

ADHD en verslaving; toepassing van Nederlands-talige richtlijn met bijzondere aandacht voor comorbide stemmingsstoornis

F. MATTHYS, P. JOOSTENS, S. TREMMERY, S. STES, B. SABBE

SAMENVATTING Twee patiënten met een afhankelijkheid van verscheidene middelen die tevens voldeden aan de diagnostische criteria van ADHD, werden psychiatrisch onderzocht en behandeld voor beide stoornissen. Zij bleken daarenboven een comorbide stemmingsstoornis te vertonen. Het behandelbeleid werd gebaseerd op de Nederlandstalige richtlijn 'Good Clinical Practice in de herkenning en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen'. Via de casuïstiek onderzochten wij de toepasbaarheid van de richtlijn in de ambulante versus de residentiële context met bijzondere aandacht voor het belang van de factor overige comorbiditeit die in de betreffende richtlijn is vervat.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)9, 715-719]

TREFWOORDEN ADHD, comorbide stemmingsstoornis, verslaving

ADHD en een stoornis in het gebruik van middelen komen vaak samen voor (van Emmerik-van Oortmerssen e.a. 2012; Wilens & Upadhyaya 2007). Bovendien hebben beide ziektebeelden een hoge comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen zoals angst- en stemmingsstoornissen (Arias e.a. 2008; Fayyad e.a. 2007; Kessler e.a. 2006). Dit veroorzaakt een complexe klinische realiteit.

Recent is er een richtlijn ontwikkeld (Matthys e.a. 2010) om hieraan tegemoet te komen. Deze Nederlandstalige Belgische richtlijn werd geformuleerd op basis van bevindingen uit literatuuronderzoek en focusgroepen en heeft als doel: ondersteuning bieden aan de clinicus bij de screening, diagnostiek en behandeling van de comorbide stoornissen ADHD en verslaving bij volwassenen. Deze richtlijn is gratis beschikbaar via <http://www.vad.be/media/458694/richtlijnen-adhdverslavingfinal.pdf>.

Wij beschrijven 2 casussen waarin we de toepasbaarheid van de richtlijn in deze situatie nagaan.

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënt A was een 31-jarige gehuwde man zonder kinderen, werkzaam als bewaker. Na een gerechtelijk ingrijpen wegens het bezit van een grote hoeveelheid amfetamines, werd hij doorverwezen naar een ambulant centrum voor verslavingszorg. Hij begon met cannabisgebruik op 18-jarige leeftijd en rookte jarenlang drie joints per dag. Bij de aanmelding was dit verminderd tot één per dag voor het slapen gaan. Daarnaast was er een afhankelijkheid van amfetamines vanaf zijn 23ste, met een dagelijks gebruik dat gedurende anderhalf jaar opliep tot 5 g amfetamines per dag en 100 tabletten ecstasy per maand. Nadien staakte hij het ecstasygebruik en reduceerde het amfetaminegebruik tot 1,5 g per dag. Recent staakte hij dit laatste ook helemaal.

Diagnostiek volgens de richtlijn Zoals de richtlijn aanbeveelt, werd de patiënt psychiatrisch onderzocht op de aanwezigheid van ADHD en overige stoornissen. Bij de psychiatrische aanmelding gebruikte hij al enkele maanden geen amfetamines meer. Er werd een comorbide stemmingsstoornis vastgesteld met matig ernstige depressieve episodes vanaf 18-jarige leeftijd waarvoor enkele ambulante psychiatrische contacten plaats hadden. De toen ingestelde farmacotherapie (verschillende antidepressiva, o.a. dosulepine en venlafaxine) had geen bevredigend resultaat. Bij de aanmelding nam patiënt nog een lage dosis mirtazapine (0,5 tablet van 15 mg dd) wegens inslaapproblemen.

Uit de verdere anamnese kwam een levensverhaal naar voor dat suggestief was voor ADHD van het overwegend onoplettende type (ADHD-IA) met een neerwaartse schoolloopbaan ten gevolge van uitgesproken aandachts- en organisatieproblemen. Het verslavingsprobleem had zich tijdens de schoolperiode nog niet gemanifesteerd. Tevens beschreef hij innerlijke onrust, die verbeterde na speedgebruik. De psychiater nam een Diagnostisch Interview voor ADHD bij Volwassenen (DIVA; Kooij & Francken 2010) af. Dit is een Nederlandstalig gestructureerd interview gebaseerd op de DSM-IV-criteria voor ADHD (te vinden op www.divacenter.eu). Hierbij werd de hypothese van ADHD uit de anamnese van het levensverhaal bevestigd. Er waren belangrijke nadelige gevolgen op het werk en in de relatie.

Behandeling volgens de richtlijn Na enkele follow-upgesprekken werd besloten om voor de ADHD een behandeling met een langwerkende vorm van methylfenidaat in te stellen. De richtlijn geeft immers een voorkeur aan deze vorm boven de kortwerkende preparaten wegens het lagere misbruikrisico. Op dat ogenblik was patiënt 6 maanden abstinente van amfetamines, maar rookte nog bijna elke avond een joint. Stricto sensu werd hier afgeweken van de aanbeveling tot abstinentie uit de richtlijn, rekening houdend met de zeer goede coöperatie en de goe-

de controle over het gebruik naast het pragmatisme dat bij een ambulante setting hoort. Aan de patiënt werd uitgelegd dat bij verslaving een langwerkend preparaat aangewezen is en hij kon zich vinden in deze strategie. Bij 36 mg dd trad er een opmerkelijke verbetering op qua aandacht en concentratie. Patiënt kwam niet meer te laat op het werk en presteerde beter. Hij was rustiger en vergat nagenoeg geen afspraken meer.

Zoals vermeld in de aanbeveling, is de comorbiditeitsfactor mede bepalend voor de totale uitkomst van de behandeling en daarom werd ook de comorbide psychiatrische stemmingsproblematiek gevolgd en behandeld. Deze patiënt had met name een aanhoudende dysthymie, die reeds lange tijd bestond en ook na de ADHD-IA-behandeling persisteerde. Om deze reden werd de dosering van mirtazapine verhoogd tot 30 mg dd, met een goede respons. De patiënt werd, conform de richtlijn, verder gemotiveerd en begeleid om tot een volledige abstinentie van cannabis te komen. De algemene levenskwaliteit en het psychosociale functioneren waren duidelijk verbeterd.

Patiënt B, een 33 jarige gehuwde man, werd gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis wegens een maniform psychotisch toestandbeeld met paranoïde wanen, associatieve gedachtegang en megalomane denkinhouden. Wegens een actuele en reeds jaren bestaande afhankelijkheid van cannabis met een beginleeftijd van 15 jaar en een dagelijks gebruik van 3 g cannabis werd een tentatieve diagnose van drugsgeïnduceerde stemmingsepisode met manische kenmerken gesteld. Er was sporadisch gebruik van illegale amfetamines en ecstasy.

Diagnostiek volgens de richtlijn In een topreferent universitair centrum was één maand voor de gedwongen opname poliklinisch een uitgebreid diagnostisch onderzoek verricht naar ADHD. Daarbij werden heel wat argumenten voor deze diagnose in de voorgeschiedenis gevonden, maar men had een voorbehoud gemaakt omdat er op het ogenblik van de consultaties te-

veel problemen waren met het cannabisgebruik. Zoals de richtlijn aanbeveelt, werd de ADHD-diagnostiek in de residentiële zorgfase na één maand abstinentie herhaald. Naast het psychiatrisch onderzoek werd de *Attention Deficit Scales for Adults* (ADSA; Triolo & Murphy 1996) afgenomen. Dit is een voor de dubbele diagnose ADHD en verslaving enkel in het Engels gevalideerde zelfrapportage-vragenlijst, die in het Nederlands met de nodige voorzichtigheid gebruikt kan worden. Ook werd een interview met de ouders afgenomen. Op de ADSA scoorde patiënt ver boven de grenswaarde.

Behandeling volgens de richtlijn Conform de richtlijn werd gezocht naar een geïntegreerde benadering met aandacht voor de ADHD, de verslaving en de overige comorbide psychiatrische stoornissen. Er was een intensieve acute zorgfase in een gesloten observatie-eenheid waar patiënt met antipsychotica (25 mg zuclopentixol en 20 mg olanzapine) behandeld werd. Na 4 weken verbeterde het manisch psychotische toestandbeeld. Wegens extrapiramidale symptomen werden de antipsychotica afgebouwd.

Eenmaal psychosevrij werd patiënt toegeleid naar een zes maanden durende residentiële dubbel-diagnosemodule voor de voortgezette behandeling. Zijn functioneren werd gekenmerkt door aanhoudende onrust en impulsiviteit en een associatieve, chaotische gedachtegang. Het middelenprobleem werd benaderd met psycho-educatieve, motivationele en op recidiefpreventie gerichte interventies.

Een farmacotherapeutische ADHD-behandeling werd overwogen, maar na een aantal weken evolueerde het beeld naar een geremd depressief beeld met passieve doodswens. Omdat in de voorgeschiedenis reeds depressieve en manische episodes voorkwamen, werd besloten tot een bipolaire I-stoornis. De depressieve fase werd behandeld met lamotrigine, opgebouwd tot 150 mg dd. Er werd in de behandeling afgeweken van de richtlijn Stemmingstoornissen wegens de uitgesproken voorkeur van de patiënt voor een beperkte farma-

cotherapie, een goede respons op lamotrigine en het engagement voor een zorgvuldige poliklinische psychiatrische nazorg met een watchfull-waitingovereenkomst. Patiënt reageerde gunstig wat de stemming betrof, maar ook de impulsiviteit en onrust verminderden. Hij kon in vrij goede toestand de residentiële zorgfase afsluiten.

In de ambulante fase zagen we een stabiele stemming onder lamotrigine 150 mg dd, een sterk gereduceerd, occasioneel cannabisgebruik en een persisterend aandachtstekort dat na de behandeling van de stemmingsstoornis en de middelenafhankelijkheid zodanig was afgenomen dat het niet meer leidde tot problemen in het dagelijks functioneren. Aangezien significante hinder een vereiste is voor de diagnose van ADHD, werd deze diagnose uiteindelijk niet gesteld.

Bij een voorgeschiedenis van psychose zijn stimulantia overigens gecontra-indiceerd. Mocht ADHD wel gesteld zijn als diagnose, dan zou atomoxetine de voorkeursbehandeling zijn geweest.

DISCUSSIE

Via deze 2 gevalsbeschrijvingen wordt aangetoond dat de Nederlandse richtlijn 'Good Clinical Practice in de herkenning en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen' goed toepasbaar is bij comorbide stemmingsstoornissen bij ADHD in de ambulante en in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Ze illustreren hoe het klinisch handelen bijkomend ondersteund kan worden. De psychiater kan de complexe relatie tussen ADHD en middelenafhankelijkheid en stemmingscomorbiditeit met meer aandacht benaderen en deze in zijn of haar behandelplan meenemen. De richtlijn creëert een context waarbij de professionele autonomie van de beroepsbeoefenaar centraal staat en het beroepsmatig handelen ondersteund wordt. De complexiteit van de diagnostiek door de overlap van symptomen en het belang van de in de richtlijn aanbevolen aandacht voor psychiatrische comorbiditeit wordt in beide gevallen duidelijk geïllustreerd.

Afhankelijk van de klinische predominantie van het comorbide ziektebeeld kan de volgorde in de behandeling wijzigen. Zo werd in de eerste casus de ADHD-problematiek reeds behandeld, parallel aan de verslavingsbehandeling. Pas in een tweede fase werd de depressieve stemmingsstoornis behandeld wegens persisterende klachten. In de tweede casus werd eerst de bipolaire problematiek aangepakt omdat deze sterk op de voorgrond stond en een beoordeling van de andere aandoeningen hierdoor nog niet mogelijk was. Of het aandachtstekort en de impulsiviteit passen binnen ADHD of binnen een bipolaire stoornis is in de acute fase vaak niet uit te maken. Voldoende geduld en observatie zijn nodig om een definitieve diagnose te stellen.

Een residentiële context biedt voordelen bij deze complexe diagnoses. In de meer controleerbare drugvrije setting kunnen de verschillende aspecten van het diagnostische en therapeutische proces volgens de aanbevelingen van de richtlijnen toegepast en geëvalueerd worden. Men verkrijgt via een voldoende lange abstinente periode, zoals de richtlijn aanbeveelt, een helderder klinisch beeld van de ADHD en de overige comorbide psychiatrische problemen.

 De richtlijn 'Good Clinical Practice in de herkenning en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen' is gratis te downloaden via <http://www.vad.be/media/458694/richtlijnenadhdverslavingfinal.pdf>.

LITERATUUR

- Arias AJ, Gelernter J, Chan G, Weiss RD, Brady KT, Farrer L, e.a. Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Add Behav* 2008; 33: 1199-207.
- Emmerik-van Oortmerssen K van, 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.

- Fayyad J, de Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, e.a. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 402-9.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, e.a. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 716-23.
- Kooij JJS, Francken MH. *Diagnostic Interview for ADHD in Adults 2.0 (DIVA 2.0)*, Diagnostic assessment and treatment. Amsterdam: Pearson; 2010.
- Matthys F, Möbius D, Stess S, Vermassen AM, Joostens P, Tremmery S, e.a. *Good Clinical Practice in de herkenning en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen. Richtlijnen voor de klinische praktijk*. Brussel: VAD; 2010. <http://www.vad.be/media/458694/richtlijnen%20adhdverslaving.pdf>.
- Triolo SJ, Murphy KR. *Attention deficit scales for adults*. New York: Bruner/Mazel; 1996.
- Wilens TE, Upadhyaya HP. Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: e20.

AUTEURS

FRIEDA MATTHYS, diensthoofd psychiatrie UZ Brussel en docent psychiatrie, Vrije Universiteit Brussel en MSOC Free Clinic, Antwerpen.

PETER JOOSTENS, psychiater in het psychiatrisch ziekenhuis Broeders Alexianen te Tienen en de Centra voor Alcohol en andere Drugs (CAD) te Hasselt.

SABINE TREMMERY, MD, PhD, MSc Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven & Vakgroep Neurowetenschappen, KU Leuven.

STEVEN STES, psychiater Zorgprogramma ADHD, UPC-KU Leuven, campus Kortenberg.

BERNARD SABBE, gewoon hoogleraar Psychiatrie en Medische Psychologie, Universiteit Antwerpen en Vrije Universiteit Brussel en diensthoofd Universitaire Psychiatrische Dienst, St.-Norbertushuis Duffel en UZ Antwerpen

Correspondentieadres: dr. Frieda Matthys, UZ Brussel, Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel, België.

E-mail: frieda.matthys@uzbrussel.be

Strijdige belangen: Frieda Matthys deed vergoed onderzoek voor Lilly, Lundbeck, Janssen-Cilag, Novartis; kreeg vergoeding voor voordrachten van Janssen-Cilag en kreeg symposiumbezoek betaald van Janssen-Cilag en Lundbeck.

Peter Joostens deed betaald onderzoek voor Novartis en ontving vergoedingen voor voordrachten van Janssen-Cilag.

Steven Stess deed betaald onderzoek voor Janssen-Cilag, Lilly en Novartis en kreeg vergoedingen voor voordrachten en onderzoeken van Janssen-Cilag, Novartis, Lilly en GlaxoSmithKlein.

Sabine Tremmery ontving vergoedingen voor voordrachten voor Lilly, Janssen, Novartis.

Bernard Sabbe ontving onderzoeksfondsen van en/of verleende consulten aan Bristol-Myers Squibb, Janssen Pharmaceutica, Lundbeck en Takeda.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-3-2013.

SUMMARY

ADHD and addiction; application of the Belgian guideline with particular reference to comorbid affective disorders – F. Matthys, P. Joostens, S. Tremmery, S. Stes, B. Sabbe – Two patients with a multi-substance use disorder and an apparent comorbid ADHD disorder were given psychiatric treatment for both illnesses. Each patient had a comorbid affective disorder. In both cases the approach was based on the Belgian guideline ‘Good clinical practice in the recognition and treatment of young adults with addiction problems’. We use the case-reports to demonstrate the usefulness and relevance of the guideline in an outpatient setting compared to an inpatient setting and look particularly at the implications of other kinds of comorbidity encompassed by the guideline.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)9, 715-719]

KEY WORDS ADHD, psychiatric comorbidity, substance use disorder

