

Cognitieve gedragstherapie bij medicamenteuze behandeling van ADHD bij volwassenen

R.K.R.W. Wettstein, Y. Klabbers, E. Romijn, J. Nieuwveen, J.C. Kroesen, K.R.M. Wettstein, G.J.H. Dumont

- Achtergrond** De behandelopties van aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) bij volwassenen bestaan uit psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie (CGT), medicatie of een combinatie daarvan.
- Doel** Onderzoeken van het effect van de combinatie van CGT en medicatie op de kwaliteit van leven bij volwassenen met ADHD en vergelijken met alleen een medicamenteuze behandeling.
- Methode** Met een voor- en nameting op de Adult ADHD Quality-of-Life Scale (AAQoL) onderzochten we bij 627 patiënten (305 medicamenteuze behandeling en 322 medicamenteuze behandeling en CGT) van ADHD centraal wat de effecten zijn van behandeling op de kwaliteit van leven.
- Resultaten** De kwaliteit van leven zoals gemeten met de AAQoL nam in beide groepen significant toe, maar verschilde niet significant tussen de twee groepen ($p = 0,33$).
- Conclusie** Dit is voor zover ons bekend het eerste onderzoek dat het effect van CGT als additie op de medicamenteuze behandeling van ADHD op de kwaliteit van leven bij volwassenen beschrijft. Tegengesteld aan onze verwachtingen was er geen significant effect van de additie van CGT aan de medicamenteuze behandeling op de kwaliteit van leven.

Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) is een van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen bij kinderen en krijgt al meer dan 80 jaar wetenschappelijke aandacht. Pas sinds begin jaren negentig van de vorige eeuw werd onderkend dat ADHD bij een grote groep een levenslange aandoening betreft. Uit verschillende internationale onderzoeken is gebleken dat ADHD wereldwijd voorkomt bij 2-3% van de volwassen bevolking (Fayyad e.a. 2017). Faraone e.a. (2006) toonden in een meta-analyse aan dat 15% van de kinderen bij wie ADHD gediagnosticeerd werd, op 25-jarige leeftijd nog steeds voldeed aan de volledige diagnose en 50% slechts een partiële remissie vertoonde. In Nederland werd de prevalentie van ADHD recent op 2,8-4,2% geschat, afhankelijk van het aantal actuele symptomen (respectievelijk 6 of 4 actuele symptomen) (Michielsen e.a. 2012).

ADHD kenmerkt zich door een persisterend patroon van onoplettendheid en/of hyperactiviteit/impulsiviteit dat interfereert met het functioneren en/of de ontwikkeling.

De kernsymptomen van ADHD zijn geassocieerd met leer-, relatie-, sociale en/of gedragsproblemen. Derhalve is ADHD in verband gebracht met een verminderde kwaliteit van leven onder kinderen, adolescenten en volwassenen (Brod e.a. 2005). Pulay e.a. (2016) toonden in een bevolkingsonderzoek aan dat de levenskwaliteit van volwassenen met ADHD, gemeten met de *European Quality of Life-5 Dimensions questionnaire*, significant lager was dan die van volwassenen zonder ADHD. Bovendien is aangetoond dat het voortduren van ADHD-gerelateerde problemen zorgt voor een toename van kosten voor het individu, zijn of haar omgeving en de maatschappij (Daley e.a. 2019). Dit benadrukt het belang van een goede behandeling.

De richtlijn voor de behandeling van ADHD bij volwassenen adviseert te starten met psycho-educatie en adviezen. Parallel hieraan kan men, afhankelijk van de ernst en soort problemen van de patiënt, kiezen tussen een medicamenteuze of een niet-medicamenteuze behandeling. Onder de niet-medicamenteuze behandeling vallen

AUTEURS

Ravian (R.K.R.W.) Wettstein, arts-onderzoeker, ADHDcentraal, Nieuwegein en Klinische farmacologie, Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam.

Yentl Klabbers, psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog en cognitief gedragstherapeut, GGNet, IVB Warnsveld.

Elize Romijn, psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog, ADHDcentraal, Nieuwegein.

John Nieuwveen, verpleegkundig specialist, ADHDcentraal, Nieuwegein.

Hans (J.C.) Kroesen, physician assistant en directeur medische bedrijfsvoering, ADHDcentraal, Nieuwegein.

Karl (K.R.M.) Wettstein, medisch directeur, psychiater, ADHDcentraal, Nieuwegein.

Glenn (G.J.H.) Dumont, senior adviseur wetenschappelijk onderzoek, ADHDcentraal, Nieuwegein en universitair docent Klinische farmacologie en farmacotherapie, Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam.

Correspondentieadres

R.K.R.W. Wettstein, ADHDcentraal, Richterslaan 58, 3431 AK Nieuwegein.

E-mail: ravianwettstein@adhdcentraal.nl

Strijdige belangen: Hans Kroesen en Karl Wettstein melden aandeelhouder te zijn van ADHDcentraal.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-1-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(7/8):550-556

cognitieve gedragstherapie (CGT) en vaardigheidstrainingen. Voor de medicamenteuze behandeling van volwassenen met ADHD zijn de stimulantia methylfenidaat en dexamfetamine de eerste keuze (NVvP 2015).

De problemen die voortkomen uit de kernsymptomen van ADHD kunnen de ontwikkeling van goede leer- en copingstrategieën beperken waardoor problemen langer blijven bestaan en van terugkerende aard zijn. De dagelijkse confrontatie met falen en negatieve ervaringen zijn niet bevorderlijk voor de motivatie en de kans op het aanleren van betere copingstrategieën. Hoewel de kernsymptomen van ADHD vaak goed reageren op medicatie, biedt alleen een medicamenteuze behandeling geen concrete strategieën of vaardigheden waarmee patiënten hun problemen kunnen aanpakken en veranderen.

Daarom introduceerden Safren e.a. (2004 en 2005) een nieuwe vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT) specifiek gericht op de problemen die patiënten met ADHD ervaren. Deze vorm van CGT voor ADHD is gericht op het verbeteren van plannen en organiseren, omgaan met afleidbaarheid, cognitieve herstructurering (wijzigen van disfunctionele gedachtepatronen), uitstelgedrag, emotieregulatie en communicatievaardigheden. Mongia en Hechtman (2012) brachten in een review de effectiviteit van CGT voor ADHD (individueel of in groepsverband en wel of niet in combinatie met medicatie) in kaart. Zij concludeerden dat CGT effectief is bij het behandelen van de symptomen van ADHD, comorbide angst- en depressiesymptomen, voornamelijk in combinatie met medicatie.

In een systematische meta-analyse naar het effect van CGT op de symptoomreductie van ADHD vonden Young

e.a. (2016) vergelijkbare resultaten. In deze studie vergeleken zij een groep met CGT als additie op medicatie met een groep op een wachtlijst voor CGT of andere vormen van therapie, maar wel met medicatie. Hieruit bleek CGT in beide groepen een grotere symptoomreductie voor ADHD teweeg te brengen dan medicatie alleen (5 onderzoeken met CGT versus wachtlijst: SMD = 0,76, 95%-BI: 0,21-1,31; $p = 0,006$ en 3 onderzoeken met CGT versus andere therapie: SMD = 0,43, 95%-BI: 0,14-0,71; $p = 0,004$). De auteurs rapporteerden alleen de totale verbetering in symptoomreductie waarbij zij geen onderscheid maakten tussen aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit.

Wel werden positieve effecten van CGT op de geassocieerde functionele beperkingen van ADHD, zoals het werkgeheugen, inhibitie en zelfregulatie, vasthouden van aandacht, uitstelgedrag, vermijdingsgedrag, zelfbeeld en het zelfvertrouwen gerapporteerd (Safren e.a. 2004; Rostain & Ramsay 2006).

Hoewel de symptomen van ADHD ook geassocieerd zijn met een verminderde kwaliteit van leven bieden de huidige onderzoeken geen inzicht in het effect van CGT op de kwaliteit van leven.

Wij onderzochten de toegevoegde waarde voor de kwaliteit van leven van CGT als additie op de medicamenteuze behandeling bij volwassenen met ADHD. Onze veronderstelling was dat CGT in combinatie met een medicamenteuze behandeling de kwaliteit van leven bij volwassenen met ADHD meer zal verbeteren vergeleken met enkel een medicamenteuze behandeling. CGT biedt mogelijk inzichten en vaardigheden voor problemen die patiënten ervaren in het dagelijks functioneren.

METHODE

Wij voerden een observationele cohortstudie uit in verschillende vestigingen van ADHDcentraal, te weten Utrecht, Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen en Zwolle. De deelnemers werden geïncludeerd tussen februari 2014 en maart 2017. Er werd geen poweranalyse uitgevoerd.

We maten de effecten van de behandeling op kwantitatieve wijze met de *Adult ADHD Quality-of-Life scale* (AAQoL). Deze werd op twee momenten afgenomen. De eerste werd afgenomen nadat de diagnose ADHD was vastgesteld en de tweede voor het beëindigen van het behandelcontact (voor- en nameting).

Deelnemers

Alle potentiële deelnemers doorliepen het gebruikelijke diagnostisch proces van ADHDcentraal. Zij werden onderzocht met de *Conners' Adult ADHD Rating Scale* (CAARS) (Conners e.a. 2004), die werd ingevuld door henzelf en een naaste. Verder bestond het onderzoek uit een intakegesprek met een verpleegkundig specialist, het *Diagnostisch Interview voor Volwassenen met ADHD* (DIVA) afgenomen door een psycholoog, een psychometrische computertest, de *Quantified behavior Test* (QbTest) (QbTech 2018) en een psychiatrisch consult met een psychiater.

Alleen indien ADHD werd vastgesteld, werd op dezelfde dag een medicamenteuze proefbehandeling gegeven waarvan de effecten werden geëvalueerd met een tweede QbTest. Tevens werd de potentiële deelnemers mondeling en schriftelijk gevraagd om mee te doen aan het onderzoek en tekenden zij, indien geïnteresseerd, een informed consent. De AAQoL werd vervolgens door de deelnemers zelf ingevuld. De diagnostiek werd afgesloten met een afrondend gesprek en in veel gevallen werd direct met de medicamenteuze behandeling gestart.

Als laatste werd mondeling en schriftelijk informatie over CGT als behandeloptie aangeboden. CGT werd niet aangeboden aan deelnemers bij wie sprake was van complexe comorbiditeit (zoals persoonlijkheidsproblematiek of een ernstige posttraumatische stressstoornis), die in het verleden al vergelijkbare therapie hadden gevolgd of parallel bij een andere hulpverlener voor vergelijkbare problemen werden behandeld. Bij het eerstvolgende medicatieconsult gaven deelnemers aan CGT te willen volgen of niet.

De eerste CGT-sessie vond gemiddeld één maand na het begin van de medicamenteuze behandeling plaats. Beide behandelingen werden in de meeste gevallen gelijktijdig afgesloten. Tijdens het laatste medicatieconsult vulden de deelnemers de AAQoL voor de tweede keer in, alvorens het behandelcontact werd beëindigd en het dossier werd gesloten.

Op basis van de selectiecriteria deelden we de deelnemers in twee groepen. Degenen die uitsluitend psycho-educatie en een medicamenteuze behandeling

kregen, werden ingedeeld in de medicatiegroep. De deelnemers die naast psycho-educatie en medicamenteuze behandeling ook CGT kregen, deelden we in de combinatiegroep.

Variabelen

Medicamenteuze behandeling

Alle deelnemers werden behandeld volgens de richtlijn ADHD bij volwassenen (NVvP 2015).

CGT

De deelnemers werden behandeld met CGT, gebaseerd op het protocol van Safren (Safren e.a. 2004; 2005). De CGT werd gegeven door psychologen met minimaal een masterdiploma (MSc). Het protocol werd aangepast door psychologen van ADHDcentraal om de adviezen beter aan te laten sluiten bij de beschikbare hulpmiddelen van deze tijd, zoals een smartphone (Kroesen & Kruijs, interne publicatie 2007). Iedere deelnemer volgde wekelijks een sessie van 60 minuten, waarvan één sessie een systeemgesprek met een partner of gezinslid betrof, met in totaal 10-16 sessies.

AAQoL

De AAQoL is een zelfbeoordelingsvragenlijst waarmee de impact van ADHD op de kwaliteit van leven in verschillende domeinen meet die betrekking hebben op het dagelijks functioneren van volwassenen met ADHD. De AAQoL is gevalideerd bij Amerikaanse en Europese volwassen respondenten (Brod e.a. 2006, 2012; 2015). De lijst bestaat uit 29 vragen die kunnen worden beantwoord op een 5-puntslikertschaal (van 1 = helemaal niet/nooit tot 5 = heel veel/heel vaak). De AAQoL geeft inzicht in 4 levensdomeinen: levensproductiviteit, psychische gezondheid, levensvisie en relaties (Brod e.a. 2006; Matza e.a. 2007).

- Domein 1: levensproductiviteit (LP) (11 items: Op tijd dingen afkrijgen, afmaken van activiteiten, beginnen van activiteiten die niet leuk zijn, uitvoeren van meerdere projecten tegelijk, onthouden waar belangrijke dingen liggen, het huishouden op orde houden, beheren van financiën, onthouden van belangrijke zaken, aandacht in contact met anderen en inkopen doen en te veel moeite hebben om dingen af te krijgen).
- Domein 2: psychische gezondheid (PG) (6 items; mate van overbelasting, angstige gevoelens, depressieve gevoelens, gevoel te heftig te reageren op moeilijke of stressvolle situaties, gevoel van vermoeidheid en stemmingswisselingen).
- Domein 3: levensvisie (LV) (7 items: gevoel positieve dingen te doen, gevoel niet te kunnen genieten van en met anderen, gevoel het leven op orde te hebben, voldaan gevoel over visie productiviteit, zelfbeeld, gevoel dat anderen het fijn vonden om tijd samen door te brengen en gevoel dat het emotioneel goed gaat in relatie met partner).

- Domein 4: relaties (R) (5 items: gevoel dat anderen gefrustreerd raken, niet kunnen voldoen aan verwachtingen die anderen hadden, spanningen in de relationele sfeer en gebrek aan fijne momenten) (Brod e.a. 2006).

De AAQoL werd naar het Nederlands vertaald en gevalideerd door Bouwsema (2006). Om tot de totaal- en domeinscores te komen draait men allereerst de itemscores van LP, R en PG en kan men vervolgens alle scores omzetten in een schaal van 0 tot 100 (1 = 0; 2 = 25, 3 = 50; 4 = 75; 5 = 100). Na deze stappen kan men de scores optellen en delen door het totale aantal ingevulde items van een domein. Zowel voor de vier domeinen als de algehele levenskwaliteit geeft een hogere score een betere levenskwaliteit aan (Brod e.a. 2006). Om tot een valide score te komen mag per domeinscore niet meer dan 1 itemscore ontbreken en voor de totaalscore mogen niet meer dan 3 itemscores ontbreken. De gegevens van de deelnemers die hier niet aan voldeden, namen we niet in de berekeningen mee.

Statistische analyse

Numerieke variabelen vatten we samen met een gemiddelde en standaarddeviatie, of mediaan en bereik, afhankelijk van de symmetrie van de verdelingen ervan. Categoriele variabelen werden samengevat met aantal per categorie (%). De beginscores en de scores bij de eindmeting werden per domein tussen de behandelgroepen vergeleken met de ongepaarde t-test. De verschillen (eindmeting minus beginmeting) werden per domein tussen de behandelgroepen vergeleken met de ongepaarde t-test en met lineaire regressie met beginscores als covariabele. Met lineaire regressie onderzochten we vertekening van het behandel-effect

Tabel 1. Karakteristieken per behandelgroep

	Medicatiegroep (n = 265)		Combinatiegroep (n = 280)		p
	N (%)	M (r)	N (%)	M (r)	
Gender					0,273
Man	144 (54)		139 (50)		
Vrouw	121 (46)		141 (50)		
Leeftijd (in j)		30 (18-59)		29,5 (18-63)	0,791
Locatie					0,195
Nieuwegein	106 (40)		133 (48)		
Amsterdam	61 (23)		53 (19)		
Rotterdam	60 (23)		50 (18)		
Nijmegen	34 (13)		35 (13)		
Zwolle	4 (2)		9 (3)		
Behandelduur (in u)		14,85 (8,4-27,4)		31,9 (20,7-43,5)	< 0,001
CGT-sessies				12 (5-16)	
Beginmeting AAQoL	M (SD)		M (SD)		t(df), p
Levensproductiviteit	41,67 (15,66)		38,78 (15,39)		t(543)=2,18, p ,030
Psychische gezondheid	42,28 (19,25)		38,87 (17,87)		t(543)=2,15, p ,032
Levensvisie	48,61 (13,38)		45,33 (14,27)		t(543)=2,77, p ,006
Relaties	53,57 (19,55)		49,52 (19,69)		t(543)=2,41, p ,016
Totaal	45,50 (12,37)		42,22 (12,73)		t(543)=3,04, p ,003

N: aantal; M (r): midden (bereik); M (SD): gemiddelde (standaarddeviatie); t(df) = t-waarde met vrijheidsgraden (degrees of freedom), p = p-waarde.

door de leeftijd, de behandelduur en het geslacht van de deelnemers. De analyses werden uitgevoerd met het softwareprogramma RStudio, versie 1.3.959.

RESULTATEN

Deelnemers

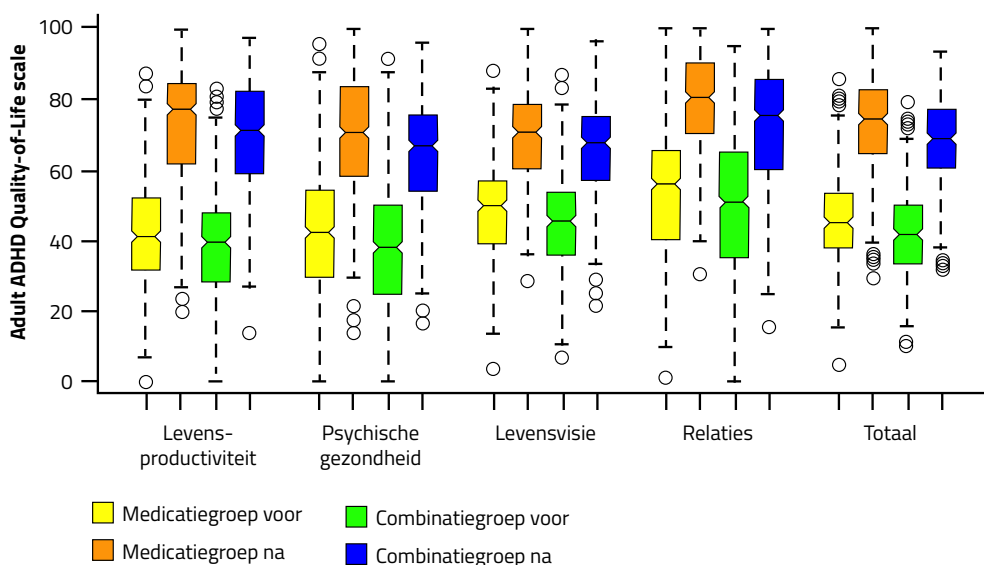
Het aantal deelnemers aan ons onderzoek bedroeg 627, van wie 305 alleen medicamenteuze behandeling kregen en 322 medicatie in combinatie met CGT. In totaal stopte 13% van de deelnemers voortijdig in de medicatiegroep en 5% in de combinatiegroep. Nog eens 8% van de deelnemers uit de combinatiegroep konden we niet meenemen in de resultaten vanwege incomplete data.

In de medicatiegroep was 54% man en in de combinatiegroep 50%. De gemiddelde leeftijd was 33,3 (SD: 11,7) in de medicatiegroep en 32,7 (SD: 11,1) in de combinatiegroep. De leeftijd was niet significant verschillend tussen beide groepen (p > 0,05). Het gemiddelde aantal CGT-sessies was 11,5 (SD: 1,71). De deelnemers met minder dan 5 sessies werden niet meegenomen in de resultaten en omvat de 5% die voortijdig stopte in de combinatiegroep. In tabel 1 is een beschrijving per behandelgroep weergegeven.

Begin- en eind-AAQoL-scores per behandelgroep

De behandelgroepen werden met de ongepaarde t-test vergeleken. De combinatiegroep scoorde gemiddeld significant lager voor alle domeinen (LP, PG, LV, R en Totaal) bij zowel de begin- als de eindmeting (p < 0,05), zie figuur 1. De gemiddelde totaalscore bij de beginmeting was in de medicatiegroep 45,5 (SD: 12,37) en in

Figuur 1. Boxplot AAQoL-voor- en -nameting per domein en behandelgroep



de combinatiegroep 42,22 (SD: 12,73; $t(543) = 2,86$; $p = 0,004$), zie [tabel 1](#).

De gemiddelde totaalscore bij de eindmeting was in de medicatiegroep 72,31 (SD: 12,99) en in de combinatiegroep 67,67 (SD: 12,45; $t(543) = 4,26$; $p < 0,001$). De gemiddelde score voor LP was in de medicatiegroep 73,04 (SD: 16,55) en in de combinatiegroep 68,97 (SD: 15,67; $t(543) = 2,95$; $p = 0,003$). De gemiddelde score voor PG was in de medicatiegroep 69,40 (SD: 16,09) en in de combinatiegroep 62,85 (SD: 16,41; $t(543) = 4,70$; $p < 0,001$). De gemiddelde score voor LV was in de medicatiegroep 69,95 (SD: 14,18) en in de combinatiegroep 67,09 (SD: 14,41; $t(543) = 2,33$; $p = 0,020$). Voor R was de gemiddelde score in de medicatiegroep 77,43 (SD: 16,05) en in de combinatiegroep 71,36 (SD: 16,14; $t(543) = 4,40$; $p < 0,001$).

Verschilcores AAQoL per domein tussen behandelgroepen

De verschilcores per domein tussen de behandelgroepen zijn weergegeven in [tabel 2](#). De gemiddelde verschilcores bleken voor alle domeinen niet significant verschillend tussen de behandelgroepen ($p > 0,05$). De

gemiddelde verbetering van de totaalscore was in de medicatiegroep 26,81 (SD: 17,12) en in de combinatiegroep 25,45 (SD: 16,33; $t(543) = 0,96$; $p = 0,34$).

In een post-hocanalyse bleek dat het aantal gevolgde CGT-sessies geen invloed had op de totale verschilcore. In totaal volbrachten 17 deelnemers minder dan 5 sessies (gedefinieerd als afvallers), 25 deelnemers volgden 5-9 sessies (gedefinieerd als gedeeltelijke deelname) en de overige 255 volgden 10 tot maximaal 16 sessies (gedefinieerd als volledige deelname). Uit de enkelzijdige variantieanalyse bleek geen significant verschil te bestaan tussen de totale verschilcore en de verschillende categorieën (afvallers, gedeeltelijke en volledige deelname): $F(2, 294) = 1,592$; $p = 0,205$; gegeneraliseerde effectgrootte = 0,011.

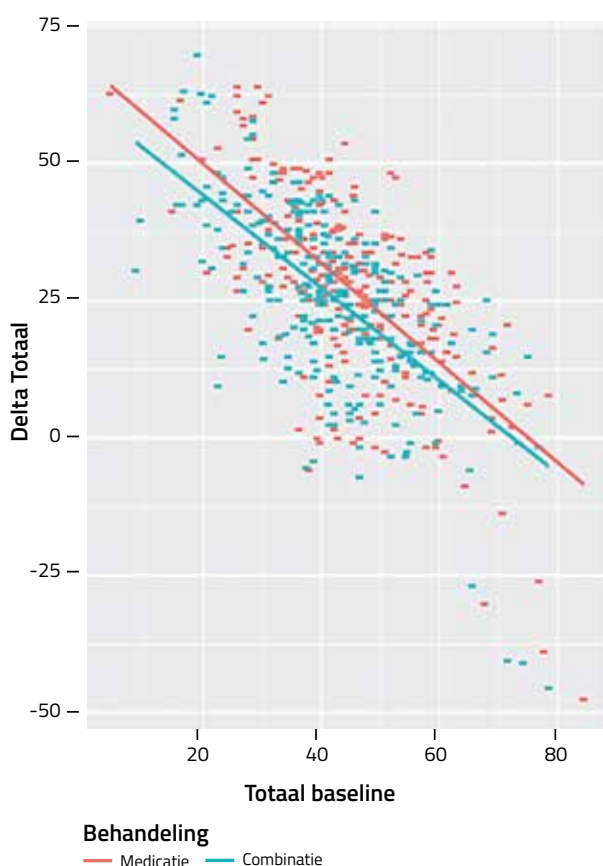
In [figuur 2](#) is de verschilcore per behandelgroep uitgezet tegen de beginscore van het totaal. De figuur laat zien dat het verschil negatief correleerde met de beginscore, met andere woorden bij hogere beginscores was de gemiddelde verbetering kleiner. De regressielijn bleek vrijwel parallel te verlopen tussen de behandelgroepen.

Tabel 2. Verschilcores AAQoL begin- en eindmeting

	Medicatiegroep (n = 265) M (SD)	Combinatiegroep (n = 280) M (SD)	Stat. t(df); p
Δ LP	31,36 (22,37)	30,19 (20,90)	$t(543) = 0,63$; $p = 0,526$
Δ PG	27,12 (21,86)	23,99 (20,53)	$t(543) = 1,73$; $p = 0,085$
Δ LV	21,33 (17,15)	21,76 (16,24)	$t(543) = -0,30$; $p = 0,767$
Δ R	23,86 (21,95)	21,84 (21,44)	$t(543) = 1,09$; $p = 0,278$
Δ Totaal	26,81 (17,12)	25,45 (16,33)	$t(543) = 0,96$; $p = 0,340$

N: aantal; M: gemiddelde; SD: standaarddeviatie; statistische analyse: $p < 0,05$ werd als significant beschouwd; t(df): t-waarde met vrijheidsgraden (degrees of freedom); p: p-waarde. D: het verschil tussen begin- en eindmeting; LP: levensproductiviteit; PG: psychische gezondheid; LV: levensvisie; R: relaties; Totaal = gemiddelde score van alle domeinen per behandelgroep.

Figuur 2. Regressielijn van gemiddelde score van alle domeinen per behandelgroep



We voerden een multiële lineaire regressie uit om het effect van de behandeling te corrigeren voor de significante verschillen tussen beide behandelingsgroepen gevonden bij het eerste onderzoek. Verder corrigeerden we voor de effecten van leeftijd, geslacht en behandelduur op de verschillen.

De beginwaarden bleken voor alle domeinen en beide behandelingsgroepen significant te correleren met de verschillen. Geslacht en behandelduur droegen niet bij aan de verschillen. Alleen voor het domein relaties in de combinatiegroep bleek de leeftijd significant te correleren met de verschillen ($p = 0,048$). Gecorrigeerd voor de AAQoL-beginscores bleek dat voor geen enkel domein de gemiddelde verbetering significant verschilde tussen beide behandelingsgroepen ($p > 0,05$).

DISCUSSIE

Dit is voor zover ons bekend het eerste onderzoek naar de effectiviteit van CGT als additie op de medicamenteuze behandeling van ADHD op de kwaliteit van leven bij volwassenen zoals gemeten met de AAQoL. Tegengesteld aan onze verwachtingen had CGT geen significante meerwaarde op verschillende levensdomeinen en kwaliteit van leven ten opzichte van enkel een medicamenteuze behandeling.

teuze behandeling.

De deelnemers uit de combinatiegroep hadden bij de eerste meting een significant lagere score, wat erop wijst dat deze deelnemers hun problemen ernstiger inschatten dan de deelnemers uit de medicatiegroep. De eindscores voor alle domeinen in de combinatiegroep bleken ook significant lager vergeleken met de medicatiegroep.

Aanhoudend effect CGT

In deze studie hebben we de eindscores van de AAQoL direct na het afronden van de behandeling vastgelegd. Dit is van belang omdat uit langetermijnstudies waarin het effect van CGT werd onderzocht, is gebleken dat CGT een aanhoudend effect heeft op de geassocieerde functionele beperkingen/problemen, ook na het beëindigen van de behandeling.

Hoe dit effect precies tot stand komt, is tot op heden onduidelijk. Een plausibele verklaring is dat mensen met CGT vaardigheden aanleren die ze kunnen toepassen bij het omgaan met negatieve levensgebeurtenissen. Patiënten kunnen de aangeleerde copingstrategieën (Hollon 2003; Safren e.a. 2004) en vaardigheden in de loop der tijd in de praktijk toepassen en daarmee hun kwaliteit van leven verder verbeteren, hoewel de behandeling beëindigd is. Het is immers goed mogelijk dat niet alle vaardigheden kunnen worden uitgevoerd tijdens de behandeling, simpelweg doordat de situaties zich nog moeten voordoen waarin deze kunnen worden toegepast. Het vervolgens consistent toepassen en herhalen van de vaardigheden is bepalend voor de kwaliteit van het effect (Ramsay & Rostain 2016). Hierdoor kunnen de daadwerkelijke effecten van CGT pas later tot uiting komen.

Argumenten die deze hypothese ondersteunen, zijn te vinden in het onderzoek van Cherkasova e.a. (2020). In deze gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) werd enkel CGT versus CGT in combinatie met medicatie vergeleken. Er bleken een snellere en meer uitgesproken symptoomreductie voor ADHD en verbetering van organisatorische vaardigheden en zelfvertrouwen in de combinatiegroep direct na het afronden van de behandeling te zijn. Echter, enkel CGT gaf een geleidelijker verbetering van deze effecten. In de daaropvolgende follow-up van 3 en 6 maanden bleek het verschil tussen de groepen steeds kleiner te worden. Bij de laatste meting was geen sprake meer van een significant verschil. Medicatie zou dus als een katalysator kunnen fungeren, waarvan na verloop van tijd de effecten stabiliseren. De leeftijd, het geslacht, het aantal CGT-sessies en de totale behandelduur per levensdomein bleken geen vertekende factoren voor het behandelingseffect. De enige uitzondering hierop was de leeftijd in het domein relaties in de combinatiegroep. Hieruit kunnen we concluderen dat het behandelingseffect op het gebied van relaties minder groot zal zijn naarmate iemand ouder is.


Vergelijking met ander onderzoek

De gemiddelde domeinscore van de AAQoL voor beide groepen bij aanvang van de behandeling was 44,64; vergelijkbaar met de scores in eerdere onderzoeken (Matza e.a. 2007; Mattos e.a. 2013; Brod e.a. 2015). Uit onderzoek van Tanaka e.a. (2015) bleek dat een verschil vanaf 8 punten tussen de voor- en nameting op de AAQoL als klinisch significant kan worden beschouwd. De gemiddelde verschilscore in deze studie voor de medicatiegroep was 26,81 en voor de combinatiegroep 25,45. De gemiddelde toename per domein uit dit onderzoek is ook groter vergeleken met de resultaten uit andere onderzoeken, waar de gemiddelde verbetering 15,9 bedroeg (Matza e.a. 2007; Mattos e.a. 2013; Brod e.a. 2015).

Het gebrek aan effect van CGT binnen ons onderzoek kan mogelijk ook worden verklaard doordat ADHD centraal een intensief behandelcontact heeft waarin de psycho-educatie en adviezen veelvuldig terugkomen, parallel aan het instellen van medicatie en eventueel volgen van CGT. Dit is congruent met de resultaten van Vidal e.a. (2013), die in een kleine (n = 32) gerandomiseerde pilotstudie groeps-CGT en psycho-educatie met elkaar vergeleken, waarbij psycho-educatie effectiever bleek.

Besluit

Hoewel de effectiviteit van CGT voor de behandeling van ADHD ruimschoots is aangetoond, is er nog onvoldoende onderzoek gedaan naar de effectiviteit op lange termijn. Het is van belang dat men de langetermijneffecten op de symptoomreductie, functionele beperkingen/problemen die geassocieerd zijn met ADHD en de kwaliteit van leven verder in kaart brengt.

 Jeroen Kroesen assisteerde met de technische ondersteuning en data-analyse en prof. dr. A.H. Zwinderman gaf adviezen over de statistische analyse.

LITERATUUR

- Bouwsema G. ADHD: Dat valt niet mee! Een onderzoek naar de invloed van sociale steun op het functioneren en de kwaliteit van leven bij volwassenen met ADHD. Groningen: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid, UMC Groningen; 2006. <http://docplayer.nl/7278705-Adhd-dat-valt-niet-mee.html>
- Brod M, Adler LA, Lipsius S, Tanaka Y, Heinloth AN, Upadhyaya H. Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale in European patients: comparison with patients from the USA. *Atten Defic Hyperact Disord* 2015; 7: 141-50.
- Brod M, Johnston J, Able S, Swindle R. Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure. *Qual Life Res* 2006; 15: 117-29.
- Brod M, Perwien A, Adler L, Spencer T, Johnston J. Conceptualization and assessment of quality of life for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prim Psychiatry* 2005; 12(6): 58-64.
- Brod M, Pohlman B, Lasser R, Hodgkins P. Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health Qual Life outcomes* 2012; 10: 47.
- Cherkasova MV, French LR, Syer CA, Cousins L, Galina H, Ahmadi-Kashani Y, e.a. Efficacy of cognitive behavioral therapy with and without medication for adults with ADHD. *J Atten Disord* 2020; 24: 889-903.
- Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. *Conners' Adult ADHD Rating Scales-Self-Report: Short Version (CAARS-S:5S)*. Toronto: Multi-Health Systems; 2004. p. 1-7.
- Daley D, Jacobsen RH, Lange A-M, Sørensen A, Walldorf J. The economic burden of adult attention deficit hyperactivity disorder: A sibling comparison cost analysis. *Eur Psychiatry* 2019; 61: 41-8.
- Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006; 36: 159-65.
- Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, e.a. The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* 2017; 9: 47-65.
- Hollon SD. Does cognitive therapy have an enduring effect? *Cognitive Ther Res* 2003; 27: 71-5.
- Mattos P, Louzã MR, Palmieri ALF, Oliveira IR de, Rocha FL. A multicenter, open-label trial to evaluate the quality of life in adults with ADHD treated with long-acting methylphenidate (OROS MPH): Concerta Quality of Life (CONQoL) study. *J Atten Disord* 2013; 17: 444-8.
- Matza LS, Johnston JA, Faries DE, Malley KG, Brod M. Responsiveness of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Quality of Life Scale (AAQoL). *Qual Life Res* 2007; 16: 1511-20.
- Michielsen M, Semeijn E, Comijs HC, van de Ven P, Beekman ATF, Deeg DJH, e.a. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2012; 201: 298-305.
- Mongia M, Hechtman L. Cognitive behavior therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 561-7.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn ADHD bij volwassenen. Utrecht: NVvP; 2015.
- Pulay AJ, Bitter I, Papp S, Gulácsi L, Péntek M, Brodsky V, e.a. Exploring the relationship between quality of life (EQ-5D) and clinical measures in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Appl Res Qual Life* 2016; 12: 409-24.
- QbTech. Clinical Documentation for QbTest and QbCheck. 2018: 1-6. <https://www.qbtech.com/adhd-tests#>, Clinical Documentation.
- Ramsay JR, Rostain AL. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder as an implementation problem: Clinical significance, underlying mechanisms, and psychosocial treatment. *Pract Innovations* 2016; 1: 36-52.
- Rostain AL, Ramsay JR. A combined treatment approach for adults with ADHD - Results of an open study of 43 patients. *J Atten Disord* 2006; 10: 150-9.
- Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther* 2005; 43: 831-42.
- Safren SA, Sprich S, Chulvick S, Otto MW. Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiat Clin N Am* 2004; 27: 349-60.
- Tanaka Y, Brod M, Lane JR, Upadhyaya H. What is a clinically relevant improvement in quality of life in adults with ADHD? *J Atten Disord* 2015; 23: 65-75.
- Vidal R, Bosch R, Nogueira M, Gómez-Barros N, Valero S, Palomar G, e.a. Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study. *J Nerv Ment Dis* 2013; 201: 894-900.
- Young Z, Moghaddam N, Tickle A. The efficacy of cognitive behavioral therapy for adults with ADHD: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Atten Disord* 2020; 24: 875-88.

SUMMARY

Cognitive behavioral therapy in combination with pharmacotherapy for adults with ADHD

R.K.R.W. Wettstein, Y. Klabbers, E. Romijn, J. Nieuwveen, J.C. Kroesen, K.R.M. Wettstein, G.J.H. Dumont

Background Treatment options for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults consist of psycho-education, cognitive behavioral therapy (CBT), pharmacotherapy or a combination thereof.

Aim To investigate the effect of CBT combined with pharmacotherapy on the quality of life in adults with ADHD compared to medication alone.

Method In this multicenter prospective cohort study a total of 627 patients were included, 305 were included in the medication only group and 322 in the combination group (CBT and medication). The Adult ADHD Quality-of-Life scale (AAQoL) was conducted at baseline and at the end of treatment.

Results The quality of life as measured by the AAQoL increased significantly in both groups but was not significantly different between the two groups ($p = 0.33$).

Conclusion To our knowledge, this is the first study to describe the effect of CBT as an addition to ADHD drug therapy on the quality of life in adults. Contrary to our expectations, there was no significant effect of CBT as an addition to drug therapy on the quality of life.