Reactie op Sonnen & De Ridder en Kooij, Buitelaar & Van Tilburg betreffende 'Voorstel voor diagnostiek en behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op volwassen leeftijd', in Tijdschrift voor Psychiatrie 1999/6

Met belangstelling hebben we de discussie gevolgd tussen Sonnen & De Ridder en Kooij, Buitelaar & Van Tilburg (*Tijdschrift voor Psychiatrie, 42*, 127-131). We herkennen de problematiek zoals die door Sonnen & De Ridder geschetst wordt. Ook op onze polikliniek melden zich regelmatig mensen aan die al dan niet terecht menen dat zij ADHD hebben en daardoor 'recht' op methylfenidaat als medicatie. Er meldde zich zelfs een patiënt die met de medicatie van zijn dochter al een proefbehandeling had ingesteld, natuurlijk met uitmuntend resultaat.

Ook zijn er steeds vaker patiënten die aan de hand van vragenlijsten op het internet zelf al de diagnose ADHD gesteld hebben. Tevens hebben zij dan ook al veel informatie over methylfenidaat gevonden. Het is ons gebleken dat patiënten andere voorschrijvers weten te vinden als ze bij ons geen methylfenidaat voorgeschreven krijgen. Naar onze ervaring geven sommige van deze voorschrijvers onvoldoende uitleg over het innamebeleid, zoals Kooij e.a. (1999) beschrijven, en worden ook nogal eens verkeerde doseringen gegeven.

Aan de andere kant presenteren zich patiënten die zo lijden onder hun ADHD-klachten, dat het onthouden van een (medicamenteuze) behandeling ethisch niet verantwoord is. Wij zochten naar de literatuur over de behandeling met methylfenidaat van volwassenen met ADHD en werden geconfronteerd met de problemen die in beide reacties al beschreven werden, namelijk dat er maar zeer beperkte literatuur voorhanden is om het klinisch handelen op te baseren. Vooral door de strenge inclusiecriteria in de gecontroleerde onderzoeken blijken de onderzochte populaties niet vergelijkbaar met de patiënten met wie behandelaren op een polikliniek geconfronteerd worden. Kooij e.a. (2000) melden dat de responspercentages in de onderzoeken variëren tussen 25% en 78%. Wij vinden een dergelijke marge echter te breed om te kunnen spreken van een 'evidence based' voorschrijven van methylfenidaat bij onze populatie.

Bovenstaande dilemma's, beperkingen en overwegingen pleiten ons inziens vooralsnog voor een goede individuele effectmeting. Kooij e.a. (1999) stelden reeds 'De patiënt kan voor en tijdens de behandeling dagelijks doelsymptomen en bijwerkingen registreren' en 'De bijgehouden symptoom- en bijwerkingenlijst kan dan (na twee weken) geëvalueerd worden'. Wij achten een dergelijke procedure echter niet geschikt voor een adequate effectmeting, omdat er een te grote kans is op placebo-effecten, zowel bij de patiënt als de evaluerende clinicus. Wij introduceerden op onze polikliniek daarom een individuele effectmeting zoals die in vergelijkbare vorm wordt gehanteerd in de kinder- en jeugdpsychiatrie (Gorissen & Grijpma 2000). Bij deze procedure registreert de patiënt (en eventuele partner) dagelijks de klachten en bijwerkingen en is de medicatietoediening dubbelblind. De gegevens worden grafisch weergegeven en aan de hand van enkele criteria beoordeeld (zie Kuipers & Gorissen 1999). Zowel de behandelaar als een beoordelaar evalueert de behandeling blind en onafhankelijk van elkaar. Op deze wijze pogen we factoren als placebo- en verwachtingseffecten te minimaliseren. Tevens kan een dagelijkse monitoring van de ADHD-klachten inzicht geven in individuele (omgevings)factoren die leiden tot een verergering of vermindering van de ADHD-klachten.

Het gebruik van deze procedure sluit naadloos aan bij het normale klinische handelen en biedt de mogelijkheid om tot een empirisch gefundeerde beslissing te komen over het al dan niet continueren van een behandeling met methylfenidaat. Een bijkomend voordeel blijkt

dat deze beslissing goed 'te verkopen' is aan de patiënt. Deze voelt zich in onze ervaring serieus genomen door zo'n manier van werken. Aan de hand van de uitkomst van deze procedure is de patiënt makkelijk te overtuigen van het feit of de methylfenidaatbehandeling gestaakt of gecontinueerd moet worden. We leggen patiënten de grafieken uit en laten zien dat methylfenidaat bij hen wel of geen effect heeft. Kortom, de methode past in een tijd waarin gewerkt moet worden met 'informed consent' en de klant koning is. Het biedt de extra waarborgen waar Sonnen & De Ridder in hun ingezonden brief voor pleiten.

Clinici ervaren deze methode als positief. Het aardige van deze wijze van behandelen is dat je op een empirisch gefundeerde wijze klinisch relevant onderzoek doet naar het effect van een medicament bij een groep patiënten waarover veel discussie ontstaan is. Om met de woorden van Kooij e.a. (2000) te spreken: '(er) wordt van behandelaars verwacht dat ze in staat zijn tot eigen oordeelsvorming'. De literatuurgegevens over behandeling met methylfenidaat bij volwassenen met ADHD bieden de clinicus echter te weinig fundament om te komen tot een empirisch gefundeerde oordeelsvorming. Het verslag van Kooij e.a. (2000) van hun voorlopige onderzoeksresultaten biedt in dit opzicht ook te weinig. Zolang niet bekend is welke (sub)groep van volwassenen met ADHD profiteert van een behandeling van methylfenidaat en welke factoren een succesvolle behandeling voorspellen, kiezen wij liever voor een meer individuele benadering.

A. GRIJPMA, *psychiater i.o.*
M. GORISSEN, *neuropsycholoog/onderzoeker*

LITERATUUR

Gorissen, M., & Grijpma, A. (2000). De geautomatiseerde clinicus: een evaluatie van een farmacologische behandeling bij volwassenen met ADHD. *Psychopraxis, 2,* 113-116.

Kooij, J.J.S., Buitelaar, J.K., & van Tilburg, W. (1999). Voorstel voor diagnostiek en behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op volwassen leeftijd. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 41,* 349-357.

Kooij, S., Buitelaar, J.K., & van Tilburg, W. (2000). Antwoord aan Sonnen & De Ridder. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 42,* 128-131.

Kuipers, T., & Gorissen, M. (1999). De individuele cliënt als studieobject: n = 1 onderzoek in de psychiatrie. *Kind en Adolescent, 4,* 247-312.

Sonnen, M., & de Ridder, R. (2000). Reactie op 'Voorstel voor diagnostiek en behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op volwassen leeftijd'. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 42,* 127-128.