

Jongeren met een stoornis in het gebruik van middelen en ADHD: internationale consensus¹

R. Spijkerman, C.L. Crunelle, M.H. Özgen, A.H.A. Begeman, G. Dom, G. van de Glind, A.P. Groenman, M.W. van Kernebeek, F. Matthys, M. Post, A. Schellekens, W. Staal, W. van den Brink, V.M. Hendriks

- Achtergrond** Onder jongeren met aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) komt een stoornis in het gebruik van middelen (SGM) vaak voor. Comorbide ADHD en SGM compliceert de screening, diagnostiek en behandeling van beide stoornissen en gaat gepaard met een ongunstige behandelprognose. Het weinige onderzoek onder jongeren met ADHD en SGM biedt onvoldoende basis voor sterke aanbevelingen. Om behandelaars toch houvast te geven werd een internationale consensusprocedure gehouden.
- Doel** Samenvatten van internationale consensus over diagnostiek en behandeling van jongeren met comorbide ADHD en SGM.
- Methode** In een aangepaste delphistudie met een multidisciplinaire, internationale groep van 55 experts werd geprobeerd consensus te bereiken over 37 aanbevelingen.
- Resultaten** Over 36 aanbevelingen werd consensus bereikt. Routinematig screenen op ADHD en/of SGM is belangrijk. Voor de behandeling van comorbide SGM en ADHD bij jongeren dient men zowel psychosociale als farmacologische behandeling te overwegen. Psychosociale behandeling bestaat bij voorkeur uit psycho-educatie, motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie gericht op SGM of beide stoornissen. Langwerkende stimulantia worden aanbevolen als eerste keus voor farmacotherapie, bij voorkeur ingebed in een psychosociale behandeling. Over de vraag of patiënten bij de start van de behandeling met stimulantia abtinent moeten zijn, waren de experts verdeeld.
- Conclusie** Deze internationale consensus biedt behandelaars en jongeren met SGM en comorbide ADHD handvatten voor het kiezen van de best mogelijke behandeling.

Ongeveer een kwart van de jongeren die voor een stoornis in het gebruik van een middel (SGM) in de verslavingszorg komt heeft ook een aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) (van Emmerik-van Oortmerssen e.a. 2012). De combinatie van SGM en ADHD compliceert de screening, diagnostiek en behandeling van deze jongeren en verkleint de kans op herstel (Wilens & Morrison 2012).

Bestaande ADHD-richtlijnen besteden weinig aandacht aan jongeren met comorbide SGM (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ 2005; National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2019). Bovendien is de evidentie voor een ADHD-behandeling bij jongeren voornamelijk gebaseerd

op onderzoek in gemengde steekproeven van kinderen en jongeren (5-18 jaar), waarbij aparte uitkomsten voor jongeren (12-18 jaar) vaak ontbreken. Dit is een relevante beperking omdat jongeren met ADHD voor andere ontwikkelingstaken staan en andere behandelbehoeften ervaren dan kinderen en volwassenen met ADHD (Chan e.a. 2016).

Om te komen tot aanbevelingen voor de screening, diagnostiek en behandeling van jongeren met SGM en ADHD hebben wij een systematische literatuurstudie uitgevoerd (Özgen e.a. 2021) en daaruit voortkomende aanbevelingen via een delphiprocedure voorgelegd aan een internationaal panel van experts. Dit artikel is een ingekorte en aangepaste Nederlandse versie van de

AUTEURS

Renske Spijkerman, senior onderzoeker, Parnassia Addiction Research Center (PARC), Parnassia Groep Academie, Den Haag.

Cleo Lina Crunelle, docent, Vrije Universiteit Brussel (VUB) en arts-neurowetenschapper, Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ Brussel).

Heval Özgen, senior onderzoeker en psychiater, LUMC en Parnassia Groep Academie, Den Haag.

Alex Begeman, klinisch psycholoog, De Hoop ggz, afd. Deeltijdbehandeling, Dordrecht.

Geert Dom, hoogleraar Psychiatrie, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen.

Geurt van de Glind, docent verpleegkunde/onderzoeker verpleegkunde, Hogeschool Utrecht, Utrecht.

Annabeth Groenman, senior onderzoeker, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, UMC Groningen, Groningen; universitair docent, Research Institute Child Development and Education, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Michiel Willem van Kernebeek, arts in opleiding tot psychiater, Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ Brussel), Brussel.

Frieda Matthys, hoogleraar Psychiatrie en medische psychologie, VUB, Department Psychiatry, Mental Health and Wellbeing research group (MENT), Brussel.

Marianne Post, psychiater en manager zorg, Brijder Jeugd Zuid Holland, Parnassia Groep Den Haag.

Arnt Schellekens, hoogleraar Verslaving en psychiatrie, Radboudumc Nijmegen, Donders Institute for Brain, Cognition and Behavior, afd. Psychiatrie, Nijmegen.

Wouter Staal, hoogleraar Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie, Radboudumc Nijmegen, afd. Psychiatrie, Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Nijmegen, Universiteit Leiden, faculteit Sociale Wetenschappen, Leiden.

Wim van den Brink, arts-epidemioloog, Amsterdam UMC, locatie AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam Neurowetenschappen, Amsterdam.

Vincent Hendriks, hoofd onderzoek, PARC, Parnassia Groep Academie, Den Haag, en hoogleraar Verslaving en psychiatrische comorbiditeit, LUMC Curium, Leiden.

Correspondentie

Dr. Renske Spijkerman (renske.spijkerman@brijder.nl).

Strijdige belangen: dr. Van den Brink meldde persoonlijke honoraria van Camurus, Opiant Pharmaceuticals, Kinnov Therapeutics en Recordati en niet-financiële steun van D&A Pharmaceuticals.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-6-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(12):868-874

oorspronkelijk Engelstalige publicatie van de resultaten (Özgen e.a. 2020). We vatten de belangrijkste conclusies uit onze literatuurstudie hier samen.

Ontwikkeling van SGM bij kinderen met ADHD

ADHD in de kindertijd is een belangrijke risicofactor voor de latere ontwikkeling van SGM, ook wanneer men rekening houdt met de gelijktijdige aanwezigheid van een oppositionele-opstandige stoornis en/of gedragsstoornis (ODD/GD) (Groenman e.a. 2017). Behandeling van ADHD met stimulantia tijdens de kinderjaren heeft mogelijk een beschermend effect op de latere ontwikkeling van SGM (bijv. Groenman e.a. 2019), maar er zijn ook studies waarin dit niet werd gevonden (bijv. Humphreys e.a. 2013).

Screening en diagnostiek

Vroege detectie van comorbide ADHD bij jongeren in de verslavingszorg en tijdige signalering van SGM bij jongeren met ADHD in de ggz is essentieel voor de effectieve

behandeling van beide stoornissen. Er zijn valide screeningsinstrumenten en diagnostische interviews (bijv. Knight e.a. 2003; DuPaul e.a. 2016) die ook bruikbaar zijn als patiënten (nog) niet (helemaal) abstinente zijn (van de Glind e.a. 2013). Ook is voor het vaststellen van ADHD op basis van de DSM-5 ondertussen de *Young DIVA-5* beschikbaar gekomen (DIVA foundation 2019). Over de psychometrische kwaliteiten van de *Young DIVA-5* bij jongeren met SGM zijn overigens nog geen gegevens bekend. Ondanks het aanbod aan bruikbare screeningsinstrumenten wordt in de verslavingszorg onvoldoende routinematig gescreend op ADHD en in de ggz nog onvoldoende op SGM. Hierdoor worden comorbide SGM en ADHD onvoldoende opgemerkt en behandeld.

Psychosociale en alternatieve behandeling

De effectiviteit van psychosociale en alternatieve behandelingen is bij jongeren met comorbide ADHD en SGM nog niet onderzocht. Wel vonden we 11 trials naar het

effect van psychosociale behandelingen bij jongeren met ADHD zonder SGM waarvan 5 met kleine positieve effecten op ADHD-symptomen (Özgen e.a. 2020). Door de beperkte kwaliteit van de studies en de sterke heterogeniteit van de onderzochte interventies, biedt het onderzoek onvoldoende basis voor aanbevelingen over welke psychosociale interventie(s) de voorkeur hebben. Een eerste trial naar geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (CGT-1) bij volwassen patiënten met SGM en ADHD laat verbetering van ADHD-symptomen zien, maar niet van middelengebruik (van Emmerik-van Oortmerssen 2019). Of dit ook voor jongeren met ADHD en SGM geldt, moet nog worden onderzocht.

De effectiviteit van alternatieve behandelingen bij jongeren met ADHD – in alle studies zonder SGM – is in 5 RCT's onderzocht: 2 trials naar cognitieve training en 3 trials naar respectievelijk neurofeedback, voedingssupplementen met omega 3/6-vetzuren en beweeginterventies (Özgen e.a. 2020). Geen van de studies levert bewijs voor de effectiviteit van deze alternatieve interventies in het reduceren van ADHD-symptomen bij jongeren met ADHD en deze interventies zijn daarom waarschijnlijk ook niet effectief bij jongeren met ADHD en SGM.

Farmacologische behandeling

De meta-analyse van Cunill e.a. (2015) naar farmacotherapie bij patiënten met SGM en comorbide ADHD laat een (klein) positief effect zien op ADHD-symptomen, maar geen effect op middelengebruik. De meta-analyse bevat studies met jongeren en volwassenen, maar auteurs vermelden geen aparte resultaten voor jongeren.

In totaal zijn er 4 placebogecontroleerde studies verricht bij jongeren met SGM en comorbide ADHD: 2 studies naar langwerkend methylfenidaat (Szobot e.a. 2008; Riggs e.a. 2011), 1 studie naar pemoline (Riggs e.a. 2004) en 1 studie naar atomoxetine (Thurstone e.a. 2010).

Geen van de studies toont een robuust effect op ADHD en/of middelengebruik, vanwege te kleine steekproefomvang of tegenstrijdige effecten op de verschillende uitkomstmaten. Bij jongeren met ADHD zonder SGM wordt wel consistent een robuust (middelgroot tot groot) effect van ADHD-farmacotherapie op ADHD-symptomen gevonden (Özgen e.a. 2021).

In de 4 trials onder jongeren met SGM en comorbide ADHD werd de onderzochte medicatie in het algemeen goed verdragen en waren er geen aanwijzingen dat behandeling met stimulantia de SGM verergerde. Methylfenidaat en atomoxetine zijn bij kinderen en jongeren wel gerelateerd aan verhoogde hartslagfrequentie en een verhoogde (systolische) bloeddruk, maar niet aan cardiologische incidenten (Liang e.a. 2018; Cooper e.a. 2011). Alleen Riggs e.a. (2011) hebben gekeken naar interacties tussen ADHD-medicatie en het primaire middel waar jongeren aan verslaafd waren: slechts 2,8% van de patiënten met langwerkend methylfenidaat rapporteerde een negatieve interactie.

Kortom, het beperkte onderzoek bij jongeren met SGM

en comorbide ADHD laat geen robuust effect van farmacotherapie zien terwijl dit wel werd gevonden bij jongeren met ADHD zonder SGM. Verschillen in patiëntkenmerken, behandelretentie en therapietrouw, dosering van de medicatie en response op de controleconditie of aanvullende behandeling zouden deze tegenstrijdige resultaten kunnen verklaren (vergelijk Carpentier & Levin 2017).

Wij concluderen dat het onderzoek naar screening, diagnostiek en behandeling van SGM en comorbide ADHD bij jongeren beperkt is en dat de weinige studies onvoldoende bewijskracht hebben voor harde aanbevelingen. Op initiatief van de International Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA) is daarom een delphistudie verricht voor het bereiken van consensus over klinische aanbevelingen. Een vergelijkbaar consensusdocument over volwassen patiënten met comorbide ADHD en SGM is eerder al door ICASA geïntieerd (Crunelle e.a. 2018).

METHODE

Met een multidisciplinaire groep van 55 experts afkomstig uit 17 landen en 5 continenten (Europa, Noord-Amerika, Australië, Azië en Afrika) werd een aangepaste delphiprocedure uitgevoerd (Jones & Hunter 1995). Op basis van een systematische literatuurstudie (Özgen e.a. 2021) werd een lijst met 36 voorlopige aanbevelingen geformuleerd die de experts in drie rondes beoordeelden op een schaal van 1 tot 5 (1 = helemaal mee oneens, 3 = neutraal, 5 = sterk mee eens). Consensus werd a priori gedefinieerd als een score ≥ 3 door ten minste 95% van de experts. Zie Özgen e.a. (2020) voor details over de methode.

RESULTATEN

In de eerste ronde van de delphiprocedure werd consensus bereikt voor 23 van de 36 aanbevelingen (64%) en na aanpassing van de 13 overgebleven aanbevelingen met aanvullend 1 nieuwe aanbeveling werd in de tweede ronde voor nog eens 11 van de 14 aanbevelingen (23 + 11 = 34 van 37 aanbevelingen = 92%) consensus bereikt. Na aanpassing van de 3 overgebleven aanbevelingen werd in de derde ronde consensus bereikt voor 2 van de 3 resterende aanbevelingen, wat resulteerde in consensus voor 36 van de 37 aanbevelingen (97%). Met oog op de leesbaarheid hebben we de belangrijkste aanbevelingen geselecteerd, vertaald, ingekort en weergegeven in **tabel 1**. Een overzicht van alle naar het Nederlands vertaalde aanbevelingen uit Özgen e.a. (2020) is op te vragen bij de auteurs.

Risico op SGM bij kinderen met ADHD

Het is belangrijk om tijdens de ontwikkeling van kind naar (jong)volwassene attent te blijven op ADHD als risicofactor voor het ontstaan van SGM tijdens de adolescentie, vooral wanneer ADHD gepaard gaat met ODD

Tabel 1. Aanbevelingen voor screening, diagnostiek en behandeling van jongeren met stoornis in het gebruik van middelen (SGM) en comorbide ADHD (verkorte versie)*

Risico op SGM
ADHD in de kindertijd is een belangrijke risicofactor voor SGM tijdens de adolescentie. Behandeling van ADHD met stimulantia in de kindertijd heeft waarschijnlijk een preventief effect op de ontwikkeling van SGM bij jongeren met ADHD.
Screening en diagnostiek
Screen in de eerste lijn of de ggz jongeren met ADHD routinematig op riskant middelengebruik en SGM en screen jongeren in de verslavingszorg routinematig op ADHD. Screen en diagnoseer ADHD bij voorkeur wanneer het middelengebruik voldoende is gestabiliseerd en stel de beoordeling alleen uit bij acute intoxicatie of ernstige ontwenningsverschijnselen. Vraag het middelengebruik bij voorkeur uit in een open – niet veroordelend – gesprek met alleen de jongere zelf. Volg bij diagnostiek van SGM en comorbide ADHD de diagnostische procedures voor de afzonderlijke stoornissen en houd rekening met mogelijke overlap, interacties en de chronologische volgorde van de (vaak wisselende) symptomen. Comorbide ADHD en SGM dienen - bij voorkeur met gestandaardiseerde instrumenten - door een getrainde professional (bijv. (kinder- en jeugd)psychiater, kinderarts, klinisch psycholoog of verslavingsarts) te worden vastgesteld.
Behandeling algemeen
Verricht bij comorbide ADHD bij jongeren met SGM een geïntegreerde behandeling volgens de richtlijnen van beide stoornissen en de algemene richtlijn voor comorbide problematiek. Start met een behandeling gericht op het middelengebruik omdat een bestaande SGM de diagnostiek en behandeling kan bemoeilijken. Stel echter in geen geval de behandeling van ADHD onnodig uit. Vraag jongeren of en hoe zij hun ouders en/of andere naastbetrokkenen bij de behandeling willen betrekken.
Psychosociale behandeling
Start gezien de ernst van de aandoening psychosociale en/of farmacologische behandeling van de comorbide ADHD en SGM zo snel mogelijk. Psychologische behandeling van comorbide ADHD bij jongeren met SGM dient te bestaan uit psycho-educatie, motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie (CGT) gericht op alleen SGM of beide stoornissen (I-CGT). Overweeg systeemtherapie bij jongere adolescenten met SGM en comorbide ADHD. Bij jongeren met SGM en matige/ernstige ADHD wordt aangeraden naast psychosociale behandeling van SGM ook farmacotherapie voor ADHD aan te bieden. Jongeren die baat hebben bij ADHD-farmacotherapie, maar functionele beperkingen houden, kan aanvullend op ADHD-gerichte CGT worden aangeboden.
Farmacologische behandeling
Ondanks gebrek aan evidentie voor farmacotherapie bij jongeren met SGM en comorbide ADHD, wordt toch aanbevolen om voor deze doelgroep farmacologische behandeling – in het bijzonder met psychostimulantia – te overwegen. Geef elke jongere met SGM en comorbide ADHD en zijn/haar ouders informatie over farmacotherapie met de daarbij behorende voorwaarden en monitoring. Voor het starten van behandeling met stimulantia moet de jongere met SGM en comorbide ADHD abstinent zijn of het middelengebruik hebben verminderd. Is dit niet het geval, overweeg dan farmacotherapie met een niet-stimulerend middel, bijv. atomoxetine, guanfacine of bupropion.** Geef voor het starten van de behandeling met stimulantia aan dat deze alleen wordt voortgezet bij gunstige effecten op ADHD en/of functioneren. Farmacologische behandeling van comorbide ADHD bij jongeren met SGM dient bij voorkeur te zijn ingebed in een psychosociale behandeling. Vermoeden van misbruik of (door)verkoop van psychostimulantia is een urgente reden de jongere aan te spreken en indien nodig behandeling met een niet-stimulerend middel te overwegen. Schrijf - om het risico op misbruik en (door)verkoop van stimulantia te beperken - langwerkende stimulantia voor en vermijd herhaalrecepten en recepten voor lange periodes. Farmacologische behandeling van ADHD vereist zorgvuldige titratie en monitoring. Bij patiënten met SGM en comorbide ADHD kunnen hogere dan de standaarddoseringen nodig zijn. Eerste keus voor medicamenteuze ADHD-behandeling bij jongeren met SGM en comorbide ADHD is een langwerkend stimulantium (methylfenidaat of lisdexamfetamine). Overweeg als tweede keus atomoxetine, guanfacine met vertraagde afgifte of bupropion. Vanwege individuele verschillen in effectiviteit en tolerantie van langwerkend methylfenidaat en (lis)dexamfetamine wordt aanbevolen om met één van deze stimulantia te starten en bij onvoldoende effect over te gaan op één van de andere stimulantia. Voor het starten van de behandeling met psychostimulantia is alleen een ecg nodig bij een positieve (familie)geschiedenis, symptomen of signalen van een hartziekte, en/of als jongeren medicatie of een illegale drug gebruiken (bijv. cocaïne of amfetamine) met een cardiaal risico. Monitor gedurende de behandeling hartslag, bloeddruk, lengte en gewicht.
Alternatieve behandeling
Besprek met de jongere de voordelen van een gezonde leefstijl. Er is geen overtuigend bewijs voor de effectiviteit van online cognitieve trainingen, (eeg-)neurofeedback, dieetmaatregelen of natuurgeneeswijzen bij jongeren met ADHD met of zonder comorbide SGM. Deze worden daarom niet aanbevolen. Er is geen overtuigend bewijs dat meditatie, mindfulnesstrainingen of bewegingsinterventies een gunstig effect hebben bij jongeren met ADHD met of zonder comorbide SGM. Deze interventies worden niet aanbevolen, maar kunnen als aanvullende behandeling worden toegepast.

*Deze aanbevelingen zijn mede gebaseerd op praktijkervaring en studies onder jongeren met ADHD zonder SGM en/of studies onder volwassenen met SGM en comorbide ADHD.

**Voor deze aanbeveling werd geen consensus bereikt.

of CD. Een ADHD-behandeling met stimulantia in adequate doseringen die vroeg in de jeugd wordt gestart, kan het risico op SGM waarschijnlijk aanzienlijk beperken.

Screening en diagnostiek

Gezien de verhoogde kans op SGM bij jongeren met ADHD en het nadelige effect van comorbide ADHD en SGM op behandeluitkomsten voor beide stoornissen, is het belangrijk jongeren met ADHD in de ggz en eerstelijnszorg routinematig te screenen op SGM en jongeren in de verslavingszorg op ADHD. Screening en diagnostiek van ADHD dienen bij voorkeur plaats te vinden wanneer het middelengebruik van de jongere voldoende is gestabiliseerd. De experts raden aan om het middelengebruik in een gesprek met alleen de jongere zonder de ouders, op een niet-veroordelende manier uit te vragen. Bij de diagnostiek dient men de diagnostische procedures voor de afzonderlijke stoornissen te volgen met aandacht voor mogelijke overlap, interacties en de chronologische volgorde van symptomen. Comorbide ADHD en SGM dienen – bij voorkeur met gestandaardiseerde instrumenten – door een daartoe getrainde professional te worden vastgesteld en vereisen geen neuropsychologisch onderzoek (NICE 2019).

Algemene behandelbevelingen

SGM en comorbide ADHD bij jongeren vragen om een geïntegreerde behandeling volgens de richtlijnen van deze stoornissen en comorbide problematiek, waarbij men zowel psychosociale als farmacologische behandelingen moet overwegen. Gezien de ernst van de aandoening dient men behandeling zo snel mogelijk te starten. Het is raadzaam om te starten met behandeling gericht op abstinentie of stabilisatie van het middelengebruik, maar men moet behandeling van ADHD niet nodeloos uitstellen. Verder moet men jongeren vragen of en hoe zij hun ouders en/of andere vertrouwenspersonen bij de behandeling willen betrekken.

Psychologische behandeling

Psychologische behandeling van SGM en comorbide ADHD bij jongeren dient te bestaan uit psycho-educatie, motiverende gespreksvoering (MGV) en/of cognitieve gedragstherapie gericht op alleen SGM of beide stoornissen (CGT-I). Bij jongere adolescenten (12-16 jaar) moet men systeemtherapie overwegen. Jongeren met SGM en matige tot ernstige comorbide ADHD kan men aanvullend ook farmacologische behandeling voor ADHD aanbieden. Voor jongeren die baat hebben bij ADHD-farmacotherapie maar functionele beperkingen houden, kan ADHD-gerichte CGT een aanvullende optie zijn.

Farmacologische behandeling

Het beperkte onderzoek bij jongeren met SGM en comorbide ADHD laat geen robuuste effecten van farmacotherapie zien, maar er zijn aanwijzingen dat medi-

catie voor sommige groepen of in hogere doseringen dan de standaarddosering zou kunnen werken. Vandaar dat de experts aanbevelen farmacotherapie – in het bijzonder met stimulantia – toch te overwegen en elke jongere en zijn/haar ouders hierover te informeren.

De farmacologische behandeling aan deze doelgroep dient bij voorkeur te zijn ingebed in een psychosociale behandeling. Als de behandelaar misbruik of (door)verkoop van stimulantia vermoedt, is dit een urgente reden om de jongere aan te spreken en indien nodig de behandeling met stimulantia te beëindigen en een niet-stimulerend middel (bijv. atomoxetine) te overwegen. Om het risico op misbruik en (door)verkoop van stimulantia te beperken, kan men het best langwerkende stimulantia voorschrijven en herhaalrecepten en recepten voor lange periodes vermijden.

ADHD-farmacotherapie vereist zorgvuldige titratie en monitoring van het beoogde effect en van mogelijke bijwerkingen. Bij jongeren met SGM en comorbide ADHD kunnen hogere dan de standaarddoseringen nodig zijn (Carpentier & Levin 2017). Eerste keus bij ADHD-farmacotherapie bij jongeren met SGM en comorbide ADHD zijn langwerkende stimulantia (methylfenidaat en lisdexamfetamine). De experts bevelen aan om met één van deze stimulantia te starten en bij onvoldoende effect van adequate doseringen over te gaan op één van de andere stimulantia. Als tweede keus kan men atomoxetine en guanfacine met gereguleerde afgifte of eventueel bupropion overwegen.

Voor behandeling met stimulantia is bij jongeren met SGM en comorbide ADHD alleen een ecg nodig als er sprake is van een (familie)geschiedenis met of aanwijzingen voor een hartziekte, en/of als jongeren medicatie of een illegale drug gebruiken met een cardiaal risico, zoals cocaïne of amfetamine. Bij alle jongeren dienen hartslag, bloeddruk, lengte en gewicht te worden gemonitord.

De enige aanbeveling waarover experts geen overeenstemming konden bereiken, was of men stimulantia aan jongeren met SGM en comorbide ADHD moet voorschrijven als er (nog) geen sprake is van volledige abstinentie (zie gemarkeerde aanbeveling in tabel 1). De meeste experts vonden dat dit wel kon, maar drie experts wilden dat alleen na het bereiken van volledige abstinentie of wilden aan deze groep überhaupt geen stimulantia voorschrijven. Zij waren van mening dat alleen niet-stimulerende ADHD-medicatie (bijv. atomoxetine, guanfacine of bupropion) voor deze groep aangewezen was. Ten slotte waren drie experts tegen het gebruik van bupropion vanwege het gebrek aan evidentie voor de effectiviteit en het risico op insulsten.

Alternatieve behandeling

Als algemene aanbeveling is het raadzaam om met jongeren de voordelen van een gezonde leefstijl te bespreken. Vanwege het ontbreken van overtuigend bewijs voor de effectiviteit van (online) cognitieve trainingen, neurofeedback, dieetmaatregelen of natuurgeneeswij-

zen bij jongeren met ADHD met of zonder comorbide SGM, bevelen de experts deze alternatieve interventies niet aan. Ook meditatie, mindfulnessstrainingen en bewegingsinterventies bevelen zij niet aan, maar deze kan men eventueel wel als aanvullende behandeling toepassen.

DISCUSSIE

In de huidige richtlijnen is er weinig aandacht voor jongeren met SGM en comorbide ADHD en de wetenschappelijke evidentie is te beperkt voor solide klinische aanbevelingen. Als handreiking voor de praktijk biedt deze delphistudie een set aanbevelingen waar experts zich in kunnen vinden. De enige aanbeveling waarover de multidisciplinaire expertgroep geen overeenstemming bereikte, was de voorwaarde dat er sprake moet zijn van abstinentie of verminderd/gestabiliseerd middelengebruik voordat men stimulantia aan jongeren met comorbide ADHD en SGM kan voorschrijven.

Op enkele kleine verschillen na is deze consensus in overeenstemming met zowel de eerdere Nederlandse Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten (Hendriks e.a. 2014) als met de Vlaamse richtlijn en de internationale consensus over volwassenen met SGM en comorbide ADHD (Matthys & Crunelle 2016; Crunelle e.a. 2018). Ten opzichte van de consensusverklaring over volwassenen met ADHD en SGM moeten we vermelden dat onderzoek naar de effectiviteit van farmacotherapie bij jongeren met SGM en comorbide ADHD voornamelijk is gedaan bij jongeren met een stoornis in cannabisgebruik, terwijl het onderzoek bij volwassenen betrekking heeft op meer uiteenlopende stoornissen in middelengebruik, vooral cocaïne en amfetamine.

Beperkingen en sterke punten

De belangrijkste sterke punten van deze delphistudie zijn dat deze een recente systematische literatuurstudie als gedeelde kennisbron voor alle deelnemende experts heeft, dat het ging om een aanzienlijke multidisciplinaire groep experts afkomstig uit verschillende landen met verschillende behandelculturen en dat het responspercentage hoog was.

De belangrijkste beperking is dat er mogelijke vertekening als gevolg van de selectie van experts is opgetreden, waarbij de meesten afkomstig waren uit westerse landen, een speciale interesse hadden in het thema ADHD en SGM en gerekruteerd waren via coöptatie door het ICASA-netwerk. Een andere beperking is de afwezigheid van kinderartsen en patiëntvertegenwoordigers in de expertgroep en ten slotte ontbreekt officiële erkenning van de aanbevelingen door wetenschappelijke instituten, beroepsverenigingen en patiëntorganisaties.

CONCLUSIE

De huidige set van aanbevelingen kunnen klinici en patiënten gebruiken tijdens de diagnostiek en gezamenlijke besluitvorming over het selecteren van passende behandelingen en het bereiken van een optimaal behandelresultaat. Tot slot is deze set aanbevelingen geen vervanging voor een *evidence-based* richtlijn en is meer kwalitatief goed onderzoek nodig waaronder RCT's en naturalistische follow-upstudies.

NOOT

1 Dit artikel is een aangepaste versie van het artikel van Özgen e.a. met als titel *International consensus statement for the screening, diagnosis, and treatment of adolescents with concurrent attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder*. Eur Addict Res 2020; 26: 223-32. Een overzicht van alle naar het Nederlands vertaalde aanbevelingen uit Özgen e.a. (2020) is op te vragen bij de auteurs.

LITERATUUR

- Carpentier PJ, Levin FR. Pharmacological treatment of ADHD in addicted patients: what does the literature tell us? Harv Rev Psychiatry 2017; 25: 50.
- Chan E, Fogler JM, Hammerness PG. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: A systematic review. JAMA 2016; 315: 1997-2008.
- Cooper WO, Habel LA, Sox CM, e.a. ADHD drugs and serious cardiovascular events in children and young adults. New Engl J Med 2011; 365: 1896-904.
- Crunelle CL, van den Brink W, Moggi F, e.a. International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. Eur Addiction Res 2018; 24: 43-51.
- Cunill R, Castells X, Tobias A, e.a. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder with co-morbid drug dependence. J Psychopharmacol 2015; 29: 15-23.
- DIVA Foundation. Young DIVA-5 (Diagnostisch Interview voor ADHD bij kinderen en jongvolwassenen, leeftijd 5-17 jaar). Den Haag: DIVA Foundation; 2019.
- DuPaul GJ, Reid R, Anastopoulos AD, e.a. Parent and teacher ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. Psychol Assess 2016; 28: 214-25.
- Emmerik-van Oortmerssen K van, van de Glind G, van den Brink W, 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.
- Emmerik-van Oortmerssen K van, Vedel E, Kramer FJ, e.a. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: Results of a randomized clinical trial. Drug Alcohol Depend 2019; 197: 28-36.
- Glind G van de, van den Brink W, Koeter MW, e.a. Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. Drug Alcohol Depend 2013; 132: 587-96.
- Groenman AP, Janssen TWP, Oosterlaan J. Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: A meta-analysis. J Am Acad Child Psy 2017; 56: 556-69.

- Groenman AP, Schweren LJ, Weeda W, e.a. Stimulant treatment profiles predicting co-occurring substance use disorders in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psy* 2019; 28: 1213-22.
- Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes: A meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 740-9.
- Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995; 311: 376-80.
- Knight JR, Sherritt L, Harris SK, e.a. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 67-73.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.
- Liang EF, Lim SZ, Tam WW, e.a. The effect of methylphenidate and atomoxetine on heart rate and systolic blood pressure in young people and adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Int J Environ Res Pub Health* 2018; 15: 1789.
- Matthys F, Crunelle CL. Good Clinical Practice in de diagnose en behandeling van ADHD bij volwassenen met verslaving. Aanbevelingen voor de klinische praktijk. Update januari 2016. Brussel: VAD; 2016.
- National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. NICE Guideline NG87. Londen: NICE; 2019.
- Özgen H, Spijkerman R, Hendriks V, e.a. Treatment of adolescents with concurrent substance use disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *J Clin Med* 2021; 10: 3908.
- Riggs PD, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, e.a. A randomized controlled trial of pemoline for attention-deficit/hyperactivity disorder in substance-abusing adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 420-9.
- Riggs PD, Winhusen T, Davies RD, e.a. 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 Psy* 2011; 50: 903-14.
- Szobot CM, Rohde LA, Katz B, e.a. A randomized crossover clinical study showing that methylphenidate-SODAS improves attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adolescents with substance use disorder. *Braz J Med Biol Res* 2008; 41: 250-7.
- Thurstone C, Riggs PD, Salomonsen-Sautel S, e.a. Randomized, controlled trial of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents with substance use disorder. *J Am Acad Child Psy* 2010; 49: 573-82.
- Wilens TE, Morrison NR. Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment. *Neuropsychiatry-Lond*. 2012; 2: 301-12.

SUMMARY

Adolescents with concurrent ADHD and substance use disorder; international consensus

R. Spijkerman, C.L. Crunelle, M.H. Özgen, A.H.A. Begeman, G. Dom, G. van de Glind, A.P. Groenman, M.W. van Kernebeek, F. Matthys, M. Post, A. Schellekens, W. Staal, W. van den Brink, V.M. Hendriks

Background Substance use disorder (SUD) is common among youths with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Co-morbid ADHD and SUD in youths complicates screening, diagnosis, and treatment of both disorders and is associated with worse treatment prognosis. Limited research in youths with SUD and co-morbid ADHD provides insufficient basis for firm recommendations. To offer clinicians some guidance on this topic, we present the results of an international consensus procedure.

Aim To summarize an international consensus on diagnosis and treatment of young people with comorbid ADHD and SUD.

Method In a modified Delphi-study, a multidisciplinary, international group of 55 experts strived to reach consensus on 37 recommendations.

Results Consensus was reached on 36 recommendations. Routine screening of ADHD and/or SUD is important. For the treatment of co-morbid SUD and ADHD in youths, both psychosocial and pharmacological treatment should be considered. Psychosocial treatment should preferably consist of psychoeducation, motivational interviewing (MI), and cognitive behavioral therapy (CBT) focused on SUD or both disorders. Long-acting stimulants are recommended as first choice pharmacotherapy, preferably embedded in psychosocial treatment. Experts did not agree on the precondition that patients need to be abstinent before starting stimulant treatment.

Conclusion Clinicians and youths with co-morbid SUD and ADHD can use this international consensus to choose the best possible treatment.