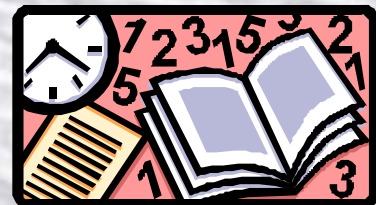


Agenda

- Cursus diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen.
5 woensdagochtenden in april en mei 2003. Docenten: JJS Kooij en PJ Carpentier, psychiaters.
Organisatie: Rino NH, info en aanmelding: telefoon 020-625 08 03 of www.rino.nl.
- Cursus diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen.
4 maandagavonden in oktober en november 2003.
Docenten: NJL Buitelaar, psychiater / groepspsychotherapeut, RJ Verboom, klinisch psycholoog / psychotherapeut en L Schönebaum, psychiater.
Organisatie: Centrale RINO Groep Utrecht. Info en aanmelding: telefoon 030-230 61 10 of www.crg.nl.
- Symposium Netwerk ADHD bij volwassenen 'Epidemiologie en comorbiditeit van ADHD bij volwassenen'.
Voorjaarscongres NVvP,
3 april 2003. Info via www.nvvp.net.
- Symposium t.g.v. het eerste lustrum van het Netwerk ADHD bij volwassenen.
Datum: 1 oktober 2003. Plaats: Utrecht.
Info volgt via deze nieuwsbrief en via www.adhdbijvolwassenen.nl.



NETWERK ADHD BIJ VOLWASSENEN

Nieuwsbrief nr. 7 • jaargang 3 • december 2002 • www.adhdbijvolwassenen.nl



In deze nieuwsbrief:

- Netwerk ADHD bij volwassenen verhuisd, pagina 1
- Netwerklijst op www.adhdbijvolwassenen.nl pagina 2
- Column: Ik heb het niet, pagina 2
- Afdeling en Kenniscentrum ADHD bij volwassenen i.o., pagina 2
- Zorgprogramma ADHD bij volwassenen verschenen, pagina 3
- Verslag Netwerkdag 2002:
 1. Opzetten van een ADHD polikliniek in zowel GGZ als Verslavingszorg, pagina 3
 2. AD(H)D / PDD-NOS: overeenkomsten en verschillen, pagina 4
- Symposium Netwerk 2003, pagina 5
- Eerste lustrum Netwerk in 2003, pagina 5
- OROS-methylfenidaat verwacht in Nederland (Concerta®), pagina 5
- Nieuws van CHADD 2002:
 1. Sekse verschillen bij ADHD, pagina 7
 2. Nieuwe medicatie, pagina 8
 3. Impact van ADHD en behandeling op middelenmisbruik, pagina 9
- Vaker gebruik van alternatieve geneeswijzen door ouders van kinderen met ADHD, pagina 10
- Recente publicaties over ADHD bij volwassenen, pagina 11
- Agenda, pagina 12

Netwerk ADHD bij volwassenen verhuisd naar Parnassia

Met ingang van 1 september 2002 is Sandra Kooij, redacteur van deze nieuwsbrief en coördinator van het Netwerk ADHD bij volwassenen, begonnen als hoofd behandelen van afdeling en kenniscentrum (in oprichting) ADHD bij volwassenen bij Parnassia, psychomedisch centrum in Den Haag. Het secretariaat van het Netwerk wordt nu verzorgd door Charlot Ris-de Wolf. Adreswijzigingen van netwerk, informatie over het Netwerk, verzoeken om informatiepakketten en andere vragen worden door haar behandeld. Haar telefoonnummer is 070-313 43 04, haar e-mail adres is c.de.wolf@parnassia.nl. De inhoud van de website van GGZ Delfland wordt vanaf heden verder ge-updated via www.adhdbijvolwassenen.nl, de website van afdeling en kenniscentrum ADHD bij volwassenen van Parnassia. Daar zullen net als voorheen de nieuwsbrieven van het Netwerk, artikelen, informatie over het Netwerk, links, contactadressen, een screeningslijst en de patiëntenfolder van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie te vinden zijn. De website is sinds 22 november online en uitgebreid met de rubrieken Veel gestelde vragen, symposia/curricula, artikelen online en andere publicaties. Daarnaast wordt binnenkort de complete Netwerklijst op de website geplaatst.

Redactie: Sandra Kooij, psychiater
Parnassia psycho-medisch centrum,
Tasmanstraat 188b, 2518 PV Den Haag.
Telefoon: 070-313 43 00.

Met medewerking van:

Ineke de Noord arts / onderzoeker,
Parnassia psycho-medisch centrum;
Nannet Buitelaar, psychiater Altrecht.
Lay-out en drukwerk: EconoPrint B.V.
Marjolein Timmer,
Parnassia psycho-medisch centrum,


Parnassia
PSYCHO-MEDISCH CENTRUM
uw vraag is onze zorg

ADHD
bij volwassenen

Ik heb het niet

Column door Ineke de Noord

Hij kwam mijn kamer binnen samen met zijn vrouw. 'Ik heb het niet', begon hij, 'maar zij (daarbij wijzend op zijn vrouw) wil dat ik mij laat onderzoeken'. Hij was rond de dertig, getrouwd en had twee kinderen. De oudste van de twee was hyperactief en brak de boel thuis en op school haast af. Tussen de beide echtelieden waren forse relatieproblemen. Tot zover geen reden voor hem om aan ADHD te denken. Hij had het niet, maar vijf jaar geleden had hij het plan opgevat om een nieuwe keuken te installeren. Dat kon je gerust zelf doen en hij was een handige klusser. Tenminste, als het ervan kwam. Vijf jaar geleden was de oude keuken verwijderd. Dat ging snel. De nieuwe was besteld en gearriveerd, maar tot op heden nog niet geïnstalleerd. Daar waren allerlei redenen voor die buiten de man om gingen. Zo was er altijd wat. De rekeningen moesten betaald worden, de boodschappen moesten gedaan worden en nog zoveel meer. Het was er gewoon nog niet van gekomen. Ze wisten nu al vijf jaar af in een teiltje dat buiten gelegeerd werd en bij een kraantje in de badkamer gevuld werd. Alles went ... Volgens de ouders die ik middags sprak was hij altijd een leuke, spontane jongen geweest die goed mee kon komen op school. Pas nadat hij zijn vrouw had leren kennen en uit huis was gegaan waren er problemen ontstaan. Dat kon toch niet aan hun zoon liggen. Hij had het niet. Na zijn middelbare school had hij een academische opleiding gevolgd. Tenminste, het grootste gedeelte. Hij had zijn scriptie niet afgekregen, maar dat kwam vast door zijn vrouw. Die moest zelf zo nodig carrière maken en ondersteunde hem vast niet goed genoeg. Uiteindelijk was hij gaan werken, maar hij kon bij geen enkele baas aarden. De laatste jaren schreef hij columns voor de krant. Het was elke keer weer een race tegen de klok, maar in de nacht voordat de kopij ingeleverd moest worden was het dan toch af. Het gezin haalde dan opgelucht adem en wachtte vol spanning de volgende inleverdatum af. Dat dit alles wel eens een gemeenschappelijke noemer kon hebben was nog niet tot hem doorgedrongen. Hij had het niet. Wellicht heeft hij toch nog wat meer tijd nodig. Zo gaat het soms in het leven.

Netwerklijst op www.adhdbijvolwassenen.nl

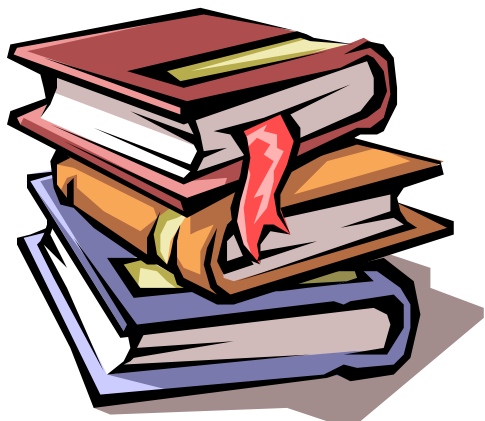
Eind december 2002 is de Netwerklijst met de adressen van de deelnemende psychiaters en psychologen op internet te vinden. Hiertoe is besloten om patiënten en verwijzers beter en sneller van dienst te zijn. Op de vernieuwde ADHD website www.adhdbijvolwassenen.nl van Parnassia zal de Netwerklijst regelmatig worden ge-updated. Degenen die bezwaar hebben tegen vermelding van hun naam in de Netwerklijst op internet hebben gelegenheid dit kenbaar te maken bij Charlot Ris-de Wolf, secretaresse van de afdeling ADHD bij volwassenen van Parnassia, tel. 070-313 43 04 of via de e-mail: c.de.wolf@parnassia.nl.



Afdeling en kenniscentrum ADHD bij volwassenen i.o.

De Afdeling en Kenniscentrum ADHD bij volwassenen (in oprichting) heeft tot doel patiëntenzorg te bieden en te ontwikkelen voor de regio Den Haag, kennis te ontwikkelen door middel van klinische ervaring en wetenschappelijk onderzoek en die kennis actief uit te dragen ten behoeve van de nederlandse GGZ en het publiek. Dit laatste zal vorm krijgen in de vorm van de ontwikkeling van draaiboeken, cursussen en trainingen voor professionals op maat, bijvoorbeeld cursussen diagnostiek, coaching, gebruik van onderzoeksinstrumenten, farmacotherapie, gedragstherapie, etc. Er kunnen cursussen voor behandelteams worden ontwikkeld en op locatie worden gegeven. Ook het publiek wordt voorgelicht met recente informatie uit onderzoek. Doel is uiteindelijk dat alle patiënten met ADHD in hun eigen regio diagnostiek en behandeling kunnen krijgen en dat de informatie over ADHD niet beperkt blijft tot enkele geïnteresseerde professionals of instellingen. Dit doel wordt slechts bereikt door intensieve samenwerking met de patiëntenverenigingen Balans en

Impuls, de Netwerk collega's, de beroepsverenigingen van GGZ professionals en anderen in het veld, het kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en door te participeren in de opleidingen tot psychiater en psycholoog of psychotherapeut. Het is duidelijk dat een dergelijke doelstelling alleen tot stand kan komen met de hulp van alle betrokkenen. Het team van de afdeling ADHD i.o. gaat alvast beginnen.



Zorgprogramma ADHD bij volwassenen verschenen

Sinds september 2002 is het zorgprogramma ADHD bij volwassenen zoals dat door de redacteur van deze nieuwsbrief samen met de gelijknamige werkgroep van GGZ Delfland is ontwikkeld, in boekvorm verschenen met als titel: 'ADHD bij volwassenen. Inleiding in diagnostiek en behandeling'. Ook andere publicaties over ADHD bij volwassenen zagen het licht, waaronder 'AD(H)D, een volwassen benadering', een (draai)boek over coaching van Miquel Santana en Harold Wenning. Het boek 'Volwassenen & ADHD' van Sandra Haafkes & Ineke Venema-Bos is gericht op signalering van ADHD bij volwassenen door huisartsen en de eerste lijn. Alle boeken zijn uitgegeven door uitgeverij Swets & Zeitlinger. Verwacht wordt een uitgave over het draaiboek van de partnercursus van patiënten met ADHD. Bij voldoende belangstelling zullen eventueel engelse boeken worden vertaald, bijvoorbeeld over ADHD bij vrouwen en meisjes.

Verslag Netwerkdag 2002

Door Nannet Buitelaar

Op de jaarlijkse Netwerkdag op 1 november 2002 in Utrecht werden 2 voordrachten gehou-

den, door Patricia van Wijngaarden en Miquel Santana, Regionale Specialististen van het Netwerk in respectievelijk Overijssel en Friesland.

Het opzetten van een ADHD polikliniek in zowel GGZ als Verslavingszorg

Patricia van Wijngaarden vertelde een persoonlijk verhaal hoe zij in Zwolle een ADHD-polikliniek heeft opgezet waar ADHD-patiënten met en zonder verslaving behandeld kunnen worden. Werkzaam in de Verslavingskliniek Zwolle (VKZ) raakte zij geïnteresseerd in patiënten die niet goed te diagnosticeren waren. Na een cursus diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen bij de Rino in Amsterdam, begon ze alle patiënten van de VKZ (zowel op de afdeling als op de polikliniek) te screenen op ADHD en ze vervolgens na de diagnose als zodanig te behandelen. Dit had een positief resultaat: onbehandelbare patiënten bleken opeens behandelbaar. Tevens kwam er een roep om uitbreiding voor de ADHD-patiënten zonder middelenmisbruik. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in de opzet van een ADHD-polikliniek waarin diverse medewerkers werkzaam zijn, allen geschoold in ADHD en verslavingsproblematiek. Bij aanmelding volgt er eerst een schriftelijke screening op ADHD-symptomen en wordt er laboratoriumonderzoek gedaan. Dan volgt er een intake waarbij de ADHD-symptomen worden uitgevraagd. Bij middelenmisbruik wordt er tevens een verslavingsintake gedaan. De behandelmogelijkheden zijn: medicatiecontact, ADHD-groep, systeemgesprekken, individuele coaching, sociale vaardigheidstraining en eventueel dagbehandeling of klinische behandeling. De ADHD aanpak wordt in alle therapieën meegenomen. Het betrekken van meer (artsen/psychiater)-collega's in het project lijkt nog het grootste probleem te zijn. Het integreren van de ADHD-screening en behandeling in het onderwijsprogramma van arts-assistenten psychiatrie in opleiding zou een eerste aanzet kunnen zijn om hier verandering in te brengen. Tijdens de discussie bleek dat er in de VKZ goede resultaten waren met het behandelen van ADHD-patiënten met verslaving met psychostimulantia zoals Ritalin. Dit was verfrissend om te horen daar hulpverleners in de verslavingszorg meestal zeer terug-

houdend zijn met het voorschrijven van stimulantia.

AD(H)D / PDD-NOS: overeenkomsten en verschillen.

Miquel Santana

PDD-NOS behoort tot de groep pervasieve ontwikkelingsstoornissen, ook wel autisme spectrum stoornissen, en lijkt soms erg op AD(H)D. Sinds kort is bekend dat vooral de zogenaamde restgroep, waarbij relatief weinig autistiforme afwijkingen bestaan, het meest samen met AD(H)D voorkomt. Deze restgroep noemt men PDD-NOS (Pervasive Developmental Disorder, Not Otherwise Specified). AD(H)D behoort tot de gedragsstoornissen. De kernsymptomen van AD(H)D zijn: aandachtstekort (concentratiestoornissen), hyperactiviteit en impulsiviteit. De kernsymptomen van PDD-NOS zijn: ernstige, pervasieve beperking in de ontwikkeling van de wederkerige sociale interactie of van de verbale en non-verbale communicatieve vaardigheden; vaak is sprake van stereotiep, rigide gedrag en stereotiepe interesses en activiteiten.

De overeenkomsten

Aandachtstekort bij ADHD kan zich uiten in dagdromen, niet goed luisteren (dus verkeerd reageren en daardoor het ontwikkelen van sociale angst) en niet opletten (dus het missen van nonverbale signalen). Hyperactiviteit bij ADHD kan zich uiten in niet kunnen stoppen met praten, constant in beweging zijn, friemelen, langdurig bezig zijn met een plezieroproepende activiteit (zoals bijvoorbeeld computerspelletjes) en hyperfocus. Impulsiviteit bij AD(H)D kan zich uiten in plots kwaad worden om een kleinigheid, ineens ongepaste opmerkingen maken / lachen en impulsieve woede als men in een plezier oproepende activiteit wordt gestoord.

De beperking in de sociale interactie bij PDD-NOS kan zich uiten in dagdromen (afwezigheid van sociale interactie), verkeerd reageren (dus concluderen anderen: niet goed luisteren) en ineens kwaad worden om een kleinigheid. De beperkingen van de verbale communicatieve vaardigheden bij PDD-NOS kunnen zich uiten in plots ongepaste opmerkingen maken/

lachen en niet kunnen stoppen met praten. Stereotiep gedrag bij PDD-NOS kan zich uiten in langdurig (stereotiep) bezig zijn met plezier oproepende handelingen zoals computerspelletjes en voortdurend friemelen / in beweging zijn (hyperactief?).

De verschillen

AD(H)D patiënten maken minder sociale misers als men oplet, gefocussed is en/of geïnteresseerd is. Mensen met PDD-NOS begrijpen metacommunicatie (dubbele boodschappen / grapjes) slecht en de nonverbale communicatie is bij PDD-NOS slecht ontwikkeld (theory of mind). Bij mensen met AD(H)D is dit meestal geen probleem. De motoriek is verschillend. Het typische rocking en fladderen komt niet voor bij AD(H)D. Patiënten met AD(H)D zijn over het algemeen initiatiefrijk, mensen met PDD-NOS over het algemeen initiatiefarm. Het contact met de onderzoeker is belangrijk om het verschil te kunnen maken. Patiënten met PDD-NOS voelen anders / vreemd aan in het contact, patiënten met AD(H)D voelen normaal aan in het contact. Het is belangrijk om dit ook na te gaan bij ouders, klasgenoten, collega's en partners. Het verschil tussen AD(H)D en PDD-NOS wordt blijkbaar niet alleen gevormd door een aantal opvallende kenmerken. Het gaat vooral om de samenhang en de interpretatie van de kenmerken in het licht van een 'theory of mind'.

Conclusie

AD(H)D en PDD-NOS verschillen vooral in de kwaliteit van het sociale gedrag (vanaf de vroegste jeugd) zoals dit wordt waargenomen door anderen. Verder is het belangrijk om goed naar de motorische hyperactiviteit te kijken om de verschillen te zien. Een diagnose kan dus nooit op afstand (via lijsten of internet) gesteld worden. Ook moeten diagnoses op het eerste gezicht vermeden worden (druk zijn = ADHD, dromerig zijn = PDD-NOS). Om een goed onderscheid te kunnen maken moet je een patiënt horen, zien en ervaren, heteroanamneses afnemen van belangrijke anderen en er de tijd voor nemen. Het hebben van AD(H)D én PDD-NOS is te beschouwen als een dubbele handicap: AD(H)D leidt tot voortdurende chaos en doet een groot beroep op het

improvisatie vermogen van patiënt en omgeving. Mensen met PDD-NOS hebben juist erg veel behoefte aan voorspelbaarheid van gebeurtenissen en mensen, wat door hun 'AD(H)D-kant' steeds wordt onderuit gehaald. Na diagnostiek met behulp van een ontwikkelingsanamnese volgt behandeling, bestaande uit psycho-educatie, medicatie-adviezen, coaching, sociale vaardigheidstrainingen, psychotherapie, relatie- en gezinstherapie. Meer informatie over ADHD en PDD-NOS volgt op het volgende voorjaarscongres (zie hieronder).

Symposium Netwerk ADHD bij volwassenen op voorjaarscongres 2003

Hoewel er de afgelopen jaren steeds cursussen en andere bijdragen waren over ADHD bij volwassenen van Netwerkers op het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, zal het Netwerk zich volgend jaar op 3 april 2003 voor het eerst presenteren met een symposium. Het onderwerp van het symposium is 'Epidemiologie en comorbiditeit van ADHD bij volwassenen'. Er zijn 6 sprekers, met de volgende voordrachten: ADHD en PDD-NOS (Miquel Santana), ADHD en bipolaire stoornis (Catherine Reichart), het opzetten van een ADHD polikliniek in de GGZ en in de Verslavingszorg (Patricia van Wijngaarden), ADHD en verslaving (Pieter Jan Carpentier), epidemiologisch onderzoek naar ADHD bij volwassenen in Nederland (Sandra Kooij) en ADHD en persoonlijkheidsstoornissen (Anne van Lammeren).

Datum: 3 april 2003,
Tijd: van 16.15 tot 17.15 uur
Meer informatie: www.nvvp.net

Eerste lustrum Netwerk in 2003

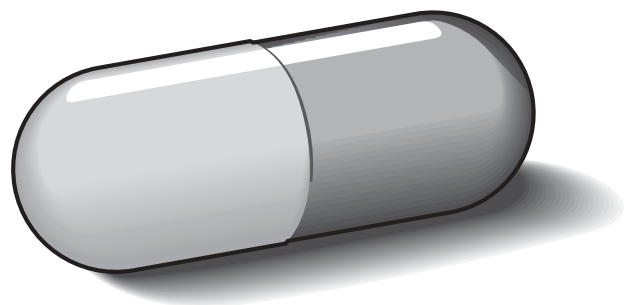
Het Netwerk ADHD bij volwassenen bestaat volgend jaar alweer 5 jaar, reden om het programma van de Netwerkdag uit te breiden tot een algemeen toegankelijk symposium. De datum is al vastgesteld op 1 oktober 2003 en de plaats is Utrecht. Noteer dit vast in de agenda! Over de inhoud van het symposium volgt

bericht in de volgende nieuwsbrief en via www.adhdbijvolwassenen.nl.

OROS-methylfenidaat verwacht in Nederland (Concerta®)

Het beschikbaar komen van het langwerkende OROS - methylfenidaat (Concerta) voor ADHD wordt de eerste helft van 2003 verwacht in Nederland. Het middel is recent geregistreerd voor ADHD bij kinderen en adolescenten. Over de vergoeding moet de minister van VWS beslissen en omdat dit nog 3 tot 4 maanden kan duren, is het middel nog niet beschikbaar voor patiënten en artsen.

OROS - methylfenidaat is omgeven door een harde capsule waaruit via een klein lasergaatje via osmose de stof wordt afgegeven aan het lichaam. De werkingsduur is 10 tot 14 uur. Voordeel voor de patiënt is natuurlijk dat het middel langer werkt en op een constante manier wordt afgegeven. De toediening van



OROS - methylfenidaat kan hierdoor worden beperkt tot eenmaal daags wat voor vergeetachtige kinderen en volwassenen met ADHD is een groot voordeel. De therapietrouw zal hierdoor sterk kunnen verbeteren, met als gevolg een toename van de effectiviteit van het middel. Mogelijk zullen nog wel één of twee avonddoseringen van kortwerkende methylfenidaat nodig zijn. De begin dosering is een capsule van 18 mg/dag. Deze dosering is vergelijkbaar met een dagdosering van 15 mg (3 x 5 mg) methylfenidaat. Vervolgens kan de dosis bij kinderen op geleide van effect en eventuele bijwerkingen worden verhoogd tot 36 mg of 54 mg per dag. Van de farmaceut Janssen / Cilag werd de volgende informatie over het middel ontvangen:

“Aanbevolen dosis-conversie van behandeling met methylfenidaat naar OROS-methylfenidaat:

Huidige dagdosis methylfenidaat 3 x 5 mg methylfenidaat 3 x 10 mg methylfenidaat 3 x 15 mg methylfenidaat	➔	Aanbevolen dosis OROS-methylfenidaat 18 mg eenmaal per dag 36 mg eenmaal per dag 54 mg eenmaal per dag
--	---	---

Een dagelijkse dosis hoger dan 54 mg wordt voor kinderen en adolescenten niet aanbevolen. De juiste dosis voor volwassenen is nog onbekend omdat het middel niet voor deze groep is geregistreerd. In de praktijk wordt in de VS nu ervaring opgedaan met eenmaal daags 54 + 18 mg OROS - methylfenidaat voor volwassenen die nu 50 - 75 mg methylfenidaat gebruiken.

De (relatieve) contra-indicaties zijn (uiteraard) dezelfde als bij methylfenidaat.

OROS-methylfenidaat mag niet worden gebruikt bij kinderen jonger dan 6 jaar omdat de veiligheid en de werkzaamheid in deze leeftijdsgroep niet is vastgesteld. Omdat de OROS - methylfenidaat-tabletten niet vervormbaar zijn en in het maag-darmstelsel niet merkbaar van vorm veranderen, mag het middel doorgaans niet worden toegediend aan patiënten met een bestaande ernstige vernauwing van het maag-darmstelsel of bij patiënten met dysfagie of met ernstige slikproblemen. De patiënt moet erop gewezen worden dat de tabletten OROS - methylfenidaat in hun geheel moeten worden ingenomen met wat vloeistof. De tabletten mogen niet worden gekauwd, gebroken of geplet. Het geneesmiddel bevindt zich in een niet resorbeerbaar omhulsel, dat bedoeld is om het middel op een gecontroleerde wijze af te geven. Het omhulsel wordt uit het lichaam uitgescheiden. De patiënt hoeft zich geen zorgen te maken als hij in zijn stoelgang af en toe iets opmerkt dat op een tablet lijkt. Methylfenidaat wordt snel geabsorbeerd. Na orale inname van OROS - methylfenidaat door volwassenen lost het buitenomhulsel van het preparaat op, met als gevolg een initiële maximale concentratie van het middel na ongeveer 1 tot 2 uur. Het methylfenidaat in de twee inwendige lagen van het middel wordt in de volgende uren geleidelijk afgegeven. De piekplasmaconcentratie wordt na ongeveer 6 tot 8 uur bereikt, waarna de plasmaconcentra-

ties van methylfenidaat geleidelijk dalen.

De toediening van OROS - methylfenidaat eenmaal per dag vermindert de fluctuaties tussen de piek- en dalconcentraties die zich voordoen bij behandeling met driemaal per dag methylfenidaat met onmiddellijke afgifte. De mate van absorptie van OROS - methylfenidaat eenmaal per dag is doorgaans vergelijkbaar met die van conventionele preparaten met directe afgifte. Na toediening van OROS - methylfenidaat in éénmalige dosissen van 18, 36 en 54 mg/dag aan volwassenen waren de C_{max} en de AUC(0-inf) van d-methylfenidaat evenredig met de dosis. Er waren bij patiënten geen verschillen in de farmacokinetische of farmacodynamische parameters van OROS - methylfenidaat bij toediening na een vetrijk ontbijt of op de nuchtere maag.

Wanneer kan ik Concerta krijgen?

Concerta is officieel geregistreerd in Nederland, echter op dit moment nog niet beschikbaar voor artsen en patiënten (niet via een artsenverklaring noch in het kader van onderzoek). Zodra Concerta beschikbaar is, zal de fabrikant Janssen-Cilag B.V. artsen en apothekers hierover informeren.

Vergoeding

Of voor Concerta moet worden bijbetaald, hangt af van de beslissing van de minister.

Kans op verslaving

Van Concerta is bij gebruik bij de behandeling van ADHD geen verslavende werking bekend. Een voordeel van de Concerta tablet is dat hij niet zomaar kan worden gebroken, verkruid of opgelost, omdat de tablet erg hard is. Dit ontmoedigt misbruik van Concerta.

Veiligheid

Uit onderzoek blijkt dat de veiligheid van Concerta vergelijkbaar is met die van het al lang bestaande en bekende kortwerkende methylfenidaat (Ritalin). In de VS en in Engeland waar Concerta al op de markt is, zijn er geen andere of onverwachte bijwerkingen opgetreden.

Zoals voor alle geneesmiddelen geldt, dient ook dit middel op de juiste wijze gebruikt te worden en moeten de aanwijzingen van de arts en de bijsluiter goed worden opgevolgd. In de productinformatie (deel IB-1 en de bijsluiter) staan de mogelijke bijwerkingen beschreven. (De 1B1-tekst is in te zien op de website www.CBG-MEB.nl). (einde tekst Janssen- Cilag).

In de VS zijn al verschillende andere langwerkende preparaten met stimulantia beschikbaar, zoals Metadate, dat werkt via langzame afgifte uit verschillende capsules met polymeren die methylfenidaat in een bifasisch patroon afstaan. De werkingsduur is 8 tot 9 uur en de dosering is 20 mg. Binnenkort wordt in de VS bovendien de registratie verwacht van slow release Adderall XR (een combinatie van amfetamine zouten), Focalin (een D-isomeer van methylfenidaat) en het transdermale Methypatch (methylfenidaat). Hopelijk komen ook voor de Nederlandse patiënten snel meer farmacotherapeutische alternatieven beschikbaar.

Nieuws van CHADD 2002

Sugar and spice, everything nice
Sekseverschillen bij ADHD
Door Ineke de Noord

De jaarlijkse bijeenkomst van de Amerikaanse patiëntenvereniging CHADD werd dit keer in Florida gehouden. Een van de prominente onderwerpen was ADHD bij meisjes en vrouwen. Er is onderdiagnostiek van meisjes en vrouwen met ADHD. Kathleen Nadeau en Patricia Quinn, auteurs van het recente boek 'Gender issues and ADHD', maken zich sterk voor een meer seksspecifieke benadering bij ADHD. Tot voor kort werd gedacht dat de prevalentie van ADHD op volwassen leeftijd bij

mannen en vrouwen (net als bij kinderen) verschilde, maar recent onderzoek heeft aangetoond dat ADHD bij volwassen mannen en vrouwen even vaak voorkomt (Walker, 1999; Faraone et al., 2000, Kooij e.a., in voorbereiding).

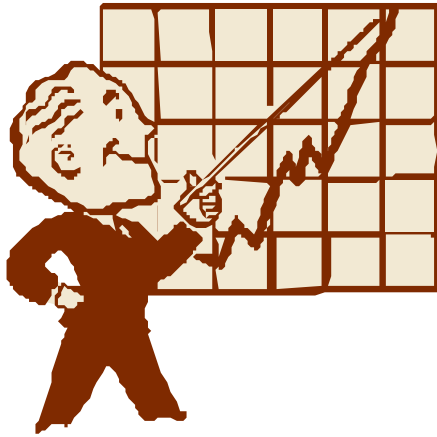
ADHD bij kinderen is altijd onderzocht in geselecteerde groepen. Zo werden vaak klinische populaties onderzocht waarin jongens met hyperactiviteit / impulsiviteit en oppositioneel gedrag oververtegenwoordigd waren (Biederman et al. 1999). Dit heeft geleid tot verwaarlozing van meisjes in onderzoek en tot onderdiagnostiek van meisjes in de klinische praktijk. Omdat de huidige formulering in vragenlijsten voor ADHD gebaseerd is op het gedrag van jongens met deze stoornis, wijzen Nadeau en Quinn op het belang van specifieke zelfrap-



portagelijsten voor meisjes en vrouwen. De door hen ontwikkelde zelfrapportage lijst (Self-Assessment Symptom Inventory, SASI) bespreken zij in hun boek. De SASI is binnenkort in het Nederlands vertaald en zal te vinden zijn op www.adhdbijvolwassenen.nl.

Het lijkt erop dat bij meisjes en vrouwen het inattente subtype van ADHD meer voorkomt. Dit subtype ontwikkelt zich later (aandachtsproblemen worden immers pas manifest als de school eisen gaan stellen aan de concentratie) en valt minder snel op dan de subtypes met hyperactiviteit. Het inattente subtype wordt hierdoor vaak gemist of pas laat gediagnosticeerd. In onderzoek waren bij 43% van de patiënten met het inattente type voor de leeftijd van 7 jaar geen duidelijke symptomen aanwezig (Applegate e.a., 1997).

Bij mannen wordt vaker als primaire diagnose ADHD gesteld, bij vrouwen de diagnosen depressie of angst. Waarom wordt bij vrouwen eerder de primaire diagnose depressie gesteld? Naast de bovengenoemde factoren geven vrouwen zichzelf sneller de schuld van hun falen. Ze internaliseren hun klachten meer



(Brown et al., 1989; Gaub & Carlson, 1997) en ze hebben een lager zelfbeeld (Arcia & Conners, 1998). Er zijn maatschappelijk vaak andere verwachtingen van vrouwen. "We ought to be sugar and spice, everything nice", zoals Nadeau tijdens haar voordracht opmerkte. Vrouwen komen ook sneller in een sociaal isolement terecht. Ze vallen als meisje al sneller buiten de peergroep dan jongens (Berry, Shaywitz & Shaywitz, 1985). Deze afwijzing door de groep neemt ook nog eens toe met de leeftijd (Brown, Madan-Swain & Baldwin, 1991).

Hormonale veranderingen tijdens de puberteit beïnvloeden voorts de emotionele gevoeligheid van vrouwen. Vrouwen met ADHD ontwikkelen zich emotioneel hyper-reactief. Ratey et al. schreef in 1995 over de interactie tussen de veranderende hormoonstatus en ADHD bij vrouwen. Nadeau en Quinn beschrijven een premenstruele toename van ADHD-symptomatologie en meer PMS-klachten bij vrouwen met ADHD. Ook constateren zij een toename van de ADHD symptomatologie gedurende perimenopauze en menopauze onder invloed van de dalende oestrogeenspiegels. Verder onderzoek zal de verbanden tussen hormonen, stemming en ADHD-symptomen moeten verhelderen.

Nadeau en Quinn stellen dat voor vrouwen en meisjes in het algemeen het volgende geldt:

- vaak geringere symptomatologie voor het 7e jaar
- de symptomen nemen eerder toe dan af tijdens de puberteit
- door meer neiging tot gehoorzaamheid aan leraren en internalisatie van de klachten vaker onderdiagnostiek
- vaker angst en depressie in plaats van oppositioneel en agressief gedrag (zoals bij jongens)

- meer kritiek van moeders (en leraren?)
- grotere impact van de klachten door meer problemen met leeftijdgenoten
- meer schaamte en minder sociale acceptatie van ADHD bij meisjes
- doordat de klachten van ADHD geïnternaliseerd worden moet een groter belang aan zelfrapportage worden gehecht, naast de vragenlijsten van ouders en leraren.
- grotere invloed van hormonen vanaf de puberteit dan bij jongens
- meisjes zijn eerder hyperverbaal dan hyperactief

Conclusie

De diagnose AD(H)D wordt nog te weinig bij meisjes en vrouwen gesteld. Vaak presenteren zij zich met angst en/of depressieklachten. Om de diagnostiek te verbeteren is het noodzakelijk dat er meer aandacht aan de andere presentatie van de symptomen bij meisjes en vrouwen wordt besteed en dat gebruik wordt gemaakt van specifieke zelf-rapportage lijsten voor meisjes en vrouwen zoals de SASI (naast de lijsten voor ouders, leerkrachten en partners).

Verdere informatie

Boeken:

- Gender issues and ADHD - Patricia Quinn and Kathleen Nadeau
- Understanding woman with ADHD - Kathleen Nadeau and Patricia Quinn

Beide boeken zijn uitgegeven door Advantage Books.

Internet:

www.ncgiadd.org
www.addvance.com

Nieuwe medicatie Door Ineke de Noord

Tijdens de CHADD conferentie werd duidelijk dat de beschikbaarheid van psychofarmaca voor ADHD in Amerika en Nederland wel erg ver uit elkaar ligt. Behandeling met langwerkende preparaten is in de VS algemene praktijk. Instelling op een psychostimulans gebeurt met een kortwerkend middel, maar daarna kan de patiënt zo worden overgezet op een langwerkend preparaat. Gelukkig wordt

binnenkort in Nederland OROS - methylfenidaat geïntroduceerd. Naast dit middel zijn er nog veel meer andere langwerkende middelen op de markt of in aantocht in Amerika. Een aantal middelen lijkt veelbelovend voor de behandeling van ADHD maar bevindt zich nog in de onderzoeksfase.

De behandeling van ADHD met psychofarmaca is inhoudelijk niet anders. Er wordt gestart met psychostimulantia (kortwerkend → langwerkend). Als tweede keus worden antidepressiva voorgeschreven en eventueel kunnen antihypertensiva toegevoegd worden (clonidine, guanfacine). Er wordt nog steeds van dopaminerge of noradrenerge werkingsmechanismen uitgegaan bij de huidige medicatie voor ADHD. Onderzocht worden momenteel ook cholinerge middelen.



Eén van de recent geregistreerde, niet-stimulerende middelen is atomoxetine (Strattera®), dat naast effect op de ADHD-symptomen ook effect lijkt te hebben op de stemming. In november 2002 werden de resultaten van een studie gepubliceerd waarbij het effect van eenmaal daags atomoxetine vergeleken werd met placebo (Michelson, Allen, Busner ea, Am J Psych 2002).

Onderzoeksgroep en respons

Er werd een groep onderzocht van 171 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 10 jaar. Ze kregen gedurende 6 weken atomoxetine of placebo. De verdeling jongens/meisjes was binnen beide groepen gelijk (70,6% versus 29,4%). De groepen waren vergelijkbaar wat betreft overige demografische gegevens en de ernst van de symptomatologie. De meeste patiënten hadden het inattente of gemengde subtype van ADHD. 48 patiënten uit de atomoxetinesgroep en 46 patiënten uit de placebogroep waren eerder behandeld met een psychostimulans. De enige comorbide diagnose was een oppositionele gedragsstoornis.

Atomoxetine werd de eerste drie dagen in een dosering van 0,5 mg/kg/dag eenmaal daags gegeven. Gedurende de rest van de eerste week werd de dosis opgehoogd naar 0,75 mg/kg/dag. Na de eerste week werd 1,0 mg/kg/dag gegeven. Na 4 weken werd aan de hand van de Clinical Global Impression (CGI) de dosis eventueel verhoogd naar 1,5 mg/kg/dag. De ernst van de symptomen in de atomoxetinesgroep nam significant af ten opzichte van de placebogroep ($p < .001$). Zowel de aandacht, de hyperactiviteit als de impulsiviteit reageerden goed op atomoxetine. Er was slechts geringe uitval uit de studie. Twee patiënten uit de atomoxetinesgroep vielen uit wegens bijwerkingen en één uit de placebogroep (wegens emotionele labiliteit). Vooral gastrointestinale bijwerkingen werden gerapporteerd.

Conclusie

Eenmaal daags doseren van atomoxetine liet goede resultaten zien. De symptomen bleken ook aan het eind van de dag niet toegenomen te zijn. Eenmaal daags doseren lijkt dus net zo effectief te zijn als het eerder onderzochte tweemaal daags doseren. Het middel wordt goed verdragen. Deze studie laat zien dat atomoxetine effectief is ten opzichte van placebo bij een grote groep kinderen en adolescenten met ADHD. Helaas is nog niet dubbelblind onderzocht wat het effect van atomoxetine is vergeleken met methylfenidaat en hoe de respons is bij volwassenen en bij patiënten met meer comorbiditeit. Meer onderzoek is nodig.

Impact van ADHD en behandeling op middelenmisbruik

Door Ineke de Noord

Er is een enorme overlap tussen ADHD en middelenmisbruik. Veel misbruikers van middelen hebben ADHD. ADHD met of zonder comorbiditeit is een risicofactor voor middelenmisbruik. 'They stick together like superglue' volgens Timothy E. Wilens.

Ouders met ADHD en middelenmisbruik hebben een enorme invloed op het toekomstige middelenmisbruik van hun kinderen (Wilens ea, Am J Addict 2002). Ook is uit onderzoek gebleken dat volwassenen met ADHD op jongere leeftijd middelen gaan misbruiken

(Wilens ea, J Nerv Ment Dis, 1997). De start van middelenmisbruik ligt gemiddeld op 19 tot 22 jaar; bij ADHD begint het misbruik al op 12 tot 16 jarige leeftijd. Wanneer er sprake is van comorbiditeit is de aanvangsleeftijd nog jonger.

Hoe kun je nu voorkomen dat patiënten met ADHD verslaafd raken? Je kunt beginnen door aan ouders en jongeren met ADHD voorlichting te geven. De preventieve voorlichting moet al op 10 tot 12 jarige leeftijd beginnen. Het is daarbij van belang dat je de adolescent soms een aantal keren apart moet zien om het gebruik beter in kaart te kunnen brengen.

Bij de behandeling is het van belang om eerst het middelenmisbruik te stabiliseren, pas daarna kan de ADHD en de comorbiditeit beter worden behandeld.

De farmacotherapie kent drie mogelijkheden. Naast het gebruik van antidepressiva (bupropion, tricyclische middelen en wellicht atomoxetine) worden stimulantia gebruikt zoals pemoline (niet in Nederland verkrijgbaar), methylphenidaat of amfetamine-achtigen. Dan zijn er nog alternatieven zoals antihypertensiva (clonidine, guanfacine) en combinatietherapieën. Er is inmiddels onderzoek gedaan naar het gebruik van bupropion bij volwassenen met middelenmisbruik en ADHD (Levin FR, ea, J Addict Dis 2002; Prince JB ea, presented at 115th APA Annual meeting, 2002). Hieruit blijkt dat de ernst van de ADHD-symptomen met bupropion in geringe mate afnam, evenals het middelenmisbruik. Gebruik van het stimulans pemoline liet een forse afname van de ADHD-symptomen zien, maar geen verandering in het middelenmisbruik (Riggs PD, ea, presented at the 48th AACAP Annual Meeting, 2001). Er zijn enkele kleine studies gedaan met methylfenidaat bij cocaïnegebruikers. Deze laten zien dat de ADHD-symptomen en de craving afnemen. Het gebruik van cocaïne neemt iets af (Levin FR ea, J Clin Psychiatry 1998 en Grabowski J ea, J Clin Psychofarmacol. 1997). Punten van aandacht bij de behandeling zijn verder de vaak wat over-optimistische verwachtingen, de geringe compliance, het gevaar van misbruik van medicatie, de diversiteit van de medicatie. Uit meta-analyse van verschillende onderzoeken is gebleken is dat het behandelen van ADHD het risico op verslaving doet afnemen (Wilens ea, Pediatrics, in press). Wanneer ADHD adequaat wordt behan-

deld, neemt het risico op verslaving met de helft af. Dit risico is dan bij jongeren met en zonder ADHD even groot. Bij deze meta-analyse werden alleen lange termijn studies onderzocht van 4 jaar of langer. Opgemerkt dient te worden dat bij deze studies vrijwel alleen mannen werden onderzocht. Er moet nog meer onderzoek verricht worden naar de lange termijn effecten van behandeling van ADHD en het risico op middelenmisbruik, evenals onderzoek bij zowel mannen als vrouwen.

Vaker gebruik van alternatieve geneeswijzen door ouders van kinderen met ADHD

Recent is gepubliceerd over een vergelijkend onderzoek naar het gebruik van alternatieve geneeswijzen door ouders van kinderen op een lagere school (n=1615)(Bussing ea, Psychiatr. Serv. 2002;53:1096-1102). Hoewel voor kinderen met ADHD evidence-based behandelingen bestaan, wordt ook vaak gebruik gemaakt van alternatieve behandelingen waarvan de effectiviteit niet is vastgesteld. Ouders van kinderen met ADHD, ouders van kinderen bij wie ADHD werd vermoed, en ouders van kinderen met andere problemen (n=822) werden vergeleken wat betreft hun gebruik van alternatieve geneeswijzen, waaronder gebedsgenezing. Resultaten lieten zien dat ouders van kinderen met ADHD significant vaker gebruik maakten van alternatieve geneeswijzen (12%), vergeleken met ouders van kinderen bij wie ADHD werd vermoed (7%) en met ouders van kinderen met andere problemen (3%). Gebedsgenezing was toegepast bij 4% van de in totaal 822 kinderen. Voorspellers voor het gebruik van alternatieve behandeling waren het hebben van een kind met de diagnose ADHD of een vermoeden van die diagnose, en het gebruik van Internet als bron van informatie. Conclusie van de onderzoekers was dat behandelaren bij ouders en patiënten vaker zouden moeten informeren naar het gebruik van alternatieve behandelingen. Patiënten en ouders zouden beter voorgelicht moeten worden over reguliere behandelingen voor ADHD waarvan de effectiviteit en veiligheid is vastgesteld in onderzoek.

Recente publicaties over ADHD bij volwassenen

Nederlandstalige boeken

1. Aandacht, een kopzorg? Over het leven met ADHD/ADD
Kathleen G. Nadeau.
Lisse, Swets &Zeitlinger BV. 1999
2. Ze noemen het AD(H)D
Anne Dekker.
Swets & Zeitlinger BV. 2000
3. In kort bestek. ADHD bij volwassenen
Sandra Kooij en Arga Paternotte.
Uitgave Vereniging Balans. 2001
Tel. 030 - 225 50 50/51
4. ADHD bij volwassenen. Inleiding in diagnostiek en behandeling
J.J. Sandra Kooij
Swets & Zeitlinger BV. 2002
5. Volwassenen & ADHD
Sandra Haafkes & Ineke Venema-Bos
Swets & Zeitlinger BV. 2002
6. AD(H)D, een volwassenen benadering
Harold Wenning & Miquel Santana e.v. Kloek
Swets & Zeitlingers BV. 2002
7. ADHD: De complete gids voor kinderen en volwassenen
Thom Hartmann, vertaling Philippe Lenaers
Epo, België, 2002

Folders/brochures

1. N.F.G.V.
ADHD bij kinderen en volwassenen.
Als chaos het leven beheerst. 2002
Tel. 030 - 297 11 97
2. Trimbos Instituut
ADHD bij volwassenen. Informatie voor cliënten, familie en andere betrokkenen.
2002. Tel. 030 - 297 11 00
3. NVvP
ADHD bij volwassenen. 2002
Te bestellen via www.nvvp.net;
in te zien via www.adhdbijvolwassenen.nl

Internetsites

www.balansdigitaal.nl
www.adhdbijvolwassenen.nl
www.psychiatrienet.nl
www.adhd.nl
www.hello.to/hersenstorm

www.adhd.pagina.nl
www.addwarehouse.com
www.add.org
www.chadd.org
www.nvvp.net