

NETWERK ADHD BIJ VOLWASSENEN

Nieuwsbrief nr. 9 • jaargang 6 • april 2004 • www.adhdbijvolwassenen.nl



Netwerknieuws

In deze nieuwsbrief

- Netwerk Nieuws 1
- DAT Transporter bij ADHD 2
- Column: Concerta alleen voor de rijken? 4
- ADHD bij jongvolwassenen 5
- ADHD of borderline? 9
- Juvenile mania: misschien toch meer dan een curiosum? 12
- Agenda 16

Het Netwerk ADHD bij volwassenen is het laatste half jaar gegroeid met 86 deelnemers tot 276. Veel nieuwe netwerkers zijn afkomstig uit de verslavingszorg en hebben de cursus 'Diagnostiek en behandeling van ADHD bij verslaving' gevolgd, die georganiseerd werd door het Trimbos Instituut in samenwerking met het Kenniscentrum ADHD bij volwassenen van Parnassia, psycho-medisch centrum.

Het is verheugend dat de verslavingszorg nu ook actief is op het gebied van ADHD. Veel patiënten met ADHD gebruiken immers alcohol en drugs. Met behandeling van

ADHD (en de comor-

bide stoornissen) kan wellicht beter abstinentie worden bereikt dan in het verleden het geval was. Op 9 december 2004 zal het project 'ADHD bij verslaving' worden afgesloten met een symposium. Informatie zal ter zijner tijd verkrijgbaar zijn via www.trimbos.nl en www.adhdbijvolwassenen.nl.



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

Met medewerking van:
Nannet Buitelaar
Pieter Jan Carpentier
Marije de Kruiff
Ineke de Noord
Steven Stes

Lay-out en drukwerk:
Cachet
Jackie Gannon
afdeling Communicatie

Parnassia, psycho-medisch centrum

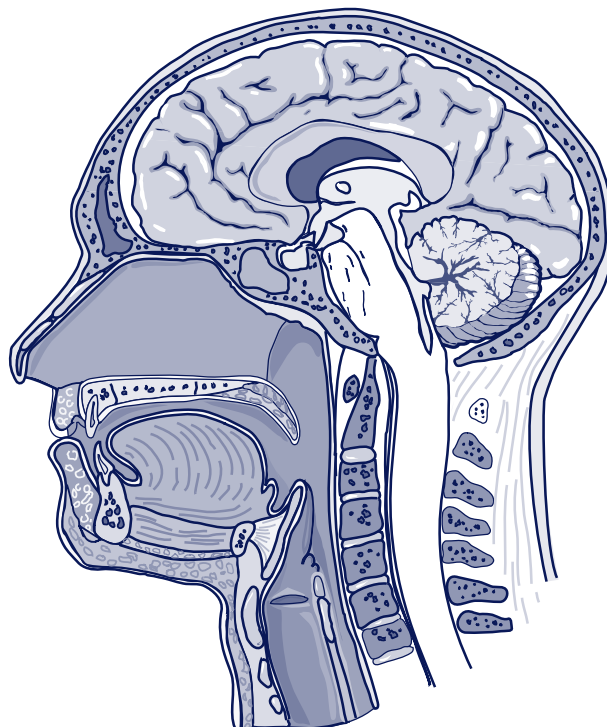


De Dopamine Transporter (DAT) bij ADHD

Steven Stes

ADHD is een typisch voorbeeld van een bio-psycho-sociale stoornis met een complexe relatie tussen genetica en omgevingsfactoren (die ook weer zowel biologisch als psycho-sociaal bepaald worden) (1, 2). De erfelijkheid wordt geschat op 75 tot 90% (1 op de 3). Ouders van kinderen met ADHD hebben zelf 2 tot 8 maal verhoogde kans op ADHD, broers en zussen 3 tot 5 maal hogere kans (2). Steeds meer onderzoeksgegevens tonen de biologische basis van ADHD aan en suggereren deficits in verscheidene hersengebieden en neurotransmittersystemen, vooral dopamine- en noradrenalinestystemen (3-6). Genetisch onderzoek is hiervan slechts één onderdeel, maar wel een hele belangrijke. Steeds meer onderzoek probeert dan ook moleculair genetisch onderzoek te koppelen aan data uit ander neurobiologisch onderzoek (beeldvormend onderzoek van de hersenen, neuropsychologische studies, diermodellen). Zo hebben theorieën over disfunctie van de dopaminesystemen bij ADHD (7-10) samen met de klinische effectiviteit van stimulantia (die op dopamine- en noradrenalinesystemen inwerken) met succes geleid tot moleculair genetische studies naar de associatie tussen ADHD en bepaalde varianten van dopaminogenen (11). De meeste bevindingen tonen alvast een associatie met een variant van het dopaminetransportergen (DAT1) en het dopaminereceptor D4 gen (DRD4) (1, 5, 11). Omgekeerd hoopt men door moleculair onderzoek naar andere genen in de toekomst nieuwe farmacologische behandelingen te ontwikkelen die ingrijpen op de neurochemische systemen waarbij de genen betrokken zijn (2).

Het onderzoek naar de DAT (dopamine-transporter) is een mooi voorbeeld van het samenkomen van genetisch, beeldvormend en klinisch onderzoek. De bevinding uit genetisch onderzoek dat een variant van het DAT gen geassocieerd is met ADHD, lijkt bijzonder relevant omdat methylfenidaat (Ritalin®, Concerta®) op dit ogenblik de best onderbouwde en meest effectieve medicamenteuze behandeling voor ADHD is (13) die deze dopaminetransporter blokkeert (12). Naast argumenten uit genetisch onderzoek lijkt een rol voor de DAT in de pathofysiologie van ADHD nog meer waarschijnlijk, nu functioneel beeldvormend onderzoek aantoont dat bij mensen met ADHD de densiteit van de DAT verhoogd is in bepaalde hersenregio's (14-17). Een mo-



gelijke conclusie uit deze onderzoeken is dat het verhoogde niveau van de DAT bij ADHD patiënten een afname veroorzaakt van de synaptische en extra-synaptische beschikbare dopamine (10). De therapeutische effecten van methylfenidaat worden verondersteld gerelateerd te zijn aan de capaciteit om deze extra-synaptische dopamine te verhogen (18, 19) en hiermee de dopaminerge neurotransmissie te versterken (18). Zoals meestal het geval is, is het plaatje hiermee echter niet volledig, daar de mate van DAT blokkade waarschijnlijk niet de enige factor is die de sterkte van de respons op methylfenidaat bepaalt (18). Ook individuele verschillen in dopaminereactiviteit beïnvloeden waarschijnlijk deze respons. De mate waarin de dopamineconcentratie toeneemt na toediening van methylfenidaat zou kleiner zijn bij mensen met een lage dopaminerge reactiviteit en hoger bij hen met een hoge reactiviteit (18). Dit kan een mogelijke verklaring zijn voor individuele verschillen in respons op methylfenidaat: sommige mensen zijn goed geholpen met een lage dosis, anderen hebben hogere doses nodig en weer anderen reageren (zo goed als) niet (18).

Om dit verhaal te beëindigen wil ik nog graag wijzen op mogelijke ontwikkelingen in de toekomst op diagnostisch gebied. Op dit moment is de diagnose ADHD een klinische diagnose, gebaseerd op het levenslange verhaal van de patiënt en zijn omgeving. Veel discussie blijft bestaan over de betrouwbaarheid van zo'n kli-

nische diagnose en over het deels subjectieve karakter van het evalueren van symptomen en disfunctioneren. Hoewel er op dit ogenblik nog steeds geen biologische 'marker' bestaat die de diagnose van ADHD kan 'objectiveren', hopen sommigen dat functionele beeldvorming van de densiteit van de DAT in de toekomst een dergelijke rol zou kunnen vervullen (20).

Tot slot: nog afgezien van eventuele diagnostische waarde, wijst zowel het genetisch als het functioneel beeldvormend onderzoek naar de DAT op verdere evidentie voor de rol van afwijkingen in het dopaminesysteem bij mensen met ADHD. Dit is een aansporing om verder onderzoek te doen naar de genetische basis van ADHD en deze bevindingen te koppelen aan ander neurobiologisch onderzoek, om zo te helpen bij het verbeteren van de klinische praktijk, zowel op diagnostisch als therapeutisch gebied.

Referenties

1. Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV: Overview and neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 Suppl 12:3-9
2. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, Findling RL, Fisman S, Greenhill LL, Huss M, Kusumakar V, Pine D, Taylor E, Tyano S: International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004; 14(1):11-28
3. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJ, Jensen PS, Cantwell DP: Attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 1998; 351(9100):429-33
4. Swanson J, Castellanos FX, Murias M, LaHoste G, Kennedy J: Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Curr Opin Neurobiol* 1998; 8(2):263-71
5. Faraone SV, Biederman J: Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 1998; 44(10):951-8
6. Tannock R: Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39(1):65-99
7. Sagvolden T, Sergeant JA: Attention deficit/hyperactivity disorder—from brain dysfunctions to behaviour. *Behav Brain Res* 1998; 94(1):1-10
8. Levy F: The dopamine theory of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Aust N Z J Psychiatry* 1991; 25(2):277-83
9. Levy F, Swanson JM: Timing, space and ADHD: the dopamine theory revisited. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35(4):504-11
10. Solanto MV: Dopamine dysfunction in AD/HD: integrating clinical and basic neuroscience research. *Behav Brain Res* 2002; 130(1-2):65-71
11. Swanson JM, Flodman P, Kennedy J, Spence MA, Moyzis R, Schuck S, Murias M, Moriarity J, Barr C, Smith M, Posner M: Dopamine genes and ADHD. *Neurosci Biobehav Rev* 2000; 24(1):21-5
12. Volkow ND, Wang G, Fowler JS, Logan J, Gerasimov M, Maynard L, Ding Y, Gatley SJ, Gifford A, Franceschi D: Therapeutic doses of oral methylphenidate significantly increase extracellular dopamine in the human brain. *J Neurosci* 2001; 21(2):RC121
13. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J: Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24(1):24-9
14. Dresel S, Krause J, Krause KH, LaFougere C, Brinkbaumer K, Kung HF, Hahn K, Tatsch K: Attention deficit hyperactivity disorder: binding of [99mTc]TRODAT-1 to the dopamine transporter before and after methylphenidate treatment. *Eur J Nucl Med* 2000; 27(10):1518-24
15. Krause KH, Dresel SH, Krause J, Kung HF, Tatsch K: Increased striatal dopamine transporter in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder: effects of methylphenidate as measured by single photon emission computed tomography. *Neurosci Lett* 2000; 285(2):107-10
16. Cheon KA, Ryu YH, Kim YK, Namkoong K, Kim CH, Lee JD: Dopamine transporter density in the basal ganglia assessed with [123I]IPT SPET in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2003; 30(2):306-11
17. Krause KH, Dresel SH, Krause J, La Fougere C, Ackenheil M: The dopamine transporter and neuroimaging in attention deficit hyperactivity disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2003; 27(7):605-13
18. Volkow ND, Swanson JM: Variables that affect the clinical use and abuse of methylphenidate in the treatment of ADHD. *Am J Psychiatry* 2003; 160(11):1909-18
19. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Ding YS, Gatley SJ: Role of dopamine in the therapeutic and reinforcing effects of methylphenidate in humans: results from imaging studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002; 12(6):557-66
20. Schuster L: PET, SPECT Studies Find More Evidence of Dopamine's Role in ADHD. *Medscape Medical News* 2003

Behandeling met Concerta® alleen voor de rijken?

De gefrustreerde behandelaar
Ineke de Noord

Het is nu een jaar geleden dat Concerta® geïntroduceerd is in Nederland. Het wordt steeds duidelijker welke belangrijke bijdrage deze langwerkende medicatie heeft bij de behandeling van ADHD. Toch kan het nog steeds niet bij een ieder worden voorgeschreven vanwege het feit dat het nog steeds niet vergoed wordt. Wat nu te doen in de volgende situatie.....

'Stel je bent behandelaar en hebt iemand in behandeling met ADHD. Deze cliënt is nogal chaotisch en ook de behandeling verloopt in het begin chaotisch. Medicamenteus start je met Ritalin®, maar daar kom je gauw op terug. Wanneer hij de medicatie inneemt werkt het goed, maar daar zit hem ook direct de kneep. De cliënt is zo chaotisch dat het hem met geen mogelijkheid lukt om de dosis correct in te nemen. Hij vergeet minimaal één dosis per dag en slaat soms hele dagen over. Hij doet zijn best, wil graag, maar het lukt hem niet. Je weet zeker dat hij erg gemotiveerd is want hij wil nu graag zijn opleiding afmaken en hij weet dat dit alleen lukt wanneer hij beter geconcentreerd is.

Er gloort licht aan de horizon, want dan komt Concerta® op de markt. Je licht je cliënt voor en het blijkt dat hij verzekerd is bij een maatschappij die dit vergoed. Prachtig, nu kun je hem gaan instellen op Concerta® want hij heeft het niet breed met alleen een studiebeurs.

Zo geschiedt. Na enige tijd zie je de cliënt weer. Eenmaal per dag medicatie innemen is iets wat bij hem nét haalbaar is. De meeste dagen heeft hij het dan ook ingenomen. Het gaat ook iets beter met hem. Natuurlijk is hij nog niet van zijn ADHD af, maar langzamerhand krijgt hij meer controle over zichzelf. Hij maakt steeds betere vorderingen bij zijn coach en de studieachterstand wordt iets ge-



ringer. De dosis wordt verhoogd en je maakt een vervolgspraak. De verbetering blijft, maar het lijkt erop dat de dosis wellicht nog iets hoger kan. Dan blijkt het volgende. De verzekeringsmaatschappij heeft besloten het middel niet langer te vergoeden en hij moet het nu weer zelf gaan betalen. Je stelt voor om weer Ritalin® voor te schrijven, maar de cliënt geeft zelf aan dat, gezien zijn eerdere ervaringen, dat geen optie is. Hij wil Concerta® blijven gebruiken, maar de dosis zal beperkt moeten blijven vanwege zijn beperkte budget.'

Als behandelaar kan ik dit niet begrijpen, noch uitleggen aan mijn cliënten. Bezuinigen zijn soms een onontkoombaar kwaad, maar dit levert toch niemand iets op. Integendeel, wanneer de medicatie wel vergoed zou worden dan studeert hij eerder af, heeft hij eerder een baan, kan hij eerder zijn studieschuld aflossen, levert hij eerder zijn bijdrage aan de maatschappij, kan hij eerder uit behandeling, voelt hij zich lekkerder, is zijn omgeving minder bezorgd, is hij zelfstandiger.....

Iedereen vaart daar wel bij en inderdaad, ook de farmaceutische industrie. Niets mis mee, zeker niet als ze de prijs terugbrengen tot normale proporties. Ik ben benieuwd of de Commissie Farmaceutische Hulp er ook zo over denkt.

ADHD bij jongvolwassenen

Nannet Buitelaar

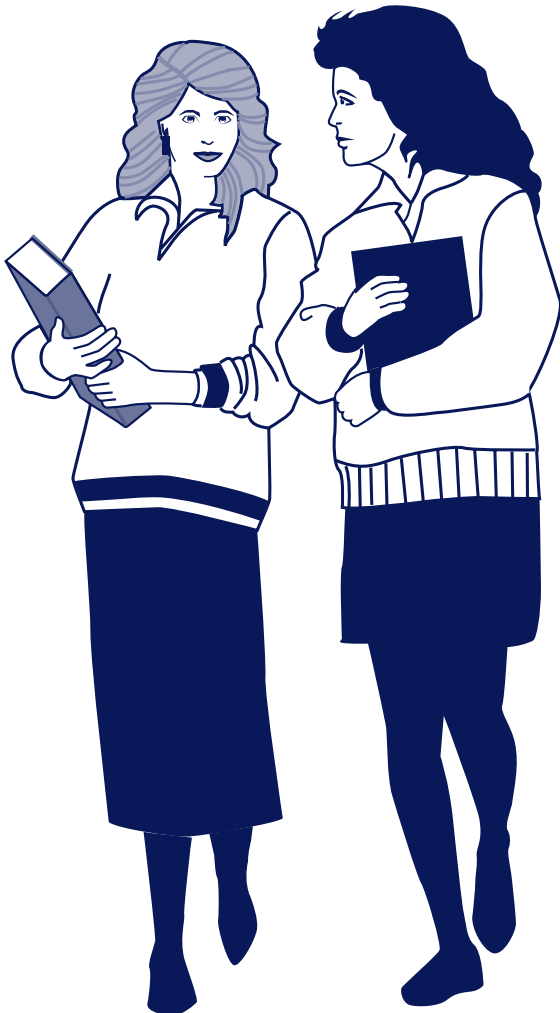
Definiëring begrip jongvolwassenen

In de Amerikaanse literatuur wordt het begrip adolescentie gebruikt voor de leeftijdsgroep van 13 tot 18 jaar. In de Europese literatuur wordt het begrip adolescentie gebruikt voor de leeftijdsgroep van 13 tot 21 jaar en het begrip jongvolwassenheid voor de leeftijdsgroep 21 tot 25 jaar. De doelgroep waar ik het in dit artikel over heb betreft de leeftijdsgroep van 18 tot 24 jaar. Officieel gaat dit dus deels over de adolescentie en deels over de jongvolwassenheid. Voor het leesgemak zal ik in dit artikel spreken over jongvolwassenen om de doelgroep 18 tot 24 jaar aan te duiden.

Ontwikkelingspsychiatrie in de jongvolwassenheid

In de jongvolwassenheid komen drie groepen van psychopathologie voor (Meerdinkveld-boom, 2001):

- Psychopathologie die voortduurt vanaf de kindertijd of daarin latent aanwezig was en



ge(re)activeerd wordt en/of nieuwe problemen met zich meebrengt in de periode van de jongvolwassenheid (zoals bijvoorbeeld ADHD, leerstoornissen, communicatiestoornissen, pervasieve ontwikkelingsstoornissen).

- Psychopathologie met begin in de volwassenheid die, al dan niet geluxeed door het proces van de jongvolwassenheid, zich nu voor het eerst presenteert. Alle vormen van psychopathologie kunnen voor het eerst optreden in de periode van de jongvolwassenheid waarbij het soms lang onduidelijk is en blijft wat de stoornis is. Denk bijvoorbeeld aan de prodromale fase van schizofrenie of van de bipolaire stoornis.
- Psychopathologie die voortvloeit uit een pathologisch verlopend proces van de jongvolwassenheid zelf. Dit gaat meestal over gestoord verlopende separatie-individuatie processen. Zie hiervoor verder de ontwikkelingspsychologie.

Ontwikkelingspsychologie

Om de periode van de jongvolwassenheid goed te kunnen begrijpen is het noodzakelijk om kennis te hebben van theorieën uit de ontwikkelingspsychologie. Ook kennis van eerdere fasen (voorafgaand aan de jongvolwassenheid) is belangrijk omdat als eerdere fasen niet goed verlopen zijn dit problemen geeft in de jongvolwassenheid. Ik zal in dit artikel slechts op een paar belangrijke aspecten ingaan:

- De cognitieve ontwikkeling (volgens Piaget) verloopt in een aantal opeenvolgende stappen waarin de laatste fase die van het formeel operationele denken is. Dit formele denken leidt tot het formuleren van idealen, doch ook tot zelfreflectie. Dit proces leidt, in samenhang met lichamelijke veranderingen (hormonale veranderingen waardoor een toename van seksuele en agressieve impulsen) tot een relatieve egozwakte waarbij de jongvolwassene zich beangstigd en onzeker kan voelen, verschijnselen in zijn lichaam en in zijn fantasiewereld onverklaarbaar vindt en geneigd is zich wat meer terug te trekken of tot ageren.
- De objectrelatietheorie (onder andere ontwikkeld door Kernberg) is een theorie waarbij de tussenmenselijke relatie centraal staat in de ontwikkeling van het kind. Een objectrelatie heeft drie aspecten: het beeld van een ander (objectrepresentatie), het beeld van zichzelf in de omgang met die ander (zelfrepresentatie) en de gevoelsmatige

- kleuring van die omgangservaring (affect). Het kind maakt zich deze aspecten eigen door introjectie, identificatie en de vorming van ego-identiteit. In de eerste separatie-individuatiefase vinden deze processen plaats, in de jongvolwassenheid volgt de tweede separatie-individuatiefase waarin dit nog eens dunnetjes over wordt gedaan. In de jongvolwassenheid moet er in de relaties met de ouders een 'object-removal' plaatsvinden, weg van de ouders en in de richting van leeftijdsgenoten. De separatie van de ouders behelst niet zozeer een afscheid, maar meer een differentiatie en afgrenzing van de relatie met de ouders naar wat meer gelijkwaardigheid. Waar de eerste separatie met name op symbolisch niveau plaatsvond moet de tweede separatie meer feitelijk worden geëffectueerd. De tweede fase is ook een inhaalbaarheid om het zich losmaken van de ouders of andere betekenisvolle volwassenen alsnog te toetsen en op een effectieve en goede wijze te laten verlopen.
- De ontwikkeling van de identiteit (volgens Ericson) verloopt via een aantal fundamentele conflicten, waarbij de ontwikkeling telkens een beslissende wending neemt. Bij de pasgeborene gaat het om wantrouwen versus vertrouwen, bij de peuter gaat het om het wel of niet ontplooiën van eigen gedachten, gevoelens en gedragingen (autonomie), bij de kleuter gaat het om het al of niet initiatief mogen en durven nemen, bij het basisschoolkind gaat het om een keuze tussen werklust en grote inzet versus passiviteit uit een gevoel van minderwaardigheid. Al deze conflicten kunnen in de jongvolwassenheid weer opnieuw actief worden. De belangrijkste ontwikkelingsopgave in de jongvolwassenheid is het ontwikkelen van een eigen identiteit. Het 'zelf' is echter nog zo ongevormd dat heftige gevoelens geen plaats kunnen krijgen omdat er als het ware nog geen structuur is om de gevoelens te bevatten. Dit kan zich uiten in overdekking door 'luidruchtige' gedragingen en emoties om gevoeliger/kwetsbaarder materiaal weg te houden (de afweer in dienst van het zelf). Er is een onevenwichtige verhouding tussen superego en id, waardoor opkomende impulsen heftig moeten worden afgeweerd of juist moeten worden uitgeageerd.
 - Bij de ontwikkeling van de moraal komt de jongvolwassene idealiter tot de ontwikkeling van een altruïstische waardenschaal. Hij kan zich beter voorstellen wat de gevolgen van een bepaalde daad voor anderen zijn.

Tegelijk krijgt het zelfconcept meer gestalte en wordt het ideaal-zelf duidelijker. Deze fase kan soms lang duren.

- Ook het gezin maakt in de ontwikkeling van jonge ouders met kleine kinderen naar een gezin met jongvolwassenen grote veranderingen en dus ontwikkelingsfases door (Carter, McGoldrick, 1998). Aanvankelijk zijn de ouders vooral gericht op het bieden van zorg en bescherming, later moeten ze het kind in zijn ontwikkeling meer ruimte geven en autonoom laten worden. Dit vereist onderlinge afstemming tussen ouders en afstemming ten opzichte van het kind. Bij iedere nieuwe fase moeten ook ouders nieuwe vaardigheden leren: grenzen stellen, flexibel kunnen zijn, eisen stellen, coulant kunnen zijn, waarden en normen aanpassen.
- Met betrekking tot de seksuele ontwikkeling vindt er in de jongvolwassenheid een consolidatie plaats van de persoonlijkheid; driftmatige strevingen komen meer op één lijn te liggen met idealen. Seksuele behoeften worden meer beleefd in erotische relaties met andere personen en zijn niet meer uitsluitend gericht op zichzelf. Hiermee moet echter wel geëxperimenteerd worden.

Samenvattend zijn er een aantal kernbegrippen die centraal staan in de ontwikkelingsfase van de jongvolwassene. Dit zijn: relatieve ego-zwakte, separatie-individuatie, eigen identiteit, ideaal-zelf, losmaking van en loyaliteit aan het gezin van oorsprong en de ontwikkeling van de seksualiteit.

ADHD en executieve functies

ADHD wordt in de DSM-IV met name omschreven als een stoornis in de aandacht met of zonder hyperactiviteit en impulsiviteit. Een andere manier om naar ADHD-symptomen te kijken is echter het beschrijven van stoornissen in de executieve functies.

Onder de executieve functies worden verstaan:

- Fluency: het kunnen bedenken van verschillende oplossingen voor hetzelfde probleem.
- Planning: het maken van een plan, het bepalen van stappen die nodig zijn voor het bereiken van een doel, het stellen van prioriteiten en het overzicht houden over het geheel en je niet verliezen in details.
- Werkgeheugen: het vasthouden van de stappen die je moet zetten en het tussentijds evalueren of je nog op de goede weg zit. Maar ook: het in gedachten houden van iets terwijl je iets anders aan het doen bent.
- Set shifting: het wijzigen van je plannen als

je niet meer op de goede weg zit, het overschakelen naar een ander plan of een andere activiteit.

- Inhibitie: het onderdrukken van impulsen van binnenuit en je niet laten afleiden door informatie van buitenaf, waardoor je je kan concentreren op wat je van plan bent te gaan doen. Dit betekent ook remming van gedrag (onvoldoende remming van gedrag leidt tot hyperactiviteit en impulsiviteit).

Deze functies worden met name door de frontaalkwab uitgevoerd. Naast de executieve functies hebben delen van de frontaalkwab ook de functie van emotieregulatie en het reguleren van het niveau van alert-zijn. Bij een verstoring van de emotieregulatie hebben emoties, zorgen, wensen en verlangens een te grote invloed en nemen zodanig de overhand op gedachten en handelingen dat iemand aan niets anders kan denken en zich niet kan concentreren op taken. Dit leidt tot stemmingswisselingen, woede-uitbarstingen en impulsiviteit. Verstoring in het niveau van alert-zijn leidt tot problemen met slapen en waken (dus vaak laat naar bed en niet uit bed kunnen komen) en tot problemen in het volhouden van de aandacht. Het leidt ook tot problemen om jezelf waar te nemen in een bepaalde situatie.

Problemen met de executieve functies manifesteren zich pas als je ze nodig hebt. Dit is een continu verlopend proces. Sommige executieve functies heb je vanaf je dertiende pas nodig, anderen pas als je op jezelf woont.

Diagnostiek van ADHD bij jongvolwassenen

De diagnostiek bij jongvolwassenen in het algemeen is vaak moeilijk vanwege de eerder genoemde kernbegrippen die centraal staan in de ontwikkelingsfase van de jongvolwassene. Dit zijn relatieve egozwakte, separatie-individualiteit, eigen identiteit, ideaal-zelf, losmaking

van en loyaliteit aan het gezin van oorsprong en de ontwikkeling van de seksualiteit.

Het diagnosticeren van ADHD bij jongvolwassenen kan verder bemoeilijkt worden door de volgende punten:

- Als jongvolwassenen nog thuis wonen zijn tekorten in executieve functies niet altijd zichtbaar. Bijvoorbeeld: de administratie wordt nog door ouders gedaan, men leunt op de structuur van het herkomstgezin, ouders kunnen dienen als agenda, etc. Dit bemoeilijkt de diagnostiek. De jongvolwassene zelf kan hierdoor weinig lijdensdruk ervaren en daardoor weinig gemotiveerd zijn om hulp te vragen. In vergelijking met volwassenen hebben ze nog minder hun 'hoofd gestoten' en kunnen daardoor minder gemotiveerd zijn.
 - Als jongvolwassenen op zichzelf gaan wonen kunnen tekorten in executieve functies juist wél (nu pas) zichtbaar worden. Een chaotische levensstijl (laat naar bed gaan, laat opstaan, niet naar colleges gaan, veel uitgaan, drugs en alcoholgebruik etc.) kan echter passend bij de leeftijdsfase zijn, met name als ze net op zichzelf wonen, in bijvoorbeeld een studentenwoning, etc. Het kan dan voor de hulpverlener moeilijk zijn om te differentiëren tussen wat nog 'leeftijdsadequaat' en wat 'problematisch' is. Bij cliënten en hun omgeving kan dezelfde verwarring bestaan waardoor men niet of te laat hulp vraagt.

De behandeling van ADHD bij jongvolwassenen

De behandeling van jongvolwassenen in zijn algemeenheid vergt een andere attitude dan de behandeling van volwassenen. De therapeut moet flexibel zijn, zoals in het veranderen van afspraken, het op korte termijn beschikbaar zijn, zelf contact opnemen met jongvolwassenen als die niet verschijnen, etc. Jongvolwassenen laten het snel afweten als het eerste contact met de hulpverlener niet bevalt. Daarom moet



er veel aandacht besteed worden aan het opbouwen van een goede werkrelatie. De jongvolwassene moet het gevoel hebben dat de hulpverlener zich voldoende kan verplaatsen in zijn of haar wereld en ideeën. Een te formele opstelling, maar ook een te amicale benadering vermindert de kans op een goed behandelingscontact. De therapeut moet zorgvuldiger dan in het contact met volwassenen balanceren tussen afstand en nabijheid. Transparantie en directheid zijn geboden omdat achter de afweer van vergeten, slordigheid en onverschilligheid vaak zwakheid en onzekerheid schuilgaat. Het is belangrijk dit ageren te verdragen, zo mogelijk te bespreken en de eigen tegenoverdrachtsgevoelens te onderzoeken.

Bij de behandeling van ADHD bij jongvolwassenen spelen specifiek de volgende punten een rol:

- Er is vaak weerstand tegen het aanbrengen van structuur in deze fase waarin het zich losmaken uit de ouderlijke structuur en omgeving juist zo centraal staat. Dit maakt behandeling moeilijk. Ook bij jongvolwassenen die reeds in de kindertijd gediagnosticeerd zijn met ADHD kan er in deze levensfase weerstand ontstaan tegen het innemen van medicatie en het aanhouden van een goede dagstructuur. Er kan ook weerstand zijn tegen hulpverlening in het algemeen vanwege ervaringen in het verleden. Goede uitleg over ADHD en de rol en ontwikkeling van de executieve functies (psycho-educatie dus) kan helpen om de weerstand te verminderen en de motivatie voor behandeling te vergroten. In verband met de belangrijke rol van de peergroep in deze leeftijdsfase kan groepsgerichte psycho-educatie met leeftijdsgenoten zeer effectief zijn.
- Medicatie instellen en het effect hiervan beoordelen kan moeilijker zijn in deze levensfase aangezien jongvolwassenen vaak een weinig gestructureerd leven hebben. Ze gaan bijvoorbeeld iedere avond uit waardoor het slaappatroon ernstig ontregeld wordt. Ook worden eventuele verbeteringen in het functioneren door de jongvolwassene vaak niet goed opgemerkt omdat er te weinig feedback op hun functioneren is. Het kan dan goed zijn om ouders en/of decanen/studiebegeleiders regelmatig te spreken om één en ander te evalueren.
- Het losmaken van thuis verloopt vaak problematischer dan bij jongvolwassenen zon-

der ADHD. De ontwikkelingstaken die bij deze fase horen, zoals zelfstandig wonen, werken, studeren en het aangaan van relaties, worden bemoeilijkt door de 'handicap' van ADHD. Er kunnen veel conflicten met de ouders hierdoor ontstaan. Ook voor ouders is deze fase moeilijk: zij staan voor de moeilijke en niet altijd dankbare taak om hun kind los te laten waar mogelijk en te ondersteunen waar nodig. Met name als de jongvolwassene van alles wilt terwijl de ouders zich grote zorgen maken om de haalbaarheid, kan dit leiden tot conflicten. Vaak is in vorige fasen (met name de puberteit) de relatie tussen ouders en kind al zwaar op de proef gesteld en wordt er in de jongvolwassenheid weer een zware wissel op de draagkracht van de ouders getrokken.

Ouders en jongvolwassene zijn er bij gebaat deze fase samen goed te doorlopen. Ondersteuning van de ouders in de vorm van ouderbegeleiding kan hierbij helpen.

Ouderbegeleiding is een vorm van psychosociale behandeling die er op gericht is ouders te ondersteunen in de opvoeding van hun kind. Ouderbegeleiding wordt altijd gegeven door een hulpverlener die daarin geschoold is en die niet de hulpverlener is van de cliënt. De frequentie van het contact met de ouders hangt af van de situatie en kan erg wisselen. Eens in de zoveel tijd komen ouders, cliënt en beide hulpverleners bij elkaar om de stand van zaken te bespreken. Het is namelijk belangrijk om de jongvolwassene als volwaardige gesprekspartner te betrekken bij het verloop van de behandeling. Het kan de jongvolwassenen een veilig gevoel geven te worden 'bijgepraat' over de ouderbegeleiding en het voorkomt dat ze het gevoel krijgen dat er van alles achter hun rug om gebeurt.

Ouderbegeleiding kan ook geïndiceerd zijn als een jongvolwassene (nog) niet gemotiveerd is voor behandeling. Doel is dan om ouders te ondersteunen en begeleiden in het omgaan met de jongvolwassene en de motivatie voor behandeling van de jongvolwassene te helpen faciliteren.

Voor de jongvolwassene is het belangrijk dat de hulpverlener niet een nieuwe ouder wordt, maar iemand die kan helpen daar waar ze het zelf niet kunnen, die tevens loslaat en de wens tot autonomie respecteert.

Samenvatting

Het diagnosticeren en behandelen van ADHD bij een jongvolwassene wordt bemoeilijkt door de leeftijdsfase van de cliënt. De diagnostiek wordt bemoeilijkt doordat de executieve functies in deze leeftijdsfase nog in ontwikkeling zijn. Bij de behandeling zal naast het behandelen van ADHD middels psycho-educatie, medicatie, begeleiding en coaching er veel aandacht moeten worden besteedt aan de specifieke problemen met betrekking tot de leeftijdsfase. Psycho-educatie in een groep met leeftijdsgenoten, ouderbegeleiding, regelmatig overleg tussen behandelaars, cliënt, ouders en eventueel decaan of studiebegeleider en een flexibele attitude van de hulpverlener kunnen helpen om de jongvolwassen cliënt te ondersteunen in deze leeftijdsfase en te begeleiden op de weg naar zelfstandigheid.



Referenties

- Carter, B., McGoldrick, M. The expanded family life cycle: Individual, Family and Social.
- Meerdinkveldboom, J.W. Bundeling van krachten. Over adolescentenpsychiatrie. Uitgave: RINO Zuid-Nederland en Vincent van Gogh Instituut, 2001
- Nadeau, K.G., A Comprehensive guide of Attention Deficit Disorder in Adults, Assessment of executive functioning, p. 195-216
- Oudshoorn, D.N., Brans, H.C.M., Duyx, J.H.M., Eussen, M.L.J.M. Kinder- en adolescentenpsychiatrie, een praktisch leerboek. Tweede, herziene druk. Bohn Stafleu van Loghum, 1995
- Wolin, S., Wolin, S. The resilient self. Villard, 1993

ADHD of cluster-B persoonlijkheidsstoornis? Een pilot-studie

Sandra Kooij en Marije de Kruiff

Inleiding

Vanuit de psychiatrische praktijk bestaat de indruk dat volwassen patiënten met aandachts-tekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en patiënten met de borderline- of antisociale persoonlijkheidsstoornis veel overlap in symptomen vertonen. De opzet van deze pilot-studie was om de DSM-IV-criteria van patiënten met deze klinische diagnoses te vergelijken.

Methode

De DSM-IV-criteria voor aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, borderline persoonlijkheidsstoornis en antisociale persoonlijkheidsstoornis werden door de onderzoeker (MdK) gescoord bij volwassen patiënten met de klinische diagnoses ADHD of borderline persoonlijkheidsstoornis of -trekken. In totaal werden vijf patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis of -trekken onderzocht, vier patiënten met aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit en één patiënt met zowel borderline persoonlijkheidsstoornis als ADHD. De patiënten waren afkomstig van de dagbehandeling van GGZ Delfland in Delft. Zij gaven toestemming voor deelname aan dit onderzoek. Het onderzoek vond plaats in aansluiting op een gevolgde therapie op de dagbehandeling.

De DSM-IV-criteria werden zowel bij patiënten in de intakefase, als bij patiënten die reeds in behandeling waren gescoord. De onderzoeker instrueerde patiënten met ADHD die in behandeling waren antwoord te geven voor de situatie voorafgaand aan behandeling. Naast de verzameling van DSM-IV-criteria werden gegevens over leeftijd, geslacht en diagnose(n) uit het dossier overgenomen.

Van de DSM-IV-criteria voor borderline persoonlijkheidsstoornis werden als overlapend met ADHD gedefinieerd de criteria 4, 6 en 8, te weten impulsiviteit, affectlabiliteit en buitensporige woede. Impulsiviteit is één van de kernsymptomen van ADHD. Affectlabiliteit of stemmingswisselingen en buitensporige woede komen bij 90% van de volwassenen met ADHD voor volgens eerder beschrijvend onderzoek in deze populatie (Kooij e.a., 2001). Van de criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis werden de criteria 3, 4 en 6 gedefinieerd als overlappende symptomen met ADHD, te weten impulsiviteit, prikkelbaarheid of agressiviteit en onverantwoordelijk gedrag

ten aanzien van werk of financiën. De eerste twee criteria komen overeen met de eerder genoemde borderlinecriteria 4 en 8. Het onverantwoordelijke gedrag ten aanzien van werk of financiën is een symptoom dat bij veel ADHD-patiënten voorkomt, maar niet als zodanig in eerder onderzoek was gedefinieerd. Bij de patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis werd onderzocht of zij nog steeds aan de criteria voor deze persoonlijkheidsstoornis voldeden na 'aftrek' van de overlappende ADHD-symptomen.

Volgens de DSM-IV moet men voor de diagnose ADHD voldoen aan 6 van de 9 aandachtsproblemen en/of aan 6 van de 9 hyperactief/impulsieve kenmerken in de kindertijd; in de volwassenheid kan een afname van symptomen voorkomen. In research ligt het afkappunt voor volwassenen bij 5 van de 9 kenmerken van een of van beide symptoomclusters (Murphy e.a.1996; Kooij ea. 2004, aan-

stoornis en twee borderlinetrekken. Op as I hadden twee patiënten een depressieve stoornis. Geen van de borderline patiënten had de klinische diagnose ADHD.

De ADHD-patiënten waren allen man (n=4). De gemiddelde leeftijd was 27 jaar (22 tot 34 jaar). Drie patiënten hadden de klinische diagnose ADHD, één ADD. Daarnaast was op as I bij één patiënt een depressieve stoornis gediagnosticeerd en bij één patiënt multipel middelenmisbruik in remissie. Geen van de ADHD-patiënten had een klinische as II diagnose.

Eén patiënte had de klinische diagnose ADHD én borderline trekken. Haar leeftijd was 32 jaar. Zij had geen andere diagnoses op as I.

Voor de resultaten van het vergelijken van de DSM-IV-criteria voor ADHD, borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis wordt verwezen naar onderstaande tabel.

ADHD						
	Aandachtsprobl.		Hyperact/imp.		Borderline	Antisociaal
	kind(6)	volw(5)	kind (6)	volw(5)	(5)	(3)
ADHD						
1	3	3	8	7	5 / 3*	4 / 2*
2	5	7	4	4	2	2
3	9	9	8	8	5 / 2*	2
4	7	8	4	4	8 / 5*	6 / 3*
Borderline						
5	5	5	7	2	6 / 3*	2
6	3	1	0	4	7	2
7	3	1	2	1	4	2
8	6	8	5	6	9 / 6*	3 / 1*
9	8	9	2	2	6 / 4*	2
ADHD + Borderline						
10	6	7	3	2	9 / 6*	2

*Scores na aftrek van de als overlappend met ADHD gedefinieerde symptomen

geboden voor publicatie). Voor de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis moet men voldoen aan 5 van de 9 kenmerken, voor de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis aan 3 van de 7 kenmerken.

Resultaten

Alle borderline patiënten (n=5) waren vrouw. De gemiddelde leeftijd bedroeg 29.6 jaar (20 tot 43 jaar). Drie patiënten hadden de klinische diagnose borderline persoonlijkheids-

Tabel: Aantal gescoorde DSM-IV-criteria per patiënt per diagnose. De scores voor ADHD zijn conform de DSM-IV, uitgesplitst in aandachtsproblemen en hyperactief/impulsieve kenmerken. De afkappunten staan bovenaan tussen haakjes vermeld.

In de ADHD-groep (n=4) is één patiënt met vooral hyperactief/impulsieve symptomen, twee met vooral aandachtsproblemen en één met beide symptoomclusters. Drie patiënten

voldoen tevens aan de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis, uitgaande van een score van minimaal 5 van de 9 kenmerken. Na aftrek van de tevoren als ADHD-symptomen gedefinieerde borderline kenmerken, voldoet nog slechts één van de drie patiënten aan de criteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. Voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis geldt iets vergelijkbaars: twee ADHD-patiënten voldoen tevens aan de criteria voor deze persoonlijkheidsstoornis, uitgaande van een minimale score van 3 van 7 kenmerken. Na aftrek van de als ADHD-symptomen gedefinieerde kenmerken van de antisociale persoonlijkheidsstoornis blijft deze classificatie slechts bij één patiënt van toepassing en dit is dezelfde patiënt die ook aan de criteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis blijft voldoen.

In de borderline persoonlijkheidsstoornisgroep (n=5) blijkt één patiënt net niet aan de DSM-IV criteria te voldoen (4 van de 5 kenmerken). Eén patiënt voldoet tevens aan de DSM-IV criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Aan de criteria voor ADHD voldoen twee van de vijf borderline patiënten: deze patiënten rapporteren aandachtsproblemen in de jeugd en thans nog steeds. Eén patiënt heeft net onvoldoende aandachtsproblemen (5 van de 9) in de jeugd, maar deze persisteren wel. Daarbij waren er als kind hyperactief/impulsieve kenmerken. Deze laatste patiënt valt daarom mogelijk ook in de groep met ADHD-kenmerken. Opvallend is dat bij deze drie patiënten, na aftrek van de als ADHD-symptomen gedefinieerde borderline kenmerken, twee van de drie niet meer aan de criteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis voldoen. Ook de classificatie antisociale persoonlijkheidsstoornis vervalt voor de patiënt, die voor aftrek van de als ADHD-symptomen gedefinieerde kenmerken wel aan de criteria voldeed.

De patiënt (n=1) met de diagnosen AD(H)D en borderline persoonlijkheidsstoornis blijft aan de criteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis voldoen na aftrek van de als ADHD-symptomen gedefinieerde kenmerken. Deze patiënt heeft alleen de aandachtsproblemen van ADHD zonder hyperactiviteit of impulsiviteit. Bij deze patiënt blijkt aftrek van juist de kenmerken uit het impulsief/agressieve spectrum van de borderline persoonlijkheidsstoornis dan ook geen verschil te maken voor de aanvankelijk gestelde diagnose.

Bespreking

Drie van de vier ADHD-patiënten voldoen ook aan de criteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. Na aftrek van overlappende symptomen blijft de classificatie borderline persoonlijkheidsstoornis slechts bij één van die drie gehandhaafd. Dit betekent dat in dit kleine onderzoek één van de vier ADHD-patiënten mogelijk ook een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft. Dit cijfer komt overeen met gegevens uit de literatuur (alleen onderzoek bij jongens): 23% van de jongens met ADHD ontwikkelt in de volwassenheid een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Weiss e.a., 1985).

Drie van de vijf borderline patiënten voldoen ook aan de criteria voor ADHD (60%). Na aftrek van (de vooraf gedefinieerde) overlappende symptomen voldoet van deze drie patiënten nog slechts één aan de criteria voor de oorspronkelijke diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit betekent dat mogelijk drie van de vijf borderline patiënten in feite onontdekte ADHD-patiënten zijn en dat de diagnose ADHD de oorspronkelijke diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis wellicht in een ander licht kan plaatsen.

Een belangrijke vraag is waarom wij de als ADHD-gedefinieerde symptomen aftrekken van het aantal borderlinekenmerken en niet omgekeerd. Immers, als ADHD-patiënten ook aan borderline kenmerken voldoen, zou de argumentatie ook in omgekeerde richting gevolgd kunnen worden. De reden voor deze handelwijze is dat ADHD, als neurobiologische stoornis, veroorzaakt door genetische en/of prenatale factoren vaak vanaf de geboorte al aanwezig is, terwijl de borderline persoonlijkheidsstoornis later ontstaat. Voor de behandeling heeft deze visie bovendien consequenties. Als de diagnose ADHD zorgvuldig en zo betrouwbaar mogelijk is gesteld (dat wil zeggen met behulp van anamnese én heteroanamnese over de jeugd en over het huidige functioneren), maakt dit veel uit voor het behandeltraject dat de patiënt gaat volgen. Immers, de psycho-educatie zal anders van inhoud zijn. De specifieke medicatie voor ADHD is niet gangbaar voor andere psychiatrische stoornissen. De medicatie is bovendien zeer effectief (50 tot 70% respons rate) voor de kernsymptomen van ADHD, mits adequaat toegepast (Spencer e.a., 1995; Kooij e.a., 2004, in druk).

Er is met andere woorden winst te behalen voor patiënten met de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis, die bij nader onderzoek ook aan de criteria voor ADHD blijken te voldoen. Ook voor de behandelaar kan een

andere aanpak winst opleveren, in de zin van een effectievere bestrijding van symptomen als chaotisch gedrag, impulsiviteit, stemmingswisselingen, woedebuien en onrust.

Vanwege het kleine aantal patiënten dat met de beschreven methode is onderzocht, is het uiteraard niet mogelijk conclusies te trekken over de algemene geldigheid van de uitkomsten. Bovendien is het niet mogelijk in de klinische praktijk om alleen op basis van de DSM-IV-criteria een diagnose te stellen en overlapende criteria zonder meer van elkaar af te trekken. Dergelijk onderzoek is inmiddels met gevalideerde onderzoeksinstrumenten en een grotere patiëntenpopulatie herhaald.

Referenties

- Kooij J.J.S., Aeckerlin L.P., Buitelaar J.K. Functioneren, comorbiditeit en behandeling van 141 volwassenen met aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD) op een algemene polikliniek psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2001, 4 augustus; 145 (31): 1498-1501.
- Kooij J.J.S., Burger H., Boonstra A.M., van der Linden P.D., Kalma L.E., Buitelaar J.K. Efficacy and safety of methylphenidate in 45 adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). A randomised placebo-controlled double-blind cross-over trial, 2003, *Psychological Medicine*, 2004, in druk.
- Kooij J.J.S., Oord E. van den, Buitelaar J.K., Furer J.W., Rijnders C.A.Th., Hodiamont P.P.G. Internal and external validity of Attention-deficit/hyperactivity disorder in a population-based sample of adults, 2004, submitted.
- Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders* 1996; 3:147-161.
- Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., Faraone, S. V., Ablon, J. S., & Lapey, K. A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1995; 52, 434-443.
- Weiss G, Hechtman L, and Milroy Th. Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24:211-20.

Juvenile Mania: misschien toch meer dan een curiosum

Pieter Jan Carpentier

Als je als ervaren ADHD-netwerker nog steeds moeite hebt om alle ins en outs van de combinatie ADHD en bipolaire stoornis op jonge leeftijd (Juvenile Bipolar Disorder, koosnaam Juvenile Mania) te begrijpen, dan verkeer je in goed gezelschap. Ondanks alle gepubliceerde artikelen blijft het toch nog erg onduidelijk wat er nu precies aan de hand is. Je zou al gauw de indruk krijgen dat het over een lokale epidemie gaat (met het epicentrum in Boston, Massachusetts), waar zich om een of andere reden een groot aantal jonge patiënten presenteren die zowel aan ADHD lijden als aan een bipolaire stoornis. Dit komt voor behandelers van volwassen patiënten des te meer raadselachtig over, omdat je je afvraagt waar al die patiënten dan blijven. Binnen het Netwerk zijn we tot nu toe immers geneigd de combinatie ADHD en bipolaire stoornis als een zeldzaamheid te beschouwen. Tegelijkertijd is het te eenvoudig deze bevindingen naast je neer te leggen: het gaat over toch een redelijk grote groep van ernstige gestoorde jonge patiënten met een slechtere prognose, met name met meer gedragsproblemen en een groter risico op verslaving. Tegelijkertijd zou deze groep patiënten minder gemakkelijk behandelbaar zijn en minder goed reageren op de klassieke medicatie (psychostimulantia). Voldoende reden om je toch verder in de materie te verdiepen.

Al langer zitten onderzoekers op het gebied van ADHD en bipolaire stoornissen in elkaars vaarwater. Een onderzoeksbevinding, die de laatste jaren steeds duidelijker is geworden, en tot de nodige ongerustheid heeft geleid, is dat bipolaire stoornissen steeds vaker blijken voor te komen en steeds vroeger blijken te beginnen. Hierbij wordt wel eens gespeculeerd dat overmatig gebruik van psychostimulantia op kinderleeftijd een epidemie van bipolaire stoornissen op latere leeftijd zou veroorzaken. Hoewel deze beschuldigingen nog onvoldoende gesubstantieerd zijn is dit nog niet zo ver gezocht. De symptomen van ADHD en van manie liggen niet zo ver uit elkaar en psychostimulantia zullen zeker geen positief effect hebben bij zich ontwikkelende bipolaire problematiek. Anderzijds lijken stimulantia minder sterk manieën te induceren dan antidepressiva. Onderzoekers raken er steeds meer van overtuigd dat de prevalentie van de bipolaire stoornis op kinderleeftijd vergelijkbaar

is met die op volwassen leeftijd. Meer aandacht voor de vroegste manifestaties heeft duidelijk gemaakt dat de eerste floride manische dan wel depressieve episoden voorafgegaan worden door stemmingspathologie op jongere leeftijd, dus dat de stoornis zich al veel vroeger manifesteert, zij het met andere symptomatologie.

De klassieke, duidelijk afgegrensde manische of depressieve episoden, blijken op jongere leeftijd minder vaak voor te komen. Veel vaker treden snelle stemmingswisselingen op. Je leert dan ook nieuwe vaktermen; niet alleen rapid cycling (> 4 cycli/jaar), maar ook ultra-rapid cycling (5-364 cycli/jaar) en zelfs ultradian



cycling (> 365 cycli/jaar, met > 4 uur manie per dag). Deze treden vaker op bij kinderen. Mixed states, het samengaan van manische en depressieve symptomen, zijn ook vaker aanwezig. De manie is vaak meer chronisch dan episodisch. Je kunt je dan ook voorstellen dat het over kinderen gaat met behoorlijke stemmingsinstabiliteit. Maar is dit allemaal nog onder de noemer bipolaire stoornis te vatten? De experts zeggen van wel.

Verder is duidelijk geworden dat juvenile bipolar disorder gekenmerkt wordt door een

hoge prevalentie van comorbide gedragsproblematiek. En dit geldt dan met name voor ADHD: onderzoeken maken melding van een prevalentie van ADHD van meer dan 90% bij bipolaire kinderen voor de puberteit en van 60% daarna. Kun je de twee stoornissen wel goed uit elkaar halen, ga je je dan afvragen, want ernstige ADHD zorgt toch ook al voor nogal wat instabiliteit. Je moet vooral letten op meer typisch manische symptomen, zoals grandiositeit, eufore stemming, hypersexualiteit, versnelde gedachten, en verminderde slaapbehoefte. Op papier is het wel duidelijk.

Het is vooral de onderzoeksgroep van Joe Biederman uit Boston die het pionierswerk heeft verricht op het gebied van ADHD en bipolaire stoornis op de kinderleeftijd. Tegelijkertijd hebben de zeer opvallende bevindingen het nodige opzien gebaard en zijn ze ook op scepsis onthaald. Wetenschappelijke consensus lijkt er nog niet echt te zijn, maar het debat lijkt nu meer inhoudelijk en minder ideologisch gekleurd te worden. Gaandeweg tekent zich toch een groep af van zeer instabiele en moeilijk behandelbare patiënten, met een slechtere prognose, waarbij de gangbare behandelingen niet volstaan. Combinatiebehandelingen lijken het meest aangewezen. Naast stemmingsstabilisatoren worden ook de nieuwere antipsychotica met gedeeltelijk succes ingezet. Psychostimulantia worden ook ingezet, maar met meer omzichtigheid, om de stemming niet te destabiliseren.

Wat moet je nu, als behandelaar van volwassenen in het Netwerk met al deze bevindingen? Mogelijk ga je de zeer frequent optredende comorbide stemmingspathologie eens vanuit een andere invalshoek bekijken. Depressieve stoornissen komen inderdaad zeer vaak voor bij ADHD (bij 40%), maar nog frequenter zijn de snelle stemmingswisselingen (bij 90%) van 4 tot 5 keer per dag (Kooij ea., 2001). Het is met name het samengaan van ADHD met stemmingsinstabiliteit wat in deze opduikt. Is dit dan een bipolaire stoornis? Misschien (nog) niet, maar op zichzelf vormen deze stemmingswisselingen toch een apart probleem en zijn ze erg hinderlijk en belastend voor de patiënten. Het is sterk de vraag of je deze stemmingspathologie wel als onderdeel van de ADHD stoornis mag beschouwen, zeker wanneer dit symptoom uitgesproken is. Duidelijk is ook dat behandeling met psychostimulantia

vaak voor deze patiënten niet voldoende is om de stemming te stabiliseren. Een beter resultaat wordt gekregen door de combinatie van een stimulant met een antidepressivum. Hierop stabiliseren doorgaans zowel de ADHD als de stemmingswisselingen. Het nadeel kan zijn dat daarvoor gevoelige patiënten op de combinatie ontremmen.

Tegelijkertijd is het de moeite waard bij deze patiënten met veel stemmingswisselingen eens wat nauwkeuriger na te vragen of er naast eventuele depressieve episodes ook aanwezig zijn voor hypomane momenten of episodes. Dan is het vaak toch zo dat, als je er naar zoekt, je het ook zal vinden. Zo bleek het voor de onderzoeksgroep uit Boston niet zo moeilijk patiënten te rekruteren die naast ADHD ook symptomen vertoonden van een bipolaire stoornis (zij het overwegend bipolaire II stoornis). Het antwoord is dus dat deze patiënten wel degelijk te vinden zijn, al moet je niet gaan wachten tot ze de zeer klassieke symptomen van een full blown bipolaire stoornis met ernstige manieën en zware depressies, vertonen. Opvallend is dat de onderzoeksgroep ook overeenkomt met de karakteristieken die op jonge leeftijd gevonden zijn, met name de aanwezigheid van meer ernstige gedragsproblematiek in de jeugd en een hogere incidentie van verslaving als comorbiditeit.

De voornaamste boodschap van dit alles is dat het de moeite waard is meer aandacht te besteden aan stemmingspathologie bij ADHD-patiënten, ook op volwassen leeftijd. Meer nauwkeurig navragen kan het episodisch karakter van de stemmingsstoornissen duidelijker aan het licht brengen. Net zoals we onze collega's aanbevelen in hun psychiatrische diagnostiek een ADHD-component te overwegen, moeten we zelf ook rekening houden met een bipolaire(II) stoornis-component (comorbiditeit is immers de regel). De voornaamste consequentie is dat deze differentiatie ook implicaties zal hebben voor de medicatiekeuze en dat met toenemende ervaring er ook meer duidelijke richtlijnen gaan komen voor gerichte behandeling van de verschillende typen van stemmingsproblematiek bij ADHD-patiënten.

Referenties

- Kooij JJS, Aeckerlin LP, Buitelaar JK. Functioneren, co-morbiditeit en behandeling van 141 volwassenen met aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD) op een algemene polikliniek psychiatrie. *Nederlands*

Tijdschrift voor Geneeskunde 2001, 4 augustus; 145 (31): 1498-1501.

- Wozniak J, Biederman J, Richards JA. Diagnostic and therapeutic dilemmas in the management of pediatric-onset bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry. 2001;62 Suppl 14:10-5.*
- Wilens TE, Prince JB, Spencer T, Van Patten SL, Doyle R, Girard K, Hammerness P, Goldman S, Brown S, Biederman J. An open trial of bupropion for the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Biological Psychiatry. 2003 Jul 1;54(1):9-16.*
- Een casusbespreking is te vinden op een Amerikaanse website: Interactive Grand Rounds (Medsite) (<http://igr.medsite.com/source/displaysections.asp?SectionId=12§ionname=Psychiatry>).

Agenda binnenland

- 13 april 2004: 13.00-17.00 uur. Symposium 'Psychofarmaca bij kinderen: Heiligt het doel de middelen?' Org. Ac. Ziekenhuis Groningen. Info: www.kenniscentrum-kjp.nl.
- 17 april 2004: 14:00 uur, Utrecht. Toverballen voor de geest: ADHD een modeziekte? Met o.a. prof.dr. T. Doreleyers; prof.dr. T. Pieters (medisch historicus VUmc); A. Paternotte; dr. J. Bijlhout; drs. E. Brandt. Org.: VU podium (www.vupodium.nl) en oudervereniging Balans.
- 10, 17 en 24 mei 2004: 9.30-12.30 uur. Begeleiden van partnergroepen van volwassenen met ADHD. Cursus bij Rino Noord-Holland door Ilse Stokman en Adry Hoevenaars. Info: www.rino.nl of tel. 020-6250803.
- 26 mei 2004: Tilburg. Lezingen over ADHD bij volwassenen door J.J.S. Kooij en S. Kapitany, GGZ Midden-Brabant. Org.: Ioannes Wierus Instituut. Info: iwi@ggzmb.nl of tel. 013-5808480.
- Oktober 2004: Coachende behandeling van volwassenen met ADHD. Cursus bij Rino Noord-Holland, 1½ dag, door Ilse Stokman en Ingrid Jongeneel. Info: www.rino.nl of tel. 020-6250803.
- 'Diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen'. In-company training (3 dagdelen) door Kenniscentrum ADHD bij volwassenen, voor psychiaters/artsen/psychologen in de GGZ. Info: Rob Boeijen, Manager Beheerszaken, tel. 070-3134300 (r.boeijen@parnassia.nl).
- 'Diagnostiek en coaching van ADHD bij volwassenen'. In-company training (3 dagdelen), door ervaren coaches van het Kenniscentrum ADHD bij volwassenen, voor psychologen/spv'en/andere hulpverleners in de GGZ. Info: Rob Boeijen, Manager Beheerszaken, tel. 070-3134300 (r.boeijen@parnassia.nl).

Agenda buitenland

- 6-7 april 2004: 2nd meeting European Network Adult ADHD, Frankfurt (private meeting). Org. S. Kooij, Parnassia, psycho-medisch centrum. Info: (t.z.t): www.adult-adhd.net.
- 14-18 april 2004: Geneve, AEP (Association of European Psychiatrists). Info: www.aep.lu. Diverse symposia over ADHD, including:
 - April 16, 2004: Eli Lilly Satellite Symposium. 12:30-14:00 uur: 'Sorting out the Truth about ADHD' including prevalence, comorbidity and differential diagnosis and the latest pharmacotherapeutic options for treatment of ADHD. Speakers: Dr. Alessandro Zuddas (chair), Dr. Sandra Kooij, Dr. Gabrielle A. Carlson.
 - April 16, 2004: 16:15-17:45 uur: 'ADHD, through the lifespan', including Genetics (I. Manor), ADHD or Cluster-B personality disorder? (S. Kooij), Cognitive Endophenotype (J. Buitelaar), Inhibitory Control (R. Schachar), Therapy for Adult ADHD (D. Ryffel).
- 1-6 mei 2004: New York. Annual meeting American Psychiatric Association (APA). Info: www.psych.org.
- 27-30 oktober 2004: Nashville. 16th CHADD Conference on ADHD (Amerikaanse patiëntenvereniging). Info: www.chadd.org.

