van depressieve ouders blijkt het percentage ADHD 12% te zijn, vergeleken met 6% normaal. Omgekeerd komen depressies bij familieleden van ADHD-kinderen ook significant vaker voor dan normaal. Ouders met een bipolaire stoornis hebben vaker (15%) dan normaal (5%) een kind met ADHD. Omgekeerd komt de bipolaire stoornis vaker voor bij familieleden van ADHD-kinderen dan bij normale kinderen (2,5% versus 1,3%). ADHD zelf komt vaker dan normaal voor bij de broers of zusjes van een kind met ADHD (18 versus 6%). Maar kinderen van een volwassene met ADHD hebben 55% kans op dezelfde stoornis. Deze gegevens, die geëxtrapoleerd zijn uit gepoolde data van 6 studies, leiden tot de volgende hypothesen: depressie is een variabele expressie van ADHD-phenotypes; ADHD deelt geen gemeenschappelijke genen met angst- en leerstoornissen; ADHD gecombineerd met een gedragsstoornis of bipolaire stoornis zou een zeer familiair bepaald subtype van ADHD kunnen zijn, evenals volwassen ADHD. Voorliggende vragen zijn verder welke genen nu eigenlijk voor ADHD verantwoordelijk zijn. Uit eerder onderzoek is bekend dat het dopamine transporter gen (DAT) en het dopamine 4 receptor gen (DRD4) geassocieerd zijn met ADHD, evenals mutaties in het thyroidreceptor- $\beta$  gen. Om de hypothese over het dopamine transporter gen te onderbouwen is er een zogenaamde knock-out muis ontwikkeld, die ongevoelig is voor dopamine. Het klinisch beeld van deze muis lijkt op ADHD: de muis is hyperactief, reageert op stimulantia en er is een afname van de beschikbare dopamine in het striatum aangetoond. Uit onderzoek van de dopamine transporter bij volwassenen met ADHD is gebleken, dat de dopamine transporter 70% meer dopamine bindt dan normaal. Dit wijst op een afwijkend functioneren van de dopamine transporter. Het genotype van de dopamine transporter is bovendien gecorreleerd met de reactie op methylfenidaat. De verdeling van het DRD4 mRNA in de hersenen suggereert een rol bij het cognitieve en emotionele functioneren. Het zogenaamde 7-repeat allel van dit gen is betrokken bij het blokkeren van de respons op dopamine en is geassocieerd met novelty-seeking. Uit onderzoek blijkt dat kinderen met ADHD vaker zo'n 7-repeat allel op het DRD4 gen hebben dan normale controles. In case-control studies en in familieonderzoek blijkt DRD4 geassocieerd met ADHD. Wat betekent dit nu voor de praktijk? Kan gen-onderzoek al worden ingezet voor een betrouwbare diagnose? Het antwoord luidt neen: eerst zal duidelijk moeten worden in hoeverre deze genen mensen met ADHD betrouwbaar kunnen differentiëren van normale controles en van patiënten met andere stoornissen. Op dit moment zullen er nog teveel vals positieven zijn. De diagnose ADHD blijft daarom voorlopig nog een klinische diagnose. De vraag is vervolgens waarom de genen voor ADHD dan toch onderzocht moeten worden. Dit is van belang omdat de pathofysiologie van ADHD beter kan worden begrepen en nieuwe behandelmethoden die hierop zijn gebaseerd, zullen kunnen worden ontwikkeld. De behandeling zal mogelijk afgestemd worden op het genotype van de individuele patiënt. Bij de behandeling en voorlichting aan patiënten is het van belang om comorbide stoornissen als depressie en angst niet te labelen als louter een gevolg van ADHD, maar als tegelijk met ADHD optredende stoornissen die niet aan elkaar moeten worden toegeschreven, en die ieder aparte behandeling verdienen. De compliance aan medicatie kan worden bevorderd door uitleg over de genetische achtergrond van de stoornis. Uitleg hierover heeft vaak een sterk ontschuldigend effect op familie en patiënt, waardoor verstoorde verhoudingen soms nieuw leven wordt ingeblazen. Op lange termijn zal de ontdekking van genen voor ADHD ons in staat stellen om risicopatiënten te definiëren en misschien zelfs preventiestrategieën te ontwikkelen.

Zeker als bekend is welke omgevingsfactoren interacteren met de genetische risicofactoren die bij een persoon aanwezig zijn. *Voor meer info: SV Faraone e.a., Am J Psych 1999, (156) 768-770. [naar het begin](#)*

## **OROS®-methylfenidaat onderzocht**

*TE Wilens*

OROS® is een slow sustained release tablet met methylfenidaat, met een werkingsduur van 12 uur (Firma: Alza; merknaam Concerta®). Onderzoek bij 282 kinderen met ADHD gedurende 4 weken toonde aan dat 18 mg OROS® gelijk is aan 3 tabletten methylfenidaat van 10 mg wat betreft plasmaconcentratie, gedrag in de klas, en scores op gedragsvragenlijsten (Conners, IOWA). Groot voordeel van OROS® is de lange werkingsduur van 12 uur, zodat eenmaal daags doseren mogelijk wordt. Het effect trad binnen 20 minuten in en het middel werd goed verdragen. Vervolgens werden in een multicenter open label onderzoek 407 kinderen met ADHD (6-13 jr, 17% meisjes) behandeld met verschillende doseringen OROS® (18, 36 of 54 mg). Psychiatrische comorbiditeit werd niet geëxcludeerd.

*Resultaten:* na 1 jaar gebruikte nog 66% OROS®, 33% viel uit, (meest in het eerste half jaar). De beste dosering was 36 mg. Effectiviteit was er zowel op aandachtsproblemen als op gedrag in de klas. Het effect hield aan na een jaar volgens zowel ouders als leerkrachten. De bijwerkingen waren dezelfde als bij methylfenidaat tabletten: met name hoofdpijn (30%) en slaapstoornissen (15%), en afhankelijk van de dosis. De eetlust bleef ongeveer gelijk, evenals de frequentie van ev. tics. Groei en gewicht namen toe tijdens de behandeling. De bloeddruk bleef ongeveer gelijk. Er waren geen verschijnselen van rebound of van euforie.

*Conclusie:* OROS® lijkt veelbelovend voor kinderen en waarschijnlijk ook voor volwassenen met ADHD, met name vanwege de lange werkingsduur, waardoor de noodzaak van op school of werk doseren tot het verleden zal gaan behoren. De kans op misbruik op scholen zal hierdoor eveneens afnemen. Op dit moment wordt OROS® beoordeeld door de Amerikaanse FDA. [naar het begin](#)

## **Cholinerge mechanismen en ADHD: implicaties voor behandeling**

*TE Wilens*

Het is bekend dat kinderen met ADHD meer roken en eerder beginnen dan leeftijdgenoten (15e jaar: 8% normaal, 16% ADHD). Volwassenen met ADHD roken 2x vaker dan normaal en hebben meer moeite met stoppen. Moeders van ADHD-kinderen blijken tijdens de zwangerschap vaker te roken dan moeders van normale controlekinderen (22% vs 8%) (Milberger e.a., A J Psych., 1996). In dieronderzoek geeft blootstelling aan nicotine in de baarmoeder een verhoogde kans op de ontwikkeling van een ADHD-syndroom bij het nageslacht. Nicotine heeft effect op het cognitieve functioneren. Het verbetert de aandacht, de vigilantie, de reactietijd, de visuele informatieverwerking, het executief functioneren en het werkgeheugen. Dat dysregulatie van het cholinerge systeem een belangrijke rol zou kunnen spelen in de pathofysiologie van ADHD is niet verrassend, omdat activatie door nicotine de dopaminerge en adrenerge neurotransmissie stimuleert. Nicotine grijpt aan op dezelfde receptoren als de stimulantia voor ADHD. Dit leidde tot de hypothese dat nicotinerge of cholinerge stoffen effectief zouden kunnen zijn voor ADHD. 17 patiënten met ADHD (6 rokers en 11 niet-rokers) kregen gedurende 2 dagen een nicotinepleister (rokers 21 mg/dag, niet-rokers 7 mg/dag). Dit gaf een verbetering van de reactietijd op de Continuous Performance Test (CPT), een verbetering van het functioneren op de Clinical Global Impression (CGI), en minimale bijwerkingen. Abbott Laboratories ontwikkelde de stof ABT-418 in de vorm van een pleister. ABT-418 is een nicotine analoog, werkzaam op de nicotine alfa 4, beta 2 receptor. Deze stof heeft niet de bijwerkingen van nicotine. ABT-418 is dubbelblind gecontroleerd onderzocht bij 32 volwassenen met ADHD in een cross-over design van 7 weken.

*Resultaten:* 40% repondeerde op de CGI (veel of erg veel verbeterd), versus 13% op placebo. ABT-418 was het meest werkzaam op de aandachtsproblemen van ADHD. *Conclusie:* nicotinergecholinerge stimulatie is geassocieerd met verbetering

van het cognitieve functioneren. Er is gerapporteerd over de invloed van nicotine op de dopaminerge en adrenerge transmissie bij ADHD. Nicotinerige medicatie kan werkzaam zijn bij ADHD en gerelateerde cognitieve functiestoornissen. Toekomstig onderzoek naar het effect van nicotinerige stoffen alleen of in combinatie met bestaande medicatie voor ADHD zal meer duidelijkheid geven over de plaats van deze stoffen in de behandeling van ADHD.

*Meer info: TE Wilens, Am J Psych 1999;156: 1931-1937. [naar het begin](#)*

## **Effectiviteit en bijwerkingen van Adderall bij volwassenen met ADHD**

*TJ Spencer*

Methylfenidaat is bij kinderen meer dan 200 maal gecontroleerd onderzocht; bij adolescenten, kinderen jonger dan 6 jaar en bij volwassenen zijn er slechts enkele onderzoeken. Amfetamines van verschillende samenstelling zijn bewezen effectief in onderzoek bij kinderen (22 studies, 1140 kinderen), maar er is geen gecontroleerd onderzoek bij volwassenen. Een meta-analyse van onderzoek waarbij de effectiviteit van dextro-amfetamine en methylfenidaat bij dezelfde persoon zijn vergeleken, laat zien dat 36% het best reageert op dextro-amfetamine en 26% het best op methylfenidaat. 38% heeft op beide stoffen een gelijke respons. Voordeel van amfetamine is de langere werkingsduur: 5-6 uur (4 uur bij methylfenidaat). Hierdoor kan vaak met 2 maal daags doseren worden volstaan. Adderall is een combinatie van gemengde zouten van d- en l-amfetamine. Het is effectief in gecontroleerde onderzoeken bij kinderen met ADHD (Swanson e.a. 1998). Dubbelblind crossover onderzoek met Adderall bij 30 volwassenen met ADHD van 18-60 jaar gedurende 7 weken, gaf bij 70% respons (placebo: 7%). 3 patiënten vielen uit op placebo, voordat ze de actieve medicatie hadden ontvangen. Respons was gedefinieerd als >30% afname op de ADHD-ratingscale. Verbetering trad op in beide symptoomdomeinen (aandachtstekort en hyperactiviteit/impulsiviteit). De respons was voor mannen (n=15) en vrouwen (n=12) gelijk en onafhankelijk van de leeftijd. Er was geen verschil in respons tussen wel en geen belastte familie-anamnese voor ADHD. Comorbide middelenmisbruik had geen effect op de mate van respons, evenmin als angst of depressie. Als bijwerkingen kwamen afname van eetlust, en agitatie significant vaker voor dan bij placebo. De bloeddruk en pols namen iets toe. Over het algemeen werd Adderall goed verdragen. De gemiddelde dosis was 2x daags 27 mg. [naar het begin](#)

## **Nieuws uit Nederland**

### **Ritalin pilot studie in verslavingszorg**

Is methylfenidaat (Ritalin®) wel veilig te gebruiken bij volwassen ADHD-patiënten met een voorgeschiedenis van middelenmisbruik of verslaving? Ritalin wordt op straat verhandeld, en blijkt met name euforiserend te werken wanneer het wordt geïnhaleerd of geïnjecteerd. Toch is het risico op misbruik niet zo groot, als je kijkt naar (goed gecontroleerde) studies bij kinderen (behandeld in goed georganiseerde centra). Een belangrijk argument om Ritalin - voorlopig - niet af te schrijven wanneer sprake is geweest van middelenmisbruik of verslaving, is dat de medicamenteuze alternatieven voor Ritalin niet altijd voldoende effectief zijn. In de hoop een duidelijker beeld te krijgen van de effectiviteit en veiligheid van Ritalin bij patiënten met verslavingsproblemen, wordt op dit moment bij Novadic, Netwerk voor Verslavingszorg in Noord-Brabant, een studie voorbereid. In het eerste deel van de studie wordt nagegaan of het middel effectief is: tijdens een klinische behandeling krijgt de proefpersoon afwisselend 2 x 2 weken Ritalin (volgens een vast doseringsschema) en 2 x 2 weken placebo, volgens een dubbelblind, dubbel-crossover design. Blijkt het middel effectief, dan wordt in een open vervolgstudie de medicatie 1 jaar voortgezet, en wordt het effect op de ADHD-symptomatologie, op het middelengebruik en op het globaal functioneren gevolgd. Het correct gebruik van het middel is een verder aandachtspunt in de studie. De verwachting is dat de studie najaar 2000 zal starten. Gestreeft wordt naar een totaal van 20 proefpersonen. *Voor meer informatie: PJ Carpentier, psychiater Novadic, Netwerk voor Verslavingszorg, tel. 0413-485828.*

e-mail: [novadic@novadic.nl](mailto:novadic@novadic.nl) naar het begin

## ADHD bij volwassenen: een hyperactieve diagnose?

Op het laatste Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in maart 2000, presenteerden R. Bruggeman, E. Horwitz en A.M.D.N. van Lammeren, allen psychiaters in het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) een poster met de titel: "ADHD bij volwassenen: een hyperactieve diagnose?" Beschreven werd een groep van 32 patiënten die in de periode van mei tot december 1999 was aangemeld door de huisarts op de polikliniek van het AZG met als vraagstelling of er sprake was van ADHD op volwassen leeftijd. Bij alle patiënten werd een semi-structureerd interview afgenomen en een psychiatrisch onderzoek verricht. Er werd lichamelijk onderzoek gedaan en oriënterend bloedonderzoek waaronder een TSH-bepaling. Er vond een hetero-anamnese plaats en in de meeste gevallen werd een uitgebreide ontwikkelingsanamnese afgenomen met de ouders in het bijzijn van de patiënt. Aangezien de ontwikkelingsanamnese van groot belang wordt geacht voor de diagnose, zochten we naar alternatieven indien een hetero-anamnese via de ouders niet mogelijk was, bijvoorbeeld door middel van informatie op schoolrapporten, of in verslagen van het consultatiebureau etc. De scorelijst met ADHD-symptomen volgens de DSM-IV-criteria (vertaling J.J.S. Kooij) werd samen met de patiënt ingevuld. Bij een aantal patiënten werd een neuropsychologisch onderzoek verricht. De belangrijkste resultaten waren dat bij 21 patiënten (65,6%) inderdaad de diagnose ADHD op volwassen leeftijd kon worden gesteld. Dit ging in alle gevallen gepaard met één of meerdere andere psychiatrische stoornissen (comorbiditeit). De meest voorkomende stoornissen naast ADHD op volwassen leeftijd waren alcohol- en /of middelenafhankelijkheid (52%) en persoonlijkheidsstoornissen (46%). Bij 11 patiënten waren er niet voldoende aanwijzingen voor de diagnose ADHD op volwassen leeftijd. Bij hen werden andere psychiatrische stoornissen gediagnosticeerd, m.n. persoonlijkheidsproblematiek. De mediane leeftijd zowel voor mannen als voor vrouwen was 30 jaar. De conclusie luidde dat er sprake is van veel comorbiditeit bij patiënten met de diagnose ADHD op volwassen leeftijd. Voor het opstellen van een adequaat behandelplan is het belangrijk te onderkennen dat ADHD meestal samengaat met andere psychiatrische problematiek. A.M.D.N. van Lammeren, psychiater polikliniek psychiatrie AZG. [naar het begin](#)

## Onderzoek naar voorschrijfgedrag van methylfenidaat (Ritalin®) in Noord Nederland

R. Bruggeman en A.M.D.N. van Lammeren, psychiaters van het Academisch Ziekenhuis Groningen onderzochten of er een toename is in het voorschrijven van methylfenidaat (Ritalin®), gelet op de toename van de diagnose ADHD met name ook op volwassen leeftijd. We vroegen ons af of huisartsen in toenemende mate de behandeling met methylfenidaat initiëren. Dit onderzochten we in samenwerking met E. Schirm, Prof. L.W.T. de Jong - v.d. Berg en C. Rijcken van het Universitair Centrum voor Farmacie te Groningen. Met behulp van de apotheekgegevens uit de Interactie Databank Groningen werden alle recepten voor methylfenidaat over de periode januari 1994 tot januari 1999 geselecteerd. In deze databank staan de gegevens verzameld van 12 apotheken verspreid over Noord Nederland. Het totaal aantal gebruikers per jaar werd bepaald, waarbij gekeken werd naar leeftijd en geslacht. Hetzelfde werd gedaan voor het aantal nieuwe gebruikers per jaar. Tenslotte bekeken we wie de voorschrijver was, de huisarts of een specialist. We vonden per jaar een duidelijke toename van het gebruik van methylfenidaat, m.n. voor de leeftijdsgroep van 6 tot en met 9 jaar. Tevens was er een toename boven de 18 jaar, met sinds 1997 ook de novo gebruik op middelbare leeftijd.

Tabel 2 - Nieuwe methylfenidaat-gebruikers per jaar in Noord Nederland

	0-18 jr	19-50 jr	> 50 jr

	m	v	m	v	m	v
1994	19	5	1	0	0	0
1995	18	3	0	0	0	0
1996	31	6	0	0	0	0
1997	30	4	2	0	1	1
1998	59	7	3	4	1	0

We concludeerden dat er vanaf 1994 een duidelijke toename is in het gebruik van methylfenidaat en dat deze toename voornamelijk veroorzaakt wordt door het gebruik van methylfenidaat door kinderen, maar dat er ook een toename is van het gebruik op volwassen leeftijd, m.n. vanaf 1997. De huisarts is in ongeveer 1/3 van de gevallen de initiator. Deze verhouding bleef gedurende de hele onderzoeksperiode vrijwel constant. *AMDN van Lammeren, psychiater polikliniek psychiatrie AZG.* [naar het begin](#)

### Oproep medewerking onderzoek ADHD

De Wetenschapswinkel van de Universiteit Maastricht gaat op verzoek van de ADHD-stichting onderzoek doen naar voorlichtingsmateriaal voor volwassenen met ADHD. Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de beschikbaarheid, inhoud en toegankelijkheid van schriftelijk voorlichtingsmateriaal voor volwassenen met ADHD, en in de wensen van deze populatie op dit gebied. Resultaten van het onderzoek zullen leiden tot aanbevelingen aan hulpverleners en instanties die met volwassenen met ADHD te maken hebben. Dit is van belang voor zowel patiënten als hulpverleners; immers, goede voorlichting over ADHD bij volwassenen is nodig bij elke behandeling. Daarnaast brengt dit onderzoek ADHD bij volwassenen nog eens onder de aandacht. *Methode:* er zal een vragenlijst worden verspreid onder 200 volwassen mannen en vrouwen van 24-60 jaar, bij wie de diagnose ADHD door een deskundige is gesteld. 100 respondenten worden geselecteerd via de patiëntenverenigingen Balans en Impuls, de andere 100 via de hulpverleners van het "Netwerk ADHD bij volwassenen". Voor deze laatste groep vragen wij uw medewerking. Dit houdt in dat u een aantal patiënten uit uw bestand selecteert, en ons telefonisch of via e-mail doorgeeft hoeveel vragenlijsten u wilt ontvangen. U krijgt dan enveloppen toegestuurd waarop u alleen naam en adres van de patiënt schrijft en die u vervolgens verstuurt. De envelop bevat een brief voor de patiënt waarin bescherming van privacygegevens en anonimiteit worden gewaarborgd, waarin wordt vermeld dat deelname aan het onderzoek niets met de behandeling te maken heeft en geen enkele consequentie heeft; verder de vragenlijst met instructies, 2 antwoordenvelopen, een voor de vragenlijst en een voor een apart antwoordstrookje voor toezending van het onderzoeksverslag. Na 2 weken ontvangt u herinneringsbrieven met het verzoek die aan alle door u geselecteerde patiënten te verzenden. Er zijn voor u geen kosten verbonden aan het onderzoek. Het onderzoek wordt uitgevoerd door Inge Nanninga, doctoraalstudent Gezondheidsvoorlichting, onder begeleiding van de Marieke Lieshout van de Wetenschapswinkel en een universitair docent. Het onderzoek zal worden gepubliceerd door de Wetenschapswinkel. Het onderzoeksverslag zal u als deelnemende hulpverlener uit het "Netwerk ADHD bij volwassenen" worden toegestuurd. Indien u uw medewerking wilt verlenen, graag *binnen een week* telefonisch of via e-mail contact opnemen met Marieke Lieshout, tel.043-3883120 (ma t/m do) of : [m.lieshout@sz.unimaas](mailto:m.lieshout@sz.unimaas).

#### 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 ambulante werken, omdat de meeste patiënten zich daar aanmelden voor diagnostiek van ADHD. De lijst met adressen ligt op de volgende plaatsen: bij de receptie van de polikliniek van GGZ Delfland (015-2604190), bij de secretariaten van de Regionale Specialisten van het Netwerk, en bij de Hulp- en informatietelefoon van Impuls (voorheen ADHesie), op donderdag en vrijdag van 14.00- 16.00 uur (0900-2020065). Mutaties worden verricht door het secretariaat van GGZ Delfland en daarna doorgegeven aan Impuls.

#### **Informatiepakket ADHD**

Hulpverleners kunnen bij GGZ Delfland een 'Informatiepakket ADHD' opvragen (015-2604190). Netwerkhulpverleners ontvangen bovendien een zg. '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 informatiepakket over ADHD bij volwassenen opvragen (0900-2020065).

#### **[www.adhd-ggzdelfland.nl](http://www.adhd-ggzdelfland.nl)**

Website van GGZ Delfland met informatie voor patiënten en hulpverleners, artikelen, deze Nieuwsbrief, een screeningslijst, contactadressen en links. [naar het begin](#)

#### **Regionale Specialisten Netwerk ADHD bij volwassenen.**

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

- 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
- Gelderland:  
Mw. C. Dokter, psychiater Riagg Oost Veluwe, Apeldoorn. 055-5262626
- Overijssel:  
Vacature
- Drenthe :  
Vacature
- Friesland:  
Hr. M.N.A. Santana, psychiater GGZ Friesland, Leeuwarden. 058-2848856
- Groningen:  
Mw. A. van Lammeren, psychiater AZG, Groningen. 050-3612008
- Limburg:  
Vacature
- Noord-Holland:  
Vacature
- Utrecht:  
Mw. N. Buitelaar  
Hr. J.W. Waterreus

Hr. H. van Es, psychiaters Riagg Stad Utrecht, Utrecht. 030-2587887.

[naar het begin](#)

## Agenda

- Rino-Noord Holland, cursus "Diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen" op de woensdagavonden 13 en 20 september en 11 oktober 2000, door J.J.S. Kooij, psychiater GGZ Delfland. Info en aanmelding: Rino-NH (020-6250803).
- Rino-Noord Holland, cursus "Diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen", op de dinsdagavonden 26 september, 10 en 31 oktober van 19.00-22.00 uur, door L.E. Kalma, psychiater GGZ Delfland. Info en aanmelding: Rino-NH (020-6250803).
- Rino-Noord Holland, cursus "Coaching van volwassenen met ADHD" op de woensdagen 8 november en 6 december 2000, van 9.30-16.30 uur, door L.E. Kalma, psychiater GGZ Delfland, M. Poot, SPV GGZ Delfland. Info en aanmelding: Rino-NH (020-6250803).
- Haags-Leids Opleidingsconsortium Psychiatrie, Nascholingsavond "Ontwikkelingsstoornissen bij volwas-senen" (*let op: gewijzigde datum!*) op maandag 18 september 2000 vanaf 17.00 uur in GGZ Delfland te Delft. Aan de orde komen autistische spectrumstoornissen, ADHD en gedragsstoornissen van kindertijd tot volwassenheid, met prof. dr. J.K. Buitelaar, dr. W. Matthys en J.J.S. Kooij. Info en aanmelding: Boerhaave Commissie, mw. van Manen (071-5275360).
- 3e Netwerkdag "Netwerk ADHD bij volwassenen" op 29 september 2000 van 9.30-16.00 uur in GGZ Delfland te Delft. Info en aanmelding via inlegvel in deze Nieuwbrief en via mw Y. van der Horst, projectmedewerker ADHD (wo en do, 015-2604190).
- Symposium "Behandeling van ADHD bij volwassenen" op vrijdag 16 februari 2001 in de VU te Amsterdam. Nadere informatie volgt in de volgende Nieuwsbrief.

[naar het begin](#)

### 3<sup>e</sup> Netwerkdag "Netwerk ADHD bij volwassenen"

vrijdag 29 september 2000

Plaats: GGZ Delfland, Locatie St. Jorisweg 2, Feestzaal, Delft

Ditmaal is gekozen voor een praktijkgericht programma met maximale inbreng van de deelnemers in de vorm van simultaan workshops. De groepsleider houdt een korte inleiding over het onderwerp d.m.v. casuïstiek, waarna de deelnemers hun eigen ervaringen en vragen inbrengen. *Vorbereiding door de deelnemers van een of meer eigen casus is gewenst.* Een groep heeft max. 20 deelnemers. Bij meer inschrijvingen dan werkzaam is voor een workshop, zal getracht worden extra workshops te organiseren. Er kan steeds uit 1 van 2 workshops gekozen worden. De kosten bedragen f 120,-- inclusief catering.

Programma:

9.30 uur	Zaal open, ontvangst met koffie
10.00 uur	Welkom door dagvoorzitter Sandra Kooij, psychiater GGZ Delfland Uitleg programma, indeling workshops
10.30	Workshop 1

uur	<i>Diagnostiek van ADHD en comorbiditeit bij volwassenen, met Sandra Kooij, psychiater</i> of: Workshop 2 <i>Neuropsychologisch onderzoek bij volwassenen met ADHD: wat kan je er wel en niet mee, met Marije Boonstra, AIO / neuropsycholoog</i>
12.30 uur	Lunch
13.30 uur	Workshop 3 <i>Coaching: structuur in het dagelijks leven en in de therapie, met Liesbeth Kalma, psychiater</i> of: Workshop 4 <i>Medicatie bij ADHD met comorbiditeit: wat heeft prioriteit en hoe ga je te werk, met Sandra Kooij, psychiater</i>
15.30 uur	Drankje en evaluatie
16.00 uur	Afsluiting

Deelname aan de Netwerkdag is voor de psychiaters en psychologen van het Netwerk of voor diegenen die dit willen worden. Om die reden is er geen informatie over de aanmelding op deze webpagina. [naar het begin](#)

[naar boven](#)