Druk & Drug

Het vóórkomen van ADHD bij cliënten met aan alcohol en middelen gerelateerde stoornissen

Masterthese

Jessie van Sikkelerus

Studentnummer: 5664624

Uva Supervisor: Drs. Sebastiaan Dovis

Supervisor Jellinek: Katelijne van Oortmerssen, arts-onderzoeker

Universiteit van Amsterdam

Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen

Afdeling Klinische Psychologie

Abstract

De laatste jaren is er toenemende aandacht voor ADHD als comorbide stoornis bij mensen met een aan alcohol en/of middelen gerelateerde stoornis. Het lijkt er op dat ADHD een complicerende factor is in het stoppen met alcohol of middelengebruik. Het hoofddoel van deze studie was het vaststellen van de prevalentie van ADHD in een populatie hulpzoekende cliënten met een aan middelen gerelateerde stoornis, alsook het valideren van de *Adult ADHD Self Report Scale* (ASRS; Kessler, Adler & Spencer, 2005) in deze populatie. Tevens is gekeken naar het verschil in psychiatrische comorbiditeit en middelengebruik tussen cliënten met en zonder ADHD. 177 cliënten van de Jellinek Curatieve Verslavingszorg te Amsterdam hebben de 'Druk & Drug' vragenlijst ingevuld met daarin opgenomen de ASRS. Hiervan hebben 66 cliënten deelgenomen aan vervolgonderzoek waarin zij werden getest op ADHD, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsproblematiek. De prevalentie van ADHD was 21,2%. Er bleken significante verschillen in psychiatrische comorbiditeit tussen cliënten met en zonder ADHD. Depressie en hypomanie kwamen vaker voor bij cliënten met ADHD dan bij cliënten zonder ADHD. Dit gold ook voor de borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis. De huidige resultaten geven weer dat ADHD vaak voorkomt bij cliënten in de verslavingszorg. Het ontwikkelen van een behandeling voor deze dubbele diagnose is wenselijk. De ASRS bleek een bruikbaar instrument met redelijke psychometrische eigenschappen om te screenen op ADHD. Door het gebruik van dit screeningsinstrument kunnen cliënten met ADHD tijdig worden opgespoord en kan de behandeling hier op worden aangepast, waarmee deze cliënten mogelijk een betere prognose krijgen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 3

2. Methode 11

- *Proefpersonen* 11
- *Materialen* 12
- *Procedure* 15

3. Resultaten 16

- *Proefpersonen* 16
- *prevalentie ADHD* 19
- *ADHD en verslaving: Comorbiditeit en middelengebruik* 20
- *Validiteit Adult ADHD Self Report Scale* 22

4. Discussie 23

5. Literatuurlijst 31

6. Bijlagen 35

- *Druk & Drug screeningsvragenlijst* 35
- *Informatiefolder ADHD onderzoek* 40

Inleiding

Veel mensen gebruiken alcohol of drugs in eerste instantie voor hun plezier. Echter, er zit aan alcohol of drugs gebruik ook een nadeel, namelijk wanneer recreatief gebruik omslaat in een verslaving. Er bestaan verschillende definities van verslaving. De definitie van de Amerikaanse Vereniging van Psychiatrie (APA), zoals beschreven in de vierde herziene editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, 2000), is de meest gehanteerde. De DSM-IV beschrijft misbruik en afhankelijkheid van een middel. Van middelenmisbruik is sprake wanneer gedurende de afgelopen 12 maanden tenminste een van onderstaande situaties zich heeft voorgedaan: 1) herhaaldelijk gebruik van het middel waardoor problemen zijn ontstaan op school, werk of thuis, 2) herhaaldelijk gebruik van een middel in situaties waar dat gevaarlijk is voor gebruiker of anderen, 3) herhaaldelijk in aanmerking komen met politie of justitie en 4) doorgaan met gebruik ondanks dat er steeds weer problemen ontstaan thuis, op school of op het werk. Men spreekt van middelenafhankelijkheid wanneer het afgelopen jaar drie van de volgende zeven symptomen zich voordoen: 1) ontwikkelen van tolerantie (het steeds meer nodig hebben van het middel om hetzelfde effect te bereiken), 2) last hebben van onthoudingsverschijnselen wanneer men stopt, 3) meer en gedurende langere tijd gebruiken dan men van plan was, 4) aanhoudende wens om te minderen of te stoppen met het gebruik en/of mislukte stoppogingen, 5) veel tijd gaat verloren aan het verkrijgen, gebruiken en herstellen van het middel, 6) minder aandacht besteden aan of opgeven van sociale contacten, hobby's of werk, 7) doorgaan met gebruik ondanks dat er problemen zijn die door gebruik veroorzaakt zijn of verergeren door gebruik (Kerssemakers, van Meerten, Noorlander & Vervaeke, 2010). In dit onderzoek zullen

misbruik en afhankelijkheid van alcohol of middelen worden beschreven als aan alcohol en middelen gerelateerde stoornissen.

Alcohol en middelen gerelateerde stoornissen komen veelvuldig voor. Uit een prevalentie studie van Grant en collega's (2004) in de Verenigde Staten, waar in een algemene steekproef van de bevolking onderzocht werd hoe vaak psychiatrische stoornissen voorkomen, bleek dat 10% van de deelnemers een aan een middel gerelateerde stoornis had. Overmatig middelengebruik heeft nadelige gevolgen voor het individu, er kunnen problemen ontstaan met justitie, met opleiding of werk en in de relationele sfeer. Deze problemen zijn vaak weer een reden om meer te gebruiken, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat (Kerssemakers et al., 2010). Stoornissen in het gebruik van alcohol of drugs hebben ook gevolgen voor de maatschappij. Single (2003) heeft vastgesteld dat er in Canada jaarlijks meer dan 6000 mensen overlijden als gevolg van overmatig alcohol gebruik en dat meer dan 85.000 mensen in een ziekenhuis of instelling worden opgenomen als gevolg van illegaal drugsgebruik. Daarbij komt dat veel mensen die een aan middelen gerelateerde stoornis hebben, vaak ook andere psychiatrische problemen hebben. Veel voorkomende comorbide psychiatrische stoornissen zijn angst- en stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsproblematiek (Grant et al., 2004; Carpentier, 2002).

De laatste jaren is er ook steeds meer aandacht gekomen voor ADHD als een comorbide stoornis bij verslaving. ADHD, oftewel *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* is een veel voorkomende, neurobiologische gedragsstoornis bij kinderen en met een prevalentie van 3 tot 5% is het zelfs de meest gediagnosticeerde stoornis in de kinderleeftijd (Carpentier, 2002). ADHD kenmerkt zich door concentratieproblemen,

problemen met impulscontrole en hyperactiviteit. Waar voorheen werd gedacht dat ADHD vooral een stoornis van de kinderleeftijd was en waarvan de symptomen uitdoven in de volwassenheid, is nu duidelijk dat een groot percentage van de personen die aan de diagnose ADHD voldeden op kinderleeftijd ook in de volwassenheid nog significant last hebben van de symptomen. Uit onderzoek van Barkley, Fischer, Smallish en Fletcher (2002) blijkt dat 66% van de kinderen met gediagnosticeerde ADHD ook in de volwassenheid nog voldoen aan de DSM-IV criteria. Het blijkt echter dat een groter percentage (83%) nog significant beperkt wordt in het dagelijks functioneren, ook al wordt niet aan alle criteria voldaan. Dit valt te verklaren doordat de DSM-IV criteria gebaseerd zijn op de symptomen zoals die voorkomen in de kindertijd. Op volwassen leeftijd is er vaak nog sprake van disfunctioneren op het gebied van opleiding en werk en op sociaal vlak. Er treedt wel vaak een verandering op in de manifestatie van de symptomen. Het blijkt dat de hyperactiviteit en impulsiviteit symptomen bij veel volwassenen afnemen, in tegenstelling tot de concentratieproblemen en innerlijke onrust (Carpentier, 2002). Uit Amerikaans onderzoek is gebleken dat 4.4% van de volwassenen aan de diagnose ADHD voldoet (Kessler et al., 2006). Ook ADHD is een stoornis die gekenmerkt wordt door hoge comorbiditeit, 75% van de volwassenen met ADHD heeft tenminste een comorbide psychiatrische stoornis (Kooij et al., 2010).Veelvoorkomende comorbide psychiatrische stoornissen zijn gedragsstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.(McGough et al., 2005).

Vooral aan alcohol en middelen gerelateerde stoornissen zijn een veelvoorkomende comorbide aandoening bij personen met ADHD. Biederman en collega's (1995) onderzochten of ADHD een risicofactor vormt voor het ontwikkelen van

problematisch alcohol- en middelengebruik. Er was een groot verschil in verslavingsproblematiek tussen mensen die wel en niet voldoen aan de diagnose ADHD. Het bleek dat 52% van de deelnemers die voldeden aan de diagnose ADHD ook verslavingsproblematiek rapporteerden, tegenover 27% van de deelnemers die niet voldeden aan de diagnose ADHD. In dit onderzoek bleken vooral middelengebruik (14% vs. 5%) en een combinatie van middelen- en alcohol gebruik (27% vs. 6%) verantwoordelijk te zijn voor de verschillen tussen de groepen. Er was geen significant verschil in alcoholgebruik tussen mensen met en zonder ADHD (Biederman et al., 1995).

ADHD heeft een negatieve invloed op het beloop van een verslaving; problematisch middelengebruik is ernstiger, begint vroeger en de kans op drop-out bij de behandeling is groter. Vanuit de zelfmedicatie hypothese wordt vaak aangenomen dat gebruik van stimulerende middelen (bv. cocaïne en amfetamine) vaker voorkomt bij personen met ADHD. Deze aanname is gebaseerd op het feit dat ADHD medicatie, zoals methylfenidaat, net als cocaïne en amfetamine tot de groep psychostimulantia behoren en de symptomen van ADHD kunnen dempen. Uit onderzoek is echter gebleken dat personen met ADHD weliswaar vaker meerdere soorten drugs gebruiken dan personen zonder ADHD, maar geen selectieve voorkeur voor stimulantia hebben, verdovende middelen worden net zo vaak gebruikt (Carpentier, 2002). Clure en collega's (1999) hebben dit onderzocht door na te gaan wat de prevalentie van ADHD was binnen verschillende subtypes van middelengebruik. Zij voorspelden dat de diagnose ADHD vaker voor zou komen onder cocaïne gebruikers vergeleken met alcohol gebruikers. Deze voorspelling was gebaseerd op de zelfmedicatie hypothese zoals eerder is beschreven. Het bleek dat in de totale steekproef 15% van de

deelnemers aan de diagnose ADHD voldeed, maar dat er geen verschil was in prevalentie van ADHD tussen cocaïne en alcohol gebruikers. Cocaïne is met 1% zelfs een van de minst gebruikte drugs onder personen met ADHD, blijkt uit een onderzoek van Wilens en collega's (2007). Hieruit werd duidelijk dat alcohol (31%), samen met nicotine (21%) en cannabis (15%) de meest gebruikte drugs zijn. 'Downers' (verdovende middelen) hebben wellicht een sterkere uitwerking op de ADHD symptomen dan dat cocaïne heeft.

Onder problematisch middelengebruikers voldoet 20% aan de diagnose ADHD, dit is meer dan 5 keer zoveel als in de algemene populatie (Daigre et al., 2009). Daarbij komt dat ADHD een negatieve invloed heeft op het beloop van een stoornis in het gebruik van een middel. Het lijkt erop dat personen met een aan middelen gerelateerde stoornis en comorbide ADHD vaker de behandeling voortijdig staken en hierdoor wordt de kans groter dat zij terugvallen in alcohol of middelengebruik. Ook blijkt dat ADHD een risicofactor is voor het ontwikkelen van een chronische verslaving en de overgang van misbruik naar afhankelijkheid sneller optreedt (Biederman, Wilens, Mick, Faraone & Spencer, 1999) Alhoewel uit (voornamelijk Amerikaans) onderzoek bekend is dat ADHD veelvuldig voorkomt onder personen met een aan alcohol of middelen gerelateerde stoornis, is hier in Nederland nog weinig onderzoek naar gedaan (Goossensen et al., 2006). Het is dus van belang om de prevalentie van ADHD in verslavingszorginstellingen te onderzoeken zodat er een duidelijker beeld ontstaat. Door in kaart te brengen hoe deze populatie in Nederland er uitziet kunnen vervolgens mogelijk nieuwe behandelmethoden gericht op deze dubbele diagnose worden ontwikkeld.

Er bestaan verschillende betrouwbare instrumenten om ADHD vast te stellen bij volwassenen, ook zijn er goede en valide instrumenten om te screenen op ADHD. Een veel gebruikt screeningsinstrument is de *Adult ADHD Self-Report Scale* (ASRS; Kessler, Adler & Spencer, 2005). Het is een korte zelf rapportage vragenlijst gebaseerd op de diagnostische criteria voor ADHD van de DSM-IV (2000) en bevat goede psychometrische eigenschappen met een sensitiviteit van 68.7% en een specificiteit van 99.5% wanneer deze wordt afgenomen in een algemene bevolkingssteekproef (Kessler et al., 2007). Er is echter nog weinig bekend over de validiteit van ADHD screeningsinstrumenten in een populatie met aan alcohol en middelen gerelateerde stoornissen. (Kalbag & Levin, 2005; Faraone & Antshel, 2008). In Nederland is er zelfs nog niets bekend over de validiteit van de ASRS binnen deze populatie. Resultaten uit buitenlands onderzoek laten zien dat de ASRS ook in een verslaafde populatie een bruikbaar instrument is om te screenen op ADHD. Daigre en collega's (2009) concludeerden dat de ASRS voldoende psychometrische eigenschappen bevat wanneer deze wordt afgenomen in een verslaafde populatie uit Spanje, met een hogere sensitiviteit (87.5%) en een lagere specificiteit (68.8%). Het is van belang om over een betrouwbaar en valide screeningsinstrument te beschikken in verslavingszorginstellingen, nu is dat nog niet het geval. Tevens is het belangrijk dat het screeningsinstrument een goede differentiatie kan maken tussen ADHD en andere psychiatrische stoornissen. Het is bijvoorbeeld bekend dat er veel overlap in symptomen is tussen ADHD en de borderline persoonlijkheidsstoornis. Bij beide stoornissen kunnen impulsiviteit, stemmingswisselingen, woede uitbarstingen en gevoelens van verveling voorkomen. (Kooij et al., 2010). Iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis kan dus ook een positieve screeningsuitslag hebben zonder daadwerkelijk te voldoen aan de diagnose ADHD. De ASRS lijkt deze eigenschap te

bezitten wanneer deze wordt afgenomen in een algemene populatie (Kessler et al., 2005), echter is er nog niets bekend over de psychometrische eigenschappen wanneer de ASRS wordt afgenomen binnen een Nederlandse populatie alcohol en middelengebruikers. Aangezien ADHD een veelvoorkomende diagnose lijkt te zijn binnen populaties met aan alcohol en middelen gerelateerde stoornissen is het belangrijk om cliënten met deze dubbele diagnose snel te herkennen. Zo wordt de kans groter dat de behandeling beter zal slagen voor cliënten met ADHD (van de Glind, Carpentier, Ramos-Quiroga & van den Brink, 2009).

Het doel van deze studie is het vaststellen van de prevalentie van ADHD en het valideren van de zelfrapportage vragenlijst ASRS in een populatie cliënten met aan alcohol of middelen gerelateerde stoornissen in Nederland. Dit onderzoek maakt deel uit van een grote Europese prevalentie studie naar ADHD in deze populatie, tevens is deze studie zover bekend de eerste die tracht na te gaan welke psychometrische eigenschappen de ASRS bezit wanneer deze wordt afgenomen in een Nederlandse populatie hulpzoekende cliënten met een aan alcohol of middelen gerelateerde stoornis. De vraagstellingen die centraal staan in dit onderzoek zijn: “Wat is de prevalentie van ADHD bij een hulpzoekende populatie met een aan middelen gerelateerde stoornis in Nederland?” en “Is het screeningsinstrument ASRS een goede voorspeller voor de diagnose ADHD bij een populatie met een aan middelen gerelateerde stoornis in Nederland?”. Tevens wordt onderzocht of er een verschil is in middelengebruik en psychiatrische comorbiditeit tussen clienten met en zonder ADHD.

Het onderzoek zal plaatsvinden op de curatieve verslavingszorg instelling Jellinek, locatie Jacob Obrechtstraat te Amsterdam. De cliëntpopulatie van de Jellinek kan gezien worden als een representatieve weerspiegeling van cliënten met een aan alcohol of middelen gerelateerde stoornis in Nederland. Cliënten die zich aangemeld hebben voor een intake, worden gevraagd een vragenlijst in te vullen over alcohol-, middelengebruik en concentratieproblemen. Wanneer cliënten deze vragenlijst invullen geven ze toestemming dat deze gegevens worden verwerkt in een anonieme database en gaan zij akkoord om uitgenodigd te worden voor vervolg diagnostiek. De vervolgdiagnostiek bestaat uit een diagnostisch interview waarin wordt gekeken of er sprake is van ADHD en andere psychiatrische stoornissen.

Hypotheses

- Ongeveer 20% van de cliënten die meedoen aan het onderzoek zullen voldoen aan de diagnose ADHD.
- Er zal geen verschil gevonden worden in middelengebruik tussen cliënten met en zonder de diagnose ADHD.
- Daar ADHD en stoornissen in het gebruik van een middel vaak gepaard gaa met psychiatrische comorbiditeit, zal bij cliënten met ADHD in dit onderzoek vaker de diagnose depressie en (hypomanie) worden gesteld dan bij cliënten zonder ADHD. Ook persoonlijkheidsproblematiek zal naar verwachting vaker voorkomen bij cliënten met ADHD vergeleken met cliënten zonder ADHD.
- De ASRS zal een bruikbaar instrument zijn om te screenen op ADHD. Als maat voor de validiteit zullen de sensitiviteit en specificiteit worden berekend. Verwacht wordt dat de sensitiviteit rond de 92% zal liggen. Dit percentage is gebaseerd op de verwachting dat 60% van de cliënten met een positieve

screeningsuitslag na verder onderzoek blijkt te voldoen aan de diagnose ADHD en dat 5% van de cliënten met een negatieve screeningsuitslag na verder onderzoek toch aan de diagnose ADHD blijkt te voldoen (60/60+5). Tevens wordt op basis van deze gegevens verwacht dat de specificiteit van de ASRS rond de 70% zal zijn (95/95+40).

- Doordat de symptomen van ADHD overlap vertonen met symptomen van andere psychiatrische aandoeningen zoals stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsproblematiek, wordt verwacht dat een positieve screeningsuitlsag tevens samen kan hangen met een andere diagnose dan ADHD.

Methode

Proefpersonen

Alle cliënten tussen de 18 en 65 jaar die zich in verband met verslavingsproblematiek meldden voor een intakegesprek tussen 2 februari 2010 en 24 januari 2011 op een van de wekelijkse screendagen van dit onderzoek werden gevraagd een korte vragenlijst in te vullen over alcohol-, middelengebruik en concentratieproblemen. Wanneer zij daarvoor toestemming gaven werden zij uitgenodigd voor verdere diagnostiek. Cliënten kregen voor het onderzoek geen vergoeding en deelname was geheel vrijwillig. In totaal hebben 313 cliënten een intakegesprek gehad in deze periode. Van deze groep werden 40 cliënten op voorhand geëxcludeerd vanwege nicotine of gokproblematiek (n = 32) en taalproblemen (n = 8). Hierdoor kwamen 273 cliënten in aanmerking voor dit onderzoek. Hiervan hebben 96 cliënten geen vragenlijst ingevuld. Zij weigerden (n = 61), hadden geen tijd (n = 17) of werden niet gevraagd (n = 9). Van negen cliënten is de reden van het niet invullen

van de vragenlijst onbekend. In dit onderzoek zijn van 177 cliënten de gegevens verwerkt, wat neerkomt op een *response rate* van 65%.

Materialen

Vragenlijsten screeningsonderzoek

Druk & Drug screeningsvragenlijst

De screeningsvragenlijst (zie bijlage) die de deelnemers invullen voor de intake bestaat uit een aantal secties: 1) Toestemmingsverklaring, 2) Demografische informatie, 3) ADHD zelfrapportageschaal bij volwassenen (ASRS) en een 4) Screener voor middelengebruik.

ADHD Self Report Scale (ASRS)

De ASRS is een korte zelfrapportage schaal welke uit 18 vragen bestaat en is gebaseerd op de diagnostische criteria voor ADHD zoals beschreven in de DSM-IV-TR (APA, 2000). Negen vragen betreffen de aandacht tekort criteria en de resterende 9 vragen betreffen de hyperactiviteit- en impulsiviteit criteria. Een voorbeeld uit deze vragenlijst luidt: “Hoe vaak hebt u moeite om de laatste details van een opdracht af te handelen nadat u de moeilijke onderdelen hebt afgerond?”. De vragen worden gescoord op een 5 punts schaal van ‘nooit’ (0) tot ‘zeer vaak’ (4). Wanneer de vragen beantwoord worden met ‘vaak’ (3), ‘zeer vaak’ (4), óf met ‘soms’ (3) in het geval van de vragen 1, 2, 3, 9, 12, 16 en 18 kan men spreken van een positieve score op de vraag. Een positieve screeningsuitslag betekent een verhoogde kans op ADHD en kan op twee manieren verkregen worden, één manier is wanneer tenminste 5 criteria van aandachtstekort en/of hyperactiviteit/impulsiviteit positief gescoord zijn. Het blijkt dat de eerste zes vragen van de ASRS een sterkere associatie hebben met een positieve

ADHD diagnose en een betere predictieve waarde bevatten. Een tweede manier waarop een positieve screeningsuitslag kan worden gesteld is wanneer 4 van deze eerste zes vragen positief gescoord zijn. In dit onderzoek zal de laatste manier gebruikt worden om na te gaan of iemand een positieve, dan wel negatieve screeningsuitslag heeft. Het blijkt dat de ASRS een valide en betrouwbaar instrument is om te screenen op ADHD. Het screeningsinstrument heeft een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($\kappa = 0.76$), een sensitiviteit van 68.7 en een specificiteit van 99.5 procent, wanneer deze wordt afgenomen in een algemene bevolkingssteekproef (Kessler et al., 2007), in een verslaafde populatie is de sensitiviteit 87.5 en de specificiteit 68.8 procent in een Spaanse studie van Daigre en collega's (2009).

Vragenlijsten vervolg diagnostiek

Mini International Neuropsychiatric Interview

Er wordt gebruik gemaakt van de modules ADHD, Depressie, Bipolaire stoornis, Antisociale Persoonlijkheidsstoornis, Alcohol en Middelen van de *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI-plus; Sheehan et al., 1998). De MINI-plus is een gestructureerd diagnostisch interview en heeft een goede tot zeer goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($\kappa > 0.5$) en een sensitiviteit en specificiteit van respectievelijk 70 en 85 procent. De vragen van de MINI-plus worden met 'Ja' of 'Nee' beantwoord.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders

Van de Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II; First et al., 1997) wordt de sectie Borderlinepersoonlijkheidsstoornis afgenomen. Deze sectie

bestaat uit 15 vragen. De interviewer scoort het gevraagde symptoom op een 4 punts schaal van '?' (onvoldoende informatie) tot '3' (aanwezig). Uit onderzoek van Maffei en collega's (1997; aangehaald in handleiding SCID-II) is gebleken dat de SCID-II een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft van 0.48 tot 0.98 (Cohen's Kappa) en een interne consistentie van 0.71 tot 0.94 naargelang verschillende diagnoses. Dit wijst er op dat de SCID-II goede psychometrische eigenschappen bezit (Handleiding SCID-II, 1997).

Connors Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV

De CAADID (Epstein, Johnson & Connors, 2000; aangehaald in Epstein & Kollins, 2006) is een instrument waarmee ADHD op volwassen leeftijd gediagnosticeerd kan worden. De CAADID bestaat uit twee delen, namelijk de CAADID-I en CAADID-II. De CAADID-I is een zelfrapportage vragenlijst waarin gevraagd wordt naar relevante informatie zoals 1) demografische gegevens, 2) ontwikkelingsgeschiedenis 3) ADHD risicofactoren en 4) comorbide psychopathologie. De CAADID-II is een diagnostisch interview en is ontworpen om de aanwezigheid van de ADHD criteria zoals beschreven in de DSM-IV te toetsen. Het eerste gedeelte van de vragenlijst betreft de aandacht tekort symptomen, het tweede gedeelte van de vragenlijst betreft de hyperactiviteit/impulsiviteit symptomen. Elk criterium wordt uitgebreid uitgevraagd. Op basis van de gegeven antwoorden door de cliënt én de klinische blik van de interviewer wordt bepaald of het symptoom aan- of afwezig is. Bij elke vraag staat een aantal voorbeelden gegeven die typisch is voor het desbetreffende criterium en kunnen de interviewer helpen om het symptoom te scoren. Daarbij wordt ook gevraagd of het desbetreffende symptoom aanwezig was in de kindertijd en zijn ook hierbij enkele typische voorbeelden gegeven. Voor symptomen in de volwassenheid

heeft de CAADID-II een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van $\kappa = 0.67$, voor symptomen in de kindertijd is dit $\kappa = 0.69$. Hieruit blijkt dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid redelijk is (Epstein & Kollins, 2006).

Procedure

Het onderzoek bestaat uit twee fasen; de screeningsfase en de diagnostiek fase. Cliënten die zich in verband met verslavingsproblemen aanmelden voor een intake bij de Jellinek, locatie Jacob Obrechtstraat komen in principe in aanmerking voor het onderzoek. Er wordt een keer per week een zogenaamde 'screendag' gehouden, waarbij alle cliënten die zich op die dag melden voor een intake gevraagd wordt om de Druk & Drug screeningsvragenlijst in te vullen over alcohol-, middelengebruik en concentratieproblemen. De uiteindelijke primaire diagnose op het gebied van alcohol en middelengebruik wordt verkregen uit het dossier na afloop van het intakegesprek. Er zijn voor het screeningsonderzoek geen exclusiecriteria, er is echter een aantal praktische zaken wat het invullen van de vragenlijst kan hinderen: 1) onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, waardoor men de vragenlijst niet kan invullen, 2) onvermogen om de vragenlijst in te vullen als gevolg van alcohol of middelen intoxicatie, 3) zeer ernstige psychiatrische en/of somatische aandoeningen, waardoor de cliënt niet in staat is de vragenlijst in te vullen (bv. floride psychosen). Wanneer de cliënt toestemt, krijgt hij/zij de Druk & Drug vragenlijst met een informatiefolder mee om deze in de wachtkamer in te vullen en te lezen. De voorpagina van de screener bevat de *informed consent*, waarmee de cliënt toestemming geeft voor het gebruik van de ingevulde gegevens en om gebeld te worden voor eventueel vervolgonderzoek. Indien men weigert de vragenlijst in te vullen heeft dit geen consequenties voor verdere behandeling. De prevalentie van ADHD wordt vastgesteld bij cliënten tussen

de 18 en 65 jaar met een aan alcohol of middelen gerelateerde stoornis die deelnemen aan vervolgdiagnostiek. Cliënten die zich aanmelden voor nicotineafhankelijkheid of gokproblematiek worden geëxcludeerd, evenals cliënten die deelnemen aan het PTSS of huiselijk geweld project wat momenteel ook op de Jellinek wordt uitgevoerd. Wanneer cliënten in aanmerking komen voor verdere diagnostiek worden zij gebeld om te vragen of ze deel willen nemen en bij toestemming wordt een afspraak ingepland. Vervolgens krijgt de cliënt een afspraakbevestiging en de CAADID-I thuis gestuurd met de vraag of cliënt deze ingevuld mee terug wil nemen naar de afspraak. Tijdens het onderzoek worden de MINI-plus modules (Sheehan et al., 1998), SCID-II (First et al., 1997), ASRS (Kessler, Adler & Spencer, 2005), CAADID-II (Epstein, Johnson & Connors, 2000) afgenomen door een arts-onderzoeker, psycholoog of een student onder supervisie van een arts-onderzoeker. Wanneer de resultaten eenduidig zijn worden deze gelijk teruggekoppeld aan de cliënt, als dit niet het geval is wordt een nieuwe afspraak gemaakt voor terugkoppeling van de onderzoeksbevindingen. Wanneer cliënten na vervolg diagnostiek blijken te voldoen aan de diagnose ADHD, of wanneer er sprake is van een andere psychische stoornis, bestaat de mogelijkheid om doorverwezen te worden naar een instelling waar deze problematiek behandeld kan worden.

Resultaten

In dit onderzoek zijn van 177 cliënten de gegevens verwerkt. Van deze 177 cliënten waren er 142 (80,2%) man en 35 (19,8%) vrouw. De leeftijden varieerden van 21 jaar tot en met 68 jaar, met een gemiddelde van 39.8 jaar. Er hebben 66 (37,3%) cliënten deelgenomen aan vervolgdiagnostiek, 111 (62,7%) cliënten hebben enkel de screeningsvragenlijst ingevuld. In tabel 1 zijn de sociaal-demografische kenmerken

weergegeven per groep. Met behulp van de Mann-Whitney test is onderzocht of de screen- en diagnostiekgroep van elkaar verschilden op gemiddelde leeftijd. Tevens is met Chi-kwadraat toetsen gekeken of de groepen onderling verschilden op sekse, burgerlijke staat, werk en afkomst. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen in leeftijd, sekse, burgerlijke staat, werk en afkomst. Om de representativiteit van de totale groep te waarborgen is daarnaast ook gekeken of er een verschil was in het aantal positieve testuitslagen op de ASRS tussen beide groepen. Dit is gedaan middels een Chi-kwadraat toets. In de screengroep hadden 43 (38.4%) cliënten een positieve screeningsuitslag op de ASRS, tegenover 33 (50.8%) cliënten in de diagnostiekgroep. Er bleek geen significant verschil in positieve screeningsuitslagen tussen de groepen. In tabel 2 zijn de verhouding positieve en negatieve screeningsuitslagen op de ASRS weergegeven voor beide groepen.

Tabel 1. Sociaal-demografische gegevens per groep.

	Screengroep (*n* = 111)	Diagnostiekgroep (*n* = 66)
Leeftijd, *M* (SD)	39.8 (11.06)	40.1 (11.19)
Sekse, *n* (%)		
Man	86 (77.5)	56 (84.8)
Vrouw	26 (22.5)	10 (15.2)
Burgerlijke staat, *n* (%)		
Alleenstaand	73 (64.9)	44 (66.7)
Gehuwd	14 (12.6)	6 (9.1)
Gescheiden	12 (10.8)	6 (9.1)
Samenwonend	13 (11.7)	10 (15.2)
Werk, *n* (%)		
Werkzaam	48 (42.3)	34 (51.5)
Werkloos	34 (30.6)	16 (24.2)
Ziekteverlof	4 (3.6)	8 (12.1)

WAO	26 (23.4)	8 (12.1)
Afkomst, *n* (%)		
Blank	77 (68.5)	51 (77.3)
Afrikaans	8 (7.2)	1 (1.5)
Anders	27 (24.3)	14 (21.2)

Tabel 2. Screeningsuitslagen op de *Adult Self Report Scale (*ASRS) voor beide groepen.

	Screengroep (n=111)	Diagnostiekgroep (n=66)	Totaal (n=177)
Positieve screeningsuitslag, *n* (%)	43 (38.7)	33 (50.0)	76 (42.9)
Negatieve screeningsuitslag, *n* (%)	68 (61.3)	33 (50.0)	101 (57.1)

Zoals weergegeven in tabel 3 bleek een aan alcohol gerelateerde stoornis het meest voor te komen in de screengroep (n = 68), gevolgd door een stoornis in cocaïne gebruik (n = 20), cannabis gebruik (n = 15), medicatiegebruik(n = 4), opiaatgebruik (n = 3). Amfetaminegebruik (n = 2) kwam het minst voor in deze groep. In de diagnostiekgroep kwam een stoornis in alcoholgebruik eveneens het meest voor, gevolgd door een stoornis in cannabisgebruik (n = 16) en cocaïne gebruik (n = 4). De stoornissen in het gebruik van opiaten (n = 1), amfetamine (n = 1) en medicatiegebruik (n = 1) werden het minst gesteld in de diagnostiekgroep. Met Chi-kwadraat toetsen is gekeken of er een verschil in middelengebruik was tussen de screen- en diagnostiekgroep. Er bleek een significant verschil in cannabis gebruik χ^2 (1) = 3,586, p = 0.056 en cocaïne gebruik χ^2 (1) = 4,806, $p < 0.05$. Een stoornis in cannabisgebruik kwam vaker voor in de diagnostiekgroep vergeleken met de screengroep, een stoornis in cocaïne gebruik kwam minder vaak voor in de diagnostiekgroep vergeleken met de screengroep.

Tabel 3. Primaire diagnose alcohol- en middelengebruik per groep.

	Screengroep (n=111)	Diagnostiekgroep (n=66)
Alcohol, *n* (%)	67 (60.4)	43 (65.2)
Cannabis, *n* (%)	15 (13.5)	16 (24.2)
Cocaine, *n* (%)	20 (18.0)	4 (6.1)
Opioide, *n* (%)	3 (2.7)	1 (1.5)
Amfetamine, *n* (%)	2 (1.8)	1 (1.5)
Medicatie, *n* (%)	4 (3.6)	1 (1.5)

Prevalentie ADHD

De prevalentie van ADHD bij cliënten met een aan middelen gerelateerde stoornis kon worden vastgesteld door de verhouding na te gaan tussen het aantal cliënten bij wie na de afname van het semigestructureerd interview de diagnose ADHD werd gesteld en het aantal cliënten bij wie geen diagnose ADHD werd gesteld na afname van het interview. Van de 66 onderzochte cliënten bleken 17 cliënten de diagnose ADHD in de kindertijd te hebben na afname van het interview (zie tabel 4). Dit komt neer op een percentage van 25,8%. Het bleek dat ADHD van het gecombineerde type het meest voorkwam (n = 8), gevolgd door het voornamelijk hyperactieve/impulsieve type (n = 5) en het voornamelijk onoplettendheid type (n = 4) kwam het minst voor. Bij 14 cliënten (82,4%) persisteerde ADHD in de volwassenheid, de prevalentie van ADHD is 21,2% in de onderzochte populatie. Het meest voorkomende subtype in de volwassenheid was het gecombineerde type (n = 9), gevolgd door het voornamelijk onoplettendheid type (n = 3). Het subtype hyperactiviteit/impulsiviteit kwam het minst voor (n = 2). De prevalentie van ADHD in de volwassenheid bij cliënten met een aan middelen gerelateerde stoornis is in overeenstemming met de eerder opgestelde verwachting van een percentage rond de 20%.

Tabel 4. Prevalentie van ADHD in kindertijd en volwassenheid, opgesplitst per subtype.

	ADHD kindertijd	ADHD volwassenheid
Subtype, *n* (%)		
Gecombineerde type	8 (12.1)	9 (13.6)
Hyperactiviteit/ Impulsiviteit type	5 (7.6)	2 (3.1)
Onoplettendheid Type	4 (6.1)	3 (4.5)
Totaal, *n* (n%)	17 (25.8)	14 (21.2)

ADHD en verslaving: Comorbiditeit en middelengebruik

Met Chi-kwadraat toetsen is gekeken of cliënten met ADHD verschilden in psychiatrische comorbiditeit vergeleken met cliënten zonder ADHD (zie tabel 5).

Er bleek een significant verschil in de prevalentie van hypomanie tussen de groep cliënten met ADHD en de groep cliënten zonder ADHD, χ^2 (1) = 4,521, $p < 0.05$. Cliënten met ADHD hadden vaker hypomanie (n = 2; 16.7%) dan cliënten zonder ADHD (n = 1; 2.0%)Tevens bleek er een significant verschil in de prevalentie van de borderline persoonlijkheidsstoornis χ^2 (1) = 8,099, $p < 0.05$ en antisociale persoonlijkheidsstoornis χ^2 (1) = 8,036, $p < 0.05$ tussen cliënten met en zonder ADHD. Bij cliënten met ADHD werd vaker de diagnose borderline gesteld (n = 2; 15.4%) en antisociale persoonlijkheidsstoornis (n = 5; 38.5%) vergeleken met cliënten zonder ADHD. De diagnose borderline werd bij geen enkele cliënt zonder ADHD gesteld, de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis werd bij 4 cliënten (7.8%) zonder ADHD gesteld. Er bleek een marginaal significant verschil in de prevalentie van depressie tussen de groep cliënten met ADHD en de groep cliënten zonder ADHD, χ^2 (1) = 3,320, $p < 0.07$. Cliënten met ADHD hadden vaker een depressie (n = 5; 38.5%) dan cliënten zonder ADHD (n = 7; 15.7%). Er was geen significant verschil

in de prevalentie van manie tussen beide groepen. De diagnose manie werd bij een cliënt zonder ADHD gesteld, tegenover geen enkele cliënt in de ADHD groep.

Uit Chi-kwadraat toetsen bleek geen verschil in middelengebruik tussen cliënten met ADHD en cliënten zonder ADHD. De diagnose van een aan alcohol gerelateerde stoornis werd het meest gesteld in beide groepen (64.3% vs. 65.4%), gevolgd door een stoornis in cannabisgebruik (28.6% vs. 23.1%) en cocaïne gebruik (7.1% vs. 5.8%). Stoornissen in het gebruik van opiaten (1.9%), amfetamine (1.9%) en medicatie (1.9%) kwamen alleen voor in de groep cliënten zonder ADHD. Deze resultaten zijn in overeenstemming met de eerder opgestelde verwachting dat cliënten met ADHD niet zouden verschillen in middelengebruik ten opzichte van cliënten zonder ADHD.

Tabel 5. Psychiatrische comorbiditeit bij cliënten met ADHD en een aan middelen gerelateerde stoornis.

	ADHD (n=14)		Geen ADHD (n=52)	
Depressie, *n* (%)	5	(38.5)**	8	(15.7)
Hypomanie, *n* (%)	2	(16.7)*	1	(2.0)
Manie, *n* (%)	0	(0.0)	1	(2.0)
Antisociale Persoonlijkheidsstoornis, *n* (%)	5	(38.5)*	4	(7.8)
Bordeline Persoonlijkheidsstoornis, *n* (%)	2	(15.4)*	0	(0.0)

* significant verschil $p < .05$,
** marginaal significant verschil $p = .07$

Tabel 6. Primaire diagnose alcohol en middelengebruik van cliënten met en zonder ADHD.

	ADHD (n=14)	Geen ADHD (n=52)
Alcohol, *n* (%)	9 (64.3)	34 (65.4)
Cannabis, *n* (%)	4 (28.6)	12 (23.1)
Cocaine, *n* (%)	1 (7.1)	3 (5.8)
Opiaten, *n* (%)	0 (0.0)	1 (1.9)
Amfetamine, *n* (%)	0 (0.0)	1 (1.9)
Medicatie, *n* (%)	0 (0.0)	1 (1.9)

Validiteit Adult ADHD Self Report Scale(ASRS)

Aan de hand van de uitslagen van het diagnostisch interview en de uitslagen op de ASRS konden de sensitiviteit en de specificiteit van de ASRS worden berekend. Van de 14 cliënten die na het diagnostisch interview voldeden aan de diagnose ADHD, bleken 13 cliënten ook een positieve uitslag op de ASRS te hebben. Van de 52 cliënten zonder de diagnose ADHD na het interview bleken 32 cliënten tevens een negatieve uitslag op de ASRS te hebben. Op basis van deze aantallen bleek de sensitiviteit 0.93 en de specificiteit 0.62. Tevens zijn exploratief de positieve predictieve waarde (PPV; de kans dat iemand die positief scoort op de screener ook ADHD heeft) en de negatieve predictieve waarde (NPV; de kans dat iemand die negatief scoort op de screener ook geen ADHD heeft), alsook de *overall efficiency* (OE; het percentage correct geclassificeerde gevallen) berekend. De positieve en negatieve predictieve waardes waren respectievelijk 0.40 en 0.97, de *overall efficiency* was 0.68 (zie tabel 7). De mate van sensitiviteit komt overeen met de eerder opgestelde verwachting zoals deze eerder is opgesteld in tegenstelling tot de mate van specificiteit, welke lager is dan verwacht.

Tabel 7. Validiteitsmaten ASRS

Cut-off	Sensitiviteit	Specificiteit	PPV	NPV	OE
4*	0.97	0.61	0.40	0.97	0.68

*Wanneer 4 of meer van de eerste 6 items positief zijn gescoord, gaat men uit van een positieve screeningsuitslag.

Om na te gaan of een positieve screeningsuitslag ook verband kan houden met een andere diagnose dan ADHD is gekeken welke andere diagnoses dan ADHD voorkomen bij cliënten met een positieve uitslag op de ASRS. Van de 66 onderzochte cliënten hadden 33 cliënten een positieve uitslag op de ASRS. Bij 14 cliënten werd de diagnose ADHD gesteld, bij negen cliënten werd een andere diagnose dan ADHD gesteld. Depressie kwam het meest voor onder cliënten zonder ADHD, maar met een positieve uitslag op de ASRS (n=5), gevolgd door de antisociale persoonlijkheidsstoornis (n=3) en manie (n=1). Bij 10 cliënten was er geen sprake van comorbiditeit in de vorm van depressie, (hypo)manie, borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was het vaststellen van de prevalentie van ADHD in een populatie cliënten met aan alcohol en/of middelen gerelateerde stoornissen, alsook het valideren van het screeningsinstrument ASRS in deze populatie. Daarnaast is onderzocht of cliënten met ADHD verschilden van cliënten zonder ADHD op het gebied van psychiatrische comorbiditeit en middelengebruik.

De prevalentie van de persisterende vorm ADHD bij cliënten met een aan alcohol of middelen gerelateerde stoornis bleek 21,2%. Een op de vijf cliënten met een aan alcohol of middelen gerelateerde stoornis voldoet dus tevens aan de diagnose ADHD.

Dit is in overeenstemming met de verwachting dat de prevalentie ongeveer 20% zou zijn en komt ook overeen met eerder gevonden prevalentiecijfers (Daigre et al., 2009). ADHD van het gecombineerde type kwam het meest voor, gevolgd door het aandacht tekort type. Het hyperactieve/impulsieve subtype kwam het minst voor. De prevalentie van ADHD in de kindertijd was 25,8%. Het meest voorkomende subtype bleek het gecombineerde type, gevolgd door het hyperactieve/impulsieve type. Het aandacht tekort type bleek het minst voor te komen in de kindertijd. Deze bevindingen komen overeen met resultaten uit eerder onderzoek, namelijk dat ADHD in veel gevallen persisteert in de volwassenheid. In dit onderzoek bleek 82,4% van de cliënten met ADHD in de kindertijd nog steeds te voldoen aan de criteria van ADHD in de volwassenheid. Dit is een hoger percentage dan in eerdere studies is aangetoond. De gegevens in deze studie zijn verkregen met retrospectieve interviews, tevens is geen gebruik gemaakt van heteroanamneses, wat wel de standaard is in ADHD onderzoek. Een vaak gehoord argument is dat enkel retrospectief onderzoek geen accuraat beeld geeft over de klachten, omdat men vaak niet in staat is om vroege herinneringen op te halen (Barkley et al., 2002). Dit kan een vertekend beeld van de werkelijkheid opleveren. Dit is echter onwaarschijnlijk doordat onderzoek laat zien dat retrospectieve gegevens zeer bruikbaar kunnen zijn in het stellen van diagnoses. Uit een onderzoek van Murphy en Schachar (2000) bleek namelijk dat de herinneringen van de onderzochte hoog correleerden met de herinneringen van de informant. Waarschijnlijker is de verklaring van Barkley (2007). Hij stelt dat de huidige criteria van de DSM-IV (APA, 2000) welke gebaseerd zijn op symptomen uit de kindertijd minder toepasbaar zijn op volwassenen. Hierdoor is het eigenlijke percentage wat nog last heeft van de symptomen in de volwassenheid hoger, doordat zij op andere gebieden dan beschreven in de DSM-IV moeilijkheden tegenkomen.

Daarnaast kan worden geconcludeerd dat de symptomen van ADHD zich in de volwassenheid anders manifesteren dan in de kindertijd. Waar in de kindertijd het subtype hyperactiviteit/impulsiviteit vaker voorkomt dan het aandacht tekort type, blijkt in de volwassenheid het subtype aandacht tekort vaker voor te komen. Dit komt overeen met de al bekende literatuurgegevens waaruit blijkt dat symptomen van hyperactiviteit afnemen in de volwassenheid, in tegenstelling tot de problemen met aandacht en gevoelens van innerlijke onrust.

Psychiatrische comorbiditeit is een groot probleem bij cliënten met ADHD en stoornissen in het gebruik van een middel. ADHD wordt gekenmerkt door een hoge mate van comorbiditeit, eerder onderzoek liet zien dat in 75% van de gevallen er sprake is van tenminste een andere psychiatrische stoornis (Kooij et al., 2010). In dit onderzoek bleek elke cliënt met ADHD tevens aan de criteria voor een comorbide stoornis te voldoen. Depressie en de antisociale persoonlijkheidsstoornis bleken het meest voor te komen onder cliënten met ADHD, maar ook de borderline persoonlijkheidsstoornis en hypomanie komen voor. Deze stoornissen kwamen significant vaker voor bij cliënten met ADHD dan bij de cliënten zonder ADHD. Hiermee is de hypothese bevestigd dat ADHD in combinatie met aan middelen gerelateerde stoornissen gepaard gaat met hoge comorbiditeit ten opzichte van cliënten zonder ADHD. Zoals eerder beschreven in voorgaande studies, bleek ook in dit onderzoek geen duidelijk verschil in middelengebruik tussen cliënten met en zonder ADHD. Dit is in overeenstemming met de verwachting dat cliënten met ADHD geen sterkere voorkeur hebben voor stimulerende middelen zoals cocaïne en amfetamine. Alcohol en cannabis worden door cliënten met ADHD het meest gebruikt, zoals ook Wilens en collega's (2007) vonden in hun onderzoek, waar in een

ADHD populatie werd gekeken naar middelenvoorkeur. Ook in een populatie cliënten met aan middelen gerelateerde stoornissen worden alcohol en cannabis het meest gebruikt (Arias et al., 2008). Deze bidirectionele relatie ondersteund de hypothese dat ADHD en problematisch middelengebruik eenzelfde genetische oorsprong hebben in de hersenen, zoals Comings en collega's (2005) suggereren. Opmerkelijk was dat amfetamine zelfs helemaal niet werd gebruikt door cliënten met ADHD, terwijl vaak wordt aangenomen dat dit middel het meest overeenkomt met ADHD medicatie zoals methylfenidaat en dus de meest dempende werking zou hebben op ADHD symptomen. Hiermee is echter bevestigd dat personen met ADHD geen speciale voorkeur hebben voor stimulantia. Hoewel niet expliciet uitgevraagd tijdens het diagnostisch interview, lijken de resultaten de zelfmedicatie hypothese van Khantzian (1997) te ondersteunen. Het hoge percentage ADHD in een populatie cliënten met een aan alcohol of middelen gerelateerde stoornis kan wellicht verklaard worden doordat men de symptomen van ADHD tracht te dempen met alcohol en middelen. Het gebruik van verdovende middelen (alcohol en cannabis) heeft mogelijk een sterkere dempende werking dan de illegale equivalenten van methylfenidaat (cocaïne en amfetamine).

Er kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de ASRS een bruikbaar en valide instrument is om te screenen voor ADHD in een populatie cliënten met aan alcohol en middelen gerelateerde stoornissen. In dit onderzoek bleek de sensitiviteit zeer hoog te zijn (0.93), de specificiteit was van iets mindere kwaliteit (0.62). Daigre en collega's (2009) vonden in een soortgelijke cliënt populatie in Spanje een sensitiviteit van 0.87 en een specificiteit van 0.68, de huidige resultaten lijken overeen te komen. Daar de ASRS puur als screeningsinstrument wordt gebruikt binnen de Jellinek en cliënten

met een positieve uitslag altijd voor verdere diagnostiek worden uitgenodigd, wordt er meer waarde gehecht aan een hoge mate van sensitiviteit dan aan een hoge mate van specificiteit. Het nauwkeurig detecteren van cliënten met ADHD (hoge sensitiviteit) weegt dus zwaarder dan het onderzoeken van de cliënten die uiteindelijk niet blijken te voldoen aan de diagnose ADHD (lage specificiteit).

Er is een aantal beperkingen dat in acht moet worden genomen bij het interpreteren van de resultaten. Ten eerste kan niet met zekerheid worden aangenomen dat de groep cliënten die de screeningsvragenlijst heeft ingevuld representatief is voor de gehele populatie. Immers hebben niet alle cliënten die gepland waren voor een intakegesprek de vragenlijst ingevuld. Er bleek een *response rate* van 65%. Wellicht hebben cliënten die van zichzelf een vermoeden hadden van ADHD vaker meegedaan dan cliënten die zeker wisten dat bij hen geen sprake was van ADHD. Ten tweede bleken er in de diagnostiekgroep iets meer cliënten te zijn met een positieve uitslag op de ASRS dan in de totale gescreende populatie. Hierdoor kan het zijn dat de gevonden prevalentie van ADHD in werkelijkheid lager ligt dan nu is gevonden. Dit verschil bleek echter niet significant en aangezien in eerdere onderzoeken (Daigre et al, 2009; van de Glind et al, 2009) gelijke prevalentiecijfers zijn gevonden is het onwaarschijnlijk dat dit het geval is. Tevens moet worden opgemerkt dat het verschil in comorbiditeit en middelengebruik tussen cliënten met en zonder ADHD is onderzocht op basis van kleine groepen, er kan dus een verlies van statistische power zijn opgetreden. Echter werden er in het geval van psychiatrische comorbiditeit zelfs in deze kleine groepen significante verschillen gevonden. Dit maakt het aannemelijker dat er werkelijk een verschil is. Meer onderzoek naar psychiatrische comorbiditeit tussen ADHD en aan middelen gebonden stoornissen in grotere steekproeven is aan te raden. Een andere

beperking ligt op het diagnosticeren van ADHD in het algemeen en in het bijzonder bij cliënten met een aan alcohol of middelen gerelateerde stoornis. Op dit moment zijn de criteria zoals beschreven in de DSM-IV voornamelijk gebaseerd symptomen die voorkomen in de kindertijd en moeten de symptomen aanwezig zijn voor het zevende jaar (APA, 2000). Barkley (2007; aangehaald in Faraone & Antshel, 2008) suggereert dat de criteria van de huidige DSM-IV te beperkend zijn om ADHD in de volwassenheid goed te kunnen diagnosticeren. Hij meent dat de benodigde zes symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit en aandachttekort een te hoge *cut-off* is om persisterende ADHD vast te kunnen stellen. Daarnaast is de overlap van ADHD symptomen met andere psychiatrische stoornissen zo hoog, dat het met de huidige criteria moeilijk is onderscheid te maken tussen ADHD en bijvoorbeeld stemmingsstoornissen. Hij pleit dan ook voor nieuwe criteria die deze differentiatie beter mogelijk maken. Deze zaken in ogenschouw nemend, is het mogelijk dat het prevalentiecijfer van ADHD in werkelijkheid hoger is dan nu is vastgesteld. In de DSM-V, die wordt verwacht in 2013, wordt een aantal criteria van de diagnose ADHD waarschijnlijk aangepast. De leeftijd waarop symptomen beginnen wordt mogelijk verhoogd tot 12 jaar in plaats van zeven jaar, en het aantal symptomen waaraan men in de volwassenheid moet voldoen wordt verlaagd van zes naar drie. Het is dus belangrijk om de prevalentie van ADHD binnen de verslavingszorg te blijven onderzoeken om te controleren of de huidige prevalentiecijfers mogelijk veranderen met de komst van de DSM-V (APA, 2010).

In dit onderzoek is de diagnose gebaseerd op de retrospectieve gegevens die de cliënten geven en op het klinische oordeel van de onderzoeker. Er wordt geen gebruik gemaakt van een heteroanamnese en resultaten uit bijvoorbeeld schoolrapporten. Dit

is vaak wel de standaard bij het diagnosticeren van ADHD. Echter is de CAADID, waarmee in dit onderzoek ADHD gediagnosticeerd wordt een valide en betrouwbaar instrument gebleken om ADHD vast te stellen in de algemene populatie (Kalbag & Levin, 2005). Een ander punt is dat sommige cliënten nog niet, of voor korte tijd abstinent van alcohol en middelen waren. Symptomen van intoxicatie en detoxificatie van alcohol en middelen kunnen overeenkomen met de symptomen van ADHD en daarmee de diagnostiek bemoeilijken. Echter kan men op basis van de anamnestische gegevens uit de kindertijd vaak wel een indicatie geven voor de aan- of afwezigheid van de stoornis (Carpentier, 2002). Om dit probleem tegen te gaan zal bij een aantal cliënten nogmaals het diagnostisch interview worden afgenomen wanneer zij enkele maanden abstinent zijn. Ten tijde van dit onderzoek waren hier echter nog geen gegevens van beschikbaar. Hierdoor is het mogelijk dat het gevonden percentage hoger ligt dan in werkelijkheid het geval is.

Deze studie heeft beoogd een verhelderend beeld te geven over de huidige stand van zaken op het gebied van ADHD en verslaving. De belangrijkste conclusies zijn dat ADHD en verslaving veelvuldig samen voorkomen en dat de ASRS een bruikbaar instrument is om te screenen op ADHD in de verslavingszorg. Door het gebruik van dit screeningsinstrument kunnen cliënten met ADHD tijdig worden opgespoord en kan de behandeling hier op worden aangepast. Zoals in eerder onderzoek is besproken zijn de consequenties van het onbehandeld laten van ADHD bij cliënten met een stoornis in het gebruik van een middel verstrekkend. De mate van verslaving is vaak ernstiger bij cliënten met ADHD, ook staken zij vaak vroegtijdig de behandeling, wat de kans op terugval in alcohol en middelengebruik vergroot, met alle gevolgen van dien (van de Glind, Carpentier, Ramos-Quiroga & van den Brink, 2009). Hiermee is

het belang aangetoond dat het wenselijk is om cliënten met ADHD zo snel mogelijk te herkennen in de verslavingszorg, zodat deze nadelige consequenties voorkomen kunnen worden. Met de resultaten uit dit onderzoek is een stap gezet om de huidige stand van zaken op het gebied van problematisch alcohol en middelengebruik en ADHD te verduidelijken. De huidige resultaten impliceren dat het van klinisch belang is om binnen een populatie cliënten met aan alcohol of middelen gerelateerde stoornissen de diagnose ADHD vroeg te herkennen en hier de behandeling op aan te passen. Het hebben van beide stoornissen heeft verstrekkende gevolgen voor zowel het individu als de maatschappij (Kalbag & Levin, 2005; Single, 2003). ADHD is een complicerende factor in het stoppen met alcohol en middelen. Mensen met een stoornis in het gebruik van een middel en comorbide ADHD doen vaker een beroep op de gezondheidszorg vergeleken met mensen zonder comorbide ADHD. Vroegtijdige uitval in behandeling kan er voor zorgen dat zij zich opnieuw aanmelden voor een behandeling en minder succes ervaringen boeken (Kalbag & Levin, 2005). Dit kan nadelige gevolgen hebben voor iemands zelfvertrouwen, wat er toe kan leiden dat men meer middelen gaat gebruiken. Men raakt vervolgens in een vicieuze cirkel waar moeilijk uit te ontsnappen is. Het gebruik van de ASRS om ADHD te herkennen in deze populatie is aan te raden. Uit de huidige resultaten kan geconcludeerd worden dat dit instrument een goede voorspeller is voor de diagnose ADHD. Met een invultijd van ongeveer twee minuten is dit een snelle manier om ADHD op te sporen en juist een korte vragenlijst is wenselijk, zeker omdat er tijdens een intakegesprek weinig tijd is voor het uitgebreid uitvragen van psychiatrische comorbiditeit. Tevens is met de huidige gegevens het belang aangetoond om een goede en effectieve behandeling te ontwikkelen om deze vaak voorkomende dubbele diagnose te kunnen behandelen zodat deze cliënten een betere prognose hebben.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2010). DSM-5: Options being considerd for ADHD.

Arias, A. J., Gelernter, J., Chan, G., Weiss, R. D., Brady, K. T., Farrer, L. & Kranzler, H. R. (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addictive Behaviors, 33*, 1199-1207.

Armstrong, T. D. & Costello, E.J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1224-1239.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2002) The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 279-289.

Barkley, R. A., Murphy, K. R. & Fischer, M. (2007). ADHD in adults: what the science says. New York, NY: Guilford.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Millberger, S., Spencer, T. J. & Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1652-1658

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Faraone, S. V., & Spencer, T. (1998). Does attention-deficit/hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biological Psychiatry, 44*, 269-273.

Carpentier, P. J. (2002). Olie op de golven, olie op het vuur: ADHD en verslaving. *Handboek Verslaving* (pp. 197-219). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Carroll, K. M. & Rounsaville, B. J. (1993). History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment seeking cocaïne abusers. *Comprehensive Psychiatry*, *34*, 75-82.

Clure, C., Brady, K. T., Saladin, M. E., Johnson, D., Waid, R. & Rittenbury, M. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: Symptom Pattern and drug choice. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*, 441-448.

Comings, D. E., Chen, T. J. H., Blum, K., Mengucci, J. F., Blum, S. H. & Meshkin, B. (2005). Neurogenetic interactions and aberrant behavioral co-morbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): dispelling myths. *Theoretical Biology and Medical Modelling, 2*, doi:10.1186/1742-4682-2-50.

Daigre, C., Ramos-Quiroga, J. A., Valero, S., Bosch, R., Roncero, C., Gonzalvo, B. et al. (2009). Adult ADHD self-report scale (ASRS-v1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders. *Actas Esp Psiquiatr, 37,* 299-305.

Disney, E. R., Elkins, I. J., McGue, M. & Iacono, W. G. (1999). Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1512-1521.

Epstein, J. N. & Kollins, S. H. (2006). Psychometric Properties of an Adult ADHD Diagnostic Interview. *Journal of Attention Disorders, 9*, 504-514., doi:10.1177/1087054705283575

Faraone, S. V. & Antshel, K. M. (2008). Diagnosing and treating attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *World Psychiatry*, *7*, 131-136.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg C. & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, *2*, 104-113.

Faraone, S. V., Wilens, T. E., Petty, C., Antshel, K., Spencer, T. & Biederman, J. (2007). Substance use among ADHD adults: Implications of late onset and subtreshold diagnoses. *The American Journal on Addiction*, *9*, 24-34.

Goossensen, M. A., van de Glind, M. A., Carpentier, P. J., Wijssen, R. M. A., van Duin, D. & Kooij, S. J. J. (2006). An intervention program for ADHD in patients with substance use disorders: preliminary results of a field trial. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30*, 253-259.

Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P. & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related disorders. *Archives of General Psychiatry, 61*, 807-816.

Van de Glind, G., Carpentier, P. J., Ramos-Quiroga, J. & van den Brink, W. (2009). European ADHD in substance use disorders prevalence study (EASP study): The research protocol for a European study of the prevalence of ADHD in adult patients referred for treatment of addiction problems. *The international Collaboration on ADHD and substance abuse (ICASA).*

Van de Glind, G., Eland, A. & Janssen, M. (2001). ADHD en verslaving: Een literatuuronderzoek naar de samenhang tussen ADHD en verslaving. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 6*, 537-555.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4*, 231-244.

Kalbag, A. S. & Levin, F. R. (2005). Adult ADHD and substance abuse: Diagnostic and treatment issues. *Substance Use & Misuse, 40*, 1955-1981.

Kerssemakers, R., van Meerten, R., Noorlander, E. & Vervaeke, H. (2010). *Drugs en Alcohol: Gebruik, misbruik en verslaving.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S. V., Hiripi, E. et al. (2005) The World Health Organization adult ADHD self report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine, 35*, 245-256.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R. A., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry, 163*, 716-723.

Kessler, R. C., Adler, L. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T. & van Brunt, D. L. (2007). Validity of the World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16*, 52-65.

Kooij, S. J. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J. et al. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European network adult ADHD. *BMC Psychiatry, 10*, *1*-24.

McGough, J. J. & Barkley, R. A. (2004). Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry, 16*, 1948-1956.

McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del'Homme, M., Lyn, D. E. & Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: Findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1621-1627.

Murphy, K. & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry, 37*, 393-401.

Murphy, P. & Schachar, R. (2000). Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Psychiatry, 157*,1156-1159.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G.C. (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59,* 22-33.

Single, E. (2003). Estimating the costs of substance abuse: implications to the estimation of the costs and benefits of gambling. *Journal of Gambling studies, 19*, 215-233.

Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J. M. J. et al. (2010) Efficacy of meta cognitive therapy for adult ADHD. *American Journal of Psychiatry, 167*, 958-968.

Szobot, C. M., Rohde, L. A., Bukstein, O., Molina, B. S. G., Martins, C., Ruaro, P. & Pechansky, F. (2007) Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community based case-control study. *Addiction, 102*, 1122-1130.

Wilens, T. E. (2006). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 163*, 2059-2063.

Wilens, T. E. (2007). The nature of the relationship between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and substance use. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 4-8.

Wilens, T. E., Faraone, S. V. & Biederman, J. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adults. *The Journal of the American Medical Association, 292*, 619-623

Appendix A
Druk & Drug screeningsvragenlijst

Toestemmingsverklaring

Toestemmingsverklaring voor deelname aan het onderzoek:
Europese studie naar het vóórkomen van ADHD bij volwassen cliënten met verslavingsproblemen (EASP studie)

Naam cliënt:
Geboortedatum:

Hierbij verklaar ik dat ik een exemplaar van de informatiefolder heb ontvangen.
Ik heb de informatie over het onderzoek gelezen en begrepen.
Ik ga akkoord met het onderzoek en geef hierbij mijn toestemming voor deelname.
Ook geef ik toestemming dat mijn behandelend arts en huisarts kunnen worden ingelicht over de resultaten van het onderzoek.
Tenslotte geef ik toestemming om mij te benaderen voor eventueel vervolgonderzoek.

Datum:

Handtekening:

Verslaglegging voor studie EASP, Screener

Demografische informatie

1. Bent u een man of vrouw? (graag aankruisen)
O man
O vrouw

2. Wat is uw geboortedatum? _ _ - _ _ - _ _ _ _

3. Wat is uw leeftijd? _____ jaar

4. Welke van onderstaande situaties is op u van toepassing? (graag aankruisen, meerdere opties mogelijk)
O alleenstaand
O getrouwd
O gescheiden
O samenwonend met partner

5. Wat is uw woonsituatie? (graag aankruisen)
O ik ben dakloos
O ik woon in een beschermde woonvorm of in een gezondheidszorginstelling
O ik woon alleen
O ik woon met mijn partner
O ik woon met vrienden
O ik woon met mijn ouders

6. Wat is uw werksituatie? (graag aankruisen)
O ik heb een baan
O ik ben werkloos
O ik heb ziekteverlof
O ik ben arbeidsongeschikt

7. Wat is het land van herkomst van uw vader? _____

8. Wat is het land van herkomst van uw moeder? _____

9. Wat is het land van herkomst van uw vader's vader? _____

10. Wat is het land van herkomst van de moeder van uw vader?_____

11. Wat is het land van herkomst van de vader van uw moeder? _____

12. Wat is het land van herkomst van uw moeder's moeder? _____

13. Wat is de cultureel-ethnische achtergrond van uw familie (kruis aan welk antwoord het beste past):
O blank
O Latijns-Amerikaans
O Afrikaans
O Aziatisch
O anders
O gemengd

ADHD ZELFRAPPORTAGESCHAAL BIJ VOLWASSENEN. Bezoek: screening; CRF page 1.2

Beantwoord de onderstaande vragen door aan te geven in hoeverre u last hebt van het desbetreffende symptoom. Zet een kruisje in het vakje aan de rechterzijde dat uw gemoedstoestand en gedrag gedurende de afgelopen zes maanden het beste weergeeft.	Nooit (0)	Zelden (1)	Soms (2)	Vaak (3)	Zeer vaak (4)
1. Hoe vaak hebt u moeite om de laatste details van een opdracht af te handelen nadat u de moeilijke onderdelen hebt afgerond?					
2. Hoe vaak hebt u moeite om zaken op orde te krijgen wanneer u een taak moet uitvoeren waarvoor organisatie is vereist?					
3. Hoe vaak hebt u moeite om afspraken of verplichtingen te onthouden?					
4. Hoe vaak vermijdt u een taak of stelt u een taak uit als u hiervoor veel moet nadenken?					
5. Hoe vaak wriemelt u met uw handen of voeten of kunt u deze niet stil houden wanneer u een lange tijd moet blijven zitten?					
6. Hoe vaak voelt u zich overactief en gedwongen om iets te doen, alsof u door een motor wordt voortgedreven?					
7. Hoe vaak maakt u slordige fouten wanneer u een saaie of moeilijke opdracht moet uitvoeren?					
8. Hoe vaak hebt u moeite om uw aandacht erbij te houden wanneer u saai werk moet verrichten of werk waarbij sprake is van veel herhaling?					
9. Hoe vaak hebt u moeite om zich te concentreren op wat mensen tegen u zeggen, zelfs als zij zich rechtstreeks tot u richten?					
10. Hoe vaak legt u dingen op de verkeerde plek neer of hebt u moeite om dingen terug te vinden, thuis of op het werk?					
11. Hoe vaak wordt u afgeleid door activiteiten of geluid in uw omgeving?					
12. Hoe vaak staat u op tijdens bijeenkomsten of andere situaties waarin van u wordt verwacht dat u blijft zitten?					
13. Hoe vaak voelt u zich rusteloos of kunt u zich niet stil houden?					
14. Hoe vaak hebt u moeite om zich te ontspannen wanneer u tijd voor uzelf hebt?					
15. Hoe vaak merkt u dat u teveel praat in sociale situaties?					
16. Wanneer u een gesprek voert, hoe vaak merkt u dan dat u de zinnen van uw gesprekspartner afmaakt voordat hij of zij dat zelf kan doen?					
17. Hoe vaak hebt u moeite om op uw beurt te wachten in situaties waarin dit vereist is?					
18. Hoe vaak stoort u andere mensen wanneer zij druk bezig zijn?					

Indien u in deze tekst heeft ingevuld dat u problemen met aandacht, concentratie, impulsiviteit of hyperactiviteit heeft ervaren: Probeert u zich alstublieft zo precies mogelijk te herinneren op welke leeftijd deze problemen zich begonnen voor te doen, en vult u dat hier in:
Ik was ongeveer _____ jaar oud.

MIDDELENGEBRUIK SCREENER

Gebruikte middelen	**Beginleeftijd**	**Aantal jaren ooit gebruikt** *dwz: regelmatig gebruik, namelijk minstens 3 keer per week of 2 opeenvolgende dagen per week, gedurende minstens een half jaar*	**Aantal dagen gebruikt in de afgelopen 30 dagen**
01 ALCOHOL (MINDER DAN 5 GLAZEN)	|_____	|_____	|_____
02 ALCOHOL (MEER DAN 5 GLAZEN)	|_____	|_____	|_____
03 NICOTINE	|_____	|_____	|_____
04 HEROINE	|_____	|_____	|_____
05 METHADON	|_____	|_____	|_____
06 MEDICATIE (slaap/ kalmeringsmiddelen)	|_____	|_____	|_____
07 COCAINE	|_____	|_____	|_____
08 AMPHETAMINE	|_____	|_____	|_____
09 CANNABIS	|_____	|_____	|_____
10 ANDERS, namelijk ……..	|_____	|_____	|_____

11. Wat is het belangrijkste probleemmiddel voor u? (alcohol, nicotine, heroine, methadone, medicatie, cocaine, amfetamine, cannabis, anders):
_____

12. Bent u in uw jeugd ooit behandeld voor psychiatrische problemen?
O ja
O nee

13. Heeft u ooit de diagnose ADHD gekregen?
O ja
O nee

14. Bent u ooit behandeld met medicijnen voor ADHD (bijv. Ritalin)?
O ja
O nee

Deze pagina dient later ingevuld te worden door de onderzoeker of behandelaar. Deelnemende cliënten kunnen deze pagina overslaan, en zijn klaar met invullen. U kunt deze vragenlijst afgeven bij uw intake-gesprek. Hartelijk dank voor uw medewerking!

Cliënt nummer _____

Geboortedatum _____

Datum intake _____

Datum onderzoek _____

……

Kruis de diagnose(n) aan die aanwezig is/zijn (verkregen via MATE tijdens intake):

O alcoholmisbruik
O alcoholafhankelijkheid
O drugsmisbruik
O drugsafhankelijkheid

Indien drugsafhankelijkheid: alleen cannabisafhankelijkheid (geen afhankelijkheid van ander middel dan cannabis)? ja / nee

Appendix B.
Informatiefolder ADHD studie

Europese studie naar het vóórkomen van ADHD bij volwassen cliënten met verslavingsproblemen (EASP studie).
Informatie voor cliënten

Waarom krijgt u deze informatie?
U krijgt deze informatie omdat u mogelijk deel gaat nemen in een project dat het vóórkomen van ADHD bij mensen met verslavingsproblemen in kaart wil brengen. In deze informatiebrief leggen we u uit hoe dit project in elkaar zit, wat we er mee willen bereiken en wat meedoen voor u betekent.
U heeft zich aangemeld bij een zorginstelling voor verslavingsproblemen of u bent daar naar verwezen. De instelling waar u nu bent doet mee aan een Europees onderzoek naar het vóórkomen van ADHD bij mensen met een verslaving. U wordt gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. U neemt alleen deel als u daar zelf toestemming voor geeft. Als u niet deel wilt nemen heeft dat **geen** invloed op de rest van uw behandeling.

Het onderzoek
Het wordt steeds duidelijker dat jongeren met ADHD veel risico lopen om ooit in hun leven problemen met het gebruik van drugs en alcohol te krijgen. Uit Amerikaanse onderzoeken blijkt dat 10% tot 25 % van de cliënten in de verslavingszorg ook ADHD hebben. In Europa zijn dit soort onderzoeken nog niet uitgevoerd maar er is geen reden om aan te nemen dat het hier anders zal zijn. Tot een paar jaar geleden werd de diagnose ADHD bijna nooit gesteld omdat er nog zo weinig ervaring mee was. Inmiddels is veel bekend over ADHD, maar we weten nog steeds weinig over het verband met verslaving. Dit onderzoek helpt om in kaart te brengen hoe vaak ADHD en verslaving samen voorkomen en welke (extra) problemen deze combinatie veroorzaakt. Met de uitkomsten kan een beter systeem opgezet worden om ADHD in verslaafde cliënten te ontdekken en te behandelen. Ook hopen we beter te kunnen werken aan het voorkómen dat kinderen en jongeren met ADHD verslavingsproblemen ontwikkelen.

Meedoen?
Meedoen betekent voor u dat er een korte vragenlijst wordt afgenomen over ADHD en een korte vragenlijst over middelen en alcohol gebruik. Bij elkaar nemen die ongeveer 15 minuten in beslag.
De resultaten van de vragenlijsten worden anoniem verwerkt om te vergelijken met de resultaten uit de andere Europese landen. Dit is het eerste deel van de studie.

Verder onderzoek
Sommige cliënten zullen gevraagd worden om deel te nemen aan verder onderzoek. Dit tweede deel van de studie is erop gericht om na te gaan of mensen die symptomen van ADHD vertonen, ook daadwerkelijk ADHD hebben. Deze symptomen kunnen immers wijzen op ADHD maar ze kunnen ook een uiting zijn van iets anders, bijvoorbeeld een vorm van depressie. Het is belangrijk om dit onderscheid te maken aangezien de behandeling ervan verschilt. Een willekeurige groep van cliënten van wie we denken dat ze mogelijk ADHD hebben, zal gevraagd worden om deel te nemen. Een andere groep van cliënten van wie we denken dat ze geen ADHD hebben, zal ook gevraagd worden om deel te nemen. De antwoorden van deze laatste groep zijn belangrijk om te kijken of de vragenlijsten wel meten wat zij beogen te meten. Dit tweede deel van het onderzoek neemt ongeveer twee uur in beslag.

Voordelen en nadelen voor deelnemers, belasting

Zoals beschreven brengt deelname aan dit onderzoek met zich mee, dat u een korte vragenlijst invult (15 minuten), en mogelijk meedoet aan verder onderzoek (namelijk een gesprek van 2 ongeveer uur).
In dit 2 uur durende gesprek wordt u met behulp van vragenlijsten onderzocht op bepaalde veel voorkomende psychiatrische ziekten. Het is mogelijk dat er een psychiatrische stoornis wordt vastgesteld, waar u nog niet mee bekend was. In dat geval kan uw behandeling hierop aangepast worden, waardoor u gerichter aan uw herstel werkt.
De belasting voor u als cliënt bestaat dus uit het invullen van een vragenlijst (15 minuten), en eventueel binnen twee weken daarna een uitgebreid gesprek met vragenlijsten (2 uur).

Wanneer mag u meedoen?

Als u een gezonde man of vrouw bent tussen de 18 en 65 jaar oud.
Als bij u een verslaving is vastgesteld.
Als u in staat bent het onderzoek goed te begrijpen en uit te voeren.

Wanneer kunt u niet meedoen?

Wij willen graag dat zoveel mogelijk mensen meedoen. Als u heel ernstige psychische of lichamelijke problemen hebt, bent u mogelijk niet in staat om aan het onderzoek deel te nemen. Zo mogelijk kan u in een later stadium van behandeling alsnog deelnemen.

Privacy

Alle gegevens van het onderzoek worden verzameld, bewaard en verwerkt met respect voor alle privacyreglementen.
Alle informatie zal onder code (en dus anoniem) worden geregistreerd en
opgeslagen door de onderzoeker.
Behalve de onderzoeker kan ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg de gegevens inzien. Dit is om te controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar is.

Medisch Ethische Commissie

Dit onderzoek is door de METiGG getoetst en goedgekeurd. Deze medisch ethische toetsingscommissie heeft tot taak te beoordelen of een onderzoek toelaatbaar is. Daarbij beoordeelt de commissie onder andere of de extra belasting voor de cliënt opweegt tegen het te verwachten nut van het onderzoek.
Aangezien deelname aan het onderzoek geen risico's met zich meebrengt en de belasting gering is, heeft de METiGG ontheffing verleend van de verplichting om een proefpersonenverzekering af te sluiten.

Vrijwilligheid

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. U krijgt gewoon de behandeling die u anders ook zou krijgen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen. Ook tijdens het onderzoek.

Deelname en informatie

Als u na het lezen van deze informatiebrief nog vragen hebt, kunt u contact opnemen met de onderzoekscoördinator, mw. K. van Oortmerssen, tel 020 590 4423.
Indien u over deelname aan deze studie wilt praten met een arts die niet bij het onderzoek is betrokken, dan kunt u contact opnemen met mw. S. Kool, tel 020 590 4777.
Wanneer u bereid bent aan ons onderzoek mee te doen, dan zullen we u bij aanvang van het onderzoek verzoeken om

een toestemmingsformulier te ondertekenen. Hiermee verklaart u dat u de informatie over het onderzoek hebt ontvangen en begrepen en dat u vrijwillig meewerkt aan de studie.

Klachtenprocedure

Indien u een klacht heeft over Arkin, dan kunt u deze indienen bij de centrale klachtencommissie, telefoonnummer 020 788 5140.