

Validatie van de MATE en de prevalentie van psychiatrische ziektebeelden, bij cliënten van Justact, in kaart brengen

April 2009

Validatie van het triage instrument de MATE voor ADHD en Autisme, bij cliënten van de Forensische Polikliniek van Tactus Verslavingszorg. De prevalentie van psychiatrische ziektebeelden in kaart brengen.

Afstudeeronderzoek: Master Psychologie, afstudeerrichting veiligheid en gezondheid.

Student : Kirsten Jongkind

Studentnummer : S 0158658

Voorwoord:

Voor u ligt het eindrapport van mijn validatie onderzoek. Ik heb een poging gedaan om aanwijzingen te vinden voor ADHD en ASS uit het intake instrument de MATE, bij cliënten van een forensische polikliniek (JusTact) van Tactus. Door dit onderzoek heb ik tevens getracht de co-morbiditeit van verslaafde cliënten van de forensische polikliniek in beeld te brengen. Dit onderzoek bevestigt dat er een hoge mate van psychiatrische co-morbiditeit bestaat en dat het intake instrument van Tactus momenteel onvoldoende deze stoornissen er uit haalt.

Voor de groep chronische cliënten van JusTact is een sluitend behandelaanbod, met name op psychiatrisch vlak, noodzakelijk. Ik hoop dat de resultaten van dit onderzoek er toe zullen bijdragen dat er bij de intake een betere screening zal plaatsvinden waardoor een betere behandeling kan volgen voor deze kwetsbare groep cliënten

Ik wil iedereen bedanken die mij geholpen heeft dit onderzoek mogelijk te maken

Inhoudsopgave	blz.
SAMENVATTING	2
SUMMARY	3
HOOFDSTUK 1 INLEIDING	4
<i>Inleiding</i>	4
<i>Tactus</i>	5
<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)</i>	6
<i>Autismespectrumstoornissen (ASS)</i>	7
<i>Onderzoeksvragen</i>	8
HOOFDSTUK 2 METHODE SECTIE	10
<i>Procedure</i>	10
<i>Locatie</i>	10
<i>Onderzoekspopulatie.</i>	10
<i>Instrumenten</i>	10
<i>-MATE, meten van Addicties en Triage</i>	11
<i>-Zelfrapportage vragenlijst over aandachtsproblemen en hyperactiviteit voor volwassenen en kindertijd (ADHD vragenlijst)</i>	14
<i>-Autisme screener (AQ)</i>	15
<i>-Neuropsychiatrisch Interview (MINI plus internationaal)</i>	16
<i>Statistische analyse</i>	16
HOOFDSTUK 3 RESULTATEN	18
<i>Validatie van de MATE met betrekking tot ADHD</i>	18
<i>Validatie van de MATE met betrekking tot ASS</i>	20
<i>Prevalentie psychiatrische ziektebeelden</i>	22
HOOFDSTUK 4 DISCUSSIE	26
<i>Validatie van de MATE met betrekking tot ADHD</i>	26
<i>Validatie van de MATE met betrekking tot ASS</i>	27
<i>Prevalentie psychiatrische ziektebeelden</i>	29
<i>Beperkingen van dit onderzoek</i>	30
<i>Aanbevelingen van dit onderzoek</i>	31
Literatuurlijst	32
Internet/intranet	35

SAMENVATTING

Inleiding

Dit validatie onderzoek is gedaan bij Tactus, instelling voor verslavingszorg, op de afdeling de forensische polikliniek. Hier worden cliënten, veelal aangemeld door de reclassering, waarbij sprake is van forensische problematiek, in combinatie met verslavingsproblematiek onderzocht en behandeld. Bij elke cliënt die wordt aangemeld wordt standaard een intake afgenomen middels het instrument de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie). Kort samengevat wordt afzonderlijk vastgesteld: behandelgeschiedenis, verslavingsernst, sociale integratie (activiteiten en participatie) en de lichamelijke en psychiatrische co-morbiditeit. Dit validatie onderzoek bestaat uit het vaststellen van de psychometrische kwaliteiten van de MATE. Gekeken zal worden of een mogelijke aanwijzing voor ADHD of autisme ook te halen is uit items, modules of somscores van de MATE. Als tweede onderdeel zal de psychiatrische problematiek van de cliënt in kaart worden gebracht.

Methodesectie

In de periode april 2008 tot en met november 2008 zijn 58 cliënten aangemeld bij de forensische polikliniek. Zij zijn uitgenodigd voor een uitgebreide intake bij Tactus. De cliënten is de MATE afgenomen. Vervolgens hebben zij de 'Zelfrapportage Vragenlijst over aandachtsproblemen en hyperactiviteit' (ADHD vragenlijst) ingevuld. Deze lijst is gebaseerd op de DSM-IV criteria voor ADHD. Vervolgens hebben zij de autisme screener, ook wel AQ genoemd, ingevuld. Deze screener is ontwikkeld om de mate van autistische eigenschappen bij volwassenen aan te geven. Als laatste is de cliënten een interview afgenomen. De MINI plus is een semi gestructureerd (neuro) psychiatrisch interview gebaseerd op diagnoses volgens criteria van de DSM IV. Alle analyses zijn uitgevoerd in SPSS versie 16.0.

Resultaten

Met betrekking tot het valideren van de MATE met de ADHD vragenlijst en de AQ screener bij cliënten van JusTact, zijn items gevonden die een aanwijzing kunnen geven voor ADHD en Autisme. Volgens de uitkomsten op de ADHD vragenlijst scoort 18 % van de cliënten positief op ADHD. Geen cliënt scoort positief op autisme volgens de AQ. Voor het valideren van de MATE met autisme is gekozen het afkappunt van de screener te verlagen van 32 naar 25,5. In totaal scoort 69% van de cliënten positief op een psychiatrisch ziektebeeld, buiten de diagnose verslaving. De meest voorkomende psychiatrische stoornis is de AS 2 stoornis; een Antisociale persoonlijkheidsstoornis (39%).

Discussie

De MATE lijkt in staat tot identificatie van een mogelijke aanwijzing voor ADHD en ASS. Echter ASS blijkt moeilijk op te sporen via screening en zelfrapportage en daarbij is de AQ nog niet gevalideerd naar Nederlandse normen. Daarmee is het niet uit te sluiten dat de cliënten in de groep ASS ook daadwerkelijk ASS hebben. Een hoge prevalentie van psychiatrische ziektebeelden is gevonden. De volgende aanbevelingen kunnen naar aanleiding van dit onderzoek gedaan worden; MATE som scores kunnen gemaakt worden voor ADHD en ASS. Bij positieve scores kan vervolgdagnostiek gedaan worden. Een psycholoog van JusTact zou een bijdrage kunnen gaan leveren bij de diagnostiek van ASS

SUMMARY

Introduction

This validation research is done by Tactus institution for addiction, at the department forensic clinic. Clients with forensic issues, combined with addiction problems, usually notified by their probation worker, are investigated and treated. Each client being notified is a standard intake administered through the MATE (Measuring Addiction for Triage and Evaluation) instrument. In brief, separately identified: treatment history, addiction severity, social integration (activities and participation) and the physical and psychiatric co-morbidity. This validation study consists in determining the psychometric qualities of the MATE. We will investigate whether the diagnosis is ADHD or autism is to be retrieved from of the MATE. The second part, the psychiatric problems of the clients are brought to the attention

Method

In the period April 2008 to November 2008 58 clients were registered to the forensic clinic. They are invited for an extensive interview with Tactus. The MATE has been administered. Then they have completed the Self Reporting Questionnaire on attention problems and hyperactivity (ADHD questionnaire). This list is based on the DSM-IV criteria for ADHD. After that, they have the Autism screener, also known as AQ completed. This screener was developed to indicate the degree of autistic characteristics in adults. Finally, the clients had an interview. The MINI plus is a semi-structured (neuro) psychiatric interview based on diagnoses according to the DSM IV. All examinations were performed in SPSS version 16.0.

Results

With regard to the validation of the MATE with the ADHD questionnaire and AQ screener to clients of JusTact, items who give an indication for ADHD and Autism could be found. According to the results of the ADHD questionnaire 18% of clients scores positively to ADHD. No client scored positive on autism, according to the AQ. For the validation of the MATE with autism is chosen to reduce the cutoff of the screener. The overall score is 69% of clients positively for a psychiatric disorder, beyond the diagnosis of addiction. The most common psychiatric disorder is the Axis 2 disorder; an antisocial personality disorder (39%).

Discussion

The MATE seems capable to identify a possible indication for ADHD and also for Autism. Autism is difficult to detect through screening and self-report and the AQ not yet validated for Dutch standards. It is therefore not excluded that the clients in this investigation in the group Autism actually have Autism. A high prevalence of psychiatric disorders was found. The following recommendations as a result of this research can be given; MATE sum scores can be made for ADHD and ASS. Positive scores can be carried out. A psychologist of JusTact could contribute in the subsequent diagnosis of autism.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

Inleiding

Verslaving is een begrip waar veel verschillende opvattingen over bestaan. Verslaving wordt soms gezien als een ziekte, als een gewoonte, of als een maatschappelijk probleem. De term verslaving is populair in het alledaagse spraakgebruik. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM IV) is een handboek voor het geven van diagnostische criteria (APA 2000). Bij de diagnostiek van verslaving wordt onderscheid gemaakt tussen de begrippen misbruik en afhankelijkheid.

Verslaving kan worden gezien als een aandoening als gevolg van biologische (waaronder erfelijke), persoonlijke en sociale invloeden. Deze visie wordt het bio psychosociale model genoemd (Rigter, Gageldonk van, Ketelaars, Laar van. 2006). Verslaving is vaak een probleem waarbij veel schade wordt aangericht op diverse gebieden, waaronder lichamelijk, sociaal, maatschappelijk en financieel gebied. De schatting van het aantal mensen met een verslaving in Nederland is ongeveer 1.760.000. Dit betreft de middelen; Alcohol, Opiaten, Cocaïne, Amfetamine, Cannabis en Gokken. In vergelijking tot andere middelen is alcoholverslaving de meest voorkomende verslaving. De schatting is 1.200.000 mensen met een alcoholverslaving in Nederland (Landelijke Alcohol en Drug Informatie Systeem (LADIS) 2005).

Prevalentie van psychiatrische ziektebeelden bij mensen met een verslaving wordt ook wel co-morbiditeit genoemd. Co-morbiditeit is de aanwezigheid van twee (of meer) stoornissen bij een cliënt. Het optreden van co-morbiditeit roept onmiddellijk vragen op over de mogelijke verbanden tussen deze stoornissen, zoals causaliteit, en invloed op prognose en behandeling (Kraemer, Wilson, Hayward, 2006). Uit Nederlands onderzoek onder methadon patiënten van Knapen, Gogh van, Carpentier, Verbrugge, Jong de. 2007 komt naar voren dat van de gehele onderzoeksgroep, 52% van de cliënten ooit in hun leven (minstens) één psychiatrische stoornis gehad heeft of nog steeds heeft. Met uitzondering van de eetstoornissen komen alle nagevraagde psychiatrische beelden met verhoogde frequentie in de onderzoekspopulatie voor. Een grote groep cliënten maakt melding van een psychotische episode in de voorgeschiedenis (38,6%). Verder valt de hoge prevalentie van depressieve beelden (34,2%) en gegeneraliseerde angstklachten (31,2%) ten tijde van dit onderzoek op. Meer dan de helft van de cliënten maakte melding van suïcidale gedachten en gevoelens, waarbij bij 1 op 5 patiënten het suïcidaal risico als ernstig werd ingeschat. Bij aanwezigheid van psychiatrische problemen zijn het functioneren en de levenskwaliteit duidelijk verlaagd. Op alle probleemgebieden neemt de ernst toe. In deze onderzoekspopulatie komen persoonlijkheidsstoornissen vaak voor, bij 40% van de cliënten is de AS 2 antisociale persoonlijkheidsstoornis diagnose gesteld (knapen et al.,2007). Cliënten met een vermoedelijke persoonlijkheidsstoornis vertoonden significant meer andere psychiatrische stoornissen en verslavingsproblematiek. Ook uit ander onderzoek is bekend dat 58% van de mensen met een verslaving voldoet aan de kenmerken van een AS 2 persoonlijkheidsstoornis. Van de mannen met een verslaving heeft volgens dit onderzoek 26 % een Antisociale persoonlijkheidsstoornis (Bradizza, Stasiewicz, Paas. 2006).

Tactus

Tactus is een instelling voor verslavingszorg in het oosten van het land. Tactus houdt zich bezig met preventie en hulpverlening aan mensen met een verslaving. Van oudsher waren dit alcohol- en drugsverslaving, maar daar zijn ook medicijn-, eet- en gokverslaving bij gekomen. Het aantal medewerkers ligt rond de 900. Tactus biedt ambulante, deeltijd en klinische hulp verdeeld over 40 vestigingen. Het aantal cliënten per jaar ligt op ruim 6000 (www.tactus.nl).

Een onderdeel van Tactus is de Forensische verslavingspolikliniek JusTact in Warnsveld. JusTact behandelt en onderzoekt cliënten waarbij sprake is van forensische problematiek, in combinatie met verslavingsproblematiek. Het gaat om cliënten waarbij verondersteld wordt dat er een verband bestaat tussen hun middelengebruik en delictgedrag. Op de forensische verslavingspolikliniek wordt deze problematiek in samenhang benaderd. Het kan gaan om mensen met een justitiële titel maar ook mensen die dat (nog) niet hebben. Cliënten van JusTact wonen thuis of verblijven in een penitentiaire inrichting. JusTact heeft een divers behandel- en diagnostieaanbod. Diagnostiek kan een afzonderlijk aanbod zijn, maar kan ook onderdeel uitmaken van een behandeltraject op de forensische verslavingspolikliniek. Diagnostiek of behandeling bij JusTact kan ook ingepast worden in een behandeltraject bij andere onderdelen van Tactus of bij gespecialiseerde externe zorginstellingen. JusTact bestaat uit een hoofd behandeling, hoofdbedrijfsvoering, circuitmanager, een secretaresse, 3 psychologen, 2 intakekers en een psycholoog in opleiding (in dit geval ook intakeker en onderzoeker).

In een recente studie naar de prevalentie van psychiatrische ziektebeelden onder de eigen populatie binnen Tactus is een prevalentie van 50% vastgesteld en specifiek voor de methadonpopulatie een prevalentie van bijna 60% (Tactus, Validatie van de MATE, 2008). Er is nog weinig bekend over onderzoek bij cliënten van een forensische polikliniek als JusTact. Indien gekeken wordt naar een gevangenispopulatie dan komt naar voren dat veel gedetineerden hoog scoren op verslaving in combinatie met andere psychiatrische ziektebeelden. In Amerika (IOWA) bleek in een gevangenis dat 90% van de gedetineerden aan een psychiatrisch ziektebeeld voldeed (Gunter, Arndt, Wenman, Allen, Loveless, Sieleni, Black, 2008). Gedetineerden hadden een gemiddelde van 4,2 ziektebeelden. Daarnaast scoorde 35% van de gedetineerden op een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Van mensen met een persoonlijkheidsstoornis is bekend dat zij een negatieve prognose hebben ten aanzien van abstinentie van middelen (Vaglum, 2005) Ook bleek uit onderzoek bij de gevangenispopulatie van IOWA dat 30% van de gedetineerden een verhoogd risico op suïcide had (Gunter et al., 2008) .

Middelenafhankelijkheid op haar beurt heeft naast algemene negatieve gevolgen zoals sociale, economische en lichamelijke problemen ook specifieke risico's voor de psychiatrische behandeling. Inadequate diagnostiek kan leiden tot onjuiste behandeling (Knapen et al., 2007). Samengevat kan gesteld worden dat het belangrijk is om de bijkomende psychiatrische problematiek naar voren te halen om een goede behandeling te kunnen bieden en uitval in behandeling en terugval in middelengebruik zo goed mogelijk proberen te voorkomen.

Het denken over verslaving en de behandeling van verslaafden heeft de laatste 50 jaar een enorme ontwikkeling doorgemaakt die niet alleen heeft geleid tot meer kennis, maar ook tot nieuwe, effectieve interventies en tot een betere en meer efficiënte vorm van zorgtoewijzing (Brink van de, Schippers 2008). Er zijn nog weinig klinische variabelen bekend met een goede voorspellende waarde en is nog onvoldoende duidelijk hoe individuele patiënten het beste behandeld kunnen worden. Wel is al 25 jaar bekend dat klinische behandelingen lang niet altijd effectiever zijn dan

ambulante, al is het zo dat patiënten met complexe problemen het soms wat beter doen met een klinische behandeling (Brink van den, Schippers 2008). Op basis van deze gegevens heeft men de laatste jaren in Nederland een aantal zorgtoewijzingsprotocollen ontwikkeld op basis van een combinatie van stepped care en matched care; programma's die moeten leiden tot een effectievere en efficiëntere besteding van het beschikbare budget (Brink van den, Schippers 2008).

Het meten van uitkomsten duikt meer en meer op in de gezondheidszorg, inclusief de geestelijke gezondheidszorg. Getuigen daarvan zijn het toenemende aantal internationale publicaties en een groeiende interesse vanuit de sector en de overheid om zicht te krijgen op de resultaten van de behandeling van personen met een psychische stoornis (Baert, 2008). Om de verandering van ernst van een stoornis en de effectiviteit van de behandeling na te gaan zijn de laatste decennia heel wat meetinstrumenten ontwikkeld, ook in Nederland. Enerzijds kan het meten van resultaten een meerwaarde betekenen in de behandeling. Anderzijds biedt het meten van resultaten kansen voor de integrale kwaliteitszorg (Baert, 2008).

Tactus gebruikt als meetinstrument de MATE. De MATE staat voor Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie en is ontwikkeld onder leiding van een stuurgroep van wetenschappers en clinici door het Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) en Bureau Beta te Nijmegen in samenwerking met Tactus (Schippers, Broekman, Buchholz, 2007). De ontwikkeling is grotendeels mogelijk gemaakt door enkele subsidies van het ZonMw. De handleiding en protocol zijn ontwikkeld aan de hand van empirisch onderzoek dat met versie van versie 1.0 van de MATE is uitgevoerd (Schippers et al., 2007).

De MATE is gebaseerd op de begrippenkaders die worden aangereikt door de WHO (World Health Organization). Zoveel mogelijk is gebruik gemaakt van het instrumentarium van de WHO, bijvoorbeeld van de CIDI (Composite International Diagnostic Interview) (Schippers et al., 2007). Bij de ontwikkeling van de MATE is om die reden gekozen voor de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Schippers et al., 2007). Aan dit classificatiesysteem ligt het bio psychosociale model ten grondslag. De ICF ordent op systematische wijze alle aspecten van het menselijk functioneren, die verband kunnen houden met een gezondheidsprobleem en deze worden geordend in domeinen. De enige uitzondering is de diagnostiek van afhankelijkheid en misbruik. Hier is gekozen voor de DSM IV van de Amerikaanse APA (American Psychiatric Association) (Schippers et al., 2007). De MATE bestaat uit tien modules, in totaal 229 items. Deels betreft het interviews en deels (zelfinvul)-vragenlijsten. De uitslag wordt vertaald in 20 MATE-scores. Deze scores kunnen een indicatie geven voor verdiepend onderzoek op een bepaald gebied.

Kort samengevat wordt uit de MATE afzonderlijk vastgesteld: behandelgeschiedenis, verslavingsernst, sociale integratie (activiteiten en participatie) en de lichamelijke en psychiatrische co-morbiditeit.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

ADHD is een neurologische AS 1 psychiatrische stoornis gekenmerkt door onoplettendheid, hyperactiviteit en impulsiviteit (McCann, Roy-Byrne 2004). De DSM-IV-TR (APA, 2000) maakt een verdeling in drie subtypes: het overwegend hyperactieve/impulsieve type, het overwegend onoplettende type en tot slot het gecombineerde type, waarin symptomen van beide types kunnen voorkomen.

Uit verschillende andere onderzoeken blijkt een duidelijk verband gelegd te kunnen worden tussen middelengebruik en ADHD. Onderzoek van het Trimbos-instituut toont aan dat er een sterke link is tussen verslaving en ADHD. Bij 18% van de cliënten van instellingen voor verslavingszorg is sprake van deze stoornis (Glind van de, Kooij, Duin, van, Goossensen, Carpentier, 2004). Uit onderzoek van Schubiner, Tzelepis, Milberger, Lockhart, Kruger, Kelley, Schoener (2000) komt naar voren dat 24% van de verslaafden gediagnosticeerd is met ADHD. Uit de literatuur is bekend dat de aanwezigheid van ADHD een negatieve invloed heeft op de behandeling van de verslaving (Wilens, Biederman, Mick, 1998). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat cliënten met ADHD eerder de behandeling voortijdig beëindigen en een lagere kans hebben om de behandeling succesvol af te ronden (Levin, Evans, Vosburg, Horton, Brooks 2004). Biederman, Faraone, Spencer, Wilens, Norman, Lapey, Mick, Lehman, Doyle (1993) vergeleken volwassenen met ADHD met “gezonde” volwassenen. Ten opzichte van de gezonde volwassenen werden bij volwassenen met ADHD significant hogere percentages gevonden met betrekking tot de AS 2 Antisociale persoonlijkheidsstoornis (12-18% versus 3%), angststoornissen en alcohol- en drugsmisbruik. Tevens ervaren volwassenen met ADHD meer leerproblemen en hadden volwassenen met ADHD een significant lagere sociaal-economische status bereikt. Bovenstaande maakt het belangrijk om deze aandoening bij de cliënt op te sporen alvorens je kunt starten met een behandeling. In 2007 is er in Nederland klinisch epidemiologisch onderzoek gedaan naar de psychiatrische co-morbiditeit bij methadon patiënten en hieruit kwam naar voren dat 21,3 % van de cliënten positief scoort op ADHD. Samengevat is bij patiënten met ADHD het functioneren minder goed en komen psychiatrische stoornissen, persoonlijkheidspathologie en comorbide verslaving vaker voor dan bij opiaatafhankelijke patiënten zonder ADHD (Knapen et al., 2007).

Autisme spectrumstoornissen (ASS)

ASS wordt gekenmerkt door vanaf de vroege jeugd bestaande problemen met de sociale en communicatieve interactie, met daarbij een beperkt repertoire van gedrag en interesses (Horwitz, Sytema, Ketelaars, Wiersma, 2005). Bij ASS is er sprake van een pervasieve ontwikkelingsstoornis op drie gebieden, volgens de DSM IV (APA 2000). In de eerste plaats een contactstoornis met name in de sociale interactie. In de tweede plaats een kwalitatieve beperking in de communicatie. In de derde plaats een stoornis in het voorstellingsvermogen en beperkte interesses en activiteiten. Over ASS bij volwassenen is nog weinig bekend. Van het aantal kinderen wordt geschat dat .006% lijdt aan ASS, waarvan het overgrote deel lijdt aan PDD-NOS (Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified) (www.trimbos.nl). Horwitz, Ketelaars en Lammeren van (2008) beschrijven een prevalentie van 0.5-6%. Tegenwoordig staat een autisme spectrumstoornis in de literatuur vaak als synoniem voor PDD-NOS (Horwitz et al., 2008). Over het verloop van ASS onder de algemene bevolking is weinig bekend. Ook over de relatie autisme en verslaving is tot op heden niet veel bekend. Uit Nederlands onderzoek in 2004 bij de verslavingskliniek de “Zwolse Poort” kwam naar voren dat van de 118 cliënten 6.7% van de mensen gediagnosticeerd is met autisme en/of aanverwante stoornissen (Wijngaarden van., Cremers, Graag van der, 2007). Dit kan mogelijk betekenen dat een autisme spectrumstoornis onder verslaafde cliënten vaker voorkomt dan gedacht wordt.

Bekend is dat verslaving en ASS beiden gekenmerkt worden door een genetische predispositie (Wijngaarden van, 2007). Deze aanleg kan getriggerd worden door interacties met de sociale omgeving in de breedste zin van het woord. Bij gedrag dat gekoppeld is aan belonende situaties is

het mesolimbisch dopamine systeem nauw betrokken. Dit speelt een cruciale rol in de ontwikkeling van verslaving. Bij ASS worden de twee eerste elementen uit de Trias van Wing (sociale wederkerigheid en communicatie) voor een deel ‘opgevangen’ door repetitieve handelingen en gedachten met een sterke aantrekkingskracht. Bij verslaving en ASS kunnen in de loop van de adolescentie obsessieve elementen naar voren komen, hetgeen suggereert dat het serotonine systeem ook een rol speelt (Wijngaarden van et al., 2007).

In navolging van de belangstelling voor ADHD bij volwassenen is er de afgelopen jaren steeds meer vraag naar diagnostiek van lichtere vormen van ASS bij normaal begaafde volwassenen (Horwitz et al., 2005). ASS en ADHD gaan vaker gepaard, het verschil zit in het feit dat het bij ASS ontbreekt aan wederkerigheid in het sociale contact (Kooij 2002). Van mensen met ASS is bekend dat zij door hun beperkt introspectief vermogen vaak moeilijk hun problemen kunnen aangeven en deze problemen onder- of overschatten. In de bejegening van de cliënt dient de hulpverlener rekening te houden met een mogelijke stoornis in de informatieverwerking, met een vaak zwakke centrale coherentie (Horwitz et al., 2008). Centrale coherentie verwijst naar de vaardigheid om betekenis te verlenen aan (sociale) informatie. Mensen met ASS letten vaak vooral op details en kijken minder naar de samenhang. Ze nemen de werkelijkheid fragmentarisch en letterlijk waar. Daardoor kunnen ze sociaal onhandig gedrag laten zien. Deze theorie verklaart niet alleen de zwakke kanten van mensen met ASS. Het biedt ook een verklaring voor de kwaliteiten die bij sommigen voorkomen, zoals een detailkennis voor treinen of dinosaurussen. Daarnaast hebben mensen met ASS een zwakke theory of mind (Horwitz et al., 2008). Dit betekent een onvermogen tot het inleven in de gedachten, gevoelens en intenties van andere mensen. Dit heeft tot gevolg dat andere mensen zich onbegrijpelijk en onvoorspelbaar gedragen. Als derde hebben mensen met ASS een beperkt executief functioneren (Horwitz et al., 2008). Dit verwijst naar de vaardigheid om te gaan met situaties waarin snelle en routinematige oplossingen niet meer werken. Daarvoor is onder andere planning en flexibiliteit nodig. Mensen met ASS hebben hier moeite mee. Ze blijven bijvoorbeeld vasthouden aan een gekozen oplossingsstrategie, ook als deze niet meer werkt. Daarnaast hebben ze veel moeite met het gelijktijdig doen van meerdere dingen. Dit kan verklaren waarom mensen met ASS graag vasthouden aan routines en gewoontes en star zijn in hun doen en laten. Dit maakt het des te belangrijker om ASS te diagnosticeren. Op deze manier kan een juiste behandeling geboden worden.

Onderzoeksvragen

Met betrekking tot dit onderzoek worden de volgende onderzoeksvragen gesteld:

- Kan uit het intake instrument de MATE aanwijzingen gevonden worden voor de psychiatrische AS 1 stoornis ADHD bij cliënten die worden aangemeld bij de forensische verslavingskliniek JusTact? De psychometrische kwaliteiten van de MATE worden vastgesteld, onderzocht zal worden of de MATE items of somscores bevat die een aanwijzing kunnen geven voor de psychiatrische AS 1 stoornis.
- Kan uit het intake instrument de MATE een aanwijzingen gevonden worden voor de psychiatrische AS 1 stoornis ASS bij cliënten die worden aangemeld bij de forensische verslavingskliniek JusTact? De psychometrische kwaliteiten van de MATE worden vastgesteld, onderzocht zal worden of de MATE items of somscores bevat die een aanwijzing kunnen geven voor de psychiatrische AS 1 stoornis ASS.

- Wat is de aard en omvang van de psychiatrische co-morbiditeit bij cliënten van de forensische polikliniek JusTact? Dit zal in beeld gebracht worden aan de hand van (het afnemen van) een gestructureerd interview.

HOOFDSTUK 2 METHODE SECTIE.

Procedure

Elke cliënt in de periode april 2008 tot en met november 2008 krijgt na aanmelding een uitgebreide intake. Er zijn 3 intakekers die deze onderzoekslijsten zullen afnemen. In deze intake, die gemiddeld 3 uur duurt wordt in eerste instantie de MATE afgenomen. Er zijn cliënten bij wie de MATE al is afgenomen omdat zij al in behandeling zijn bij Tactus. In dat geval is niet afgenomen, mits de MATE niet langer dan een jaar geleden is afgenomen.

Vervolgens wordt de cliënt gevraagd zowel de ADHD vragenlijst als de Autisme screener zelf in te vullen. De intakeker blijft aanwezig om eventuele vragen te kunnen beantwoorden. Als laatste instrument wordt het gestructureerde interview de MINI plus afgenomen. Met de cliënt wordt afgesproken dat zij de terugkoppeling van deze gegevens krijgen via een psycholoog van JusTact. Voor dit onderzoek is het niet nodig geweest om toestemming te krijgen van de Medisch-ethische Toetsingscommissie Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (METIGG). Dit bleek niet nodig omdat de instrumenten onder het intakebeleid van Justact zijn komen te vallen.

Locatie

De cliënt wordt voor de intake uitgenodigd bij Tactus. Voor dit onderzoek zijn de intakes afgenomen in een vestiging in Enschede, Almelo, Deventer en Warnsveld. Indien mensen gedetineerd zijn is de intake in de betreffende Penitentiare Inrichting afgenomen. Dit is in de Karelskamp en Niendure in Almelo, de Ooijerhoek in Zutphen, de Grittenborgh in Hoogeveen, en de Kruisberg in Doetinchem geweest.

Onderzoekspopulatie.

In totaal zijn 58 mensen aangemeld bij Justact. Deze cliënten hebben meegewerkt aan dit onderzoek. Dit zijn 54 mannen en 4 vrouwen. De jongste cliënt is 18 en de oudste 61 jaar oud, de gemiddelde leeftijd is 33,12 (sd 10,7, BI 95% 30,3 en 35,95)). Van deze 58 mensen zaten er ten tijde van dit onderzoek 9 cliënten gedetineerd. Bij 49 mensen is de intake compleet afgenomen dwz Autisme screener, ADHD vragenlijst en de MINI plus. Bij 1 cliënt mist de Autisme screener, 3 cliënten hebben de ADHD vragenlijst niet ingevuld, bij 1 cliënt is de MINI plus niet afgenomen en 4 mensen missen zowel de ADHD vragenlijst als de Autisme screener .

Instrumenten

Tabel 1 – Overzicht van de gebruikte onderzoeksinstrumenten

onderzoeksinstrumenten

MATE

Volledige naam

Meten van Addicties en Triage

informatie

Behandelgeschiedenis, Verslavingsernst, sociale integratie, lichamelijke co-morbiditeit, psychiatrische co-morbiditeit

ADHD vragenlijst

Zelfrapportage vragenlijst over aandachtsproblemen en hyperactiviteit voor volwassenheid en kindertijd

Screenen van ADHD kenmerken volgens criteria van de DSM

AQ screener

Autisme spectrum quotiënt

De mate van autistische eigenschappen worden aangegeven bij volwassenen.

Mini plus

Mini internationaal psychiatrisch interview

Gestructureerd interview voor de belangrijkste AS I psychiatrische aandoeningen, en op AS II de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

MATE, meten van Addicties en Triage.

De MATE heeft als doel het op een valide en betrouwbare wijze vaststellen van cliëntkenmerken ten behoeve van indicatiestelling voor zorg en behandeling en ten behoeve van de evaluatie van de verleende zorg en behandeling. De MATE maakt het mogelijk het in Nederland door het kwaliteitsprogramma Resultaten Scoren ontwikkeld intake protocol toe te passen (Schippers et al., 2007). De Mate wordt volgens onderstaande volgorde afgenomen bij de cliënt. De uitslag van de MATE wordt vertaald in 20 MATE-scores, deze scores kunnen een indicatie geven voor verdiepend onderzoek op een bepaald gebied.

- Module 1 stelt aan de hand van 51 items het gebruik van psychoactieve stoffen in de afgelopen 30 dagen en in de loop van het leven vast. Uitgegaan wordt van het aantal jaren dat een cliënt minimaal 3 keer week een middel gebruikt heeft. Naast middelengebruik is gokken in de lijst opgenomen. Gebruik is gemaakt van de opsomming in de CIDI 2.1. Deze lijst wordt gebruikt om de verslaving ernst vast te stellen en voor het meten van verandering.
- Module 2 helpt aan de hand van 16 dichotome items vast te stellen of nadere medische of psychiatrische zorg of behandeling dan wel diagnostiek is geïndiceerd. In kaart wordt gebracht of iemand medicatie gebruikt, eerder behandeling heeft gehad of dat er klachten zijn op medisch of psychiatrisch gebied. Hieruit volgen 3 MATE-scores:
 - S 2.1 Kenmerken somatische co-morbiditeit. Deze score wordt afgeleid van het aanwezig zijn van de volgende verschijnselen: maakt duidelijk een lichamelijke ongezonde indruk, vertoont intoxicatie/ontwenningverschijnselen, heeft een ernstige of besmettelijke ziekte en/of is zwanger.
 - S2.2 Andere psychiatrische of psychologische behandelingen worden afgeleid van het hebben van voorgeschreven medicatie voor psychische problemen of het recent onder psychiatrische of psychologische behandeling zijn.
 - S2.3 psychiatrische co-morbiditeit wordt afgeleid uit het aanwezig zijn van de volgende verschijnselen: suïciderisico, hallucinaties, wanen en verwardheid. Gescoord worden het aantal verschijnselen, met een verdubbelde score voor suïcideplannen.
- Module 3 brengt de verslaving behandelingsgeschiedenis van de afgelopen 5 jaar in kaart aan de hand van 1 dichotoom item en indien nodig 3 verdiepende items.
- Module 4 onderzoekt afhankelijkheid en misbruik van het hoofdmiddel waarvoor de cliënt is aangemeld, aan de hand van 11 dichotome items. Deze module is gebaseerd op de criteria van de DSM IV over afhankelijkheid en misbruik (gebaseerd op CIDI 2.1). Hieruit volgen 3 MATE-scores:
 - S4.1 Afhankelijkheid. Volgens de DSM IV is er sprake van afhankelijkheid vanaf drempelwaarde drie positieve scores.

-S 4.2 Misbruik. Volgens de DSM-IV is er sprake van misbruik wanneer er sprake is van een positief antwoord op 1 van de 4 items over misbruik.

-S 4.3 Ernst afhankelijkheid/misbruik (S4.3) De score wordt bepaald door het aantal positieve antwoorden bij 9 items van module 4.

- Module 5 onderzoekt lichamelijke klachten van de afgelopen 30 dagen. Voor het vaststellen van de lichamelijke gezondheidstoestand wordt de Maudsley Addiction Profile-Health Symptom Scale (MAP-HSS; Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann et al 1998) gebruikt. De MAP-HSS is een gestructureerd interview van 10 items. De 10 items worden gescoord op een 5-punt Likert schaal (0 = helemaal niet tot 4 = voortdurend) . De schaalscore wordt berekend door de scores per item op te tellen.
-S 5.1. Deze score wordt bepaald door de som van de scores op deze items. Hoe hoger de som hoe meer lichamelijke klachten.
- Module 6 onderzoekt het aspect persoonlijkheid. Dit wordt onderzocht aan de hand van de Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale (SAPAS) deze screent op persoonlijkheidsstoornissen. Dit korte gestructureerde interview bestaat uit de eerste 8 vragen van de Standardised Assessment of Personality. De SAPAS vertoont een matige interne consistentie (Cronbachs alpha =0,68) en een redelijke reproduceerbaarheid (Moran, Leese, Lee, Walters, Thornicroft, Mann 2003) Bij een afkappunt van 3 punten bedraagt de sensitiviteit en specificiteit van de SAPAS 0,94 respectievelijk 0,85% en de positief en negatief predictieve waarden 0,92 respectievelijk 0,98. De SAPAS kan gebruikt worden in situaties waar weinig informatie voorhanden is. Daarnaast kan de SAPAS gebruikt worden als screenings instrument. (Hesse,Rasmussen, Pedersen, 2008).
 - S6.1 wordt bepaald door het aantal positieve antwoorden op de items. Vanaf drempelwaarde 4 is er een indicatie voor persoonlijkheidsproblematiek.
- Module 7 van de MATE beoordeelt aan de hand van 72 items op 19 geselecteerde domeinen de beperking in de uitvoering van, of de moeite die een cliënt heeft met activiteiten of participatie daaraan. De mate van beperking wordt aangegeven op een schaal van geen beperking tot volledig beperkt. In de tweede plaats wordt de hoeveelheid zorg of ondersteuning, wanneer van toepassing, die de persoon krijgt van diensten of instituties. Zowel de intaker als de cliënt dienen afzonderlijk aan te geven wat zij vinden dat er aan zorg nodig zou zijn. Als laatste wordt aangegeven of de eigen instelling bereid en in staat is de betreffende zorg te bieden. Deze module is ontwikkeld aan de hand van de ICF, evenals de volgende module. Hieruit volgen 4 MATE scores:
 - S 7.1 Beperkingen totaal. De score voor Beperkingen-Totaal is de som van de beperkingenscores op 19 items van module 7.
 - S 7.2 Beperkingen basaal. De score voor Beperkingen Basaal is de som van de beperkingenscores op acht items: wonen, huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging, zelfbescherming, voedselverzorging, behandeltrouw, verhoeden gezondheidsschade, dagritme en uitvoering.
 - S 7.3 Beperkingen relationeel. De score is de som van de beperkingenscores op vijf items: intieme relaties, ouder/kind relaties, informele relaties, formele relaties, en contact in het algemeen.
 - S7.4 Zorg en ondersteuning bij beperkingen. De score is de som van de acht zorg en ondersteuningsmodules in module 7.

- Module 8 beoordeelt aan de hand van 31 items op 4 geselecteerde factoren, de grootte van de positieve respectievelijk negatieve invloed van factoren waarvan de aard nader moet worden toegelicht. In kaart wordt bijvoorbeeld gebracht welke mensen van positieve invloed zijn op het herstel van de cliënt en welke negatief. Ook bij deze lijst dienen de intaker en de cliënt wederom aan te geven wat zij afzonderlijk vinden dat er aan zorg nodig zou zijn. Als laatste wordt aangegeven of de eigen instelling bereid en in staat is de betreffende zorg te bieden. Hieruit volgen 3 MATE-scores:
 - S8.1 Positieve externe invloed. De score is de som van de scores op drie items van module 8, partner, juridische zaken en andere factoren.
 - S 8.2 Negatieve externe invloed (S 8.2) De score is de som van de scores op vijf items, van module 8, partner, relatieverlies, maatschappelijke attitudes, juridische zaken en andere factoren.
 - S 8.3 Zorgbehoefte. De score is het aantal domeinen in module 7 en 8 waarop of de cliënt of de beoordelaar behoefte aan zorg of ondersteuning aangeeft.
- Module 9 is genomen als onderdeel van het bepalen van de verslavingernst. Dit is de verkorte OCDS (Obsessive-Compulsive Drinking Scale). De oorspronkelijke OCDS is ontwikkeld door Anton, Moak, Latham, (1996) de verkorte door De Wildt, Lehert, Schipper, Nakovics, Mann, Brink van den (2005). Deze lijst kan beschouwd worden als een maat voor het verlangen naar middelen (craving). Het is een zelfinvullijst van 5 items. De 5 items worden gescoord op een 5-punt Likert schaal (0 = geen verlangen tot 4 = zeer zeker of meestal van toepassing). Hieruit volgt 1 MATE score:
 - SZ1.1 Verlangen. De score wordt bepaald door de som van 5 items.
- Module 10 is eveneens een zelfinvullijst namelijk de Depression Anxiety Stress Scale (DASS). De subschaal depressie beoordeelt symptomen als traagheid; gebrek aan belangstelling / betrokkenheid; zelfstandige afschrijvingen; devaluatie van het leven en ontmoediging. De subschaal angst evalueert excitatie van het autonome zenuwstelsel; lichamelijke effecten als beven; situationele angst; subjectieve angst ervaringen. Ten slotte beoordeelt de subschaal spanning of iemand moeite heeft om te ontspannen; nerveus excitatie; prikkelbaarheid / overdreven reactie en ongeduld (Apostolo, Mendes, Azeredo. 2006). De 21 items worden gescoord op een 4-punt Likert schaal (0 = helemaal niet tot 3 = zeer zeker of meestal van toepassing). De schaalscore wordt berekend door de scores per item op te tellen. Uit onderzoek blijkt dat de psychometrische kwaliteiten van de DASS goed te noemen zijn. De interne consistentie is uitstekend. Er is sprake van convergente en discriminerende validiteit ten opzichte van andere vragenlijsten (Brown, Korotisch, Chorpita, Barlow 1997). Hieruit volgen 4 MATE-scores:
 - SZ 1.1 Depressie De score wordt bepaald door de som van de zeven betreffende items over depressie.
 - SZ2.2 Angst. De score wordt bepaald door de som van de 7 betreffende items over angst.
 - SZ2.3 Stress. De score wordt bepaald door de som van de 7 betreffende items over stress.
 - SZ 2.4 Depressie angst stress totaal. De score wordt bepaald door de som van de MATE-scores ZS2.1, ZS 2.2 en ZS 2.3.

De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG) is in 2008 nagegaan welke meetinstrumenten beschikbaar zijn voor, onder andere, de verslavingszorg. Hieruit is naar voren gekomen dat voor de doelgroep verslaafdenzorg mogelijke meetinstrumenten De European Addiction Severity Index (EuropASI) en de Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) zijn. De meetinstrumenten blijken gebruiksvriendelijk en geven weinig of geen problemen bij afname, hoewel enige vertrouwdheid met het meetinstrument belangrijk is. De MATE is ontwikkeld in Nederland en is in veel opzichten vergelijkbaar met de EuropASI, die ontwikkeld is in Amerika. Een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is reeds vastgesteld. Bij de EuropASI zijn het vooral klinische aspecten en het middelengebruik, de MATE heeft daarnaast ook aandacht voor functionele aspecten (Baert, 2008).

Zelfrapportage vragenlijst over aandachtsproblemen en hyperactiviteit voor volwassenen en kindertijd (ADHD vragenlijst)

Ten aanzien van diagnostiek van ADHD kan het volgende gesteld worden. De DSM-IV-TR (APA, 2000) beschrijft een negental diagnostische kenmerken op het gebied van aandachtstekort, en een negental kenmerken op het gebied van hyperactiviteit. Aan minimaal 6 criteria van een gebied moet worden voldaan om te kunnen spreken van ADHD. De symptomen moeten functionele beperkingen veroorzaken en mogen niet toe beter toe te passen zijn op ander mentale stoornissen (bijvoorbeeld. stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, angststoornissen (APA, 2000) Volgens de DSM-IV (APA, 2000) moeten volwassenen de symptomen ervaren gedurende minstens zes maanden op een manier die inconsistent of onaangepast is met hun ontwikkelingsniveau. Daarnaast moet er evidentie bestaan dat sommige hyperactieve/impulsieve of inattentieve symptomen genoeg aanwezig waren om beperkingen te veroorzaken voor de leeftijd van zeven jaar. Bovendien moet een volwassene beperkingen vertonen op twee of meer settings als school, werk of thuis. De symptomen mogen zich niet enkel voordoen tijdens een psychotische stoornis of passend zijn voor een andere mentale stoornis (APA, 2000). Tot slot moeten we een chronisch ontwikkelingsverloop van ADHD symptomen vaststellen van kind tot volwassene (APA 2000). Kooij en Buitelaar (1997) ontwikkelden een Nederlandse 'zelfrapportage vragenlijst voor ADHD bij volwassenen', gebaseerd op de DSM-IV criteria (APA, 1994) voor ADHD. De vragenlijst is gebaseerd op de klinische ervaring van Kooij. De lijst bestaat uit 46 items, waarvan de eerste 23 naar het gedrag van de volwassene gedurende de afgelopen zes maanden uitvraagt. De andere 23 items bevragen retrospectief het gedrag van de volwassene als kind van 0 tot 12 jaar. De 46 items worden opgedeeld in twee subschalen: een schaal die het huidige aandachtstekort weergeeft en een schaal voor het huidig hyperactief/impulsief gedrag. Alle items worden door de proefpersoon beantwoord via een 4-punten Likert-schaal gaande van 0 (nooit of zelden) tot 3 (erg vaak). Een vraag wordt positief gescoord als men 2 (vaak) of 3 (erg vaak) omcirkelt. Voor beide schalen bedraagt de minimumscore 0 en de maximumscore 9. Om tot 9 items per subschaal te komen, worden sommige vragen samen genomen (analoog aan de DSM-IV, APA 1994). Positief scoren op één van de twee vragen is voldoende. Een voorlopig criterium voor onderscheiding tussen wel of geen aanwijzing voor ADHD is gesteld op 5 van de 9 kenmerken van één van beide of beide symptoomdomeinen, voor het actuele gedrag. Voor het gedrag uit de kindertijd ligt het criterium op 6 van de 9 items.

De ADHD vragenlijst is gebruikt in klinisch en epidemiologisch onderzoek. De betrouwbaarheid, de convergente en divergente validiteit, evenals de predictie van de klinische diagnose ADHD is met behulp van de screener onderzocht bij 120 volwassenen met ADHD, hun partners en hun ouders. (Kooij, Boonstra, Swinkels, Bekker, Noord de, Buitelaar 2008). De vragenlijst bleek voldoende betrouwbaar en valide. De klinische diagnose werd goed voorspeld door de vragenlijst voor ADHD. Conclusie van dit onderzoek is dat van zelfrapportage gebruik kan worden gemaakt voor de klinische praktijk en voor wetenschappelijke doeleinden om ADHD te detecteren. Tevens kwam naar voren dat volwassenen met ADHD betere informanten zijn dan ouders en partners, maar neigen tot onderrapportage over de ernst van de symptomen ten opzichte van de klinische diagnose.

Om ADHD beter te herkennen en te behandelen is door het Trimbos-instituut samen met deskundigen uit de verslavingszorg in 2004 een Protocol ontwikkeld (Glind van de, Kooij, Duin van, Goossensen, Carpentier, 2004). Het protocol ADHD en verslaving stelt dat omdat het hier om een eerste screening op levenslange ADHD-symptomen gaat, zij aanraden vooral te letten op een levenslang verloop van de symptomen en niet uitsluitend af te gaan op de afkappunten van de vragenlijst als aanwijzing voor verdiepende diagnostiek. Een continu beloop van een iets lager aantal symptomen kan een even sterke aanwijzing voor ADHD zijn. Voor het valideren van de MATE is uitgegaan van een “streng” afkappunt van 6 positieve scores in de kindertijd en 5 positieve scores in de volwassenheid, zoals vastgesteld door Kooij.

Autisme screener (AQ)

Een cliënt voldoet aan ASS als er sprake is van een contactstoornis met name in de sociale interactie. Daarnaast is een kwalitatieve beperking in de communicatie en als laatste een stoornis in het voorstellingsvermogen en beperkte interesses en activiteiten onderdeel van ASS. Een cliënt moet een positieve score halen op minimaal zes van de twaalf criteria die betrekking hebben op bovenstaande gebieden. Daarnaast moet er sprake zijn van een achterstand in of abnormaal functioneren voor het derde levensjaar. Als laatste mag de stoornis niet toe te schrijven aan de stoornis van Rett of een desintegratiestoornis van de kinderleeftijd (APA 1994). Diagnostiek van autisme is tijdrovend en vraagt veel investering van de cliënt en zijn familie. Heteroanamnese is een belangrijk onderdeel van diagnostiek. Om deze reden is de Autismescreener, ook wel AQ genoemd ontwikkeld. De AQ is ontwikkeld door Baron-Cohen en zijn collega's van Cambridge Autisme Research Center (Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin, Clubley, 2001) om de mate van autistische eigenschappen bij volwassenen aan te geven. De AQ is in 2005 vrij vertaald door E. Hullu bij Spatie, centrum voor Geestelijke Gezondheid te Apeldoorn.

De AQ is gebaseerd op het uitgangspunt dat elk individu met betrekking tot de ASS-domeinen op een continuüm van normaal tot autistisch functioneren te plaatsen is. De scores op deze screener (0 tot 50) kwantificeert deze autistische lading (Baron et al.,2005). De 50 stellingen van de screener kunnen op drie manieren worden beantwoord, mee eens, weet niet, oneens. De items zijn gericht op actueel gedrag op vijf verschillende gebieden, 10 vragen per categorie. Deze gebieden beslaan criteria volgens de DSM en zijn achtereenvolgens: sociale vaardigheid, aandachtverschuiving, aandacht voor detail, communicatieve vaardigheden en verbeelding (Baron-Cohen et al.,2001). De cut off ligt bij 32 punten. Van de AQ is bekend dat de test-hertest betrouwbaarheid als goed beoordeeld is (Horwitz, Ketelaars, Lammeren van, 2008).

De specificiteit en sensitiviteit van dit instrument is op dit moment niet bekend (Horwitz, et al., 2008). Deze test kan gebruikt worden als screenings instrument bij het vermoeden van een autisme-spectrum stoornis bij volwassenen. In dit geval dient de test het beste mondeling te worden afgenomen bij de cliënt in het bijzijn van een relevant familielid. Voor het valideren van de MATE is er niet voor gekozen de familie te betrekken bij het invullen van de screener. De belasting voor familie is dermate groot, versus een relatief lage prevalentie.

Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI plus)

De MINI (sheehan & Lecrubier, 1994) is de nieuwste variant van een semi gestructureerd (neuro) psychiatrisch interview gebaseerd op de DSM IV. (De Ruiter, Hildebrand 2006) De MINI plus is een uitgebreidere versie van de MINI. De geïnterviewde wordt gevraagd zoveel mogelijk te antwoorden met ja of nee. De opbouw van het interview is modulair en maakt het mogelijk eerst te screenen op het voldoen aan de inclusiecriteria voor een stoornis.

Er is een onderzoek waarin de psychometrie van de MINI (gebaseerd op DSM-III-R-criteria) uitgebreid aan de orde komt en waarin geconcludeerd wordt dat de betrouwbaarheid en validiteit (onderzocht in relatie tot SCII, CIDI en psychiatrisch expertoordeel als gouden standaard) van ruim voldoende niveau zijn om in aanmerking te komen voor verdere toepassing en doorontwikkeling (De Ruiter, Hildebrand 2006). Voor dit validatie onderzoek is gekozen voor de MINI plus. Dit instrument screent uitgebreider op aanwezigheid van AS I stoornissen dan de MINI. 78 DSM IV AS 1 diagnoses worden uitgevraagd voor volwassenen, waaronder ook ADHD. Daarnaast wordt de mate van suïcidaliteit en de antisociale persoonlijkheidsstoornis (DSM IV AS 2 stoornis) uitgevraagd. Deze zijn toegevoegd omdat ze nogal eens een exclusie criterium voor participatie aan behandelonderzoeken zijn (Vliet van ,Beurs 2007). Er is volgens de MINI plus sprake van een diagnose als een cliënt in het verleden, huidig of lifetime positief op een diagnose scoort. Ook een combinatie kan bestaan. Te denken valt een cliënt die positief scoort op een depressie in het verleden en op een antisociale persoonlijkheidsstoornis lifetime.

Deze gegevens zijn evenwel onvoldoende voor een formele psychiatrische diagnose (Knapen et al., 2007). De afnameduur is naar schatting 40 minuten. De lijst over misbruik en afhankelijkheid van middelen is in dit onderzoek niet afgenomen. Hier is al uitgebreid bij stilgestaan tijdens het afnemen van de MATE en de verslavingsgegevens.

Statische analyse

- Op basis van de uitkomsten van de ADHD vragenlijst worden twee groepen gemaakt, een groep cliënten met ADHD en een groep zonder ADHD diagnose. Met de non-parametrische toets Mann-Whitney U, worden verschillen in de MATE en de MINI plus tussen deze twee groepen getoetst. Er wordt gebruik gemaakt van de exact toetsing vanwege de extreem kleine "N". De 0-Hypothese "gelijke verdelingen" wordt getoetst met een significantieniveau van $P < .05$ en daarnaast een $P < .1$ voor het zoeken naar marginale effecten .
- Op basis van de uitkomsten van de AQ screener worden twee groepen gemaakt, een groep cliënten met ASS en een groep cliënten zonder ASS. Met de non-parametrische toets Mann-Whitney U, worden verschillen in de MATE en de MINI plus tussen deze twee

- Beschrijvend onderzoek naar het voorkomen van psychiatrische ziektebeelden volgens de MINI plus, beschreven met een BI van 95%. Op basis van de verkregen gegevens van de MINI plus wordt de prevalentie van de gemeten problematiek bij cliënten van JusTact beschreven met een BI van 95%. De relevantie van deze resultaten wordt duidelijk aan de hand van beschrijvende statistiek.

Alle analyses worden uitgevoerd in SPSS versie 16.0.

HOOFDSTUK 3 RESULTATEN

Validatie van de MATE met betrekking tot ADHD

Van de 51 cliënten die de ADHD vragenlijst ingevuld hebben scoren 9 cliënten (18%) positief op ADHD. De gemiddelde leeftijd van de cliënten met ADHD is 31,8 jaar (sd 11,4 BI 95% tussen 23,02 en 40,54). De cliënten zonder ADHD zijn gemiddeld 33,38 jaar (sd 11,1 BI 95% tussen 29,91 en 36,85). Aan de hand van deze twee groepen zijn de uitkomsten van de 229 items en modulescores van de MATE vergeleken. Met betrekking tot de verschillende uitkomsten kan gesteld worden dat een aantal significante en marginale verschillen gevonden zijn tussen cliënten met ADHD en cliënten die geen ADHD hebben, zie tabel 2.

Tabel 2. MATE items en somscores die een aanwijzing kunnen geven voor ADHD

Module	somscore	item	ADHD N= 9	Geen ADHD N=41	P<.1
1.Middelen: Gebruik		Alcohol - jaren gebruik (lifetime) (Item module 1)	32,28	24,01	.06
		Crack- jaren gebruik	17,89	27,17	.017
		Gokken - jaren gebruik (lifetime)	30,56	24,39	.06
2. Indicaties psychiatrisch/medisch consult	S2.3 Kenmerken psychiatrische comorbiditeit (matescore)		31,89	24,10	.059
3.Verslavingsbehandelings geschiedenis					
4. Middelen: afhankelijkheid en misbruik					
5. Lichamelijke klachten		Pijnlijke gewrichten / stijfheid	18,61	27,01	.040
6. Persoonlijkheid	S6.1 Persoonlijkheid		37,17	22,94	.003
		Bent u impulsief van aard?	32,22	24,02	.068
		Bent u in het algemeen een perfectionist?	33,94	23,65	.030
7. Activiteiten en participatie		D740 formele relaties, werkgevers, zorgverleners	34,67	23,49	.011
		D 870 Hulp door eigen Instelling bij economische zelfstandigheid	18,28	27,09	.052
		D610 hulpbehoefte professional bij verwerven en behouden van huisvesting	20	26,71	.085
		D610 hulp door eigen instelling met betrekking tot huisvesting	18	27,15	.028

		D 500+ hulp door eigen instelling met betrekking tot zelfbescherming	18	27,15	.028
		D 5702 A Hulp door eigen instelling met betrekking tot persoonlijke verzorging	18,5	27,04	.038
		d1 Iets leren, toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen. Heeft de persoon moeite nieuwe vaardigheden te leren of kennis op te doen en toe te passen? Kan veroorzaakt worden door lage intelligentie maar ook door cognitieve stoornis (item module 7)	32,33	24,00	.052
Module 8 Externe factoren van invloed op herstel		Hulpbehoefte cliënt bij relatieverlies	29,56	24,61	.08
		E460 Negatieve invloed vanuit de maatschappij	36,06	23,18	.003
Module 9 Middelen verlangen					
Module 10 Depressie, Angst, Stress	SZ2.3 Stress		32,61	23,94	.053
		Ik was erg opgefokt onderdeel van de subschaal Stress	32,78	23,9	.036
		Ik had het gevoel dat ik als persoon niet veel voorstel, onderdeel van de subschaal Depressie	31,78	24,12	.031
		Ik merkte dat ik nogal licht geraakt was, onderdeel van de subschaal Stress	33,44	23,76	.031

Van de 20 MATE somscores scoren de cliënten met ADHD op 3 somscores significant hoger en bij 19 van de 229 items scoren de ADHD cliënten verschillend ten opzichte van de cliënten zonder ADHD. Cliënten met ADHD vertonen meer kenmerken van psychiatrische comorbiditeit. Dit betekent dat ADHD cliënten vaker aangeven dat de volgende verschijnselen bij hen aanwezig zijn: suïciderisico, hallucinaties, wanen en verwardheid. Daarnaast scoren de cliënten met ADHD vaker bevestigend op een aanwijzing voor persoonlijkheidsproblematiek. Van de 3 somscores is een indicatie voor persoonlijkheidsproblematiek het meest duidelijke effect voor een aanwijzing voor ADHD. Op itemniveau laten cliënten met ADHD weten dat zij meer impulsief zijn en meer perfectionistisch. Tevens ervaren cliënten met ADHD meer stress. Op itemniveau laten zij weten meer lichtgeraakt te zijn en meer opgefokt. Met betrekking tot middelengebruik scoren ADHD cliënten hoger op het aantal jaren gebruik van alcohol en gokken. Echter met betrekking tot het aantal jaren gebruik van crack scoren zij lager dan de cliënten zonder ADHD. Cliënten met ADHD laten weten minder last gehad te hebben van

pijnlijke gewrichten. Bij module 7 en 8 wordt in de MATE 20 keer uitgevraagd of de cliënt extra zorg nodig heeft ten aanzien van activiteiten en participatie of hulp bij externe factoren. Vervolgens dient de intaker 2 vragen in te vullen. In de eerste plaats moet de intaker aangeven of deze zelf vindt dat een cliënt extra zorg nodig heeft en vervolgens of de instelling in staat en bereid is deze zorg te verlenen, in totaal 60 items. Opvallend uit dit onderzoek is dat naar voren komt dat van de 40 keer de intaker een van deze 2 vragen moet beantwoorden, 4 keer naar voren komt dat de intaker vindt dat de instelling niet bereid is of in staat is de zorg te verlenen.

De cliënten met ADHD hebben verder meer moeite met formele relaties, zij hebben meer moeilijkheden in de omgang met werkgevers, zorgverleners ed. Ook hebben de cliënten met ADHD meer last van negatieve meningen en opvattingen in de maatschappij en heeft deze perceptie invloed op hun herstel. Daarnaast hebben zij meer moeite om nieuwe dingen te leren, dit toe te passen en met het oplossen van problemen.

Samengevat kan het volgende gesteld worden; De MATE heeft 229 items en uit 19 items is een aanwijzing voor ADHD gevonden, de andere 210 items geven onvoldoende aanwijzing voor ADHD. De MATE bestaat uit 20 somscores en bij 3 scores is een aanwijzing voor ADHD gevonden.

Validatie van de MATE met betrekking tot ASS

Op basis van de uitkomst van de screener voor ASS is naar voren gekomen dat niet een cliënt boven de cutoff van 32 is gekomen. Om de MATE toch te kunnen valideren is uitgegaan van een lager afkappunt. Er is uitgegaan van een eenzijdige overschrijdingskans en die ligt op het gemiddelde plus 1,645 standaarddeviatie (Bijus A.,1998). Er wordt uitgegaan van een zgn. directionele hypothese (richting). Dit betekent dat een aanwijzing voor ASS gevonden wordt als de score van een cliënt in het “hoogste” 5% gebied valt (uitgegaan wordt van een interval van 95%). Op basis van deze berekening is het afkappunt aanwijzing voor ASS komen te liggen bij 25,5 punten. Van de 52 cliënten die de Autisme screener hebben ingevuld scoren 5 cliënten (10%) positief op een mogelijke aanwijzing voor ASS. Deze cliënten zijn gemiddeld 43,8 jaar (sd 8,3 BI 95% tussen 33,51 en 54,09) , de cliënten zonder ASS zijn gemiddeld 32,4 jaar (sd 10,8 BI tussen 29,28 en 35,6). De cliënten met ASS zijn significant ouder ($P < .020$). Aan de hand van deze twee groepen zijn de uitkomsten van de 229 items van de MATE en modulescores vergeleken. Met betrekking tot de verschillende uitkomsten kan gesteld worden dat een aantal significante en marginale verschillen gevonden zijn tussen cliënten met ASS en cliënten zonder, zie tabel 3.

Tabel 3 MATE items en somscores die een aanwijzing kunnen geven voor ASS

Module	somscore	item	ASS N= 5	Geen ASS N= 41	P<.1
1. Middelen gebruik		Nicotine, jaren gebruik	40,77	24,99	.012
		Stimulantia, jaren gebruik	32,70	25,84	.082
		Andere middelen, jaren gebruik	31,2	26	.096

		Sedativa, jaren gebruik	37,4	25,34	.018
2. Indicaties psychiatrisch of medisch consult		Psychotische kenmerken	33,9	25,71	.096
3. Verslavingsbehandelingsgeschiedenis					
4. Middelen afhankelijkheid en misbruik					
5. Lichamelijke klachten		Pijn in de borst	17	27,51	.091
6. Persoonlijkheid	S6.1 Persoonlijkheid		38,1	25,27	.035
		Zou u zichzelf als een typische eenling beschrijven	38,3	25,24	.043
		Bent u in het algemeen een perfectionist	40,15	25,01	.016
7. Activiteiten en participatie	S7.1 Beperkingen totaal		37,30	25,35	.048
		D770 Hulp door eigen instelling bij intieme relaties	13,50	27,88	.025
		D7600 problemen in ouder/kind relaties	32,4	25,87	.082
		D810-859 problemen met het volgen van een opleiding of werk	36,5	25,44	.057
		d930 hulpbehoefte cliënt activiteiten in kader spiritualiteit	31,2	26	.096
		d930 hulpbehoefte professional activiteiten in kader spiritualiteit	31,2	26	.096
		D230 Moeite hebben met een dagritme	25,47	36,2	.036
		Def	35,6	25,53	.093
8. Externe factoren		E598 hulpbehoefte professional bij externe factoren	16,5	27,56	.077
		598 hulp door eigen instelling bij externe factoren	14,5	27,78	.038
9. Middelen: verlangen					
10. Depressie, Angst en Stress		Ik vond het moeilijk mezelf te	16,3	27,59	.081

kalmeren,
subschaal stress

Ik had moeite met 17 27,51 .091
ademhalen,
subschaal angst.

Evenals bij ADHD scoren de cliënten met ASS hoger op een aanwijzing voor persoonlijkheidsproblematiek. Zij beschrijven zichzelf als typische eenling en perfectionist. Ten aanzien van gebruik geven deze cliënten ten aanzien van 4 middelen aan dat zij dit een aantal jaren langer gebruiken. Dit kan betekenen dat ze eerder beginnen, echter het kan ook te maken hebben met de gemiddelde leeftijd. De cliënten met ASS zijn gemiddeld ouder en kunnen om die reden langer gebruiken. Bij module 2 scoren de cliënten met een mogelijke aanwijzing voor ASS hoger op psychotische kenmerken, hallucinaties wanen. Cliënten met een aanwijzing voor ASS hebben op item niveau meer moeite met het volgen van een opleiding, daarnaast ervaren zij meer problemen in de ouder kind relaties. Ook dit kan te maken hebben met het feit dat de cliënten met ASS ouder zijn en mogelijk vaker kinderen hebben dan de cliënten zonder ASS. Op de somscore van Module 7 scoren de cliënten met ASS hoger op beperkingen. Zij hebben in het algemeen meer moeite in de uitvoering van activiteiten en meer moeite met participatie in de maatschappij. Zij laten weten minder moeite te hebben met het maken van een dagindeling en minder problemen met het reserveren van tijd dan cliënten zonder ASS.

Evenals bij ADHD scoren de intakers 3 keer lager voor cliënten met ASS. Hiermee geeft de intaker 2 bij items aan dat de instelling minder in staat is de zorg te verlenen ten aanzien van hulp bij intieme relaties en zorgverlening bij externe factoren. Ten aanzien van een ander item vindt de intaker dat de cliënten met ASS minder zorg nodig hebben dan de cliënten zonder ASS.

Samengevat kan het volgende gesteld worden; De MATE heeft 229 items en op 19 items is een aanwijzing voor ASS gevonden, de andere 210 items geven onvoldoende aanwijzing voor ASS. De uitslag van de modules worden vertaald in 20 MATE-scores. Van de 20 somscores geven 2 scores een aanwijzing voor ASS, de andere 18 niet.

Prevalentie van psychiatrische ziektebeelden

In totaal scoren 40 van de 58 cliënten positief op een psychiatrische stoornis (69% sd 0.467 BI 95% tussen 57 en 81%), gemeten met de MINI plus en de ADHD vragenlijst. ASS is in dit onderzoek niet als “diagnose” meegenomen omdat niet een cliënt voldoan heeft aan de “officiële” cut off van 32 punten. Van de 9 cliënten die positief scoren op ADHD (volgens de vragenlijst) scoren 7 cliënten ook positief op een diagnose volgens de MINI plus.

Van de 40 cliënten die positief op een psychiatrische diagnose scoort heeft 55 % meer dan 1 diagnose. Zie onderstaande tabel.

Tabel 4. Voorkomen van meerdere diagnoses

Aantal diagnoses	N= 40	Prevalentie	Std. Deviatie	BI 95%
1	18	45%	.504	Tussen 29 en 61%
2	9	22.5 %	.423	Tussen 9 en 36%
3	6	15%	.362	Tussen 3 en 27%
4	4	10%	.304	Tussen 0 en 20%

5	2	5%	.221	Tussen 0 en 12%
9	1	2.5%	.158	Tussen 0 en 8%

Ten aanzien van de 57 cliënten die deelgenomen hebben aan het gestructureerd interview de MINI plus worden in tabel 7 de diagnoses vermeld waarop minimaal 1 cliënt positief gescoord heeft.

Tabel 5. Prevalentie Psychiatrische ziektebeelden van cliënten van JusTact volgens de MINI plus

	N= 57	Prevalentie	Std. Deviatie	BI 95%
Stemmingsstoornissen				
Depressieve periode (afgelopen 2 weken)	2	4%	.186	Tussen 0 en 8%
Depressieve periode in het verleden	6	11%	.310	Tussen 0,2 en 19%
Door middelen geïnduceerde stemmingsstoornis in het verleden	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%
Dysthymie huidige episode	2	4%	.186	Tussen 0 en 8%
Dysthymie in het verleden	2	4%	.186	Tussen 0 en 8%
Manische episode huidige episode	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%
Manische episode in het verleden	2	4%	.186	Tussen 0 en 8%
Hypomane episode in het verleden	2	4%	.186	Tussen 0 en 8%
Hypomane episode huidige episode	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%
Middelen geïnduceerde hypomane episode, episode in het verleden	3	5%	.225	Tussen 0 en 11%
Angststoornissen				
Paniekstoornis, huidige episode	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%
Paniekstoornis, lifetime	2	4%	.186	Tussen 0 en 8%
Door middelen geïnduceerde angststoornis met paniekaanvallen	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%
Agorafobie, huidige episode	4	7%	.258	Tussen 0 en 14%
Sociale fobie (sociale angststoornis), huidige episode (afgelopen maand)	5	9%	.285	Tussen 0,1 en 16%
Enkelvoudige fobie, huidige episode,	4	7%	.258	Tussen 0 en 14%
Obsessieve-compulsieve stoornis, huidige episode	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%
Door middelen geïnduceerde obsessieve-compulsieve stoornis, huidige episode	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%
Gegeneraliseerde angststoornis, huidige episode (afgelopen 6 maanden)	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%
Posttraumatische stress stoornis, huidige episode	7	12%	.331	Tussen 0,3 en 21%
Psychotische stoornissen				
Schizofrenie, huidige episode	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%

Schizofrenie, lifetime is	4	7%	.258	Tussen 0 en 14%
Psychotische stoornis door middelen, lifetime,	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%
Psychotische stoornis NAO, lifetime,	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%
Overig				
Antisociale persoonlijkheidsstoornis, lifetime,	22	39%	.491	Tussen 26 en 52%
Suicide risico	11	19%	.398	Tussen 9 en 30%
Hypochondrie, huidige episode,	3	5%	.225	Tussen 0 en 11%
Stoornis in de lichaamsbeleving, huidige episode,	2	4%	.186	Tussen 0 en 8%
Pijnstoornis, huidige episode,	1	2%	.132	Tussen 0 en 5%
Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit bij volwassenen, lifetime,	3	5%	.225	Tussen 0 en 11%
Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit bij volwassenen, huidige episode,	3	5%	.225	Tussen 0 en 11%
Geen diagnose volgens de mini plus	19	33%	.405	Tussen 21 en 46%

Van de 57 cliënten die de MINI plus is afgenomen scoren 11 cliënten op het aanwezig zijn van een suïcidaal risico. Indien het risico aanwezig is wordt een onderscheid gemaakt tussen, laag, midden en hoog risico, zie onderstaande tabel.

Tabel 6. In het geval cliënten een suïciderisico lopen is dit laag midden of hoog.

Suïciderisico	N=11	prevalentie	Std. Deviatie	BI 95%
Laag risico	8	73	.476	Tussen 41 en 100%
Midden risico	1	9	.302	Tussen 0 en 29%
Hoog risico	2	18	.122	Tussen 0 en 45%

De meest voorkomende dubbel diagnose voor cliënten uit dit onderzoek is de AS 2 antisociale persoonlijkheidsstoornis, zie tabel 5. Bij 39% van de cliënten van JusTact is een indicatie voor deze AS 2 diagnose naar voren gekomen.

De volgende diagnoses waarvan minimaal 10% van de cliënten heeft aangegeven deze te hebben of in het verleden gehad te hebben zullen hieronder beschreven worden.

In de eerste plaats heeft 11% (sd 0,31) van de cliënten aangegeven een keer een depressieve episode gehad te hebben. Opvallend is het suicide risico, 19% van de cliënten heeft aangegeven ofwel de afgelopen maand aan suicide gedacht te hebben ofwel een poging in hun leven gedaan te hebben .12% (sd 0,33) van de mensen scoort positief op een Posttraumatische Stress Stoornis, huidig.

Op 32 verschillende diagnoses heeft minimaal 1 cliënt gescoord, suicidaliteit is niet meegerekend als aparte diagnose. Dit betekent dat geen cliënt heeft gescoord bij de 47 andere diagnoses

(verleden, huidig of lifetime). De volgende diagnoses zijn niet voorgekomen in de forensische populatie: Bipolaire stoornis II, schizoaffectieve stoornis, schizofreniforme stoornis, kortdurende psychotische stoornis, anorexia of boulimia nervosa, aanpassingstoornis, premenstruele dysforie, gemengde angstige depressieve stoornis. Daarnaast zijn de volgende stoornissen ten gevolge van een somatische aandoening niet voorgekomen: manische of hypomanische episode, angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, psychotische stoornis ten gevolge van een somatische aandoening.

De verschillende scores tussen de twee groep cliënten ADHD/geen ADHD zijn getoetst tegen de uitkomsten van de MINI plus, met de non-parametrische toets Mann-Whitney U. Hieruit komt naar voren dat cliënten met ADHD (N=8 score 30.75) significant ($P<.023$) hoger scoren op de diagnose: middelen geïnduceerde hypomane episode (in het verleden) dan de cliënten zonder ADHD (N= 42, score 24.5). Ook bij de diagnose hypochondrie van de MINI plus zijn verschillende scores gevonden tussen de groep cliënten met ADHD (N=8, score 30.75) versus de groep geen ADHD (N=42, score 24,50) ($P<.023$). Er is geen verschil bij de cliënten met of zonder ADHD ten aanzien van een suïciderisico. Alleen valt op dat als het risico aanwezig is de cliënten met ADHD een hoger risico lopen (score 30,38 versus 24,52 $P<.065$). Dit is een marginaal effect.

Met betrekking tot de verschillende scores in de groepen ASS/geen ASS versus de MINI plus, met de non-parametrische toets Mann-Whitney U, zijn significante verschillen gevonden. De cliënten met ASS scoren significant hoger op de diagnose; Middelen geïnduceerde angststoornis met paniekaanvallen (ASS 32,5 versus geen ASS 26, $P<.077$). Dit verschil is ook gevonden bij schizofrenie, huidige episode (ASS 32,5 versus geen ASS 26, $P<.077$). Deze verschillen zijn te verklaren doordat bij beide diagnoses 1 cliënt met een aanwijzing voor ASS ook positief scoort op een van deze diagnoses. Een cliënt zonder ASS scoort niet op een van deze diagnoses.

HOOFDSTUK 4 DISCUSSIE

Validatie van de MATE met ADHD.

In dit onderzoeksproject is het gelukt 58 cliënten van JusTact met een uitgebreid instrumentarium te onderzoeken. Het onderzoek heeft in grote lijnen de gegevens uit de onderzoeksliteratuur bevestigd. 18% van de cliënten van JusTact scoren positief op ADHD en dat komt overeen met wat het Trimbos instituut stelt. De resultaten van het onderzoek bevestigen de negatieve invloed van ADHD op de totale problematiek. Dit vertaalt zich in oplopende scores bij middelengebruik als alcohol, stimulantia en gokken. Daarnaast geven zij meer aanwijzingen voor persoonlijkheidsproblematiek en psychiatrische co-morbiditeit. Ook laten zij weten meer stress te ervaren. De diagnose middelen geïnduceerde hypomane episode en hypochondrie komen in dit onderzoek vaker voor bij cliënten met ADHD.

Met betrekking tot een aanwijzing voor ADHD uit het intake instrument de MATE zijn significant verschillende scores gevonden tussen cliënten met/geen ADHD. Te denken valt aan een MATE totaal score (somscore 21), waarbij de som van deze scores een indicatie geeft voor verdiepend onderzoek naar ADHD. Gekozen is voor items die een samenhang vertonen met ADHD en ondersteund worden door literatuur (Gunter et al.,2008; Hartl, Duffany, Allen, Steketee, Frost, 2005; Bradizza, et al., 2006; Knappen et al.,2007; Ko, Yen, Chen, Chen, 2008. Kooij et al.,1999).

De volgende somscores en items worden meegenomen:

1. S2.3 Som van de kenmerken psychiatrische co-morbiditeit
2. SZ2.3 Het onderdeel Stress van de DASS
3. S6.1 De som van de Sapas, persoonlijkheid
4. Aantal jaren gebruik van alcohol
5. Aantal jaren gebruik van crack
6. Aantal jaren gebruik van gokken
7. Bent u impulsief van aard?
8. Bent u in het algemeen een perfectionist?
9. In hoeverre heeft u moeilijkheden in de omgang met werkgevers, zorgverleners?
10. Iets leren, toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen
11. Hulpbehoefte cliënt bij relatieverlies in het afgelopen jaar met negatieve invloed
12. Negatieve invloed. Heeft u te maken met negatieve meningen en opvattingen in de maatschappij over mensen met psychische aandoeningen, zodat het een negatieve invloed op u en uw herstel heeft?
13. Ik was erg opgefokt
- 14 Ik had het gevoel dat ik als persoon niet veel voorstel
15. Ik merkte dat ik nogal lichtgeraakt was

De volgende scores worden niet meegenomen in de somscore: Het item over lichamelijke klachten is niet meegenomen omdat het domein pijnlijke gewrichten op het gebied van screening naar ADHD weinig toevoegt. In de literatuur is over de samenhang ADHD en lichamelijke klachten niet wat bekend. Er zijn ook verschillende scores gevonden bij wat de intaker vindt ten aanzien van het feit of de instelling in staat en bereid is zorg te verlenen. Deze scores worden niet meegenomen in de somscore voor ADHD omdat deze scores 3 van de 40 keer significant

verschillend is maar daarmee 37 keer niet verschillend is. Daarbij is de invulling van dit item afhankelijk zijn van de intaker en niet van de cliënt. De scores die cliënten zelf hebben aangegeven zijn meegenomen in de uiteindelijke ADHD somscore.

In het geval er uit de MATE een aanwijzing komt voor ADHD wordt de ADHD vragenlijst afgenomen. De vervolgscreening van ADHD lijkt betrouwbaar via de ADHD vragenlijst opgespoord te kunnen worden. 18 % van de cliënten scoort volgens dit onderzoek positief op ADHD. De afkappunten op de vragenlijst zijn 6 aanwijzingen per gebied in de jeugd en 5 aanwijzingen in de volwassenheid. Onderzoek toont aan deze grens mogelijk te rigide gesteld is (McCann, Roy-Byrne, 2004). Indien de afkappunten zoals beschreven in het protocol voor “ADHD en verslaving” gehanteerd zouden zijn dan zou bij 4 aanwijzingen op de vragenlijst, in de jeugd en of volwassenheid al voldoende grond zijn voor verdere diagnostiek. In het geval een cliënt een score van 4 behaalt in zowel de kindertijd als in volwassenheid dan wordt voorgesteld deze toch door te verwijzen voor verdere diagnostiek. Dit is belangrijk om onderdiagnose te voorkomen (Glind et al., 2004). Als een cliënt positief scoort op de vragenlijst voor ADHD dan kan door de psycholoog van JusTact een semi-gestructureerd interview voor ADHD bij volwassen worden afgenomen, bij de cliënt in gezelschap van een familielid of partner, die de cliënt goed kent. JusTact heeft op dit moment een psycholoog in dienst die getraind is het interview af te nemen.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat MINI plus onvoldoende sensitief is voor het opsporen van ADHD bij cliënten van JusTact. Bij slechts 5 % van de cliënten, die hebben deelgenomen aan het gestructureerd interview de MINI plus, komt een aanwijzing voor ADHD naar voren. Dit is lager dan wat verwacht mag worden, volgens wetenschappelijk gedaan onderzoek (Glind van de et al., 2004; Schubiner et al., 2000). Daarmee lijkt de MINI plus op dit moment onvoldoende geschikt voor opsporen van ADHD.

Validatie van de MATE met ASS.

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat niet 1 cliënt boven de cut off van 32 punten scoort op de AQ screener. Uit onderzoek bij verslavingskliniek de “Zwolse Poort” kwam naar voren dat 6,7 % van de cliënten gediagnosticeerd is met een autismespectrum stoornis. Als instrument is afgenomen het Rimland interview/heteroanamnese (Wijngaarden van, 2007). Dit betekent dat de AQ screener niet aan de verwachtingen voldaan heeft. Om de MATE toch te onderzoeken op aanwijzingen voor ASS is gekozen voor een lager afkappunt van 25,5 (in plaats van 32). De cliënten met een aanwijzing voor ASS zijn ouder dan de cliënten zonder ASS. Wel zijn er zijn verschillende scores gevonden voor cliënten met ASS versus cliënten zonder ASS. De resultaten van het onderzoek bevestigen de negatieve invloed van ASS op de totale problematiek. Dit vertaalt zich in oplopende scores bij het aantal jaren gebruik van middelen als nicotine, stimulerende middelen, andere middelen en gokken. Daarbij dient tegelijkertijd aangegeven te worden dat dit ook te maken kan hebben met het feit dat de cliënten met ASS significant ouder zijn. Ten aanzien van dagelijks gebruik zijn er namelijk niet voldoende verschillen gevonden tussen cliënten met ASS en cliënten zonder ASS. Daarnaast geven cliënten met ASS meer aanwijzingen voor persoonlijkheidsproblematiek en hebben zij meer beperkingen ten aanzien van activiteiten en participatie in de maatschappij. Een overlap is te vinden met ADHD ten aanzien

van een aanwijzing voor persoonlijkheidsproblematiek. Het verschil tussen ASS en ADHD zit in het feit dat het bij ASS ontbreekt aan wederkerigheid in het sociale contact (Kooij 2002). De co-morbide diagnose schizofrenie en door middelen geïnduceerde angststoornis met paniekaanvallen komen vaker voor bij cliënten met ASS. Hierbij zij aangetekend dat het in dit onderzoek om slechts een cliënt gaat. Van mensen met autisme is bekend dat co-morbiditeit met angststoornissen relatief hoog is (Horwitz et al.,2008). Van autisme en schizofrenie is bekend dat ze op symptoomniveau elkaar in bepaalde dimensies kunnen overlappen. Klinisch zijn de beelden minder goed van elkaar af te grenzen. Horwitz et al., 2008 stelt dat wanneer schizofrenie benaderd wordt als een spectrum met als kenmerkend symptoom de kwetsbaarheid voor psychosen, dit spectrum raakvlakken lijkt te hebben met ASS.

Te denken valt aan een MATE totaal score (somscore 22), waarbij de som van deze scores een indicatie geven voor verdiepend onderzoek naar ASS. Er is gekozen voor items die een samenhang vertonen met ASS. Aangezien er nog weinig onderzoek is gedaan over de relatie ASS en verslaving is er in de literatuur weinig gevonden over dit onderwerp. De items over jaren gebruik middelen en het item over ouder/kind relatie is niet meegenomen. Dit kan namelijk ook te verklaren zijn door de variabele leeftijd. Te denken valt aan de volgende somscore:

1. S6.1 De som van de Sapas, persoonlijkheid
2. S7.1 Beperkingen totaal
3. Psychotische kenmerken, hallucinaties en wanen.
4. Zou u zichzelf als een typische eenling beschrijven?
5. Bent u in het algemeen een perfectionist?
6. Heeft u problemen met het volgen van een opleiding of het uitvoeren van werk
7. Heeft u moeite met een dagritme en met het uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen?
8. Ik vond het moeilijk mezelf te kalmeren
9. Ik had moeite met ademhalen.

De eerste 6 variabelen scoren de cliënten met ASS hoger dan cliënten zonder ASS, de laatste 3 variabelen scoren de cliënten met ASS lager op. Naar aanleiding van de uitkomsten van de AQ screener kan opgemerkt worden dat er tot op heden weinig bekend is over de relatie autisme en verslaving. Het item: zou u zichzelf als een typische eenling beschrijven en het item minder moeite hebben met een dagritme het uitvoeren van routinehandelingen kunnen teruggevonden worden in de diagnostische criteria van ASS. Het item psychotische kenmerken kan herleid worden naar wat eerder beschreven is over de relatie tussen ASS en schizofrenie. Wat verder uit de literatuur duidelijk naar voren komt is dat het aanwezig zijn van persoonlijkheidsproblematiek ondersteund wordt voor cliënten met ASS. Cliënten met ASS voldoen vaker aan criteria voor een persoonlijkheidsstoornis (Anckarsater, Nilsson, Saury, Rastam, Gillberg C 2008) . Wat betreft de som van beperkingen en problemen met het uitvoeren van werk lijkt een verband met ASS niet ondenkbaar.

Een beperking van de AQ als instrument is het aspect van zelfrapportage. Het centrum voor autisme laat op haar site weten dat de AQ nog gevalideerd moet worden zodat er een Nederlandse normering ontstaat. Uit een validatie onderzoek van Horwitz et al.,2005 komt als conclusie naar voren dat zelfrapportage als methode om autisme spectrumstoornissen in de klinische praktijk met enige zekerheid op het spoor te komen ongeschikt lijkt. Bij het gebruik met onderzochte vragenlijsten moeten de resultaten met voorzichtigheid worden beschouwd. Resultaat van dit

onderzoek van Horwitz et al., 2005 is dat er geen significante verschillen gevonden zijn in de scores van de verschillende groepen op de vragenlijsten. Met name niet tussen de groep patiënten bij wie de diagnose autisme werd gesteld en de groep met andere psychiatrische diagnose. Wat kunnen oorzaken zijn van de gevonden beperkte bruikbaarheid van de AQ screener? In de eerste plaats kan worden gedacht aan het aspect van de zelfrapportage. Het ziektebesef van patiënten met autisme en aanverwante problematiek is beperkt (Horwitz et al.,2005). Problemen worden vooral ervaren door de informanten; diagnostiek wordt normaal gesproken vooral verricht aan de hand van heteroanamnese en observatie (Horwitz et al.,2005).

Ten tweede is het mogelijk dat de gebruikte lijsten ook aspecten van algemene psychopathologie op volwassen leeftijd meten, zoals sociale en communicatieve beperkingen bij angst en depressie. De verschillen worden dan erg klein tussen groepen patiënten met autisme en aanverwante problematiek, die over het algemeen veel co-morbide psychopathologie vertonen, en patiënten die zijn onderzocht met andere stoornissen en die ook op autisme en aanverwante problematiek gelijkende persoonlijkheidstrekken vertonen (Horwitz et al,2005) Verder is de diagnostische categorie PDD NOS weinig specifiek beschreven in de DSM-IV, en lijkt het een groep patiënten te betreffen met uiteenlopende kenmerken die zich niet laat 'vangen' met screenings lijsten. Daarmee is niet uit te sluiten dat de cliënten die in dit onderzoek een aanwijzing voor ASS kregen dit ook daadwerkelijk hadden of dat er mogelijk sprake was van andere psychiatrische problematiek.

Wat belangrijk is in de diagnostiek van ASS is een alerte klinische blik met aandacht voor relevante gegevens uit de biografie, aangevuld met een ontwikkelingsanamnese, blijven onmisbaar (Horwitz et al., 2005). Bekend is dat de AQ niet voldoende geschikt lijkt als instrument voor zelfrapportage. Mocht er bij de intake een vermoeden bestaan voor ASS dan dient de AQ afgenomen te worden in het bijzijn van een familielid of goede bekende. Het is hierbij belangrijk het afkappunt van de AQ niet als enige aanwijzing te hanteren. Ook anamnestiche gegevens zijn onontbeerlijk. De gouden standaard voor de classificatie van ASS berust op het Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R) en de Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) (Horwitz et al, 2005). Justact zou 1 of meer psychologen kunnen scholen op het afnemen van deze instrumenten.

Prevalentie psychiatrische ziektebeelden.

De grote groep psychiatrische stoornissen, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen komen in verhoogde frequentie voor in deze onderzoeksgroep. Dit wordt ondersteund door wat bekend is uit de literatuur. In een uitgebreid review van Bradizza et al., (2006) over de prevalentie van co-morbide psychiatrische stoornissen bij mensen met een verslaving komt naar voren dat de meest voorkomende AS 1 stoornis een stemmingsstoornis is (een depressie, dysthymie of bipolaire stoornis). Daarnaast wordt geschat dat een derde van verslaafden een Posttraumatische stresstoornis (PTSS) heeft, in dit onderzoek scoort 12 % van de cliënten op een PTSS. Dit is lager dan de cijfers uit de literatuur aangeven. Bekend is dat een PTSS een slechtere prognose geeft ten aanzien van succes van behandeling dan het niet hebben van een post traumatische stresstoornis of zelfs een andere as 1 en as 2 stoornis. Vermoed wordt dat terugval te maken kan hebben heeft met het herbeleven (en de daarmee gepaard gaande emoties) van de gebeurtenis (Schadé, Marquenie, Balkom van, Koeter, Brink van den, Dyck van 2008).

Bij de meerderheid van de cliënten van JusTact zijn meerdere stoornissen gerapporteerd. Deze co-morbiditeit heeft een verdere negatieve invloed op het functioneren en op de levenskwaliteit. Omdat bij het onderzoek enkel symptomatologie is nagevraagd, is de oorzaak van deze psychiatrische co-morbiditeit niet opgehelderd. Niet onderzocht is of deze stoornissen al aanwezig waren vóór de verslaving, dan wel daarna opgetreden zijn. Blijvend middelengebruik heeft waarschijnlijk een negatieve invloed op co- morbide stoornissen. Verontrustend is de hoge frequentie van risico voor suicide (aanwezig bij meer dan de 19% van de cliënten). Bij 39 % van de cliënten zijn aanwijzingen voor een antisociale persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Dit komt overeen als gekeken wordt naar persoonlijkheidsproblematiek onder gevangenen (Gunter et al.,2008). Ten aanzien van terugval bij mensen met een Antisociale persoonlijkheidsstoornis is op dit moment nog onvoldoende bekend. Bekend is wel dat terugval bij deze mensen groter is bij die cliënten die vaker een behandeling hebben gehad (Schadé et al., 2008).

Deze hoge prevalenties bevestigen eerdere onderzoeken (Rutherford, Cacciola, Alterman, 1994; Darke, Kaye, Finlay-Jones, 1998). Het grote aantal diverse stoornissen dat bij deze cliënten is vastgesteld (psychiatrische stoornissen, antisociale persoonlijkheidsstoornis, ADHD) illustreert de complexe verwevenheid van deze psychiatrische co-morbiditeit, waarbij niet sprake is van een causale relatie, maar van wederzijdse negatieve beïnvloeding, hetgeen bijdraagt tot het chronische karakter en de toenemend negatieve prognose van deze uitgebreide problematiek.

Het in dit onderzoeksproject behaalde resultaat heeft laten zien dat onderzoek bij deze cliënten populatie uitvoerbaar is, en dat complexe pathologie in kaart gebracht kan worden. Met deze onderzoeksresultaten kan met enige voorzichtigheid gesteld worden dat cliënten van JusTact gekenmerkt worden door een hoge mate van psychiatrische co-morbiditeit en dat deze co-morbiditeit in belangrijke mate bijdraagt aan de verstoring van hun sociaal en maatschappelijk functioneren en aan de verminderde levenskwaliteit (Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay, Mulvaney 2001).

Daarnaast kan gesteld dat als tijdens de intake een vermoeden voor psychiatrische problematiek ontstaat, gekozen kan worden om de MINI plus af te nemen. Voorwaarde is wel dat de intakers goed getraind worden alvorens zij dit instrument afnemen. Tijdens het onderzoek kwam naar voren dat het een lastig instrument is waarbij het belangrijk wordt dat een intaker dit instrument goed leert kennen. In het geval een intaker goed getraind is dan kan de MINI plus snel afgenomen worden waardoor het minder belastend voor de cliënt zal zijn. Onderzoek bij cliënten met meervoudige problematiek heeft aangetoond dat de beste resultaten worden verkregen met een geïntegreerd behandelingsaanbod, waarbij én de verslaving én de psychiatrische co-morbiditeit op gerichte wijze binnen één behandeling aangepakt worden (Minkoff, 2001).

beperkingen van dit onderzoek.

Dit is een exploratief onderzoek op relatief onbekend terrein. Aan dit onderzoek hebben 58 cliënten deelgenomen, dit is voor wetenschappelijk onderzoek een beperkt aantal. Het is daarmee de vraag in hoeverre deze uitkomsten gegeneraliseerd mogen worden. Bij statistiek is sprake van

kanskapitalisatie, dit betekent een kans op toevalseffecten. Er is een kleine kans dat de gevonden variabelen een gevolg zijn van het toeval, in plaats van werkelijk verschillende scores.

Bij dit onderzoek is enkel gebruik gemaakt van informatie van de cliënten zelf, zonder bevestiging door derden of door behandelaars. Het voordeel van deze zelfrapportage is dat het relatief goedkoop is en dat een snelle indruk van de cliënt gemaakt kan worden. Een nadeel van zelfrapportage instrumenten is dat het de vraag is of cliënten niet geneigd zijn om antwoorden te geven die stroken met de sociale norm en antwoorden te vermijden die niet overeenkomen met wat als sociaal acceptabel wordt gezien. Mogelijk is diagnostiek van ASS niet betrouwbaar genoeg gedaan en zijn de uitkomsten van de MATE niet voldoende aanwijzing voor ASS. Dit dient meegenomen te worden in de uitslag van dit onderzoek.

Mogelijk zouden ook een aantal cliënten hoger scoren op psychopathologie als er diverse soorten meetinstrumenten gebruikt zouden zijn. Bij dit onderzoek is uitgegaan dat elke cliënt de vragenlijsten begrepen heeft en als ze vragen hadden dat ze deze dan stelden. Dit is niet verder uitgezocht door cliënten in de intake ook een verkorte intelligentietest af te laten nemen.

Bij het inventariseren van de psychiatrische co-morbiditeit zijn klachten stoornissen gerapporteerd; deze zijn niet te beschouwen als formele psychiatrische diagnoses. Tenslotte zijn gegevens over levensloop, life-events of omgevingsvariabelen (en de invloed daarvan op de problematiek) niet geïnventariseerd. Dit kan leiden tot zowel overschatting als onderschatting van de problematiek.

Aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek

Een somscore met een aanwijzing voor ADHD en een somscore voor ASS kan gemaakt worden. Nagedacht dient te worden hoe de verschillende variabelen omgeschaald worden, zodat een somscore gemaakt kan worden. Als in de toekomst de AQ screener met Nederlandse normen gevalideerd is en het blijkt met betere normering een betrouwbaar instrument te zijn kan de validatie met de MATE opnieuw gedaan worden. Op dat moment kan nogmaals gekeken worden of de significante verschillende scores de “juiste” blijken te zijn.

In de toekomst is het belangrijk te kijken of de somscores zoals nu geadviseerd voor ADHD en voor ASS een goede screener blijkt te zijn voor het detecteren van ADHD en ASS. Vervolg onderzoek zal dit duidelijk moeten maken.

Nagedacht kan worden of het zinvol is de MATE alsnog te valideren met de informatie die uit de MINI plus gekomen is.

Het heeft een meerwaarde intakers te trainen op het afnemen van de MINI plus, mocht er uit de intake een vermoeden bestaan voor psychiatrische problematiek dan kan de intaker de MINI plus afnemen. Een psycholoog van JusTact kan getraind worden (net als bij ADHD) op het afnemen van de Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R) en de Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) (Horwitz et al, 2005). Mocht er een vermoeden voor ASS bestaan dan dit interview afgenomen worden.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anckarsater H, Nilsson T, Saury J M, Rastam M, Gillberg C. 2008. Autism spectrum disorders in institutionalized subjects. Sweden 2008 ;62 (2) 160-70

Anton RF, Moak DH, Latham PK. (1996). The obsessive compulsive drinking scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. 1996;Archives of General Psychiatry, 53, 225-231

Apostolo JLA, Mendes AC, Azeredo. 2006. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). 2006. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol. 14 no.6 Ribeirao Preto Nov.Dec. 2006.

Baert, S. (2008). De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstencompassen. Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley, F. 2001. The autism spectrum quotient (aq): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31, 5-17.

Biederman J, Faraone S.V, Spencer T, Wilens T., Norman D, Lapey K.A, Mick E, Lehman B. K, Doyle A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. American Journal of Psychiatry 150, 1792–1798.

Bradizza CM, Stasiewicz PR, Paas ND. 2006. Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: A review. Clin Psychol Rev. 2006 Mar;26(2): 162-178 Epub 2006 Jan 6.

Brink van den W, Schippers GM. (2008) Verslaving en verslavingszorg. Tijdschrift voor psychiatrie, jubileumnummer 1959-2008.

Brown TA, Korotitsch W, Chorpita BF, Barlow DH. 1997. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. Behaviour Research and Therapy; 1997, 35, 79-89.

Bijus A. 1998 “Statistiek om mee te werken”, EPN Houten 1998. 6^{de} druk

Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Mulvaney FD 2001. The relationship

of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug Alcohol Depend.* 2001; 61: 271-80.

Darke S, Kaye S, Finlay-Jones R. Antisocial personality disorder, psychopathy and injecting heroin use. *Drug Alcohol Depend.* 1998; 52: 63-9.

Glind van de G, Kooij S, Duin van S, Goossensen A, Carpentier P. (2004) "Protocol ADHD bij verslaving: screening, diagnostiek en behandeling voor de ambulante en klinische verslavingszorg", 2004. Utrecht: Trimbos Instituut.

Gunter TD, Arndt S, Wenman G, Allen J, Loveless P, Sieleni B, Black DW. 2008. Frequency of Mental and Addictive Disorders Among 320 Men and Women Entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus. *J Am Acad Psychiatry Law* 36:1:27-34 (2008)

Hartl TL, Duffany SR, Allen GJ, Steketee G, Frost RO. 2005. Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. 2005 Feb;43 (2):269-76

Hesse M., Rasmussen J, Pedersen MK. 2008. Standardised assessment of personality- a study of validity and reliability in substance abusers. *BMC Psychiatry.* 2008;8:7.

Horwitz EH, Sytema S, Ketelaars CEJ, Wiersma D 2005 Twee zelfrapportagescreeningsvragenlijsten voor autismespectrumstoornissen bij volwassenen, een valideringsonderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie* 47 (2005)5, 291-298

Horwitz EH, Ketelaars CEJ, Lammeren van AMDN. 2008 Autisme spectrum stoornissen bij normaal begaafde volwassenen. 2008 Koninklijke van Gorcum Assen (pag 23)

Knapen, Gogh van, Carpentier, Verbrugge, Jong de. 2007. Niet met methadon alleen. Novadic-Kentron, Sint-Oedenrode, Juni 2007.

Ko CH, Yen JY, Chen SS, Chen CC, Yen CF. 2008. Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study. *CNS Spectrum* feb 2008;13 (2)147-53

Kooij JJS, Buitelaar JK, Tilburg van W. 1999 Voorstel voor diagnostiek en behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op volwassen leeftijd. *Tijdschr Psychiatrie* 1999; 41: 439-58.

Kooij JJS. 2001 ADHD bij volwassenen. *Neuropraxis*, 5(6) 201-206

Kooij JJS. 2002 ADHD bij volwassenen. Swets & Zeitlinger B.V. blz 36.

Kooij JJS, Boonstra AM, Swinkels SHN, Bekker EM, de Noord I., Buitelaar JK. 2008 Reliability, Validity, and Utility of Instruments for Self-Report and Informant Report Concerning Symptoms of ADHD in Adult Patients. *Journal of Attention Disorders* Volume 11 Number 4 January 2008 445-458

Kraemer HC, Wilson KA, Hayward C. 2006 Lifetime prevalence and pseudo comorbidity in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63: 604-612

Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann et al., 1998. The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 1998, 93, 1857-1867

Levin FR, Evans SM, Vosburg SK, Horton T, Brooks D. 2004 Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. Elsevier Ltd. December 2004, Pages 1875-1882

McCann S, Roy-Byrne P. 2004 Screening and Diagnostic Utility of Self-Report Attention Deficit Hyperactivity Disorder Scales in Adults. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 45, No. 3 (May/June), 2004: pp 175-183 175

Moran P, Leese M, Lee T, Walters P, Thornicroft G, Mann A. 2003. Standardised Assessment of personality- Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;183: 228-232.

De Ruiter C, Hildebrand M. 2006. *Handboek psychodiagnostiek*. Harcourt Assessment BV, Amsterdam pag 73.

Rigter H, Gageldonk van A, Ketelaars T, Laar van M. (2006). *Hulp bij probleemgebruik van drugs*. Houten: Ladenius Communicatie BV

Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman AI. Relationships of personality disorders with problem severity in methadone patients. *DrugAlcoholDepend*. 1994; 35: 69-76.

Schadé A, Marquenie LA, Van Balkom AJLM, Koeter MMJ, Brink van den W., Dyck van R. 2008. Effectiviteit van een toegevoegde behandeling bij alcoholafhankelijke patiënten met een fobische stoornis. *tijdschrift voor psychiatrie* 50(2008)3, 137-148]

Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A. 2007. *MATE 2.0. Handleiding en protocol*. Nijmegen: Beta boeken.

Schubiner MD, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart RN, Kruger MA, Kelley BJ, Schoener EP. 2000 "Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder Among Substance Abusers", *J Clin Psychiatry* 2000;61 p. 244-251.

Sheehan DV, Lecrubier Y. 1994. *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)*. Tampa, FL :University of South Florida, Institute for Research in Psychiatry; Paris, Inserm Hopital de la Salpetriere.

Vaglum P. 2005. Personality disorders and the course and outcome of substance abuse: A selective review of the 1984 to 2004 literature. In: Reich J. , editor. *Personality Disorders Current Research and Treatments*. New York: Routledge; 2005. pp. 105–124.

Vliet van IIM., Beurs de E. 2007. Het Mini internationaal Neuropsychiatrisch Interview (mini). *Tijdschrift voor psychiatrie* 49 (2007) 6, 393-397

Wilens TE, Biederman J, Mick E. 1998. Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. Am J Addict. 1998; 7: 156-63.

Wijngaarden van P, Cremers JM, Graag van der RJ, 2007 VERSLAVING & AUTISME
Verschillende kanten van een zelfde neurobiologische medaille?
ZWOLSE POORT GGz UMCN St. Radboud karakter
K&J Psychiatrie (presentatie november 2007)

Internet/intranet

Op 16 januari 2009 de landelijke cijfers van verslaving in Nederland geraadpleegd op:
<http://www.ladisonline.nl>

Op 21 oktober 2008 zijn de algemene gegevens van Tactus geraadpleegd op: <http://www.tactus.nl>
(intranet)

Op 7 maart zijn de gegevens op de site van het Trimbos instituut geraadpleegd:
<http://www.trimbos.nl>

Validatie van de MATE voor psychiatrische en persoonlijkheidsstoornissen (2008)
Protocol ID/20385, Tactus, intranet, januari 2008.

