
Voorwoord

ADHD – Attention Deficit/Hyperactivity Disorder – is een ontwikkelingsstoornis, die gekenmerkt wordt door enerzijds aandachtstekort en anderzijds hyperactiviteit/impulsiviteit. Hoewel de klemtoon meer op het eerste of op het tweede kan liggen, zijn beide altijd in zekere mate aanwezig.

Tot voor kort werd aangenomen dat ADHD verdween bij het volwassen worden, meestal tijdens de adolescentie. De diagnose werd om deze reden bij volwassenen niet gesteld. Sommige zorgverleners erkennen ze ook niet als een stoornis. ADHD-symptomen zijn per definitie sinds de jeugd aanwezig en worden aldus veeleer gepercipieerd als een langdurig aanwezig ‘kenmerk’ van de persoon, als het ware een ‘karaktereigenschap’. Dit staat in tegenstelling tot andere psychiatrische stoornissen, zoals angst – en stemmingsstoornissen, die meestal episodisch optreden en door de hulpverlener sneller als ‘ziekte’ worden beschouwd.

Dit boek is geschreven in aansluiting op het ontwikkelen en implementeren van de *Richtlijn voor de diagnose en behandeling van volwassenen met ADHD en verslaving*. De eerste versie werd in 2010 ontwikkeld in samenwerking met David Möbius van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD). De update verscheen in 2016. De aanbevelingen van deze richtlijn vindt u ook in dit boek. Bij de trainingen die gegeven werden aan hulpverleners, kwamen wij tot de vaststelling dat er behoefte is aan concrete, praktische handvatten om de adviezen in de praktijk te kunnen omzetten.

Omdat de combinatie van ADHD en een stoornis in het gebruik van middelen tot een complexe problematiek leidt met diverse verschijningsvormen, is ook een complexe behandeling nodig, waarbij diverse methodieken kunnen worden ingezet.

Wij hebben dan ook dankbaar gebruik gemaakt van de input van een aantal specialisten. Dr. Annemie Vermassen, Gwendolyne De Clippeleir, Lieve Govaerts, Vina Van

Geystelen, Sabrina Van Poucke, Koen De Kerpel, Prof. dr. Romain Meeusen en Bart Roelands hebben ons geadviseerd vanuit hun eigen deskundigheid en ons de weg gewezen naar hun gespecialiseerde literatuur.

Het boek is opgebouwd uit drie grote delen.

In het eerste deel staat de geupdate richtlijn met de aanbevelingen.

Het tweede deel geeft een overzicht van de problematiek, van de verschillende behandelvormen en van de therapeutische kaders.

Het derde deel bestaat uit tien modules waaruit in willekeurige volgorde kan worden geput.

Deze modules kunnen afzonderlijk gebruikt worden, in functie van de moeilijkheden die de cliënt ervaart. Dit laat toe een behandeling op maat te organiseren.

Binnen de modules worden behandeladviezen gegeven vanuit verschillende therapeutische methodieken en denkkaders. Voor de toepassing van bepaalde behandelmethoden (vb. actieve muziektherapie, ergotherapie, cognitieve gedragstherapie, ...) is een opleiding in het betreffende vakgebied vereist. Andere technieken kunnen toegepast worden door geschoolde hulpverleners in de verslavingszorg uit verschillende disciplines (vb. vaardigheidstraining). Het samenwerken vanuit verschillende therapeutische visies en met verschillende methodieken maar met dezelfde behandelstelling kan de effectiviteit van de multidisciplinaire aanpak verhogen.

Achteraan tenslotte is per module een aantal werkbladen toegevoegd, die helpen om bepaalde technieken toe te passen. De werkbladen laten zowel hulpverleners als cliënten toe om praktisch en concreet aan de slag te gaan. De cliënt kan een werkmap in functie samenstellen met deze werkbladen en ze gebruiken als naslagwerk.

Deze werkbladen zijn ook te downloaden van de bijbehorende website. Op bladzijde 2 in het boek staat een unieke code die toegang verleent tot www.dl.garant-uitgevers.eu/ADHD-verslaving.

De website bevat nog meer praktische hulpmiddelen: de integrale richtlijn, de slides van de trainingen die gegeven werden aan de hulpverleners en de presentatie met de patiënteninformatie.

Inleiding

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

ADHD is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis met een hoge mate van overerfbaarheid van ongeveer 70% [1]. De stoornis openbaart zich in de kindertijd en zet zich vaak verder tijdens de adolescentie en naar het volwassen leven. ADHD is geassocieerd met significante beperkingen in het psychosociale functioneren [2] en bevat drie hoofdkenmerken:

- **Onoplettendheid:** moeite om de aandacht ergens bij te houden (concentratieproblemen), fouten maken door achteloosheid, makkelijk afgeleid worden, vaak niet bij de zaak zijn, het moeilijk kunnen ordenen van activiteiten, er moeilijk in slagen iets af te werken, vergeetachtig zijn, aanwijzingen niet goed opvolgen en vaak dingen kwijtspelen.
- **Hyperactiviteit:** overbeweeglijkheid (met handen of voeten of met het hele lichaam), de drang om voortdurend te praten, een innerlijk gevoel van rusteloosheid, niet kunnen ontspannen, moeilijk kunnen blijven zitten en constant in de weer zijn.
- **Impulsiviteit:** handelen zonder na te denken over de gevolgen, moeilijk dingen kunnen uitstellen of zijn beurt afwachten, anderen onderbreken, al een antwoord geven voordat de vraag volledig gesteld is, spanning en sensatie opzoeken.

Tijdens de afgelopen decennia veranderden de criteria om ADHD te diagnosticeren geregeld [3]. Sinds DSM-III (eind jaren 60) wordt de term 'attention deficit disorder' (met en zonder hyperactiviteit) vermeld. In 1994 verscheen DSM-IV, waarin de symptomen voor aandachtstekort (negen symptomen) en die voor hyperactiviteit/impulsiviteit (negen symptomen) werden gescheiden, wat aanleiding gaf tot drie ADHD-types: het overwegend onoplettendheid, het overwegend hyperactief-impulsief,

en het gecombineerde type, waarbij telkens minstens zes van de negen symptomen aanwezig dienden te zijn gedurende minstens zes maanden, en tot uiting gekomen voor het zevende levensjaar. In DSM-IV werd voor het eerst erkend dat ADHD zich verder kan zetten tijdens de volwassenheid [4].

In de in 2013 voorgestelde laatste versie (DSM-5) is ADHD een onderdeel van de cluster 'neurobiologische ontwikkelingsstoornissen' [5]. De twee maal negen symptomen voor onoplettendheid en voor hyperactiviteit-impulsiviteit zijn qua inhoud identiek gebleven, maar omvatten nu voorbeelden die van toepassing zijn op adolescenten en volwassenen [zie Tabel 1]. In DSM-5 moeten er bij kinderen zes van de negen symptomen aanwezig zijn om de diagnose te kunnen stellen; bij volwassenen vijf van de negen. Een andere belangrijke aanpassing in de DSM-5 betreft de verhoogde leeftijd (nu: 12 jaar) waarop de symptomen voor het eerst zijn opgetreden. De DSM-5 vermeldt dat de symptomen aanwezig moeten zijn in minstens twee levensdomeinen (school, thuis, werk...), maar dat de symptomen voor de leeftijd van 12 jaar geen aanleiding hoeven te hebben gegeven tot problemen op levensgebieden zoals school of op sociaal vlak. Een andere wijziging in DSM-5 is dat pervasieve ontwikkelingsstoornissen geen reden meer kunnen zijn voor het uitsluiten van een ADHD-diagnose. In DSM-5 wordt de pervasieve ontwikkelingsstoornis namelijk ook beschouwd als een neurobiologische ontwikkelingsstoornis. Hierdoor kan ADHD gediagnosticeerd worden samen met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS).

Hoewel de subtypes inhoudelijk identiek zijn gebleven, worden ze nu benoemd als 'beelden', wat verwijst naar het dynamische verloop van ADHD:

- een overwegend onoplettend beeld
- een overwegend hyperactief-impulsief beeld
- een gecombineerd beeld

ADHD bij volwassenen

Kinderen met ADHD groeien niet per se uit hun stoornis wanneer ze volwassen worden. De manier waarop de symptomen tot uiting komen in de overgang van kind naar volwassene, kan daarentegen wel veranderen [6, 7]. Zo ziet men bij volwassenen met ADHD dat de symptomen van onoplettendheid zich veeleer manifesteren in termen van slecht time management, vergeetachtigheid en snel afgeleid zijn tijdens het uitvoeren van administratief werk, terwijl hyperactieve-impulsieve symptomen zich bij volwassenen manifesteren als een veeleer subjectief gevoel van rusteloosheid, of als het kiezen voor een zeer actieve job, het vaker afwisselen van jobs en relaties, vaker anderen storen als ze het druk hebben, een lage tolerantiedrempel (snel geïrriteerd of boos worden) en de zinnen van anderen afmaken, of hen onderbreken.

Bij volwassenen wordt de stoornis ADHD vaak over het hoofd gezien en blijft ze daardoor ook onbehandeld. In België lijdt 4.1% van de volwassenen aan ADHD [8]. Het is mogelijk dat een volwassene met ADHD tijdens de kindertijd nooit gediagnosticeerd werd met ADHD. Met een strikte structuur en relatief lage eisen aan het kind, blijven zware problemen immers vaak achterwege en blijft de ADHD onopgemerkt. Pas wanneer er tijdens de overgang naar het volwassen leven veranderingen in omkadering komen en hogere verwachtingen en verantwoordelijkheden gesteld worden, kunnen de symptomen zichtbaar worden en komt er een vraag naar hulp [6]. Daarnaast kunnen de symptomen gemaskeerd worden door de aanwezigheid van andere (comorbide) stoornissen. Bij volwassenen met ADHD komen bijvoorbeeld stemmingsstoornissen en angststoornissen tot viermaal vaker voor [8, 9] dan in de algemene bevolking.

TABEL 1 — DSM-5 criteria aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis

- A.** Een persisterend patroon van onoplettendheid en/of hyperactiviteit-impulsiviteit dat interfereert met het functioneren of de ontwikkeling, zoals gekenmerkt door (1) en/of (2). In elk van beide symptoomclusters moeten minstens zes (voor kinderen) of minstens vijf (indien > 17 jaar) symptomen gedurende minstens zes maanden aanwezig geweest zijn in een mate die niet consistent is met het ontwikkelingsniveau en die een negatieve invloed heeft op sociale en schoolse of beroepsmatige activiteiten. De symptomen zijn niet alleen een manifestatie van oppositioneel gedrag, uitdagingheid, vijandigheid of een onvermogen om taken of instructies te begrijpen.
- (1) Onoplettendheid**
- (a) Slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details, of maakt achteloos fouten in schoolwerk, op het werk of gedurende andere activiteiten (kijkt bijvoorbeeld over details heen of mist deze; levert slordig werk af).
 - (b) Heeft vaak moeite om aandacht bij taken of spelactiviteiten te houden (heeft bijvoorbeeld problemen om geconcentreerd te blijven tijdens een les of gesprek, of bij het lezen van een lange tekst).
 - (c) Lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct wordt aangesproken (lijkt bijvoorbeeld afwezig, zelfs als er geen duidelijke afleiding is).
 - (d) Volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er dikwijls niet in schoolwerk, karweitjes of taken op het werk af te maken (begint bijvoorbeeld wel met een taak, maar raakt al snel afgeleid).
 - (e) Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten (heeft bijvoorbeeld moeite om een reeks taken achter elkaar af te maken; vindt het lastig om benodigdheden en eigendommen op hun plek op te bergen; het werk is slordig en wanordelijk; heeft moeite met tijdsindeling; haalt deadlines niet).
 - (f) Vermijdt vaak om, heeft een afkeer van, of is onwillig om zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen (bijvoorbeeld schoolopdrachten of huiswerk; een rapport opstellen, formulieren opstellen, of lange artikelen doornemen).
 - (g) Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of activiteiten (bijvoorbeeld materiaal voor school, potloden, boeken, gereedschap, portemonnee, sleutels, papieren, bril, mobiele telefoon).
 - (h) Wordt gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels (bij volwassenen kan het gaan om gedachten aan iets anders).
 - (i) Is vaak vergeetachtig tijdens dagelijkse bezigheden (bijvoorbeeld bij karweitjes, boodschappen doen, terugbellen, rekeningen betalen, afspraken nakomen).

(2) Hyperactiviteit en impulsiviteit

- (a) Beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel.
 - (b) Staat vaak op in situaties waarin verwacht wordt dat je op zijn plaats blijft zitten (staat bijvoorbeeld op van zijn/haar plek in de klas, of in andere situaties waarin je op je plaats moet blijven zitten).
 - (c) Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt zijn tot gevoelens van rusteloosheid).
 - (d) Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten.
 - (e) Is vaak 'in de weer' of 'draaft maar door' (is bijvoorbeeld niet in staat om lang stil te zitten, of voelt zich daarbij ongemakkelijk, zoals in een restaurant, tijdens een vergadering; anderen kunnen de betrokkene onrustig of moeilijk bij te houden vinden).
 - (f) Praat vaak excessief veel.
 - (g) Gooit het antwoord er vaak al uit voordat een vraag afgemaakt is (maakt bijvoorbeeld de zinnen van anderen af; kan niet op zijn/haar beurt wachten tijdens een gesprek).
 - (h) Heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten (bijvoorbeeld bij het wachten in rij).
 - (i) Stoort vaak anderen of dringt zich op (mengt zich bijvoorbeeld zomaar in gesprekken, spelletjes of activiteiten; gebruikt ongevraagd en zonder toestemming te verkrijgen de spullen van een ander; bij adolescenten en volwassenen: dringt zich op bij activiteiten van anderen of neemt deze over).
- B.** Verscheidene symptomen van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit waren voor het 12e jaar aanwezig.
- C.** Verscheidene symptomen van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school of werk; met vrienden of gezinsleden; tijdens andere activiteiten).
- D.** Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de symptomen interfereren met het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren, of de kwaliteit daarvan verminderen.
- E.** De symptomen treden niet uitsluitend op in het beloop van schizofrenie of een andere psychotische stoornis en kunnen niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis, onttrekkingssyndroom van een middel).

Verslaving

In deze tekst slaat de term 'verslaving' op 'stoornis in het gebruik van middelen'; dit is het overmatig gebruik van één of meer psychoactieve stoffen. De term middelgerelateerde stoornis wordt gedefinieerd volgens DSM-5. Deze vermeldt elf symptomen waarbij de ernst als licht (2 tot 3 aanwezige symptomen), matig (4 tot 5 aanwezige symptomen) of ernstig (6 of meer aanwezige symptomen) moet worden gespecificeerd [zie Tabel 2].

TABEL 2 — DSM-5 criteria voor een stoornis in het gebruik van roesmiddelen

- A1. De stof wordt gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
- A2. Er is een persistente wens of er zijn vergeefse pogingen om het gebruik te minderen of in de hand te houden.
- A3. Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om van de stof af te komen, te gebruiken, of te herstellen van de effecten ervan.
- A4. Hunkering, of sterke wens of drang tot gebruik.
- A5. Recidiverend gebruik, met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
- A6. Aanhoudend gebruik ondanks persistente of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van de stof.
- A7. Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het gebruik.
- A8. Recidiverend gebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
- A9. Het gebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persistent of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de stof.
- A10. Tolerantie, zoals gedefinieerd door een van de volgende kenmerken:
 - a. Behoeft een aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken.
 - b. Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid.
- A11. Onttrekkingssymptomen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
 - a. Het kenmerkende onttrekkingssyndroom van de specifieke stof.
 - b. De stof (of een zeer verwante stof) wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

Prevalentie van ADHD bij verslaving

Uit onderzoek blijkt dat ADHD drie tot vier keer meer voorkomt in populaties met stoornissen in het gebruik van middelen dan in de gehele bevolking [10]. De prevalentie varieert van 10 tot 54,1% (gemiddeld 23,3%) [11]. Ander onderzoek wijst op een prevalentie van ADHD van 5 tot 31% bij volwassenen die zich aanmelden voor behandeling van een stoornis in het gebruik van middelen, afhankelijk van welk land, behandelsetting en soort middel [12].

Een recente meta-analyse over 29 studies (6689 patiënten, uit 6 landen) geeft aan dat 23,1 % van de patiënten die zich aanmelden met een verslavingsproblematiek, comorbide ADHD heeft [11]. Een grote internationale studie geeft een prevalentiecijfer aan van 13,9% [13]. Er blijkt geen effect van leeftijd, geslacht en etniciteit van de patiënt op de prevalentie [11]; hoewel een andere studie een licht verhoogde prevalentie aangeeft bij mannen (28%) vergeleken met vrouwen (19%) [14]. Bij een groot recent internationaal onderzoek waar 10 landen aan deelnamen (waaronder België), werd aangetoond dat noordelijke landen (Noorwegen, Zweden) hogere prevalentiecijfers (tot 31%) ver-

tonen voor patiënten met verslaving en ADHD [12]. Tevens werd aangetoond dat de prevalentie ook iets lager ligt wanneer de diagnose wordt gesteld met behulp van de eerdere DSM-IV ten opzichte van DSM-5 [12].

Als de comorbide ADHD niet adequaat wordt gediagnosticeerd en derhalve niet wordt behandeld, komt ook de behandeling van de stoornis in het gebruik van middelen in het gedrang. De ADHD-symptomen zoals impulsiviteit, gebrek aan planning en organisatie maken de behandeling van verslaving moeilijk. Anderzijds zal het middelenmisbruik de behandeling van ADHD negatief beïnvloeden [15]. De kans op *drop-out* is groot. Daarom is het aangewezen de behandeling gelijktijdig op beide problematieken te richten in plaats van de behandeling voor ADHD uit te stellen.

De richtlijn voor de herkenning en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen pleit om deze redenen voor een geïntegreerde visie en aanpak van ADHD bij een stoornis in het gebruik van middelen [16].

Invloed van ADHD op verslaving

ADHD en verslaving komen vaak samen voor [17, 18], wat mogelijk ten dele het resultaat is van overlappende neurobiologische (dopaminerge) factoren tussen ADHD en verslaving [19-21]. Het zo vroeg mogelijk diagnosticeren en behandelen van ADHD is belangrijk, omdat de stoornis een negatieve invloed heeft op de ontwikkeling van het kind en er meestal comorbide aandoeningen ontstaan [9, 22-25]. Een stoornis in het gebruik van roesmiddelen is er één van.

De kans om een stoornis in het gebruik van middelen te ontwikkelen neemt nog toe wanneer ADHD samen voorkomt met een andere psychiatrische stoornis, zoals depressie, angststoornis of bipolaire stoornis [10].

Patiënten in de verslavingszorg met ADHD zijn vaak al op jongere leeftijd begonnen met drugsgebruik, vertonen meer experimenteergedrag, en gebruiken vaker gelijktijdig meerdere psychoactieve middelen [26]. Daarnaast hebben ze een grotere kans op verkeersongevallen [14], het ondernemen van een zelfmoordpoging, en worden ze vaker gehospitaliseerd [27, 28]. Patiënten met ADHD en verslaving vertonen ook een verminderde levenskwaliteit [26] en hebben grotere professionele, sociale en persoonlijke problemen [29]. In een kwalitatieve studie geven patiënten met ADHD en een verslaving aan dat ze baat hebben bij het gebruik van psychoactieve (vaak verslavende) middelen, maar dat dit achteraf een omgekeerd effect heeft. Ze geven tevens zelf aan niet gelukkig te zijn met hun bestaan en meer behoefte aan behandeling te hebben dan patiënten met een verslaving maar zonder ADHD [30], en dat ze voor-

namelijk problemen ondervinden bij het structureren van het dagelijkse leven door planningsproblemen [31].

ADHD wordt geassocieerd met een sterk verhoogde kans op het later ontwikkelen van een verslaving [32-36] en met een snellere overgang van minder zwaar middelengebruik naar ernstigere vormen van verslaving [27]. Het blijkt voor deze patiënten ook moeilijker om van hun verslaving af te komen, en dat ondanks het gegeven dat ze vaker in behandeling gaan [14, 37, 38]. Bij ADHD-patiënten met verslaving komen de ADHD-symptomen vaak ook sterker tot uiting [39] en komen er meer psychiatrische comorbide stoornissen voor (gedragsproblemen, antisociale persoonlijkheidsstoornissen, bipolaire stoornissen en/of posttraumatische stressstoornissen) [13, 26, 28, 34]. De verslaving is dus meestal complexer en chronischer dan bij patiënten zonder ADHD [40].

Al is het duidelijk dat ADHD en middelenmisbruik vaak samen voorkomen, over het verband blijven er verschillende hypothesen bestaan. De impulsiviteit van de jongeren met ADHD kan zeker een rol spelen en we zien ook meer experimenteelgedrag met drugs en alcohol bij jongeren met ADHD van het hyperactieve-impulsieve of het gecombineerde type [41, 42].

Ook zelfmedicatie zou een verklaring kunnen zijn. Uit onderzoek blijkt dat zowat een derde van de (jong)volwassenen met ADHD tabak, alcohol of drugs gebruikt om de symptomen van ADHD te verzachten [43]. Roesmiddelen kunnen onder meer gebruikt worden om vat te krijgen op de rusteloosheid, de negatieve emoties, depressie, angst en slaapproblemen of om de constante stroom van gedachten en emoties te verminderen [31]. Daarnaast blijkt onder meer dat cocaïne [44] en cannabis [10] de ADHD-symptomen temperen. Uiteraard kan zelfmedicatie leiden tot problematisch middelengebruik [42].

Mogelijk is er een gemeenschappelijke genetische gevoeligheid voor ADHD en middelenmisbruik [45]. Het gebrek aan impulscontrole is een kernsymptoom van ADHD en tevens een specifiek aspect van verslaving, dat tot uiting komt in gokproblemen, eetaanvallen en impulsief misbruik van alcohol en andere psychoactieve middelen. Er zijn specifieke risicogenen die in beide aandoeningen een rol spelen [46] en neurobiologische aspecten die bij beide stoornissen voorkomen: een verminderde activiteit in het striatum (geassocieerd met een verhoogde beloningafhankelijkheid) en in de prefrontale cortex (geassocieerd met zelfcontrole en *novelty seeking*) [47].