BIJLAGE: REFERENTIELIJST LITERATUURONDERZOEK

- **ADHD EN VERSLAVING: ALGEMENE ASPECTEN**

McDonnell MA, Dougherty M. *Righting a troubled course. Diagnosing and treating ADHD in adults.* Adv Nurse Pract. 2005 Aug;13(8):53-6. Review

Bukstein O. *Substance abuse in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder.* Medscape J Med. 2008 Jan 31;10(1):24.

Carpentier PJ, van Gogh MT, Knapen LJ, Buitelaar JK, De Jong CA. *Influence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on opioid dependence severity and psychiatric comorbidity in chronic methadone-maintained patients.* Eur Addict Res. 2011;17(1):10-20.

Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. *Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011 Jan;50(1):9-21.

Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, Thomsen PH. *ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood - a naturalistic long-term follow-up study.* Addict Behav. 2014 Jan;39(1):325-8.

De Alwis D, Lynskey MT, Reiersen AM, Agrawal A. *Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC.* Addict Behav. 2014 Aug;39(8):1278-85.

Estévez N, Dey M, Eich-Höchli D, Foster S, Gmel G, Mohler-Kuo M. *Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and its association with substance use and substance use disorders in young men.* Epidemiol Psychiatr Sci. 2015 May 20:1-12.

Faraone SV. *ADHD in adults - a familiar disease with unfamiliar challenges.* CNS Spectr. 2007 Dec;12(12 Suppl 23):14-7

Frodl T. *Comorbidity of ADHD and Substance Use Disorder (SUD): a neuroimaging perspective.* J Atten Disord. 2010 Sep;14(2):109-20.

Kalbag AS, Levin FR. *Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues.* Subst Use Misuse. 2005; 40(13-14):1955-81, 2043-8.

Kousha M, Shahrivar Z, Alaghband-Rad J. *Substance use disorder and ADHD: is ADHD a particularly "specific" risk factor?* J Atten Disord. 2012 May;16(4):325-32.

Kronenberg LM, Slager-Visscher K, Goossens PJ, van den Brink W, van Achterberg T. *Everyday life consequences of substance use in adult patients with a substance use disorder (SUD) and co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD): a patient's perspective.* BMC Psychiatry. 2014 Sep 19;14:264.

Kronenberg LM, Goossens PJ, van Etten DM, van Achterberg T, van den Brink W. *Need for care and life satisfaction in adult substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD).* Perspect Psychiatr Care. 2015 Jan;51(1):4-15.

Kronenberg LM, Verkerk-Tamminga R, Goossens PJ, van den Brink W, van Achterberg T. *Personal recovery in individuals diagnosed with substance use disorder (SUD) and co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD).* Arch Psychiatr Nurs. 2015 Aug;29(4):242-8.

Levy S, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Killian JM, Voigt RG, Barbaresi WJ. *Childhood ADHD and risk for substance dependence in adulthood: a longitudinal, population-based study.* PLoS One. 2014 Aug 27;9(8):e105640.

Molina BS, Pelham WE Jr. *Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of substance use disorder: developmental considerations, potential pathways, and opportunities for research.* Annu Rev Clin Psychol. 2014;10:607-39.

Nogueira M, Bosch R, Valero S, Gómez-Barros N, Palomar G, Richarte V, Corrales M, Nasillo V, Vidal R, Casas M, Ramos-Quiroga JA. *Early-age clinical and developmental features associated to Substance Use Disorders in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults.* Compr Psychiatry. 2014 Apr;55(3):639-49.

Ramsay JR, Rostain AL. *Adult ADHD research: current status and future directions.* J Atten Disord. 2008 May;11(6):624-7. No abstract available.

Sizoo B, van den Brink W, Gorissen van Eenige M, van der Gaag RJ. *Personality characteristics of adults with autism spectrum disorders or attention deficit hyperactivity disorder with and without substance use disorders.* J Nerv Ment Dis. 2009 Jun;197(6):450-4.

Sizoo B, van den Brink W, Koeter M, Gorissen van Eenige M, van Wijngaarden-Cremers P, van der Gaag RJ. *Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid substance use disorder: prevalence, risk factors and functional disability.* Drug Alcohol Depend. 2010 Feb 1;107(1):44-50.

Sullivan MA, Levin FR. *Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations.* Ann N Y Acad Sci. 2001 Jun;931:251-70. Review.

Tamm L, Adinoff B, Nakonezny PA, Winhusen T, Riggs P. *Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes in adolescents with comorbid substance-use disorder.* Am J Drug Alcohol Abuse. 2012 Jan;38(1):93-100.

Upadhyaya HP. *Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in the presence of substance use disorder.* J Clin Psychiatry. 2007;68 Suppl 11:23-30. Review.

Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C, Fried R, Petty C, Biederman J. *Does*

ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011 Jun;50(6):543-53.

Wilens TE. *Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues.* Psychiatr Clin North Am. 2004 Jun;27(2):283-301. Review

Wilson JJ, Levin FR. *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders.* Curr Psychiatry Rep. 2001 Dec;3(6):497-506. Review.

van Wingen GA, van den Brink W, Veltman DJ, Schmaal L, Dom G, Booij J, Crunelle CL. *Reduced striatal brain volumes in non-medicated adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence.* Drug Alcohol Depend. 2013 Aug 1;131(3):198-203. (PMID: 23726981)

Young JT, Carruthers S, Kaye S, Allsop S, Gilsenan J, Degenhardt L, van de Glind G, van den Brink W, Preen D. *Comorbid attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorder complexity and chronicity in treatment-seeking adults.* Drug Alcohol Rev. 2015 Nov;34(6):683-93.

Zulauf CA, Sprich SE, Safren SA, Wilens TE. *The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders.* Curr Psychiatry Rep. 2014 Mar;16(3):436.

- **PREVALENTIE VAN ADHD BIJ VERSLAVING**

Arias AJ, Gelernter J, Chan G, Weiss RD, Brady KT, Farrer L, Kranzler HR. *Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders.* Addict Behav. 2008 Sep;33(9):1199-207.

Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Klein KL, Price JE, Faraone SV. *Psychopathology in females with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled, five-year prospective study.* Biol Psychiatry. 2006 Nov 15;60(10):1098-105.

Biederman J, Petty CR, Monuteaux MC, Mick E, Clarke A, Ten Haagen K, Faraone SV. *Familial risk analysis of the association between attention-deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorder in female adolescents: a controlled study.* J Child Psychol Psychiatry. 2009 Mar;50(3):352-8.

Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. *Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse.* Arch Gen Psychiatry. 2007 Oct;64(10):1145-52.

Gingerich KJ, Turnock P, Litfin JK, Rosén LA. *Diversity and attention deficit hyperactivity disorder.* J Clin Psychol. 1998 Jun;54(4):415-26. Review.

Lynskey MT, Hall W. *Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: Is there a cusal link?* Addiction. 2001 Jun;96(6):815-22. Review.

Monuteaux MC, Wilens TE, Biederman J. *Does social class predict substance problems in young adults with ADHD?* Am J Addict. 2007 Sep-Oct;16(5):403-9.

Murphy KR, Barkley RA, Bush T. *Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history.* J Nerv Ment Dis. 2002 Mar;190(3):147-57.

Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U. *Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).* Alcohol Alcohol. 2008 May-Jun;43(3):300-4.

Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis.* Am J Psychiatry. 2007 Jun;164(6):942-8.

Quinn PO. *Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture.* Curr Psychiatry Rep. 2008 Oct;10(5):419-23. Review.

Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, Faraone SV, Adler LA, West SA. *Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis.* J Clin Psychiatry. 2008 Feb;69(2):213-21.

Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, Schoener EP. *Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers.* J Clin Psychiatry. 2000 Apr;61(4):244-51.

Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. *ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity.* Nord J Psychiatry. 2006;60(1):38-43.

van de Glind G, Konstenius M, Koeter MW, van Emmerik-van Oortmerssen K, Carpentier PJ, Kaye S et al.; IASP Research Group. *Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria.* Drug Alcohol Depend. 2014 Jan 1;134:158-66.

van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, Schoevers RA. *Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis.* Drug Alcohol Depend. 2012 Apr 1;122(1-2):11-9.

van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, Koeter MW, Allsop S, Auriacombe M, Barta C, et al.; IASP research group, van den Brink W, Schoevers RA. *Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study.* Addiction. 2014 Feb;109(2):262-72.

Waite R. *Women and attention deficit disorders: a great burden overlooked.* J Am Acad Nurse Pract. 2007 Mar;19(3):116-25. Review

Wilens TE, Kwon A, Tanguay S, Chase R, Moore H, Faraone SV, Biederman J. *Characteristics of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Plus Substance Use Disorder: The Role of Psychiatric Comorbidity.* Am J Addict. 2005 Jul-Sep;14(4):319-27.

Wilens TE, Adamson J, Sgambati S, Whitley J, Santry A, Monuteaux MC, Biederman J. *Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD.* Am J Addict. 2007;16 Suppl 1:14-21; quiz 22-3.

Young J. *Common comorbidities seen in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder.* Adolesc Med State Art Rev. 2008 Aug;19(2):216-28, vii. Review.

- **SCREENING NAAR ADHD BIJ VERSLAAFDEN**

Adler LA, Faraone SV, Spencer TJ, Michelson D, Reimherr FW, Glatt SJ, Marchant BK, Biederman J. *The reliability and validity of self- and investigator ratings of ADHD in adults.* J Atten Disord. 2008 May;11(6):711-9. Epub 2007 Nov 19.

Daigre Blanco C, Ramos-Quiroga JA, Valero S, Bosch R, Roncero C, Gonzalvo B, Nogueira M. *Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders.* Actas Esp Psiquiatr. 2009 Nov-Dec;37(6):299-305.

Einarsson E, Sigurdsson JF, Gudjonsson GH, Newton AK, Bragason OO. *Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and co-morbid mental disorders among prison inmates.* Nord J Psychiatry. 2009 Feb 26:1-7

Konstenius M, Larsson H, Lundholm L, Philips B, van de Glind G, Jayaram-Lindström N, Franck J. *An epidemiological study of ADHD, substance use, and comorbid problems in incarcerated women in Sweden.* J Atten Disord. 2015 Jan;19(1):44-52.

McCann BS, Simpson TL, Ries R, Roy-Byrne P. *Reliability and validity of screening instruments for drug and alcohol abuse in adults seeking evaluation for attention-deficit/hyperactivity disorder.* Am J Addict. 2000 Winter;9(1):1-9.

Roncero C, Ortegal L, Pérez-Pazos J, Lligona A, Abad AC, Gual A, Sorribes M, Grau-Lopez L, Casas M, Daigre C. *Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcohol dependence patients with and without ADHD.* J Atten Disord. 2015 Aug 12. Pii: 1087054715598831.

van de Glind G, van den Brink W, Koeter MW, Carpentier PJ, van Emmerik-van Oortmerssen K, Kaye S, et al.; IASP Research Group, Levin FR. *Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking*

substance use disorder patients. Drug Alcohol Depend. 2013 Oct 1;132(3):587-96.

- **DIAGNOSE VAN ADHD BIJ VERSLAAFDEN**

Adler L, Cohen J. *Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder.* Psychiatr Clin North Am. 2004 Jun;27(2):187-201

Barkley RA. *Challenges in diagnosing adults with ADHD.* J Clin Psychiatry. 2009 Feb 9;69(12):e36.

Bihlar Muld B, Jokinen J, Bölte S, Hirvikoski T. *Attention deficit/hyperactivity disorders with co-existing substance use disorder is characterized by early antisocial behaviour and poor cognitive skills.* BMC Psychiatry. 2013 Dec 13;13:336.

Brooks DJ, Vosburg SK, Evans SM, Levin FR. *Assessment of cognitive functioning of methadone-maintenance patients: impact of adult ADHD and current cocaine dependence.* J Addict Dis. 2006;25(4):15-25.

Culpepper L, Mattingly G. *A practical guide to recognition and diagnosis of ADHD in adults in the primary care setting.* Postgrad Med. 2008 Sep;120(3):16-26. Review.

Faraone, Stephen V.; Biederman, Joseph; Feighner, Jennifer A.; Monuteaux, Michael C. *Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: Which is more valid?* Journal of Consulting and Clinical Psychology. Oct 2000, Vol 68(5): 830-842.

Faraone SV, Wilens TE, Petty C, Antshel K, Spencer T, Biederman J. *Substance use among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses.* Am J Addict. 2007;16 Suppl 1:24-32; quiz 33-4.

Fatseas M, Debrabant R, Auriacombe M. *The diagnostic accuracy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with substance use disorders.* Curr Opin Psychiatry. 2012 May;25(3):219-25.

Loney J, Ledolter J, Kramer JR, Volpe RJ. *Retrospective ratings of ADHD symptoms made at young adulthood by clinic-referred boys with ADHD-related problems, their brothers without ADHD, and control participants.* Psychological Assessment. Sep 2007, 19(3): 269-280.

Martinez-Raga J, Szerman N, Knecht C, de Alvaro R. *Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition.* Int J Adolesc Med Health. 2013;25(3):231-43.

Ramos-Quiroga JA, Díaz-Digon L, Comín M, Bosch R, Palomar G, Chalita JP, Roncero

C, Nogueira M, Torrens M, Casas M. *Criteria and Concurrent Validity of Adult ADHD Section of the Psychiatry Research Interview for Substance and Mental Disorders.* J Atten Disord. 2015 Dec;19(12):999-1006.

Rösler M, Retz W, Thome J, Schneider M, Stieglitz RD, Falkai P. *Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention- deficit/hyperactivity disorder (ADHD).* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006 Sep;256 Suppl 1:i3-11. Review. Erratum in: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008 Apr;258(3):192-3.

Sizoo BB, van den Brink W, Gorissen-van Eenige M, Koeter MW, van Wijngaarden-Cremers PJ, van der Gaag RJ. *Using the Autism-spectrum quotient to discriminate Autism Spectrum Disorder from ADHD in adult patients with and without comorbid Substance Use Disorder.* J Autism Dev Disord. 2009 Sep;39(9):1291-7.

Warden D, Riggs PD, Min SJ, Mikulich-Gilbertson SK, Tamm L, Trello-Rishel K, Winhusen T. *Major depression and treatment response in adolescents with ADHD and substance use disorder.* Drug Alcohol Depend. 2012 Jan 1;120(1-3):214-9.

Wasserstein J. *Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD.* J Clin Psychol. 2005 May;61(5):535-47.

West SL, Mulsow M, Arredondo R. *Factor Analysis of the Attention Deficit Scales for Adults (ADSA) with a clinical sample of outpatient substance abusers.* Am J Addict. 2003 Mar-Apr;12(2):159-65.

- **BEHANDELING**

Goossensen MA, van de Glind G, Carpentier PJ, Wijsen RM, van Duin D, Kooij JJ. *An intervention program for ADHD in patients with substance use disorders: preliminary results of a field trial.* J Subst Abuse Treat. 2006 Apr;30(3):253-9.

Klassen LJ, Bilkey TS, Katzman MA, Chokka P. *Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations.* Curr Drug Abuse Rev. 2012 Sep;5(3):190-8.

Levin FR, Bisaga A, Raby W, Aharonovich E, Rubin E, Mariani J, Brooks DJ, Garawi F, Nunes EV. *Effects of major depressive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder on the outcome of treatment for cocaine dependence.* J Subst Abuse Treat. 2008 Jan;34(1):80-9.

Manos MJ, Tom-Revzon C, Bukstein OG, Crismon ML. *Changes and challenges: managing ADHD in a fast-paced world.* J Manag Care Pharm. 2007 Nov;13(9 Suppl B):S2-S13; quiz S14-S16. Review.

Quinn PO. *Treating adolescent girls and women with ADHD: gender-specific issues.* J Clin Psychol. 2005 May;61(5):579-87.

Steinhausen HC, Bisgaard C. *Substance use disorders in association with attention-deficit/hyperactivity disorder, co-morbid mental disorders, and medication in a nationwide sample.* Eur Neuropsychopharmacol. 2014 Feb;24(2):232-41

Tamm L, Trello-Rishel K, Riggs P, Nakonezny PA, Acosta M, Bailey G, Winhusen T. *Predictors of treatment response in adolescents with comorbid substance use disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder.* J Subst Abuse Treat. 2013 Feb;44(2):224-30.

Vaughan BS, Wetzel MW, Kratochvil CJ. *Beyond the 'typical' patient: treating attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers and adults.* Int Rev Psychiatry. 2008 Apr;20(2):143-9. Review

Warden D, Riggs PD, Min SJ, Mikulich-Gilbertson SK, Tamm L, Trello-Rishel K, Wilens TE, Morrison NR. *The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse.* Curr Opin Psychiatry. 2011 Jul;24(4):280-5. (**PMID: 21483267**)

Wilens TE, Morrison NR. *Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment.* Neuropsychiatry (London). 2012 Aug;2(4):301-312.

Winhusen T. *Major depression and treatment response in adolescents with ADHD and substance use disorder.* Drug Alcohol Depend. 2012 Jan 1;120(1-3):214-9.

Weiss M, Hechtman L; The Adult ADHD Research Group. *A randomized double-blind trial of paroxetine and/or dextroamphetamine and problem- focused therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults.* J Clin Psychiatry. 2006 Apr;67(4):611-9.

Young S, Bramham J, Gray K, Rose E. *The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis.* J Atten Disord. 2008 Jan;11(4):493-503.

- **NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING:**

Aviram RB, Rhum M, Levin FR. *Psychotherapy of adults with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorder.* J Psychother Pract Res. 2001 Summer;10(3):179-86.

Butnik SM. *Neurofeedback in adolescents and adults with attention deficit hyperactivity disorder.* J Clin Psychol. 2005 May;61(5):621-5. Review.

Crunelle CL, Veltman DJ, van Emmerik-van Oortmerssen K, Booij J, van den Brink W. *Impulsivity in adult ADHD patients with and without cocaine dependence.* Drug Alcohol Depend. 2013 Apr 1;129(1-2):18-24.

Knouse LE, Cooper-Vince C, Sprich S, Safren SA. *Recent developments in the psychosocial treatment of adult ADHD.* Expert Rev Neurother. 2008 Oct;8(10):1537-48.

Review.

Langberg JM, Epstein JN, Graham AJ. *Organizational-skills interventions in the treatment of ADHD.* Expert Rev Neurother. 2008 Oct;8(10):1549-61. Review.

Murphy K. *Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: a practice-friendly review.* J Clin Psychol. 2005 May;61(5):607-19. Review.

Ramsay, J. Russell; Rostain, Anthony L. *Adapting Psychotherapy to Meet the Needs of Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.* Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Vol 42(1), Sep 2005, 72-84.

Ramsay, J. Russell; Rostain, Anthony L. *Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: Current evidence and future directions.* Professional Psychology: Research and Practice. Vol 38(4), Aug 2007, 338-346..

Toplak ME, Connors L, Shuster J, Knezevic B, Parks S. *Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).* Clin Psychol Rev. 2008 Jun;28(5):801-23. Epub 2007 Nov 5. Review.

van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, van den Brink W, Schoevers RA. *Integrated cognitive behavioral therapy for patients with substance use disorder and comorbid ADHD: two case presentations.* Addict Behav. 2015 Jun;45:214-7.

Vonmoos M, Hulka LM, Preller KH, Jenni D, Baumgartner MR, Stohler R, Bola KI, Quednow BB. *Cognitive dysfunctions in recreational and dependent cocaine users: role of attention-deficit hyperactivity disorder, craving and early age at onset.* Br J Psychiatry 2013 Jul; 203 (1): 35-43.

- **MEDICAMENTEUZE BEHANDELING**

Adler LA. *Non-stimulant trials of adult ADHD.* CNS Spectr. 2007 Apr;12(4 Suppl 6):11-3. Review.

Adler LA, Spencer TJ, Williams DW, Moore RJ, Michelson D. *Long-term, open-label safety and efficacy of atomoxetine in adults with ADHD: final report of a 4-year study.* J Atten Disord. 2008 Nov;12(3):248-53.

Aharonovich E, Garawi F, Bisaga A, Brooks D, Raby WN, Rubin E, Nunes EV, Levin FR. *Concurrent cannabis use during treatment for comorbid ADHD and cocaine dependence: effects on outcome.* Am J Drug Alcohol Abuse. 2006;32(4):629-35.

Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Macpherson HA, Faraone SV. *Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study.* Am J Psychiatry. 2008 May;165(5):597-603.

Bihlar Muld B, Jokinen J, Bölte S, Hirvikoski T. *Long-term outcomes of pharmacologically treated versus non-treated adults with ADHD and substance use disorder: a naturalistic study.* J Subst Abuse Treat. 2015 Apr;51:82-90.

Bright GM. *Abuse of medications employed for the treatment of ADHD: results from a large-scale community survey.* Medscape J Med. 2008 May 7;10(5):111.

Carpentier PJ, de Jong CA, Dijkstra BA, Verbrugge CA, Krabbe PF. *A controlled trial of methylphenidate in adults with attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders.* Addiction. 2005 Dec;100(12):1868-74.

Castaneda R, Levy R, Hardy M, Trujillo M. *Long-acting stimulants for the treatment of attention-deficit disorder in cocaine- dependent adults.* Psychiatr Serv. 2000 Feb;51(2):169-71.

Castells X, Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Nogueira M, Casas M. *Cochrane Review*: *Amfetamines for attention deficit / hyperactivity disorder in adults*. Year: 2009.

Castle L, Aubert RE, Verbrugge RR, Khalid M, Epstein RS. *Trends in medication treatment for ADHD.* J Atten Disord. 2007 May;10(4):335-42.

Covey LS, Hu MC, Weissman J, Croghan I, Adler L, Winhusen T. *Divergence by ADHD subtype in smoking cessation response to OROS-methylphenidate.* Nicotine Tob Res. 2011 Oct;13(10):1003-8.

Crunelle CL, van den Brink W, Veltman DJ, van Emmerik-van Oortmerssen K, Dom G, Schoevers RA, Booij J. *Low dopamine transporter occupancy by methylphenidate as a possible reason for reduced treatment effectiveness in ADHD patients with cocaine dependence.* Eur Neuropsychopharmacol. 2013 Dec;23(12):1714-23. (**PMID: 23731497**)

Crunelle CL, van den Brink W, Dom G, Booij J. *Dopamine transporter occupancy by methylphenidate and impulsivity in adult ADHD.* Br J Psychiatry. 2014 Jun;204(6):486-7.

Cunill R, Castells X, Tobias A, Capellà D. *Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder with co-morbid drug dependence.* J Psychopharmacol. 2015 Jan;29(1):15-23.

Delavenne H, Duarte Garcia F, Lacoste J, Cortese S, Charles-Nicolas A, Ballon N. *Psychosis in a cocaine-dependent patient with ADHD during treatment with methylphenidate.* Gen Hosp Psychiatry. 2013 Jul-Aug;35(4):451.e7-9.

Dodson WW. *Pharmacotherapy of adult ADHD.* J Clin Psychol. 2005 May;61(5):589-606.

Faraone SV, Biederman J, Wilens TE, Adamson J. *A naturalistic study of the effects of pharmacotherapy on substance use disorders among ADHD adults.* Psychol Med. 2007 Dec;37(12):1743-52. Epub 2007 Mar 12.

Humphreys KL, Eng T, Lee SS. *Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis.* JAMA Psychiatry. 2013 Jul;70(7):740-9.

Jasinski DR, Faries DE, Moore RJ, Schuh LM, Allen AJ. *Abuse liability assessment of atomoxetine in a drug-abusing population.* Drug Alcohol Depend. 2008 May 1;95(1-2):140-6.

Kollins SH. *Comparing the abuse potential of methylphenidate versus other stimulants: a review of available evidence and relevance to the ADHD patient.* J Clin Psychiatry. 2003;64 Suppl 11:14-8. Review.

Kollins SH. *A qualitative review of issues arising in the use of psycho-stimulant medications in patients with ADHD and co-morbid substance use disorders.* Curr Med Res Opin. 2008 May;24(5):1345-57. Epub 2008 Apr 1. Review.

Kolpe M, Carlson GA. *Influence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms on methadone treatment outcome.* Am J Addict. 2007 Jan-Feb;16(1):46-8.

Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Beck O, Franck J. *Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study.* Drug Alcohol Depend. 2010 Apr 1;108(1-2):130-3.

Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Guterstam J, Beck O, Philips B, Franck J. *Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial.* Addiction. 2014 Mar;109(3):440-9.

Levin FR, Evans SM, McDowell DM, Brooks DJ, Nunes E. *Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder.* J Addict Dis. 2002;21(2):1-16.

Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Kalbag AS, Garawi F, Nunes EV. *Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo.* Drug Alcohol Depend. 2006 Feb 1;81(2):137-48.

Levin FR, Mariani JJ, Secora A, Brooks D, Cheng WY, Bisaga A, Nunes E, Aharonovich E, Raby W, Hennessy G. *Atomoxetine Treatment for Cocaine Abuse and Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Preliminary Open Trial.* J Dual Diagn. 2009 Jan 1;5(1):41-56.

Maidment ID. *Efficacy of stimulants in adult ADHD.* Ann Pharmacother. 2003 Dec;37(12):1884-90. Review.

Pérez de los Cobos J, Siñol N, Pérez V, Trujols J. *Pharmacological and clinical dilemmas of prescribing in co-morbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and addiction.* Br J Clin Pharmacol. 2014 Feb;77(2):337-56.

Peterson K, McDonagh MS, Fu R. *Comparative benefits and harms of competing medications for adults with attention- deficit hyperactivity disorder: a systematic review and indirect comparison meta-analysis.* Psychopharmacology (Berl). 2008 Mar;197(1):1-11. Epub 2007 Nov 17. Review.

Riggs P, Levin F, Green AI, Vocci F. *Comorbid psychiatric and substance abuse disorders: recent treatment research.* Subst Abus. 2008;29(3):51-63. Review.

Riggs PD, Winhusen T, Davies RD, Leimberger JD, Mikulich-Gilbertson S, Klein C, et al. *Randomized controlled trial of osmotic-release methylphenidate with cognitive-behavioral therapy in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011 Sep;50(9):903-14.

Rybak YE, McNeely HE, Mackenzie BE, Jain UR, Levitan RD. *An open trial of light therapy in adult attention-deficit/hyperactivity disorder.* J Clin Psychiatry. 2006 Oct;67(10):1527-35

Schoenfelder EN, Faraone SV, Kollins SH. *Stimulant treatment of ADHD and cigarette smoking: a meta-analysis.* Pediatrics. 2014 Jun;133(6):1070-80.

Schubiner H, Saules KK, Arfken CL, Johanson CE, Schuster CR, Lockhart N, Edwards A, Donlin J, Pihlgren E. *Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence.* Exp Clin Psychopharmacol. 2002 Aug;10(3):286-94.

Schubiner H. *Substance abuse in patients with attention-deficit hyperactivity disorder : therapeutic implications.* CNS Drugs. 2005;19(8):643-55.

Somoza EC, Winhusen TM, Bridge TP, Rotrosen JP, Vanderburg DG, Harrer JM, Mezinskis JP, Montgomery MA, Ciraulo DA, Wulsin LR, Barrett JA. *An open-label pilot study of methylphenidate in the treatment of cocaine dependent patients with adult attention deficit/hyperactivity disorder.* J Addict Dis. 2004;23(1):77-92.

Stein MA. *Treating adult ADHD with stimulants.* CNS Spectr. 2008 Sep;13(9 Suppl 13):8-11.

Szobot CM, Rohde LA, Katz B, Ruaro P, Schaefer T, Walcher M, Bukstein O, Pechansky F. *A randomized crossover clinical study showing that methylphenidate-SODAS improves attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adolescents with substance use disorder.* Braz J Med Biol Res. 2008 Mar;41(3):250-7. Epub 2008 Feb 20.

Thurstone C, Riggs PD, Salomonsen-Sautel S, Mikulich-Gilbertson SK. *Randomized, controlled trial of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents with substance use disorder.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Jun;49(6):573-82.

Vaiva G, De Lenclave MB, Bailly D. *Treatment of comorbid opiate addiction and attention-deficit hyperactivity disorder (residual type) with moclobemide: a case report.*

Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2002 Apr;26(3):609-11.

Weiser M & Epstein T. *Cochrane Review: Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults*. Year: 2005

Wilens TE. *Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults.* J Clin Psychiatry. 2004;65 Suppl 3:38-45. Review

Wilson JJ. *ADHD and substance use disorders: developmental aspects and the impact of stimulant treatment.* Am J Addict. 2007;16 Suppl 1:5-11; quiz 12-3.

Wilens TE, Adler LA, Adams J, Sgambati S, Rotrosen J, Sawtelle R, Utzinger L, Fusillo S. *Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008 Jan;47(1):21-31. Review.

Wilens TE, Adler LA, Weiss MD, Michelson D, Ramsey JL, Moore RJ, et al.; Atomoxetine ADHD/SUD Study Group. *Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders.* Drug Alcohol Depend. 2008 Jul 1;96(1-2):145-54.

Wilens TE, Prince JB, Waxmonsky J, Doyle R, Spencer T, Martelon M, Evans M. *An Open Trial of Sustained Release Bupropion for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults with ADHD plus Substance Use Disorders.* J ADHD Relat Disord. 2010 Apr 1;1(3):25-35.

Wilens TE, Adler LA, Tanaka Y, Xiao F, D'Souza DN, Gutkin SW, Upadhyaya HP. *Correlates of alcohol use in adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders: exploratory analysis of a placebo-controlled trial of atomoxetine.* Curr Med Res Opin. 2011 Dec;27(12):2309-20.

Winhusen T, Somoza E, Singal BM, Harrer J, Apparaju S, Mezinskis J, Desai P, Elkashef A, Chiang CN, Horn P. *Methylphenidate and cocaine: a placebo-controlled drug interaction study.* Pharmacol Biochem Behav. 2006 Sep;85(1):29-38.

Winhusen TM, Somoza EC, Brigham GS, Liu DS, Green CA, Covey LS, Croghan IT, Adler LA, Weiss RD, Leimberger JD, Lewis DF, Dorer EM. *Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) treatment on smoking cessation intervention in ADHD smokers: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.* J Clin Psychiatry. 2010 Dec;71(12):1680-8.

Winhusen TM, Lewis DF, Riggs PD, Davies RD, Adler LA, Sonne S, Somoza EC. *Subjective effects, misuse, and adverse effects of osmotic-release methylphenidate treatment in adolescent substance abusers with attention-deficit/hyperactivity disorder.* J Child Adolesc Psychopharmacol. 2011 Oct;21(5):455-63.

BIJLAGE: SAMENVATTING

Welke elementen zijn van belang om de diagnose ADHD te kunnen stellen bij volwassenen met verslaving?

Subvragen:

- *Wanneer kan het diagnostisch proces gestart worden?*
- *Wie komt in aanmerking om de diagnose ADHD te stellen?*

Conclusies:

Niveau van evidentie 3	Het diagnostisch process is een continu process. Een goede follow-up is nodig om problemen gerelateerd aan over- of onderdiagnose van ADHD bij patiënten met een verslavingsproblematiek tot het minimum te herleiden (Fatseas et al., 2012).
Niveau van evidentie 3	Algemeen wordt aangenomen dat een goede diagnose bestaat uit een aantal elementen: het nagaan van de huidige symptomatologie, gegevens uit de kindertijd, familiegeschiedenis, school- en beroepsgeschiedenis, relaties, fysieke tekenen en comorbiditeit(en) (Upadhyaya, 2007; Adler en Cohen, 2004).
Niveau van evidentie 3	Er bestaat geen specifiek onderzoek naar wanneer het diagnostisch proces best aan te vatten bij personen met een verslavingsproblematiek (Wilens, 2004).
Niveau van evidentie 4	Voor het juist uitvoeren van diagnostiek van ADHD bij volwassenen met verslaving is het onontbeerlijk dat betreffende behandelaren daartoe deskundig en bekwaam zijn (Van de Glind et al., 2004). Daarbij wordt gepleit voor een gerichte opleiding wat betreft de dubbel-diagnose ADHD en verslaving (Martinez-Raga et al., 2013).

Aanbevelingen

Niveau van aanbeveling D	Een diagnosestelling mag niet enkel op vragenlijsten gebaseerd zijn **maar is een hypothesetoetsend en –genererend proces.** De voorlopige diagnose moet getoetst worden in de loop van de verslavingsbehandeling vermits het beeld kan wijzigen. Dit betekent dat na de screening volgende stappen dienen gezet te worden: een uitgebreide (hetero)anamnese (de huidige symptomatologie, gegevens uit de kindertijd, familiegeschiedenis, school- en beroepsgeschiedenis, relaties), aanvullende diagnostiek (incl. middelenmisbruik) en fysieke tekenen. Follow-up om de voorlopige diagnose te bevestigen of te wijzigen.
Niveau van aanbeveling D	Het nagaan van de huidige symptomatologie en de differentiaaldiagnostiek kunnen aangevat worden na een voldoende lange periode van stabilisatie van het middelengebruik. De duur van deze stabilisatieperiode wordt bepaald door de klinische ervaring van de diagnosticus rekening houdend met de setting waarin de patiënt behandeld wordt en met het middel dat misbruikt wordt. Met (hetero)anamnese, observatie en screening kan al eerder begonnen worden.
Niveau van aanbeveling D	De formele diagnose ADHD dient gesteld te worden door de betrokken arts, bij voorkeur psychiater, op voorwaarde dat deze: ➢ uitgebreide scholing heeft genoten betreffende de (differentiaal)diagnostiek van ADHD; ➢ ervaring heeft in de verslavingszorg; ➢ ervaring heeft met een populatie van volwassenen met ADHD.
Niveau van aanbeveling D	Wanneer de vragenlijsten door de patiënt worden ingevuld in aanwezigheid van de hulpverlener, kan dit nuttig zijn als observatiemoment.

Met welke specifieke aspecten dient rekening gehouden te worden tijdens het screenen op ADHD bij volwassenen met verslaving?

Subvragen:

- *Is het aangewezen om volwassenen met verslaving systematisch te screenen op het voorkomen van ADHD en welke instrumenten kunnen hier best voor gebruikt worden?*
- *Bij welk screeningsresultaat dient een uitgebreider diagnostisch onderzoek aangevat te worden?*

Conclusies:

Niveau van evidentie 2+	De screening gebeurt best aan de hand van een gevalideerde vragenlijst gebaseerd op de DSM5 criteria voor ADHD.
Niveau van evidentie 3	Screening geeft een eerste indicatie van de mogelijke aanwezigheid van ADHD bij intake (Van de Glind et al., 2004; Van de Glind et al., 2014). De diagnose enkel en alleen baseren op de resultaten van screeningsinstrumenten leidt tot overdiagnose (Upadhyaya, 2007)

Aanbevelingen:

Niveau van aanbeveling C	Gezien de hoge prevalentiecijfers van ADHD bij volwassenen met verslaving is het belangrijk om cliënten in de verslavingszorg te screenen op het voorkomen van ADHD, ook met het oog op het kiezen van de juiste behandeling.
Niveau van aanbeveling D	De ASRS-screener geniet de voorkeur als screeningsinstrument bij volwassenen met ADHD en verslaving
Niveau van aanbeveling D	Als uit de screeningsresultaten blijkt dat er een kans is op ADHD dient een uitgebreider onderzoek aangevat te worden.

Met welke specifieke aspecten dient rekening gehouden te worden bij het nagaan van de huidige ADHD-symptomatologie en tijdens het anamnestisch proces in het kader van het diagnosticeren van ADHD bij volwassenen met een verslaving?

Conclusies:

Niveau van evidentie 2+	Het gebruik van vragenlijsten gebaseerd op de DSM5 criteria voor ADHD vormt de basis van een goede diagnostiek. De diagnosestelling enkel en alleen hierop baseren zal evenwel voor vals positieve en negatieve resultaten kunnen zorgen (Adler & Cohen, 2004). Er werden evenwel slechts drie diagnoseschalen voor ADHD getest in een populatie van volwassenen met een verslaving (Cleland et al., 2006; West et al., 2007; Ramos-Quiroga et al., 2015). De CAADID wordt in de literatuur het vaakst aangehaald als gouden standaard bij de diagnose van ADHD in een populatie volwassenen met verslaving (van de Glind et al., 2013, 2014; Roncero et al, 2015; Daigre Blanco et al., 2009).
Niveau van evidentie 3	Het gebruik van bepaalde drugs kan symptomen van ADHD opwekken zonder dat er werkelijk sprake is van ADHD (Wilson & Levin, 2001)
Niveau van evidentie 3	In een populatie van volwassenen met een verslavingsproblematiek is het bekomen van retrospectieve gegevens dikwijls een moeilijke opgave. Vaak is de patiënt terughoudend om contactinformatie te geven of zijn familieleden, wegens verstoorde relaties, niet bereid om mee te werken aan het diagnostisch proces (Kalbag & Levin, 2005).
Niveau van evidentie 2	Volwassenen met ADHD zijn betere informanten dan ouders en partners, maar neigen tot onderrapportage over de ernst van de symptomen ten opzichte van de klinische diagnose (Kooij et al., 2008). De herinnering van de ouders blijkt tevens niet altijd even betrouwbaar (Moffit, 2015).
Niveau van evidentie 3	Volwassenen met ADHD hebben na verloop van tijd vaak de nodige compensatiestrategieën ontwikkeld waardoor ze de impact van de symptomen weten in te perken (Kalbag & Levin, 2005; Adler en Cohen, 2004).
Niveau van evidentie 3	Middelengeïndiceerde verschijnselen (incl. ontwenningsverschijnselen) worden soms verkeerdelijk aanzien als pure ADHD-symptomen (Kalbag & Levin, 2005).
Niveau van evidentie 3	Sommige patiënten overdrijven hun symptomen omdat er in bepaalde gevallen voordeel gehaald kan worden uit het krijgen van de diagnose ADHD (Upadhyaya, 2007)
Niveau van evidentie 4	Tot op heden werd er geen anamnestisch instrument getest op zijn betrouwbaarheid en validiteit binnen een populatie van volwassenen met ADHD en een verslavingsproblematiek.

Aanbevelingen:

Niveau van aanbeveling C	Vragenlijsten, gevalideerd in een populatie van patiënten met ADHD en een verslavingsproblematiek vormen het ideale startpunt om tot de diagnose ADHD over te kunnen gaan. De DIVA en de CAADID, gestructureerde interviews, zijn dan weer niet gevalideerd in deze populatie. Op basis van zijn of haar klinische ervaring kan de diagnosticus daarom zelf een instrument kiezen. Het gebruik van dergelijke instrumenten vormt immers slechts een startpunt en ter aanvulling dient steeds een uitgebreide observatie, (hetero)anamnese en aanvullend onderzoek uitgevoerd te worden.
Niveau van aanbeveling D	Wanneer de vragenlijsten door de patiënt worden ingevuld in aanwezigheid van de hulpverlener, kan dit nuttig zijn als observatiemoment.
Niveau van aanbeveling C	Een uitgebreide (hetero-)anamnese is noodzakelijk voor een goede diagnosestelling en kan potentiële over- en onderdiagnose voorkomen. Daarnaast moet rekening gehouden worden met het feit dat de herinnering van ouders niet altijd betrouwbaar is.
Niveau van aanbeveling D	Het opstellen van een tijdschema over het middelengebruik helpt om ADHD-symptomen te onderscheiden van symptomen gerelateerd aan druggebruik. Door dit terug te koppelen naar de patiënt kan hij/zij zich meer bewust worden van zijn/haar problematiek.
Niveau van aanbeveling C	Het betrekken van de ouders (of bij afwezigheid hiervan broer(s), zus(sen), grootouders, …) van de patiënt is van groot belang om informatie uit de kindertijd (met name de eerste twaalf levensjaren) van de patiënt te vergaren. Eventueel kunnen ook de partner en/of andere naasten van de patiënt bevraagd worden om meer duidelijkheid te krijgen over de huidige symptomatologie.
Niveau van aanbeveling C	Bijkomende informatie kan vergaard worden uit schoolrapporten, met bijzondere aandacht voor de evolutie van de prestaties en eventueel toegevoegde commentaren van toenmalige leerkrachten.
Niveau van aanbeveling D	De graad van compensatie moet verrekend worden bij het in kaart brengen van de ADHD-symptomen
Niveau van aanbeveling D	Hou steeds rekening met de ziektewinst die de diagnose ADHD met zich mee kan brengen voor de patiënt
Niveau van aanbeveling D	Focus tijdens de (hetero)anamnese op de drug- en alcoholvrije momenten in het leven van de cliënt

Conclusies:

Niveau van evidentie 3	De omgeving waarin het individu functioneert is van primordiaal belang in het diagnostisch proces. Deze omgeving bepaalt de mate van structuur wat een grote invloed heeft op het ontwikkelen en het naar voren komen van de ADHD-symptomen. (Gingerich et al., 1998).
Niveau van evidentie 2	Vrouwen met ADHD vertonen meer psychologische ongemakken – zoals depressies, stemmings- en angststoornissen en een laag zelfbeeld (Katz et al., 1998; Arcia & Conners, 1998; Biederman et al., 2006).
Niveau van evidentie 2++	Culturele verschillen kunnen een invloed hebben op de signalisering van ADHD en het al dan niet openstaan voor behandeling (Rohde et al., 2005)
Niveau van evidentie 3	Symptomen zoals concentratieproblemen, impulsiviteit, snel afgeleid zijn, overreageren, … kunnen ook het resultaat zijn van het leven in een chronisch stressvolle en onvoorspelbare omgeving (Gingerich, 1998)
Niveau van evidentie 2+	Binnen een populatie van jongvolwassen met ADHD verloopt de associatie tussen sociaaleconomische klasse en verslavingsproblemen in een U-vorm, met een verhoogd risico in zowel de hogere als lagere sociale klassen (Monuteaux et al., 2007).

Aanbeveling

Niveau van aanbeveling C	Bij de diagnosestelling dient men rekening te houden met geslachtsspecifieke aspecten, culturele achtergronden en de sociaaleconomische status (SES) van de patiënt en met de invloed daarvan op de symptomen.

Met welke specifieke aspecten dient rekening gehouden te worden bij het aanvullend onderzoek in het kader van het diagnosticeren van ADHD bij volwassenen met een verslaving?

Conclusies

Niveau van evidentie 3	Comorbiditeit is een uitdaging in de ADHD-diagnose: niet alleen komt een groot aantal ADHD-symptomen bij verschillende stoornissen voor, er is tevens een overlap in de diagnosecriteria voor de verwante stoornissen. Symptomen van comorbide stoornissen worden hierdoor nogal eens onterecht aan ADHD toegeschreven (Kim et al., 2002; Kalbag & Levin, 2005).
Niveau van evidentie 3	Verschillende comorbide stoornissen kunnen van invloed zijn op de symptomen geassocieerd met ADHD. (Wilson & Levin, 2001; Matthys et al., 2013).
Niveau van evidentie 2+	De combinatie ADHD en middelenmisbruik brengt een verhoogd risico op depressie en angststoornissen met zich mee (Wilens et al., 2005)**.**
Niveau van evidentie 2+	De effecten die het gebruik (of de ontwenning) van bepaalde middelen met zich meebrengen camoufleren vaak de symptomen typisch voor ADHD (Faraone et al., 2007)

Aanbevelingen:

Niveau van aanbeveling C	Het diagnostisch proces dient een uitgebreide beoordeling van het huidige en vroegere middelengebruik (gebruiksfrequentie, sociale context, …) te bevatten.
Niveau van aanbeveling D	De psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt en de aanwezigheid van psychiatrische pqthologie in de familie moet zorgvuldig bevraagd worden
Niveau van aanbeveling C	Vermits angst- en stemmingsstoornissen vaak voorkomen samen met ADHD maar ook samen met verslaving, is screenen hierop een belangrijk onderdeel van de diagnostiek
Niveau van aanbeveling D	(Neuro)psychologisch onderzoek is nuttig binnen het diagnostisch proces voor het vaststellen van individuele tekorten en sterkte-zwakte analyse, en vormt een goede aanvulling voor het eigenlijke diagnostische proces. Tegenstrijdigheden tussen de verschillende bevindingen kunnen helpen om meer te nuanceren in de diagnostiek.

Wat omvat een goede behandeling van ADHD bij volwassen met een verslaving?

Conclusies

Niveau van evidentie 3	Het lijkt dat de behandeling van ADHD bij verslaafden mogelijk is als het middelenmisbruik gestabiliseerd is (Expertopinie)
Niveau van evidentie 2	Er zijn aanwijzingen dat een gecombineerde therapie (medicatie + gedragstherapie) een beter effect heeft dan medicatie alleen (Wilens, 1999; Safren, 2005; Rostain & Ramsay, 2006)
Niveau van evidentie 3	Onbehandelde ADHD kan een adequate behandeling van verslaving in de weg staan (Mariani 2007)
Niveau van evidentie 3	Het accepteren en verwerken van de diagnose lijkt een essentieel onderdeel te zijn van de behandeling van ADHD bij verslaafden (Murphy 2005)
Niveau van evidentie 3	Het betrekken van de familie in de behandeling verhoogt de effectiviteit ervan (Wilens 2004)

Aanbevelingen

Niveau van aanbeveling D	De behandeling van ADHD bij verslaafden wordt gestart als de verslaving gestabiliseerd is
Niveau van aanbeveling D	Medicatie wordt best gecombineerd met psychotherapie
Niveau van aanbeveling C	De volgorde van aanpak is kan variëren maar het is aangewezen om de behandeling van het middelenmisbruik en eventuele andere psychische stoornissen of moeilijkheden in de behandeling te integreren
Niveau van aanbeveling D	Peer support organiseren ondersteunt de behandeling en versterkt het effect ervan
Niveau van aanbeveling D	Het is aangewezen moeite te doen om de familie te betrekken in de behandeling

Welke medicatie is effectief bij de behandeling van ADHD bij verslaafden en wat is het effect van deze medicatie op het gebruik van alcohol en andere drugs?

Conclusies

Niveau van evidentie 3	Langwerkend methylfenidaat lijkt effect te hebben op ADHD bij volwassenen met verslaving (Collins, 2006; Levin, 2006 en 2007, Szobot ,2008)
Niveau van evidentie 3	Langwerkend bupropion lijkt effect te hebben op ADHD bij volwassenen met verslaving (Levin, 2006)
Niveau van evidentie 3	Er zijn aanwijzingen dat kortwerkend methylfenidaat effect heeft op ADHD bij volwassenen met verslaving Schubiner, 2002)
Niveau van evidentie 2	Er zijn aanwijzingen dat atomoxetine effect heeft op ADHD bij volwassenen met verslaving (Wilens, 2008)
Niveau van evidentie 1	Het effect van alle producten is kleiner bij volwassenen dan bij kinderen (Faraone, 2003; Mészàros, 2009)
Niveau van evidentie 1	Er is een sterk placebo-effect (Michelson, 2003)
Niveau van evidentie 1	De behandeling van ADHD met stimulantia verhoogt de kans op verslaving niet (Faraone, 2003; Kollins, 2003; Wilson 2007)
Niveau van evidentie 2	Er zijn aanwijzingen dat de behandeling van ADHD de kans op SUD ook niet vermindert (Biederman, 2008)
Niveau van evidentie 2	Er zijn aanwijzingen dat stimulantia in de dosis nodig om ADHD te behandelen het middelenmisbruik niet doen dalen (Schubiner, 2002; Carpentier, 2005; Levin, 2006; Szobot, 2008)
Niveau van evidentie 3	Er zijn aanwijzingen dat de farmacologische behandeling van ADHD bij verslaving een positief effect kan hebben op zowel de ADHD-symptomen (Wilens, 2011; Konstenius, 2013) als op de craving (Wilens, 2011) en het middelenmisbruik (Tamm 2013; Konstenius, 2014; Bihlar Muld, 2015)

Aanbevelingen

Niveau van aanbeveling C	Ook al zijn de effecten in onderzoek niet altijd duidelijk, medicatie heeft zeker een plaats in de behandeling van ADHD bij volwassenen met een verslaving. Dat blijkt ook uit de kliniek. Over de doseringen zijn nog meer onderzoeksdata nodig. Atomoxetine blijft de voorkeur hebben omwille van de afwezigheid van misbruikpotentieel . Ook langwerkend methylfenidaat kan gebruikt worden, mits gedoseerde aflevering en/of onder voldoende toezicht.
Niveau van aanbeveling C	Bupropion of imipramine is een mogelijke keuze voor de behandeling van ADHD
Niveau van aanbeveling C	Omwille van het misbruikpotentieel kan kortwerkend methylfenidaat enkel in een residentiële behandeling een plaats hebben tijdens de opstartfase om het effect te beoordelen.

Hoe kan men de behandelretentie verbeteren bij volwassenen met ADHD en verslaving?

Conclusies

Niveau van evidentie 3	Niet de aanwezigheid van ADHD, maar wel de ernst van de verslaving is een voorspellende factor voor de retentie in de verslavingsbehandeling (Levin 2006, Levin 2008)
Niveau van evidentie 3	Het lijkt erop dat matig cannabisgebruik de retentie bij cocaïnegebruikers met ADHD verhoogt. (Aharonovich 2006)

Aanbevelingen

Niveau van aanbeveling D	Het erkennen en behandelen van de ADHD versterkt de therapeutische relatie (Expertopinie) en kan op die manier *drop-out* verminderen.

Welke niet-medicamenteuze behandelingen zijn effectief voor de behandeling van ADHD bij verslaafden?

Conclusies

Er is weinig evidentie wat de effectiviteit betreft van psychotherapeutische behandeling van ADHD bij volwassenen. Er zijn wel aanwijzingen en de meeste clinici die met deze populatie werken, oordelen dat aangepaste psychologische interventies een therapeutische rol spelen in hun behandeling.
Er is helemaal geen onderzoek naar het effect van al deze behandelingen bij verslaafde patiënten met ADHD. Er zijn wel expertopinies beschikbaar (Goossensen, 2006; Knouse, 2008).

Omwille van de chroniciteit met repercussies op alle levensdomeinen van zowel ADHD als verslaving, zal een behandeling best gebruik maken van zoveel mogelijk instrumenten. Het pakket zal afgestemd moeten zijn op de individuele problematiek en situatie van de patiënt.

Volgens de experten uit de focusgroepen zijn veel therapeutische elementen zowel aangewezen voor de verslavingsproblematiek als voor de ADHD, o.m. het bieden van structuur, het aanleren van timemanagement en organisatie, het leren omgaan met impulsiviteit en stemmingswisselingen. In een residentieel programma is er voldoende tijd en menskracht om een dergelijk aanbod te doen. In de ambulante setting is de tijd vaak te kort en de contacten te fragmentair. Toch zou ook hier een combinatie van individuele therapie (van coachend over trainend tot gedragstherapeutisch) met groepstraining en peersupport het beste antwoord op de problematiek kunnen zijn.

Aanbevelingen:

Niveau van aanbeveling D	Een multimodale behandeling verdient de voorkeur vermits het om een complexe problematiek gaat
Niveau van aanbeveling D	De eerste fase bestaat uit psychoeducatie. Het geven van informatie over de aandoening, de oorzaken, de mogelijke behandelingen en de prognose is een belangrijke eerste stap om motivatie en medewerking van de patiënt te verkrijgen
Niveau van aanbeveling D	In de tweede fase wordt naast medicatie best individuele coaching en peersupport aangeboden
Niveau van aanbeveling B	In de derde fase worden cognitieve gedragstherapie en vaardigheids-training (individueel of in groep) aanbevolen
Niveau van aanbeveling D	Mindfulness en dialectische gedragstherapie kunnen aangewend worden om de impulsiviteit en het aandachtstekort te verbeteren
Niveau van aanbeveling D	Systeemtherapeutische interventies dienen overwogen te worden
Niveau van aanbeveling D	Comorbide stoornissen dienen behandeld te worden