

REACTIE OP

'Internationale Consensus voor de screening, diagnose en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en ADHD'

Met verwondering las ik het artikel van collegae Crunelle e.a. (2019) waarin zij verslag doen van de uitkomsten van een internationale consensusprocedure voor de screening, diagnose en behandeling van volwassen patiënten met stoornissen in het gebruik van een middel (SGM) en comorbide ADHD.

Diagnostiek

De groep experts kwam tot de conclusie dat het diagnostisch proces voor ADHD bij patiënten met SGM voortvarend dient te worden uitgevoerd: met een initiële screening al vanaf het eerste contact of bij intake van de patiënt met zelfrapportagevragenlijsten zoals de *Adult ADHD Self-Rating Scale* (ASRS), en vervolgens nadere diagnostiek, ook bij patiënten met een negatieve screeningsuitkomst bij wie er (desondanks) een sterk klinisch vermoeden op ADHD bestaat – zelfs wanneer de patiënt nog middelen gebruikt. Het zou immers '*cruciaal voor de behandeluitkomst*' zijn dat ADHD tijdig wordt herkend bij patiënten met SGM.

Een eenvoudig bayesiaans rekensommetje leert dat bij een verwachte prevalentie van ADHD bij patiënten met SGM van 20% een screeningssensitiviteit van 84% en -specificiteit van 66% (van de ASRS) een positief voorspellende waarde geeft van 38%. Dat is een kans van minder dan 4 op 10 dat een positief gescreende patiënt daadwerkelijk ADHD (bij SGM) heeft. Dat is al niet om over naar huis te schrijven. Breng echter in mindering op die 38% al die patiënten die (uit schaamte, gebrekkige behandelmotivatie, misbruik van psychostimulantia, etc.) graag in aanmerking komen voor een additionele classificatie, dan zal de feitelijke voorspellende waarde van een positief screeningsresultaat nog lager dan 38% zijn.

Vervolgens noemen de auteurs dat er eigenlijk geen gevalideerd diagnostisch instrument voor ADHD bestaat voor patiënten met SGM. Kortom, het bevestigen of uitsluiten van de classificatie is een ongewisse zaak.

Behandeling

Verderop in het artikel merken de auteurs op dat het effect van het toedienen van standaarddoseringen ADHD-medicatie bij patiënten met SGM (na aanvankelijk enthousiasme) beperkt is gebleken, en dat er '*amper studies beschikbaar zijn over de niet-medicamenteuze behandeling van volwassen patiënten met SGM en comorbide ADHD*'. De auteurs concluderen zelf: '*De behandeling van comorbide ADHD bij patiënten met SGM is een uitdaging*.'

LITERATUUR

- Crunelle CL, van den Brink W, Schellekens A, van de Glind G, Belgisch/Nederlands ICASA consortium, Matthys F. Internationale Consensus voor de screening, diagnose en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en ADHD. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 477-86.
- Slaats I, Grotenhuis M, Carpentier PJ. ADHD bij volwassenen. *AccreDidact* 2018; 4.

AUTEUR

DAVID WARNDORFF, psychiater en epidemioloog, Solutions-center, Voorthuizen.

CORRESPONDENTIEADRES

D.K. Warndorff, Solutions-center, Apeldoornsestraat 131, 3781 PM Voorthuizen.
E-mail: dwardorff@yahoo.com

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH

Reaction on 'International consensus for the screening, diagnosis and treatment of adult patients with substance use disorder and ADHD'

Samenvattend: als het aan deze expertgroep ligt dan dienen wij behandelaars in de verslavingszorg kosten noch moeite te sparen om bij zo veel mogelijk van onze patiënten in een zo vroeg mogelijk stadium ADHD vast te stellen, daarbij gebruikmakend van een screeningsinstrument dat in de meeste gevallen een foutpositieve uitkomst geeft, terwijl wij geen betrouwbare middelen hebben om die (vermoede) comorbide classificatie te bevestigen dan wel te verwerpen, en ofschoon er vrijwel geen bewijs is voor het nut van wat voor (extra) interventie bij deze patiëntengroep dan ook. '*Desondanks mag deze doelpopulatie de medicatie niet onthouden worden*.' En dan zo mogelijk met zeer hoge doseringen – op basis van anekdotisch bewijs – zoals methylfenidaat 180 mg daags: een dosering die weinig psychiaters hun patiënten (met een SGM) zouden durven voor te schrijven.



ARTIKEL



Eigen ervaring

Ten slotte de ervaring bij onze, volgens het minnesota-model georganiseerde, behandeling. Daar zien we relatief weinig patiënten met SGM bij wie ook sprake blijkt te zijn van ADHD van dusdanige ernst dat zij er echt onder lijden en bijv. onvoldoende kunnen profiteren van de (groepsgebaseerde) behandeling. Dit hoewel bij een vrij groot deel van onze patiënten ooit ADHD werd geëvalueerd. Mogelijk komt dat doordat veel jongeren met ADHD bij het volwassen worden daar 'uitgroeien' (Slaats e.a. 2018) – tenzij zij in de loop van de puberteit verslaafd raken? Hoe dan ook nemen wij bij patiënten die goed herstellen van hun SGM in (heel) veel minder dan 20% van de gevallen ADHD-klachten waar.

ANTWOORD AAN

Warndorff

Wij danken collega Warndorff voor zijn reactie op ons artikel. Zijn reactie is volgens ons echter gebaseerd op een aantal cruciale misvattingen, die goede patiëntenzorg voor een kwetsbare groep patiënten in de weg staan.

Diagnostiek

Ten eerste de diagnose. Uit recente meta-analyses komt naar voren dat ADHD voorkomt bij ongeveer een kwart van de patiënten met verslavingsproblematiek (van Emmerik-van Oortmerssen e.a. 2012). Wanneer we ervan uitgaan dat de behandelend specialist een behandelbare aandoening (Carpentier & Levin 2017) met grote invloed op de prognose van de verslaving niet mag missen, rechtvaardigt een dergelijke prevalentie aandacht voor ADHD bij elke patiënt die zich meldt in de verslavingszorg.

Screeningsinstrumenten kunnen dan nuttig zijn om niet bij iedere patiënt een intensief diagnostisch traject te hoeven inzetten. Bij screeningsinstrumenten is niet zozeer de positief voorspellende waarde van belang, maar juist de negatief voorspellende waarde. Immers, we gaan de diagnose niet stellen op basis van een screeningsinstrument, maar juist die personen uitfilteren voor wie een verder diagnostisch traject niet geïndiceerd is. Bij de door Warndorff (selectief laag) gekozen afkappunten van de ASRS is de negatief voorspellende waarde 94%. Met andere woorden: als de ASRS aangeeft dat er waarschijnlijk geen sprake is van comorbide ADHD, zal dit in vrijwel alle gevallen kloppen. Hiermee kunnen we zo'n 56% van de patiënten terecht verdere diagnostiek besparen. Dit betekent zowel een efficiëntieslag als het voorkómen van onnodige belasting van patiënten.

Bij de resterende 44% van de patiënten met een positieve screeningsuitslag dient vervolgens diagnostiek van ADHD conform de gouden standaard plaats te vinden. Die dient

te bestaan uit een gedegen biografische anamnese, met bijzondere aandacht voor de ontwikkelingsanamnese, aangevuld met een heteroanamnese en informatie uit zo veel mogelijk andere bronnen. Het doel daarvan is een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de aanwezigheid van ADHD-symptomen en daarmee samenhangende beperkingen gedurende de levensloop.

Een gestructureerd diagnostisch interview kan daarbij de diagnose ondersteunen. Zoals geldt voor elke psychiatrische aandoening, is een gestructureerd interview geen vervanging van, maar enkel een aanvulling op een klinisch diagnostisch proces. Dergelijke diagnostische interviews zijn uitgebreid gevalideerd voor volwassenen met ADHD. Er is op voorhand geen reden om aan te nemen dat deze interviews voor volwassenen met ADHD en verslavingsproblematiek niet ondersteunend zouden kunnen zijn in het diagnostisch traject. Bovendien blijkt de hertestbetrouwbaarheid van dergelijke gestructureerde interviews voor en na detoxificatie hoog (95%) (van Emmerik-van Oortmerssen e.a. 2017). Dit betekent ook dat het diagnostisch proces vroegtijdig gestart kan worden (ook als de patiënt nog gebruikt).

Behandeling

Dan de behandeling. Inmiddels zijn er meerdere gerandomiseerde en placebogecontroleerde studies (RCT's) verricht naar de medicamenteuze behandeling van patiënten met een verslaving aan middelen en ADHD: 8 met methylfenidaat, 2 met amfetamine, 2 met atomoxetine, 1 met bupropion en 1 met pemoline (Carpentier & Levin 2017). Deze studies laten over het algemeen enige effectiviteit zien in het reduceren van ADHD-symptomen. Hoewel het effect kleiner is dan bij volwassenen met ADHD zonder verslaving, is het effect nog altijd voldoende om de keuze voor een medicamenteuze behandeling bij deze doelgroep te rechtvaardigen.

Inmiddels blijkt uit 2 goed uitgevoerde RCT's met hogere doseringen stimulantia dat deze bij deze groep patiënten aanzienlijk effectiever zijn in het reduceren van ADHD-symptomen en ook leiden tot een forse vermindering van het druggebruik (Konstenius e.a. 2014; Levin e.a. 2015). Hogere doseringen zijn nodig wegens een lagere dopaminetransporterbezetting door methylfenidaat bij patiënten met ADHD en comorbide verslavingsproblematiek in vergelijking tot patiënten met alleen ADHD (Crunelle e.a. 2013).

Misbruikrisico

Ten slotte speelt wellicht de onuitgesproken vrees voor misbruik van stimulantia en het risico op dosisescalatie een rol bij de reactie van Warndorff. Ook hier laat wetenschappelijk onderzoek een ander beeld zien. In een grote Zweedse registerstudie bleek dat patiënten met ADHD en

verslaving gemiddeld een 40% hogere dosering stimulantia gebruiken dan patiënten met ADHD zonder verslaving. Deze dosering steeg echter niet verder gedurende de observatieperiode van gemiddeld 1,5 jaar (Skoglund e.a. 2017). Verder blijkt dat adolescenten met ADHD hun medicijnen vaker verliezen dan volwassenen met ADHD, maar bij adolescenten met ADHD en een comorbide verslaving is dit percentage niet groter dan bij de adolescenten die placebo kregen (Winhusen e.a. 2011). Desondanks zijn hier de nodige voorzorgsmaatregelen op zijn plaats, bijvoorbeeld door voldoende intensieve begeleiding tijdens en na het instellen op medicatie, het niet voorschrijven van grote voorraden en het niet verstrekken van herhaalrecepten aan patiënten (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2019).

Tot slot

Het is onterecht dat Warndorff wetenschappelijke onderbouwing omschrijft als 'anekdotisch bewijs'. Het verbaast ons dat hij in zijn praktijk met adolescenten die kampen met verslavingsproblematiek nauwelijks ADHD ziet. We roepen in ons artikel op tot een systematische diagnostische aanpak conform de huidige wetenschappelijke inzichten, inclusief screening en aanvullende diagnostiek, en hopen dat dit tot andere en beter onderbouwde inzichten zal leiden.

LITERATUUR

- Carpentier PJ, Levin FR. Pharmacological treatment of ADHD in addicted patients: what does the literature tell us? *Harv Rev Psychiatry* 2017; 25: 50-64.
- Crunelle CL, van den Brink W, Veltman DJ, van Emmerik-van Oortmerssen K, Dom G, Schoevers RA, e.a. Low dopamine transporter occupancy by methylphenidate as a possible reason for reduced treatment effectiveness in ADHD patients with cocaine dependence. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013; 23: 1714-23.
- Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Guterstam J, Beck O, Philips B, Franck J. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction* 2014; 109: 440-9.
- Levin FR, Mariani JJ, Specker S, Mooney M, Mahony A, Brooks DJ, e.a. Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 593-602.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn ADHD bij volwassenen. 2015. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/adhd_bij_volwassenen/medicamenteuze_behandeling_adhd/algemene_overwegingen_adhd_bij_volwassenen/misbruik_verslaving_risico_adhd_bij_volwassenen.html.

AUTEURS

CLEO LINA CRUNELLE, neurowetenschapper psychiatrie en toxicoloog, Universitair Ziekenhuis Brussel en Universiteit Antwerpen.

WIM VAN DEN BRINK, arts-epidemioloog, em. hoogleraar Verslavingszorg, Amsterdam Universitaire Medische Centra, locatie AMC.

ARNT SCHELLEKENS, psychiater Radboudumc, Nijmegen en wetenschappelijk directeur Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction NISPA, Nijmegen.

GEURT VAN DE GLIND, psychiatrisch verpleegkundige, gezondheidswetenschapper en directeur ICASA Foundation, Radboudumc, Nijmegen.

FRIEDA MATTHYS, diensthoofd Psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Brussel en docent Psychiatrie en medische psychologie, Vrije Universiteit Brussel.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Cleo L. Crunelle, afd. Psychiatrie, UZ Brussel (UZ Jette), Laarbeeklaan 101, 1090 Jette (Brussel), België.
E-mail: cleo.crunelle@gmail.com

- Skoglund C, Brandt L, D'Onofrio B, Larsson H, Franck J. Methylphenidate doses in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and comorbid substance use disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017; 27: 1144-52.
- van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, e.a. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend* 2012; 122: 11-9.
- van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ, Koeter MW, Schoevers RA, van den Brink W. Diagnosing ADHD during active substance use: feasible or flawed? *Drug Alcohol Depend* 2017; 180: 371-5.
- Winhusen TM, Lewis DF, Riggs PD, Davies RD, Adler LA, Sonne S, e.a. Subjective effects, misuse, and adverse effects of osmotic-release methylphenidate treatment in adolescent substance abusers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2011; 21: 455-63.