

} Relatie ADHD en verslaving

Q: Vanaf welke leeftijd bespreek je middelenmisbruik in de spreekkamer bij kinderen met ADHD?

A: ADHD is geassocieerd met een vroeg gebruik van middelen, dat wil zeggen dat het niet ongebruikelijk is dat kinderen met ADHD al voor hun 12^e experimenteren met tabak en/of alcohol en vaak al rond hun 14^e voor het eerst cannabis gebruiken.¹⁻⁴ Dat betekent dat je bij kinderen met ADHD al met voorlichting moet beginnen aan het eind van de basisschool en in de eerste klassen van het voortgezet onderwijs. Natuurlijk gebeurt dat nu ook al wel, maar kinderen met ADHD hebben een groter risico en extra aandacht is dus nodig.^{2,3} Net zo belangrijk is natuurlijk vroegtijdige en adequate behandeling van kinderen met een diagnose ADHD via CGT en zo nodig medicatie om zodoende vroegtijdig gebruik en verslaving te voorkomen.^{5,6}

Q: Bij hoeveel % van de mensen met ADHD en verslaving wordt na onderzoek een persoonlijkheidsstoornis gevonden?

A: Verslaafden met ADHD hebben veel meer comorbide stoornissen dan verslaafden zonder ADHD.⁷ Voor borderline persoonlijkheidsstoornis gaat het om ongeveer 30% bij verslaafden met ADHD en om ongeveer 15% bij verslaafden zonder ADHD.⁷ Voor de gelijktijdige aanwezigheid van een antisociale persoonlijkheidsstoornis gaat het om 52% versus 17% voor verslaafden met en zonder ADHD.⁷ Daarnaast komen ook andere stoornissen voor bij verslaafden mét dan bij verslaafden zonder ADHD.⁷

} Diagnostiek

Q: Bij welke leeftijd wordt geadviseerd te beginnen met screening op verslaving bij ADHD?

A: Voor de screening geldt dezelfde leeftijd als voor het bespreekbaar maken. Kinderen met ADHD hebben een groter risico om verslaafd te raken en zullen al eerder beginnen met gebruik.^{2,3} Aan te raden valt om hiermee al te beginnen aan het eind van de basisschool. Het is zaak om voordat er sprake is van een stoornis in het gebruik van middelen deze kinderen al goed te begeleiden.

Q: Is er een grens met betrekking tot alcohol en drugsgebruik waarbij je diagnostiek acceptabel vindt?

A: Er is geen grens aan te geven. Het liefst wordt de diagnostiek zonder het gebruik van middelen gedaan, maar soms is dat niet haalbaar. Dan is het zaak dat het gebruik in elk geval stabiel is en mogelijk wat verminderd is. Een concrete hoeveelheid gebruik valt niet aan te geven.

Q: Waarom is er bij de differentiatie tussen de ADHD-varianten slechts gekozen voor het verschil tussen hyperactiviteit en afwezigheid daarvan, terwijl er zoveel meer variaties zijn in symptomatologie?

A: de diagnostiek van ADHD wordt gekeken naar 3 symptomen (impulsiviteit, onoplettendheid en hyperactiviteit) waarbij verschillende uitingsvormen van die symptomen worden bekeken. Hyperactiviteit kan zich uiten in druk gedrag, rennen en niet stil kunnen zitten, maar ook in veel praten, friemelen en wiebelen. Ook als er sprake is van overwegend onoplettendheid, kan er nog wel sprake zijn van enkele hyperactieve/impulsieve criteria, maar staan deze symptomen veel minder op de voorgrond.

In het algemeen kan gesteld worden dat de indeling zoals in de DSM beschreven wordt niet als absoluut moet worden gezien. Diagnostiek begint met een goede beschrijving van de klachten zonder interpretatie, een goed psychiatrisch onderzoek dus. Het kan zijn dat dit niet geheel aansluit bij een DSM-diagnose, maar dan wordt gezocht naar een best passende diagnose.

Q: Worden de screeningslijsten voor diagnostiek regelmatig geëvalueerd of ze nog alle punten bevatten of dat de criteria strenger of anders worden?

A: Screeningslijsten worden regelmatig geëvalueerd. Er valt geen duidelijke termijn aan te geven waarbij dit gebeurt, maar deze lijsten zijn geen absolute waarheid. In de loop der tijd is duidelijk geworden dat ADHD niet alleen bij kinderen aanwezig is, maar ook bij volwassenen. De symptomen uiten zich dan anders en er waren ook minder criteria aanwezig om tot de diagnose op volwassen leeftijd te komen. Bij vrouwen zie je ook dat de screeningslijsten niet altijd voldeden. Symptomatologie uit zich soms anders bij vrouwen en vrouwen hanteren een andere coping stijl dan mannen om met hun klachten om te gaan.^{8,9,10}

In het algemeen geeft een screeningslijst een aanwijzing voor eventuele diagnostiek. Bij een positieve screeningslijst is er een indicatie om verder onderzoek

te doen, maar bij twijfel (er zijn onvoldoende criteria bij de screening) kan het ook mogelijk zijn om diagnostiek in te zetten. Een goede anamnese en heteroanamnese zijn van groot belang.

Q: Hoe lang abstinentie van middelen voordat er betrouwbare diagnostiek kan worden uitgevoerd. Of is er een grens zoals bij een eerdere vraag die gesteld werd?

A: In het algemeen wordt er een grens van 6 weken abstinentie aangehouden om betrouwbare diagnostiek te kunnen verrichten. Zoals al eerder aangegeven is deze grens voor sommige patiënten te lang, zij houden dit niet vol terwijl er duidelijke aanwijzingen zijn voor de diagnose (bijvoorbeeld klachten in de jeugd, familiale belasting). In dat geval is het streven om ervoor te zorgen dat het gebruik in elk geval stabiel is en moet worden gestreefd naar afbouw van gebruik. Hierbij zijn geen absolute getallen aan te geven.

} Preventie en behandeling

Q: Wat zijn de ervaringen met ketaminegebruik bij ADHD (en medicatie?)

A: Er zijn voor zover bekend geen systematische of anekdotische ervaringen over het gebruik van ketamine door mensen met ADHD. Wel is er enig (dierexperimenteel) onderzoek naar het effect van NMDR-agonisten op de ontwikkeling van ADHD-achtig gedrag als gevolg van een veranderde balans tussen het excitatoire en het inhibitoire neurale systeem.¹¹

Een vraag zou nog kunnen zijn of ketamine potentieel effectief zou kunnen zijn bij de behandeling van ADHD. Op basis van het receptorbindingsprofiel van ketamine – met vooral antagonisme van het glutamaatsysteem – zijn daarvan niet direct effecten te verwachten want ketamine heeft nauwelijks/geen effect op het dopaminerge of serotonerge systeem.^{12,13} Uit dierexperimenteel onderzoek blijkt overigens wel dat ketamine een gunstig effect zou kunnen hebben op motorische impulsiviteit.¹⁴ Op farmacodynamisch niveau zouden er dus wel degelijk gunstige effecten op de impulsiviteit van ADHD-patiënten kunnen zijn, maar er is geen wetenschappelijk bewijs in mensen ten aanzien van dit punt.¹¹

Q: Welke invloed heeft (fors) blowen op ADHD met medicatiegebruik bij jongeren?

A: Door ADHD-patiënten wordt het gebruik van cannabis gezien als rustgevend en wordt cannabis vaak 's avonds gebruikt om in slaap te kunnen vallen. Of deze effecten ook objectiveerbaar juist zijn is de vraag, maar het lijkt van belang het cannabisgebruik niet direct te verbieden en bijvoorbeeld eerst oplossingen te zoeken voor de "onrust" (stimulantia, atomoxetine, guanfacine) en de slaapproblemen (slaaphygiëne, melatonine). Voor een overzicht ten aanzien van dit onderwerp, zie Dernbach e.a., 2023.¹⁵

Q: Hoe (on)verstandig is het om kortwerkend methylfenidaat voor te schrijven bij ADHD en verslaving aan cocaïne?

A: Het is zeer onverstandig omdat er geen aanwijzingen zijn dat kortwerkende stimulantia (inclusief kortwerkend MPH en dexamfetamine) effectief zijn in deze groep en omdat het risico op misbruik en verkoop van deze vormen van MPH en dexamfetamine groter is dan van MPH met vertraagde afgifte¹⁶ of van lisdexamfetamine¹⁷, omdat deze formuleringen minder belonend zijn.

Q: Kun je bij verslaving beter overstappen naar Wellbutrin®?

A: Nee, in principe volgt je bij volwassen patiënten met ADHD en verslaving dezelfde medicamenteuze behandeling als bij patiënten met ADHD zonder verslaving en wel in deze volgorde: (1) langwerkende stimulantia (MPH of (lis)dexamfetamine); (2) atomoxetine; (3) bupropion (Wellbutrin®).¹⁸ Meer recente bevindingen geven aan dat ook het gebruik van langwerken guanfacine (bij adolescenten) kan worden overwogen als 2e of 3e keus.¹⁹ Wel is het bij de groep met een comorbide verslaving van belang dat (a) er alleen langwerkende preparaten/preparaten met vertraagde afgifte worden voorgeschreven, (b) dat er mogelijk hogere dan de standaarddoseringen nodig zijn¹⁵ en (c) dat per keer kleine hoeveelheden per recept worden voorgeschreven en dat er in het algemeen geen herhaalrecepten worden gegeven om misbruik en verkoop te voorkomen.²⁰

Q: Wat is het effect van behandeling met stimulantia bij volwassen patiënten met SUD en later gediagnosticeerd worden met ADHD?

A: In veel gevallen wordt ADHD pas vastgesteld bij verslaafden als ze voor hun verslaving in behandeling komen. Het is dan heel goed om een behandeling van de ADHD te starten met CBT en/of medicatie waarbij de volgorde waarin medicatie wordt aangeboden dezelfde is als hierboven beschreven en er alleen gebruik gemaakt wordt van langwerkende preparaten.

Q: Adviseren jullie hoge doseringen bij kinderen?

A: Wij adviseren adequate doseringen bij kinderen voor de behandeling van ADHD. Belangrijk om verslaving bij kinderen met ADHD te voorkomen is dat deze kinderen al op jonge leeftijd en met adequate doseringen worden behandeld, hetgeen volgens het Farmacotherapeutisch Kompas overeenkomt met max. 2 mg/kg/dag.⁶ In het algemeen is dat start medicatie rond het 7^e-8^e jaar met een standaarddosering methylfenidaat waarbij getitreerd wordt tot een verbetering van het klinisch beeld optreedt. Als bij de standaarddoseringen geen verbetering optreedt kunnen andere voor ADHD geregistreerde medicamenten worden voorgeschreven.

} Referenties

1. Wilens TE, Vitulano M, Upadhyaya H, Adamson J, Sawtelle R, Utzinger L, Biederman J. Cigarette smoking associated with attention deficit hyperactivity disorder. *J Pediatr.* 2008 Sep;153(3):414-9.
2. Rhodes JD, Pelham WE, Gnagy EM, Shiffman S, Derefinko KJ, Molina BS. Cigarette smoking and ADHD: An examination of prognostically relevant smoking behaviors among adolescents and young adults. *Psychol Addict Behav.* 2016 Aug;30(5):588-600.
3. Dunne EM, Hearn LE, Rose JJ, Latimer WW. ADHD as a risk factor for early onset and heightened adult problem severity of illicit substance use: an accelerated gateway model. *Addict Behav.* 2014 Dec;39(12):1755-8.
4. Vitulano ML, Fite PJ, Hopko DR, Lochman J, Wells K, Asif I. Evaluation of underlying mechanisms in the link between childhood ADHD symptoms and risk for early initiation of substance use. *Psychol Addict Behav.* 2014 Sep;28(3):816-27.
5. Riggs PD, Winhusen T, Davies RD, Leimberger JD, Mikulich-Gilbertson S, Klein C, Macdonald M, Lohman M, Bailey GL, Haynes L, Jaffee WB, Haminton N, Hodgkins C, Whitmore E, Trello-Rishel K, Tamm L, Acosta MC, Royer-Malvestuto C, Subramaniam G, Fishman M, Holmes BW, Kaye ME, Vargo MA, Woody GE, Nunes EV, Liu D. Randomized controlled trial of osmotic-release methylphenidate with cognitive-behavioral therapy in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011 Sep;50(9):903-14.
6. Groenman AP, Schwaren LJS, Weeda W, Luman M, Noordermeer SDS, Heslenfeld DJ, Franke B, Faraone SV, Rommelse N, Hartman CA, Hoekstra PJ, Buitelaar J, Oosterlaan J. Stimulant treatment profiles predicting co-occurring substance use disorders in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019 Sep;28(9):1213-1222. doi: 10.1007/s00787-019-01283-y. Epub 2019 Feb 5. PMID: 30721356; PMCID: PMC6751155.
7. Van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, Koeter MW, Allsop S, Auriacombe M, Barta C, Bu ET, Burren Y, Carpentier PJ, Carruthers S, Casas M, Demetrovics Z, Dom G, Faraone SV, Fatseas M, Franck J, Johnson B, Kapitány-Fóvény M, Kaye S, Konstenius M, Levin FR, Moggi F, Møller M, Ramos-Quiroga JA, Schillinger A, Skutle A, Verspreet S; IASP research group; van den Brink W, Schoevers RA. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. *Addiction.* 2014 Feb;109(2):262-72. doi: 10.1111/add.12370. Epub 2013 Nov 20. PMID: 24118292; PMCID: PMC4112562.

8. Rucklidge JJ. Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Rev Neurother.* 2008 Apr;8(4):643-55.
9. Mowlem F, Agnew-Blais J, Taylor E, Asherson P. Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. *Psychiatry Res.* 2019 Feb;272:765-773. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.128. Epub 2018 Dec 27. PMID: 30832197; PMCID: PMC6401208.
10. Assari S. Emotional, Behavioral, and Cognitive Correlates of Attention Deficit and Hyperactive Disorder (ADHD) Screening and Diagnosis History: Sex/Gender Differences. *J Neurol Neuromedicine.* 2021;6(1):1278.
11. Archer T, Garcia D. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Focus upon Aberrant N-Methyl-D-Aspartate Receptors Systems. *Curr Top Behav Neurosci.* 2016;29:295-311. Doi: 10.1007/7854_2015_415. PMID: 26718589.
12. Rabiner EA. Imaging of striatal dopamine release elicited with NMDA antagonists: is there anything there to be seen? *J Psychopharmacol.* 2007 May;21(3):253-8.
13. Shen G, Han F, Shi WX. Effects of Low Doses of Ketamine on Pyramidal Neurons in Rat Prefrontal Cortex. *Neuroscience.* 2018 Aug 1;384:178-187. doi: 10.1016/j.neuroscience.2018.05.037. Epub 2018 Jun 1. PMID: 29859979.
14. Davis-Reyes BD, Smith AE, Xu J, Cunningham KA, Zhou J, Anastasio NC. Subanesthetic ketamine with an AMPAkinic attenuates motor impulsivity in rats. *Behav Pharmacol.* 2021 Jun 1;32(4):335-344. doi: 10.1097/FBP.0000000000000623. PMID: 33595955; PMCID: PMC8119302
15. Dernbach MR, Gray KM, Borich A, Seery E, Russo SB, Lewis ET 3rd, Gwynette MF. Prescribing Stimulants for Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Co-occurring Cannabis Use: Considerations for Managing a Clinical Dilemma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023 Feb 9;S0890-8567(23)00055-2. doi: 10.1016/j.jaac.2022.11.014. Epub ahead of print. PMID: 36773700.
16. Weyandt LL, Oster DR, Marraccini ME, Gudmundsdottir BG, Munro BA, Zavras BM, Kuhar B. Pharmacological interventions for adolescents and adults with ADHD: stimulant and nonstimulant medications and misuse of prescription stimulants. *Psychol Res Behav Manag.* 2014 Sep 9;7:223-49.
17. Carton L, Ickick R, Weibel S, Dematteis M, Kammerer E, Batisse A, Rolland B. What is the potential for abuse of lisdexamfetamine in adults? A preclinical and clinical literature review and expert opinion. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2022 Aug;15(8):921-925.
18. NVvP, 2015: Richtlijn ADHD bij volwassenen. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/adhd_bij_volwassenen/medicamenteuze_behandeling_adhd/aanbevelingen_adhd_bij_volwassenen.html
19. Farmacotherapeutisch Kompas
<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/g/guanfacine>
20. Crunelle CL et al. International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Eur Addict Res.* 2018;24(1):43-51. doi: 10.1159/000487767.