

Snuiven en stuiteren?!

Een uiteenzetting over de rol van psychomotorische therapie bij de diagnostiek mensen met ADHD en een verslaving.

Jaapjan Verkerk

S984310

4PC

Scriptie begeleider: H. Kneegtering

Scriptie beoordelaar: M. van der Blink



02-07-09

~~snuiven en stuiteren?!!!~~

~~Een uiteenzetting over de rol van psychomotorische therapie bij de
diagnostiek mensen met ADHD en een verslaving.~~

~~Naam: Jaapjan Verkerk~~

~~Studentnummer: 984310~~

~~Datum: 2 juli 2009~~

~~Klas: 4PC~~

~~Scriptie-begeleider: Hans Knechtering~~

~~Scriptie-beoordelaar: M. van der Blink~~

Inhoudsopgave:

Voorwoord	53
Inleiding	64
1. Vraagstelling en uitleg	75
2. De praktijk	866
2.1 Casus	866
2.2 Verslaving	977
2.3 ADHD	1088
3 De verdieping	121010
3.1 De relatie tussen ADHD en verslaving	121010
3.2 Waarom is een diagnose zo belangrijk?	131111
3.3 Wanneer kan ADHD gediagnosticeerd worden?	141212
4. De toepassing	151313
4.1 Wat kan PMT toevoegen aan de diagnostiek	151313
4.2 Waar kan PMT iets toevoegen?	161414
4.3 Wat voor diagnostische hulpmiddelen kunnen er gebruikt worden?	171515
4.4 Observeren en dan?	201818
5 Conclusie	211919
7. Dankwoord	222020
8. Literatuurlijst	232121
9. Bijlagen	242222
Voorwoord	3
Inleiding	4
1. Vraagstelling en uitleg	5
2. De praktijk	6
2.1 Casus	6
2.2 Verslaving	6

<u>2.3 ADHD</u>	8
<u>3 De verdieping</u>	10
<u>3.1 De relatie tussen ADHD en verslaving</u>	10
<u>3.2 Waarom is een diagnose zo belangrijk? 3.2 Wanneer kan ADHD gediagnosticeerd worden?</u>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<u>3.3 Waarom is een diagnose zo belangrijk? 3.3 Wanneer kan ADHD gediagnosticeerd worden?</u>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<u>4 De toepassing</u>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<u>4.1 Waarom en wat kan PMT toevoegen aan de diagnostiek</u>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<u>4.2 Welke diagnostische hulpmiddelen kunnen gebruikt worden.</u>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<u>4.3 Observeren en dan?</u>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<u>5 Conclusie</u>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<u>6 Dankwoord</u>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<u>7 Literatuurlijst</u>	
<u>8. bijlagen</u>	
<u>8.1. symptomenlijst</u> Symptomenlijst van Hallowell & Ratey	
<u>8.2. Zelfrapportage vragenlijst</u>	
<u>8.3. Review ADHD en verslaving</u>	

Voorwoord

De scriptie is geschreven als afstudeeropdracht van de CALO te Zwolle met de richting PMT. Het afstuderen is dan ook de aanleiding geweest voor het tot stand komen van dit product. De onderwerpkeuze is echter een persoonlijke keuze.

Tijdens mij stage als PMT-er bij de verslavingszorg in Leeuwarden ben ik vaak tegen de problematiek van verslaafden met ADHD aangelopen. Deze groep cliënten wordt gezien als een moeilijke groep om te behandelen. Ik vind deze groep tegelijk ook erg inspirerend. Ik hoop dat het verslag mede door mijn persoonlijke betrokkenheid boeiend en leerzaam is om te lezen.

Algemeen: goed stuk!!

Literatuurverwijzingen altijd hetzelfde doen:

Brown (2004) heeft laten zien dat In verschillende onderzoeken (Brown, 2004; White, 2006; Red, 2009) is gebleken dat ...

En literatuurlijst kun je als volgt opzetten:

Brown, K.J., 2004, *ADHD and Drugs*, Ambo, Baarn.

Etc

Voor tijdschrift artikelen:

Wit, J. de, en Rood, H.J, 2009, 'ADHD en verslaving', *De Psycholoog*, jrg 24, p24-28.

Inleiding

Bij VNN in de kliniek van Leeuwarden heb ik met veel verslaafde cliënten gewerkt. Binnen deze kliniek is de diversiteit aan mensen groot. Er komen cliënten binnen met een leeftijd van 18 tot 70 jaar met verschillende soorten verslavingen. In mijn scriptie wil ik me richten op de jong volwassenen die verslaafd zijn aan stimulantia. Wat mij opviel aan deze groep is dat een groot gedeelte van hen ADHD heeft of ADHD kenmerken vertoont. De literatuur laat zien dat er een duidelijk verband is tussen ADHD en verslaving. Dit verband wil ik nader onderzoeken.

Tijdens mijn stage leerde ik deze doelgroep steeds beter kennen. Ik ging steeds beter letten op het gedrag van cliënten en ik zag meer opvallende gedragingen. Een van de dingen die mij opviel was dat een deel van de jongeren erg impulsief was, gevoelig was voor prikkels en snel afgeleid. Deze groep scoorde vaak ook positief op de ADHD-screeninglijsten. Uit een eerste verkenning in de literatuur en uit een gesprek met mijn collega's bleek dat er inderdaad veel cliënten met ADHD-kenmerken zijn in de verslavingszorg. Dit wekte mijn interesse.

Op de kliniek merkte ik tijdens mijn stage dat het lastig bleek om de diagnostiek van cliënten met ADHD rond te krijgen. Het duurt soms lang en het gebeurt ook regelmatig dat cliënten doorgaan met een vervolg behandeling voordat de diagnostiek rond is. Ik zag voor de PMT een kans om hier bij te helpen en hier een bijdrage aan te leveren. In deze scriptie wil ik aan de hand van de literatuur en eigen ervaringen komen tot een goed voorstel om PMT in te zetten in de diagnostiek van mensen met ADHD.

1. 1. Vraagstelling en uitleg

Om deze doelgroep te kunnen begrijpen wil ik eerst uitleggen wat verslaving en ADHD precies zijn. Daarna laat ik zien dat er een relatie is tussen verslaving en ADHD. Klopt het ook dat ADHD'ers een grotere kans hebben om verslaafd te zijn als mensen zonder ADHD?

In de verdieping wil ik ingaan op hoe ADHD gediagnosticeerd wordt en wanneer dit het beste kan. Ook geef ik aan waarom deze diagnose zo belangrijk is. Deze informatie is noodzakelijk om uiteindelijk te komen tot de praktijk.

Omdat cliënten vaak kort op de diagnostische afdeling zitten is het van belang om snel te werk te gaan. In deze korte tijd wordt er in Leeuwarden op de kliniek twee keer per week PMT gegeven. Ik wil graag uiteenzetten hoe een sessie gericht op diagnostiek het meest effectief kan zijn. Hierbij wil ik ook bespreken wat voor diagnostische hulpmiddelen gebruikt kunnen worden om de observatie te structureren en te vergemakkelijken.

De verzamelde informatie van de PMT-er kan gebruikt worden voor de diagnostiek van ADHD maar ook voor het verdere verloop van de behandeling. Het kan meegenomen worden in behandelplan besprekingen of gebruikt worden om te bepalen wat voor een vervolg behandeling goed zou kunnen zijn voor een cliënt.

Uiteindelijk ben ik gekomen tot de volgende onderzoeksvraag:

Op welke manier kan de PMT observeren en diagnostische hulpmiddelen gebruiken zodat er een bijdrage geleverd kan worden aan de diagnostiek van jong volwassenen met ADHD en een verslaving in de diagnostische fase?

2.2-De praktijk

2.1 Casus

Toen ik enkele weken stage liep maakte ik kennis met J (vanaf nu Jan). Jan is een twintigjarige jongen die makkelijk contact maakt met iedereen. Jan gebruikt alles wat hij kan krijgen en gebruikt dat in grote hoeveelheden. Hij gebruikt hoofdzakelijk stimulantia, maar daarnaast drinkt hij er ook veel bij en gebruikt hij LSD.

Classificerende diagnostiek

Jan is 20 jaar oud en heeft waarschijnlijk ADHD. Het is nog nooit officieel gediagnosticeerd maar alle kenmerken wijzen daar wel op. Daarnaast heeft Jan een drugsverslaving. Zijn drugsverslaving is ernstig te noemen. Het beïnvloedt zijn hele leven en kan niet meer zonder. Om een goed beeld te geven van Jan wil ik hem beschrijven aan de hand van de DSM-IV.

As.1 Afhankelijkheid van middelen en ADHD

As.2 Geen persoonlijkheidsstoornis voor zover bekend

As.3 Geen somatische klachten. Lichamelijk erg sterk en sportief.

As.4 - verslaafde vader.

- onstabiele thuis situatie.
- agressieve en drugsgebruikende vrienden.
- Jan heeft weinig tot geen vrienden.

As.5 Voor Jan is nooit een GAF-score vastgesteld.

Kritische diagnostiek.

De ouders van Jan zijn elkaar vroeger tegengekomen tijdens een opname bij de GGZ. In het begin ging dit erg goed, ze hielden elkaar overeind en kregen samen twee kinderen, waarvan Jan de jongste is. Toen Jan vier jaar oud was gingen zijn ouders uit elkaar. Jan woonde afwisselend een tijdje bij zijn vader en dan weer een tijdje bij zijn moeder. Dit bleef zo tot zijn achtste. Zijn vader was verslaafd geraakt aan alcohol en kon niet meer voor zijn kinderen zorgen. Op school liep het niet zo lekker, Jan was erg druk, kon zich niet goed concentreren en had vaak ruzie met klasgenoten. Ondanks de problemen op school werd er geen diagnose gesteld. Jan kwam niet in aanraking met de hulpverlening.

Op zijn zestiende was Jan een van de grotere dealers van de school en van zijn wijk. Omdat hij zoveel geld had en zo makkelijk aan drugs kon komen begon hij zelf ook steeds meer te gebruiken. Op zijn achttiende gebruikte hij de hele dag door en was geen moment van de dag meer nuchter. Alles liep langzamerhand spaak, zijn moeder zette hem uit huis, de school werd niet afgemaakt en zijn klanten beroofden hem regelmatig. Dit leven leidde hij nog een half jaar. In al die tijd had Jan maar één echte vriend gehad, ze kende elkaar al van jongs af aan en vertrouwden elkaar helemaal. Samen gebruikten ze allerlei drugs door elkaar. Deze vriend was op een gegeven moment zo onder invloed dat hij niet meer wist wat hij deed. Hij rende de straat over en liep onder een auto waarna hij

overleed. Dit was voor Jan de druppel die de emmer over deed lopen. Hij meldde zich aan bij VNN en wilde zijn gebruikersleven achter zich laten.

Hermeneutisch diagnostiek

In het leven van Jan ging er veel niet goed, hij kwam niet toe aan zijn dagelijkse bezigheden. De hele dag was hij bezig met kopen, verkopen en gebruiken van drugs. Zijn sociale contacten verdwenen allemaal. Zijn relatie met zijn familie en vrienden raakte verstoord. De moeder van Jan zette hem uit huis en hij mocht pas terug komen als hij wilde stoppen met het gebruik van drugs.

Jan verloor ook zijn realiteitsbesef, hij vertelde dat hij op een gegeven moment dacht dat hij zijn leven op deze manier kon leiden. Ook merkte Jan achteraf dat hij niet meer leefde in deze maatschappij, hij voelde zich alsof hij in een andere wereld was. Hij begon ook minder rekening te houden met zijn medemens, als iemand in weg stond of hem aansprak op zijn gedrag reageerde hij daar niet op of begon te slaan.

Jan op de kliniek

Via een verwijzing van de huisarts kwam Jan binnen op de intensive care (ook wel de detox genoemd). Hier zat Jan twee weken. In deze tijd had Jan het erg moeilijk, hij had veel last van afkickverschijnselen en was duidelijk niet gewend aan het hebben van structuur. Zijn gedrag was erg onstabiel soms zat hij stil in een hoekje en op andere momenten was hij erg druk en 'stuiterde' hij de afdeling over. De laatste paar dagen werd Jan stabiel en was hij klaar voor de volgende afdeling. Hij ging over naar de MC (medium care). In deze fase van drie weken worden de aard van de verslaving, relevante persoonskenmerken en co-morbiditeiten in kaart gebracht.

In de kliniek bleek al snel dat Jan een vriendelijke jongen is, hij maakt makkelijk contact en komt erg intelligent over. Hij is ook gemotiveerd, is open over zijn gebruikersperiode en wordt emotioneel als het over zijn vriend gaat. Hij voelt zich er schuldig over: "waarom hij wel en ik niet terwijl ik al alles verloren heb?". Ook zien we aan Jan dat hij erg impulsief is, hij doet vaak eerst iets en denkt er dan pas over na. Dit heeft tot gevolg dat hij alles doet wat hij bedenkt en daardoor erg druk overkomt. Jan houdt erg van sporten. Sinds hij gestopt is met gebruiken rent hij elke dag hard en doet hij gemotiveerd mee aan alle bewegingsactiviteiten. PMT vind hij erg fijn, hij heeft het idee dat hij er veel van leert. Ook op de afdeling voelt hij zich prettig, hij kan het met iedereen goed vinden en de structuur doet hem zichtbaar goed.

2.2 Verslaving

Jan kwam op school voor het eerst in aanraking met drugs en begon met blowen. Zelf wist hij dat dit verslavend was, maar er goed over nadenken deed hij niet. De eerste keer dat iemand drugs gebruikt kiest deze persoon daar zelf voor. Als dit goed is bevallen kan het zijn dat de drugs vaker genomen wordt en dat de persoon in kwestie afhankelijk (verslaafd) wordt. Op een gegeven moment kiest iemand er niet meer bewust voor om drugs te gebruiken maar wordt het een 'moeten'. Op dat moment spreken we van 'verslaving'.

Als we spreken over verslaving moet er een onderscheid gemaakt worden tussen geestelijke en lichamelijke afhankelijkheid. Lichamelijke afhankelijkheid betekent dat het lichaam protesteert (afkickverschijnselen vertoont) op het moment dat er gestopt wordt met het gebruiken van een bepaalde stof. Geestelijke afhankelijkheid is dat iemand het idee heeft dat hij/zij zonder deze stof niet goed kan functioneren. Sommige drugs zijn niet lichamelijk verslavend, dat wil zeggen dat er geen lichamelijke afkickverschijnselen optreden op het moment dat iemand stopt met gebruik. Bij andere drugs (bijvoorbeeld: heroïne) kan de lichamelijke afhankelijkheid zo sterk zijn dat in een keer stoppen levensbedreigend kan zijn. Geestelijke afhankelijkheid kan optreden bij elke drug. Bij sommige soorten zal de kans groter zijn dan bij andere. Je kunt stellen dat geestelijke afhankelijkheid veel meer afhankelijk is van de gebruiker dan van de soort drugs.

Mensen gebruiken drugs om verschillende redenen: Om een extra leuke avond te hebben, om even de problemen die er spelen te vergeten of om wat rustiger te worden. In alle gevallen is het gebruik van drugs een kortetermijnoplossing. Zeker bij mensen die gebruiken om rustiger te worden of problemen te vergeten. Als de drugs is uitgewerkt zijn de problemen of de onprettige gevoelens er nog steeds. Met als gevolg dat de persoon weer zin/trek krijgt in drugs om het 'probleem' nog even vooruit te schuiven. Jan gebruikte vooral drugs om de wereld om zich heen te vergeten. Als hij in een roes was maakte niks hem meer uit. Hij hoefde dan niet na te denken over zijn ouders, zus of andere lastige situaties.

Als mensen moeten worden opgenomen in een kliniek om te stoppen met gebruik is het probleem meestal al erg groot. Het hele leven staat dan in het teken van drank of drugs. Door een verslaving verandert je denken en dat uit zich in gedrag, het welbekende verslavingsgedrag. Verslavingsgedrag wordt gekenmerkt door: manipuleren, alles onder controle willen houden, liegen, ontkennen van het probleem en spelletjes spelen. Dit is gedrag is aangeleerd omdat het middel centraal staat in het leven van de verslaafde. Dit gedrag heeft als doel om het leven op korte termijn zo makkelijk mogelijk te maken.

De verschillende verslavende middelen zijn in te delen in drie hoofdgroepen. Allereerst de verdovende middelen, deze hebben een rustgevend, ontspannende of verdovende werking. Voorbeelden hiervan zijn: heroïne, alcohol, slaapmiddelen of andere opiaten. De volgende groep is de bewustzijnsveranderende middelen. De gebruiker hiervan gaat de wereld op een andere manier zien en beleven. Voorbeelden zijn: LSD, paddo's, salvia maar ook de in Nederland sociaal geaccepteerde hasj en wiet. Als laatste groep is er de stimulerende middelen (stimulantia). Bij gebruik van deze middelen krijgt de gebruiker het idee dat hij meer energie heeft, alerter is en gefocust. Voorbeelden zijn: cocaïne, amfetaminen (speed) en XTC
(Van der Stel, 2007)

2.3 ADHD

ADHD is een welbekende stoornis in Nederland. Veel mensen worden gediagnosticeerd en krijgen hier medicijnen voor. Sommige mensen vragen zich wel eens af of de diagnose

ADHD niet gewoon een 'modegril' is. Het lijkt alsof het steeds vaker voorkomt en dat er relatief gezien steeds meer mensen bijkomen die ADHD hebben. Dit klopt ook wel, in 1993 was 2% van de kinderen gediagnosticeerd en tegenwoordig ongeveer 5%. (Verhulst e.a., 1997).

Volgens Brown (2004) komt dit doordat er nu pas erkenning is voor deze stoornis. Bij al deze mensen die gediagnosticeerd zijn is het namelijk wel overduidelijk dat ze aan deze stoornis leiden. ADHD is veel duidelijker vast te stellen dan andere psychiatrische ziektebeelden en is in de loop der jaren veel bekender geworden. ADHD maakt zichzelf volgens Brown (2004) vooral bekend door mond op mond reclame. Mensen vertellen aan elkaar hoe goed ze geholpen zijn nu ze een goede diagnose hebben. En het is voor leek en professional vaak direct te zien wat het (vaak grote) effect is van medicatie. En daardoor vertellen mensen het door en ze denken dat anderen, die ook kenmerken van ADHD vertonen, ermee gebaad zullen zijn zich te laten onderzoeken en een passende behandeling kunnen ondergaan.

Om precies uit te leggen wat ADHD is kunnen we het best de DSM-IV erbij pakken. ADHD betekent in het Nederlands: Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Er zijn drie verschillende typen binnen deze stoornis. Allereerst het gecombineerde type: mensen die deze stoornis hebben leiden zowel aan hyperactiviteit als aan aandachtstekort. Het overwegende onoplettende type leidt alleen aan aandachtstekort maar niet aan hyperactiviteit. Als laatste is er het overwegend hyperactieve impulsieve type, mensen die deze vorm hebben leiden alleen aan hyperactiviteit en niet aan het aandachtstekort. In de DSM IV zijn de vermelde symptomen gericht op kinderen. Drs. Rob Rodrigues Pereira(2005) zegt dat deze symptomen niet zomaar op volwassenen kunnen worden toegepast omdat ADHD bij volwassenen anders tot uiting komt dan bij kinderen. Hij vindt dan ook dat de vragenlijsten voor volwassenen anders geïnterpreteerd en afgenomen moeten worden. Dit komt omdat volwassenen tegen andere problemen aanlopen als kinderen. Een volledig overzicht van de symptomen is toegevoegd in de bijlage.

Volwassen ADHD'ers lopen vaak tegen problemen aan op hun werk of in hun relaties. Van buiten is vaak ook de motorische onrust moeilijk tot niet waar te nemen. Ook uit volwassen ADHD zich vaak in de vorm van: onrust of chaos in het hoofd, wisselende stemmingen, woede uitbarstingen, problemen met organisatie, problemen met plannen, veel ongelukjes of makkelijk geld uitgeven. Jan herkent veel van deze problemen, hij heeft moeite met planning en kan niet met geld omgaan, ook worden de woede uitbarstingen van Jan erger en frequenter.

In de literatuur staat veel tegenstrijdige informatie over ADHD en volwassenheid. Zo geeft Prof Dr Jan van de Ploeg (1999) aan dat twee derde van de kinderen met ADHD als volwassene een of meerdere ADHD kenmerken heeft. De overige een derde zou nog met het volledige ADHD syndroom kampen. Drs. Rob Rodrigues Pereira(2005) stelt dat bij 30% van de jeugdige ADHD'ers de symptomen volledig verdwijnen. Van de overgebleven groep zou de helft bijna geen last meer ervaren en de andere helft zou evenveel symptomen houden.

3 De verdieping

3.1 De relatie tussen ADHD en verslaving

Er zijn veel studies gedaan naar de relatie tussen ADHD en verslaving. Veel van deze onderzoeken zijn gericht op de cijfers van verslaafden die ADHD hebben en op ADHD'ers die een verslaving hebben. Ook zijn er veel onderzoeken gedaan naar de risico's die ADHD'ers hebben om verslaafd te raken en andersom.

Thomas E. Brown (2004) stelt dat middelenmisbruik geen risicofactor vormt voor ADHD. ADHD is een aangeboren afwijking die zich op jonge leeftijd manifesteert. Vaak komen de eerste symptomen al voordat kinderen de leeftijd bereiken waarop ze gevoelig voor verslavende middelen. Onderzoeken tonen dan ook aan dat middelenmisbruik geen risico vormt voor ADHD. Wel zijn er andere verbanden te vinden. Brown (2004) stelt dat verslaafde ouders een kans van 75% hebben op een kind met ADHD als het kind foetaal wordt blootgesteld aan grote hoeveelheden alcohol of drugs. Dus verslavende middelen vormen wel een risico voor ADHD maar niet rechtstreeks.

Uit de literatuur blijkt dat jongeren met ADHD een verhoogd risico lopen in de adolescentie te gaan roken en/of middelen te gaan misbruiken. Hiervoor zijn verschillende redenen. Allereerst zijn mensen met ADHD vaak erg impulsief en zullen makkelijker een keer wat gaan proberen. Daarbij komt nog dat jongeren met ADHD sneller de overgang maken van minder ernstig misbruik naar een ernstigere vorm van afhankelijkheid. (Wilens e.a., 1998). Al met al kan je stellen dat jongeren met ADHD gevoeliger zijn om verslaafd te raken als jongeren zonder ADHD en daarnaast ook nog grotere kans hebben ver door te schieten in hun verslaving. De route die doorgaans wordt genomen is: sigaretten roken, vervolgens alcohol drinken en uiteindelijk drugs gebruiken.

De casus van Jan ondersteunt deze theorie. Jan begon met roken en vervolgde met alcohol. Dit bleef een hele tijd zo met Jan tot hij begon met blowen. De stap van het cannabisgebruik naar harddrugs was door Jan ook snel gemaakt. Vanaf dat moment gebruikte hij dagelijks.

Zoals ik in mijn inleiding al heb beschreven viel het mij op dat binnen de kliniek een groot percentage cliënten ADHD heeft. Vele onderzoeken wijzen ook aan dat onder verslaafden het percentage ADHD'ers hoger is als onder niet verslaafden. Zoals eerder aangegeven leidt 5% van de Nederlandse bevolking aan ADHD. In de verslavingszorg is dit percentage hoger. Verschillende prospectieve onderzoeken variëren van 10% - 50%. In bijlage 1 is een review van deze onderzoeken te lezen. (Biederman e.a. 1995)

Verreweg het grootste gedeelte van de groep verslaafde ADHD'ers heeft als middel stimulantia of cannabis. In de stimulantia groep worden vooral cocaïne en amfetaminen (speed) gebruikt. Dit lijkt dubbel omdat ADHD'ers worden gezien als drukke personen en stimulantia maakt je ook druk. Het lijkt er dus op dat een groot gedeelte van deze

groep onder invloed nog drukker is als ze al zijn. Dit is bij ADHD'ers niet zo. Stimulantia, mits in kleine hoeveelheden gebruikt, heeft een vergelijkbare werking als Ritalin (ADHD medicatie) op het lichaam. ADHD'ers kunnen dus rustig worden van het gebruik van stimulantia (Brown, 2004).

Dit verklaart ook waarom stimulantia zo populair is onder ADHD'ers, het kan gebruikt worden als zelfmedicatie. Door het gebruik ontstaat er meer rust in het hoofd van de cliënt hierdoor krijgt de cliënt meer overzicht en zal hij tijdelijk beter zijn concentratie kunnen vasthouden. De persoon in kwestie denkt dat hij daardoor beter presteert. Gevaarlijk is dit echter wel, dit komt doordat er vaak meer gebruikt wordt als nodig is. Met als gevolg dat de cliënt erg onder invloed is, en niet meer beter presteert. Doordat de cliënt dit zelf vaak niet door heeft kan er makkelijk een verslaving ontstaan.

3.2 Waarom is een diagnose zo belangrijk?

Vaak wordt er veel moeite gedaan om een diagnose rond te krijgen. De vraag is echter waarom is het belangrijk om een diagnose te krijgen. Wordt de behandeling daar anders van? En moet een PMT-er zich anders gedragen op het moment dat iemand officieel ADHD heeft?

Om goed uit te kunnen leggen wat een diagnose belangrijk maakt is het van belang om te aan te geven wat bij mensen met ADHD van belang is. Dit is specifiek gericht op PMT.

Verslaafden met ADHD hebben de volgende dingen nodig in een therapie:

- een therapeut met een positieve benadering die structuur, veiligheid, grenzen en steun kan bieden. Daarnaast moet hij/zij geduldig zijn en kennis hebben van ADHD die overgebracht kan worden op de cliënt.
- De volgende thema's moeten aan bod komen
 1. Bewust nadenken over acties (stop denk doe)
 2. Spanning en ontspanning
 3. Bewust worden van eigen lichaamssignalen
 4. Inzicht krijgen in irrationele gedachtepatronen en deze leren onderkennen
 5. Aanleren van nieuwe copingsmechanismen
 6. Aanleren van sociale vaardigheden.

(trimbos, 2004. WTV 2006)

Verslaafden zonder ADHD hebben een minder specifieke behandeling nodig. Het grootste gedeelte van de verslaafden zonder ADHD heeft geen specifiek belang bij een behandeling gericht op bijvoorbeeld 'stop-denk-doe'. Ook heeft deze groep geen belang bij voorlichting over ADHD.

Brown (2004) stelt dat voorlichting over ADHD noodzakelijk is voor de behandeling. Ook is het belangrijk dat deze cliënten leren om eerst na te denken voordat ze wat doen. Dit wetende kunnen we de conclusie trekken dat een diagnose van belang is om de

behandeling goed aan te kunnen passen aan de cliëntengroep. Met als gevolg dat ook de de PMT hierop aan moet worden aangepast.

Hetgeen hierboven beschreven geldt natuurlijk niet alleen voor PMT. Op het moment dat de diagnose bekend is kan er ook in andere disciplines rekening worden gehouden met ADHD. Voor de verslavingsarts is het ook van belang dat de diagnose snel wordt gesteld. Hij kan dan starten met de belangrijke medicatie.

Medicatie

Binnen de behandeling van ADHD is medicatie de hoeksteen. Als de medicatie goed aanslaat kan een groot deel van de symptomen verminderen of verdwijnen. Als medicatie zijn methylfenidaat (ritalin) en dextroamfetaminen de eerste keus. Beide middelen zijn op zowel volwassenen en jeugd uitgebreid getest. Het blijkt dat 90% van de onderzochte personen baat had bij een van de twee middelen. Deze middelen verminderen de impulsiviteit en de hyperactiviteit en verhogen de concentratie. Tussen de verschillende medicijnen zitten kleine verschillen. Deze verschillen uiten zich door de duur en werkzaamheid van de stof. Het kan zo zijn dat een cliënt van de ene helemaal niets merkt en dat de ander heel effectief kan zijn. Het is aan de arts en de psychiater om uit te zoeken welke medicatie en welke dosering het beste werkt. Bijwerkingen zijn er weinig en als ze voorkomen zijn ze in de praktijk ook erg mild. Mocht het zo zijn dat de cliënt niet reageert op deze medicatie is er als laatste redmiddel nog Pemoline. Dit medicijn geniet niet de voorkeur omdat de kans op leverbeschadiging erg groot is.

(van de Glint, G. e.a. 2004)

Samenvattend kunnen we tot de conclusie komen dat het erg belangrijk is om de diagnose ADHD te stellen als dit aanwezig is bij een patiënt. Met de diagnose kan de behandeling aangepast worden aan de patiënt (vraaggestuurde zorg) en kan een ADHD'er de zo belangrijke medicatie ontvangen.

3.3 Wanneer kan ADHD gediagnosticeerd worden?

Het is de vraag wanneer de ADHD gediagnosticeerd moet worden voor een optimaal resultaat binnen de verslavingskliniek. In eerste instantie zou je denken dat dit zo snel mogelijk zou moeten zodat de diagnose mee kan worden genomen in de behandeling en dat de medicatie ingesteld kan worden. Toch zijn er enkele tegenargumenten om dit direct te doen. Allereerst is het de vraag of het klinisch beeld verandert door het middelen misbruik en de detoxificatie. Het antwoord daarop is: ja, het beeld verandert, vooral door de detoxificatie. Daarbij komt dat het moeilijk uit elkaar te houden is of de symptomen komen door de detoxificatie of door de ADHD. Daarom geniet het de voorkeur om diagnostiek pas te doen op het moment dat de ontwenningssymptomen voorbij zijn. Het voordeel hiervan is dat cliënten na de ontwenning ook meestal gewend zijn aan de opname.

Omdat het wel belangrijk is dat de diagnostiek snel rond is, is het belangrijk dat het na de detox zo snel mogelijk gaat. Daarom zou het ideaal zijn om de diagnostiek binnen de drie

weken na de detoxificatie rond te krijgen. Binnen deze drie weken is er genoeg tijd voor de PMT-er, creatief therapeut, systeem therapeut en de psycholoog om mee te werken aan de diagnostiek. Ook kan er dan rekening gehouden worden met de ADHD met het zoeken naar de meest geschikte vervolgbehandeling.
(van de Glint, G. e.a. 2004)

4. De toepassing

4.1 Wat kan PMT toevoegen aan de diagnostiek

Om goed te kunnen kijken wat PMT kan toevoegen aan de diagnostiek is het van belang om te weten hoe de diagnostiek tot nu toe gaat. De diagnostiek is in te delen in twee stukken. Het eerste gedeelte is de screening. De screening kan worden gebruikt om een eerste schifting te maken in de doelgroep. Uit deze screening komt naar voren wie eventueel ADHD zou kunnen hebben en wie niet.

In de praktijk bestaat de screening uit het invullen van vragenlijsten. Op deze vragenlijsten staan stellingen, deze gaan voor een gedeelte over hun jeugd en voor een ander gedeelte over hoe de patiënt nu is. De patiënt geeft aan elke stelling een score afhankelijk van hoe goed de stelling bij hem past. Als alles is ingevuld dan worden de scores bij elkaar opgeteld. Aan de hand van deze scores kan bepaald worden of een verder observatie op ADHD wel of niet van belang is. Omdat iedereen de vragen anders interpreteert, opvat en beantwoord is het niet mogelijk deze informatie te gebruiken voor de officiële diagnostiek. In de bijlage is een gedeelte van de screeningslijst opgenomen om een beeld te krijgen hoe dit er uit ziet.

De screeningslijsten werken niet altijd goed. Uit onderzoek blijkt dat van alle patiënten die positief scoren op deze test 70 % daadwerkelijk ADHD heeft. Dit betekent dat niet iedereen die positief scoort ook daadwerkelijk ADHD heeft. Ook zijn er verhalen bekend van mensen met ADHD die negatief scoren op de screeningslijst. Belangrijk is dus om te weten dat het een goed hulpmiddel is maar dat het niet helemaal waterdicht is. (van de Glint, G. e.a. 2004)

Vanwege de soms moeilijk te stellen diagnose moet er een psychiater beschikbaar zijn voor consultatie. De psychiater heeft ongeveer een gesprek van anderhalf uur nodig om zijn diagnose te stellen. Daarnaast moet de psychiater na het gesprek een vragenlijst invullen en in contact komen met de partner en/of ouders van de cliënt. Om de diagnose definitief te maken zijn de volgende onderdelen van ~~belang.~~belang.

- een sSemi gestructureerd interview (in dit interview worden vragen gesteld over het leven van de patiënt. Hoe hij/zij omgaat met werk, relaties, emoties enz.)

- Vragenlijst op basis van ADHD-criteria in te vullen door de behandelaar. (Een 20 of 23-itemlijst, na afloop van het interview, op basis van de antwoorden van de patiënt en de interpretatie van de behandelaar)
- Heteroanamnese (=Het betrekken van de partner en de ouders van de patiënt bij het stellen van de diagnose)

4.2 Waar kan PMT iets toevoegen?

In het bovenstaande is duidelijk dat de screening werkt als grote zeef om mee te beginnen. De informatie die hierdoor verzameld wordt is van belang voor de PMT en de andere disciplines. In het dossier van elke cliënt zou deze screening opgenomen moeten worden. Door de screening informatie te verspreiden zullen collega's automatisch mee kijken om te zien of er symptomen te zien zijn.

Een bekende eigenschap van mensen met ADHD is dat hun zelfreflectie en zelfobservatie niet erg goed is. Ook hebben mensen met ADHD vaak een lage zelfwaardering (Hallowell en Ratey, 1994). Door deze gegevens is het aannemelijk dat iemand met ADHD moeite heeft om een goed beeld van zichzelf neer te zetten in het gesprek met de psychiater. Door de lage zelfwaardering zou het kunnen dat er een slechter beeld wordt neergezet van de cliënt als het in werkelijkheid is. Door de slechte zelfreflectie en zelfobservatie zou het kunnen dat er ander beeld ontstaat als in werkelijkheid het geval is.

Observaties van derden zijn dus noodzakelijk. Een van de taken van de psychiater is het invullen van de vragenlijst op basis van de ADHD criteria. Dit doet de psychiater na een gesprek van anderhalf uur. In de kliniek in Leeuwarden heeft de PMT 2 keer per week anderhalf uur de tijd voor de diagnose afdeling. Dit betekent dat elke cliënt 6 x 1,5 uur gezien wordt door de PMT-er, dit is veel meer als de psychiater. Ik ben daarom van mening dat de PMT-er een completer beeld van de cliënt heeft en wel om de volgende redenen:

- De PMT-er ziet bewegingsgedrag, hoe een cliënt zich in een groep beweegt en hoe de cliënt contact maakt met anderen. (psychiatercontact is 1 op 1)
- Gedragingen die cliënten meerdere malen laat zien in (verschillende) therapieën lijken betrouwbaarder dan wat een potentiële ADHD'er over zichzelf denkt.
- PMT-ers zien in dit geval de cliënt 6x vaker als de psychiater en kunnen hun observatie over zes sessies verspreiden.

Ik denk dus dat het invullen van de vragenlijst ook kan gebeuren door de PMT-er en/of eventueel door een andere vaktherapeut. Het invullen van deze vragenlijst kan een voorsprong geven aan de psychiater. De psychiater kan er voor kiezen de lijst nogmaals te afwerken om de waardes te kunnen vergelijken of sommige gedeeltes over te nemen. Voor de PMT-er is het moeilijk om de lijst helemaal in te vullen, vooral de vragen over de kindertijd zullen onvolledig zijn.

In het semi-gestructureerde interview komen veel vragen voor die in de praktijk gezien kunnen worden door de PMT-er enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Heeft u last van *concentratieproblemen*?
- Bent u *onrustig*, beweeglijk?
- Bent u *impulsief*, dat wil zeggen dat u eerst doet en dan pas nadenkt?
- Heeft u behoefte aan *spanning of sensatie*?
- Bent u wel eens *snel geïrriteerd*?
- Bent u *dwangmatig*?

Als de PMT-er specifiek op deze vragen let kan dat er voor zorgen dat de diagnostiek completer is. De diagnostiek is completer omdat de PMT-er die cliënt ziet in meerdere settingen. Doordat de psychiater informatie krijgt van verschillende mensen heeft hij direct zicht op de kwaliteit van de zelfreflectie en zelfobservatie van de cliënt (een van de 20 symptomen).

Samenvattend kunnen we stellen dat een PMT-er de volgende dingen kan doen om te helpen bij de diagnostiek van verslaafden met ADHD. Allereerst het invullen van de vragenlijst waar de symptomen ontstaan van ADHD. Daarnaast kan de PMT-er observeren op enkele vragen van het semi-gestructureerde interview waardoor de kwaliteit van de diagnostiek aanzienlijk verbeterd kan worden.

4.23 ~~W~~Wat voor diagnostische hulpmiddelen kunnen er gebruikt worden?

Veruit het meest bekende diagnostische hulpmiddel binnen de PMT is de checklist van Claudia Emck. Deze checklist is opgebouwd uit verschillende andere observatielijsten. De checklist van Claudia Emck is niet alleen een checklist maar er horen meerdere dingen bij. Allereerst wordt er begonnen met een intake, hierin spreken de therapeut en cliënt met elkaar over de observatie en wordt er een bewegingsanamnese afgenomen. Na deze intake is het de bedoeling dat de cliënt enkele weken deelneemt aan een bewegingsgroep. Tijdens deze bewegingsgroep wordt er door de therapeut geobserveerd en wordt er een lijst ingevuld over de cliënt.

De lijst die gebruikt wordt is erg uitgebreid en moet worden ingevuld met kernwoorden. Eenmaal ingevuld moet er een korte samenvatting gemaakt worden met vakspecifieke werkhypothese in samenhang met de klacht. Uiteindelijk wordt afgesloten met een voorstel waarin beschreven wordt of er wel of geen behandeling gaat plaats vinden en wat de eventuele behandeling gaat inhouden.

De lijst van Claudia Emck is gemaakt voor het observeren van volwassenen in het algemeen en is niet specifiek gericht op een bepaalde stoornis. Afgaande op mijn vraag binnen deze scriptie is de lijst van Claudia Emck te uitgebreid. In de praktijk is het niet mogelijk om voor elke cliënt zo een uitgebreide lijst in te vullen. De lijst moet korter zijn en ook meer gericht op ADHD.

Omdat er nog geen officiële checklist is voor het diagnosticeren van ADHD wil ik gebruik maken van de symptomenlijst voor ADHD bij volwassenen van Hallowell & Ratey (1994). Uit mijn ervaring blijkt dat de lijst tijdens de PMT moeilijk in te vullen is omdat hij onoverzichtelijk is. Om de lijst makkelijker te kunnen invullen heb ik een scheiding gemaakt in de symptomen. Deze scheiding heb ik gemaakt op basis van welk symptoom in welke situatie kan voorkomen. Sommige symptomen passen binnen mijn indeling in meerdere groepen, in dat geval heb ik mijn keuze laten beïnvloeden door de meest praktische indeling.

In mijn indeling heb ik gekozen voor een eenvoudig notatiesysteem. Dit doe ik zodat het invullen makkelijker is en vooral sneller. Achter elk symptoom staat ja of nee, en een ruimte voor opmerkingen. Is het symptoom aanwezig kan ja ingevuld worden. Eventuele nuanceringsen of andere opmerking kunnen daar genoteerd worden.

Diagnose checklist ADHD

Symptomen die vooral kunnen voorkomen in contact met anderen.

Symptoom			Opmerkingen
Moeite met focussen van concentratie, verhoogde afleidbaarheid, afhaken in gesprekken	ja	nee	
Ongeduldig zijn en lage frustratietolerantie	Ja	nee	
dingen er uit flappen	ja	nee	
Impulsiviteit	ja	nee	
Rusteloosheid	ja	nee	
Stemmingswisselingen	ja	nee	

Symptomen die zich uiten in het individuele gedrag van de cliënt

Moeite met organiseren van taken en activiteiten	ja	nee	
Voortdurend aarzelen, treuzelen en uitstellen	ja	nee	

Verschillende taken tegelijk opstarten en te weinig afmaken	ja	nee		
Niet verdragen van verveling	ja	nee		
Voortdurend zoeken naar stimulatie	ja	nee		
Moeite met routine/vaste procedures/gebruikelijke kanalen	ja	nee		
Vaak creativiteit, intuïtief handelen, bovengemiddelde intelligentie	ja	nee		
Neiging tot verslavingsgedrag	ja	nee		

Symptomen in de gedachte of gevoelens van de cliënt

<i>A sense of underachievement</i> : een gevoel van onvoldoende presteren, van achterblijven bij de verwachtingen	ja	nee		
Gevoelens van onzekerheid	ja	nee		
Stemmingswisselingen	ja	nee		
Chronische problemen met zelfwaardering	ja	nee		
Neiging tot piekeren en zorgen maken	ja	nee		

Overige symptomen

Onjuiste zelfobservatie				
Positieve familieanamnese voor ADHD of bipolaire stoornis of depressie of middelengebruik of verslaving of andere stoornis in de impulscontrole				

4.43 Observeren en dan?

De verzamelde informatie moet in eerste instantie op een goede manier geordend worden zodat de psychiater die gemakkelijk kan verwerken. Op dit gebied is geen voorschrift aanwezig. Daarom heb ik de psychiater uit de kliniek in Leeuwarden gevraagd wat hij en andere psychiaters van belang zouden vinden.

Uit dit gesprek kwam het volgende naar voren. Het is belangrijk dat er een korte samenvatting wordt gemaakt over het functioneren van de cliënt. Hierin moet beschreven worden hoe deze persoon in contact overkomt op groepsgenoten en hulpverleners, een eerste indruk van de cliënt, impulsregulatie en concentratie. Daarnaast een overzicht van de geobserveerde symptomen. Deze moeten zo duidelijk mogelijk aangeleverd worden. Het liefst met alleen een 'ja' of 'nee' met één steekwoord. Dit maakt het makkelijk om de observaties met elkaar te vergelijken.

De verzamelde informatie is niet alleen van belang voor de psychiater. Ook in het multidisciplinair team moet de informatie mee genomen worden. De informatie kan dan samen met de bevindingen van andere therapeuten leiden tot een behandelplan voor de cliënt.

5 Conclusie

De onderzoeksvraag van mijn scriptie luidde:

Op welke manier kan de PMT observeren en diagnostische hulpmiddelen gebruiken zodat er een bijdrage geleverd kan worden aan de diagnostiek van jong volwassenen met ADHD en een verslaving in de diagnostische fase?

Voor de beantwoording van deze vraag heb ik me eerst verdiept in een casus, enkele kenmerken van verslaving en de diagnose ADHD (hoofdstuk 2). Daarna ben ik dieper ingegaan op de relatie tussen verslaving en ADHD, de mogelijkheden tot diagnose en het belang van die diagnose (hoofdstuk 3). Ten slotte hebben we de bijdrage van PMT aan de diagnostiek van jong volwassenen met ADHD onderzocht (hoofdstuk 4).

Op basis van mijn bevindingen trek ik drie conclusies. De eerste conclusie is dat de diagnose ‘ADHD’ zo snel mogelijk gesteld moet worden. De detox-fase is daarvoor niet geschikt vanwege de dominantie van ontwenningssymptomen. Daarom heeft diagnose direct na de detox de voorkeur.

De tweede conclusie is dat er in de diagnostische fase drie relevante diagnostische middelen voor ADHD zijn: (1) screening door middel van lijsten die de cliënt zelf invult, (2) interview door de psychiater, en (3) observatie door de PMT-er. Deze verschillende middelen moeten in samenhang gebruikt worden.

De laatste conclusie is dat observaties door een PMT-er een essentiële bijdrage aan de diagnostiek van ADHD geeft. De reden daarvoor is dat een PMT-er een cliënt gedurende een zestal sessies van anderhalf uur kan observeren in een groepssetting. Ook door het feit dat de PMT-er de cliënt in een andere context ziet wordt het beeld completer. Daar komt bij dat vergelijking van deze observaties met de resultaten van de screening en het interview door de psychiater meer inzicht geeft in het vermogen tot zelfreflectie en zelfobservatie van de cliënt.

Samenvattend is het duidelijk dat PMT een bijdrage kan leveren aan de diagnostiek van jongvolwassenen met ADHD en een verslaving. Hoe deze rol ingevuld kan worden is afhankelijk van de instelling en de psychiater.

7. Dankwoord

Het schrijven van mijn scriptie was een taak waarbij ik hulp nodig had, deze hulp heb ik van verschillende kanten mogen ontvangen. Allereerst wil ik M. van den Blink bedanken, de scriptie beoordeelaar. Met het maken van de onderzoeksvraag heeft hij meerdere malen erg geduldig geholpen tot uiteindelijk deze vraag daar uit is gekomen. Ook wil ik vanuit school H. Knegtering bedanken die mij begeleid heeft met het schrijven van deze scriptie. Hij heeft veel goed tips gegeven en was duidelijk in zijn feedback.

Vanuit mijn stage instelling heb ik ook veel hulp mogen ontvangen, helpen met het zoeken naar literatuur, gesprekken over diagnostiek en hulp van de psychiater.

Als laatste wil ik de mensen van het thuisfront bedanken die mij geholpen hebben. Wat mij daarin vooral positief is opgevallen is het geduld wat elke keer naar mij getoond werd.

Ik wil bij deze nogmaals iedereen bedanken die iets betekent heeft voor mijn scriptie.

8. Literatuurlijst

- Van der Stel, J. 2007, Wat elke professional over verslaving moet weten.
- (Verhulst, F.C., Van der Ende, J., Ferdinand, R., & Kasius, M.C. (1997). 'De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten', in: 'Ned Tijdschr Geneeskd', 141 (16), 777-781.)
- Brown, Thomas E., 2004, ADHD en comorbiditeit gedurende de levensloop.
- Rodrigues Pereira, Rob, 2005, Stuiterend door het leven?
- Van de Ploeg, Jan. Scholte, E. 1999, ADHD in kort bestek.
- Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive Substance Use Disorders in Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Effects of ADHD and Psychiatric Comorbidity. American Journal of Psychiatry 1995;152(11):1652-1658.
- Spencer T, Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Stuart Ablon J, Lapey K. A Double-blind, Crossover Comparison of Methylphenidate and Placebo in Adults With Childhood-Onset Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Archives of General Psychiatry. 1995;52 (june):434-574
- Van de Glint, G. Kooij, S. Van Duin, D. Goossens, A en Carpentier, P. Protocol ADHD en Verslaving. Screening, diagnostiek en behandeling voor de ambulante en klinische Verslavingszorg 2004
- Syllabus Werkplaats Therapeutische vaardigheden 2006 Windesheim.
- Hallowell EM, Ratey JJ. Driven to Distraction. New York: Pantheon Books, 1994.

9. Bijlagen

Bijlage 1

Tabel 1 Diagnostische criteria voor ADHD bij volwassenen (Hallowell & Ratey, 1994)

Voor een positieve diagnose moeten naast een voorgeschiedenis van ADHD als kind vijftien van deze twintig criteria aanwezig zijn.

1 A sense of underachievement: een gevoel van onvoldoende presteren, van achterblijven bij de verwachtingen

2 Moeite met organiseren van taken en activiteiten

3 Voortdurend aarzelen, treuzelen en uitstellen

4 Verschillende taken tegelijk opstarten en te weinig afmaken

5 Dingen eruit flappen

6 Voortdurend zoeken naar stimulatie

7 Niet verdragen van verveling

8 Moeite met focussen van concentratie, verhoogde afleidbaarheid, afhaken in gesprekken

9 Vaak creativiteit, intuïtief handelen, bovengemiddelde intelligentie

10 Moeite met routine/vaste procedures/gebruikelijke kanalen

11 Ongeduldig zijn, lage frustratietolerantie

12 Impulsiviteit

13 Neiging tot piekeren en zorgen maken

14 Gevoelens van onzekerheid

15 Stemningswisselingen

16 Rusteloosheid

17 Neiging tot verslavingsgedrag

18 Chronische problemen met zelfwaardering

19 Onjuiste zelfobservatie

20 Positieve familieanamnese voor ADHD of bipolaire stoornis of depressie of middelengebruik of verslaving of andere stoornis in de impulscontrole

Bijlage 2

Screeningsinstrument Zelfrapportage vragenlijst aandachtsproblemen en hyperactiviteit Volwassenen

Vraag	laatste 6 maanden	A	B
1 Ik let onvoldoende op details bij mijn werk.	0 1 2 3	O	
2 Wanneer ik zit, friemel ik met mijn handen of voeten.	0 1 2 3		O
3 Ik maak slordige fouten in mijn werk.	0 1 2 3	O	
4 Ik zit te wiebelen en te draaien in mijn stoel.	0 1 2 3		O
5 Wanneer ik met iets bezig ben, kan ik er met mijn aandacht slecht bij blijven.	0 1 2 3	O	
6 Ik sta snel op van mijn stoel in situaties waarin verwacht wordt dat ik netjes blijf zitten.	0 1 2 3		O
7 Ik luister slecht wanneer anderen iets tegen mij zeggen.	0 1 2 3	O	
8 Ik voel me rusteloos.	0 1 2 3		O
9 Ik verveel me snel.	0 1 2 3		O
10 Ik heb moeite aanwijzingen op te volgen.	0 1 2 3	O	
11 Karweitjes of werk waar ik aan begin, maak ik niet af.	0 1 2 3	O	
12 Ik kan me moeilijk ontspannen in mijn vrije tijd.	0 1 2 3		O
13 In mijn vakantie of vrije tijd zoek ik een omgeving met drukte en lawaai.	0 1 2 3		O
14 Ik kan mijn bezigheden of taken moeilijk organiseren.	0 1 2 3	O	
15 Ik ben voortdurend 'in de weer', alsof ik 'door een motor wordt aangedreven'.	0 1 2 3		O
16 Ik probeer onder bezigheden uit te komen waarop ik me langere tijd moet concentreren.	0 1 2 3	O	
17 Ik praat aan één stuk door.	0 1 2 3		O
18 Ik raak dingen kwijt die ik nodig heb voor taken of bezigheden.	0 1 2 3	O	
19 Ik geef antwoord voordat vragen zijn afgemaakt.	0 1 2 3		O
20 Ik ben snel afgeleid.	0 1 2 3	O	
21 Ik vind het moeilijk op mijn beurt te wachten.	0 1 2 3		O
22 Ik ben vergeetachtig bij alledaagse bezigheden.	0 1 2 3	O	
23 Ik onderbreek anderen of val ze in de rede.	0 1 2 3		O
	Totaal		

Bijlage 3

Tabel 2 Risico op ontwikkeling van verslavingsproblemen bij kinderen/ adolescenten/volwassenen met ADHD -problematiek

Auteur+ jaar	n	Controle groep n	Uitkomsten	Opmerkingen
Biederman e.a. 1995	120	268	Hoger percentage drug/alcohol misbruik/ verslaving: 52% vs 27%. "ADHD of childhood onset persisting into adulthood increases the risk for psychoactive substance use disorder, independently of comorbidity" (p.1652).	
Biederman e.a. 1997	140	120	Geen verschil als het om PSUD (=Psychoactive Substance Use Disorder) gaat. Wel: "ADHD probands had a significantly shorter time period between the onset of abuse and dependence compared with controls" (p.21). "...a sharp increase in PSUD is to be expected in grown-up ADHD children during the transition from adolescence to adulthood". (p21)	Prospectieve studie. Base-line meting + meting 4 jaar later (op adolescenten-leeftijd).
Milberger e.a. 1997	152 high-risk	117 non-high-risk	ADHD: 18% vs. 5%. Deze ADHD-ers (van beide groepen) hadden een veel hoger percentage PSUD: 41% vs. 16%. Bevestigt eerdere hypothesen dat het aantal ADHD-ers dat PSUD ontwikkelt in de late adolescentie en vroege volwassenheid in snel tempo toeneemt.	high-risk-broers/zussen van ADHD-ers; vergeleken met broers/ zussen van non-ADHD-ers. Leeftijd bij follow-up: 17 jr.
Wilens e.a. 1998	130 ADHD + PSUD	117 controls + PSUD	Meer chronisch verloop van de verslaving bij de ADHD groep.	
Biederman et al. 1998c	239 ADHD (adults)	268 non-ADHD	ADHD die persisteert geeft 2x zo grote kans op PSUD. Groter risico voor ADHD-groep op chronisch verloop van PSUD	

Bron:

ADHD en verslaving (Artikel MVg 2001)

Geurt van de Glind, Anne Eland, Mark Janssen.