

Wat is een voldoende-goede behandeling voor ADHD?

J.K. BUITELAAR

Methylfenidaat is de meest voorgeschreven medicatie bij kinderen met een kinderpsychiatrische aandoening. De officiële indicatie is zoals bekend de aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD). De sterke toename in het aantal afgeleverde recepten methylfenidaat gedurende de afgelopen tien tot vijftien jaar heeft aanleiding gegeven tot bezorgdheid en discussie over mogelijke overdiagnostiek en overbehandeling (Buitelaar 2001). Daarbij zijn ook twijfels aan de effectiviteit en de veiligheid van de behandeling met methylfenidaat en andere stimulantia geuit. Hoewel de effecten van methylfenidaat in placebocontroleerde onderzoeken van korte duur duidelijk zijn aangetoond, ontbreken dergelijke gegevens over behandelingen langer dan een jaar. Onduidelijk is ook hoe het verder gaat met de kinderen die ingesteld zijn op methylfenidaat en met hun ouders. Hoe lang wordt de behandeling gecontinueerd? Wat gebeurt er wanneer de behandeling wordt gestaakt? Hoe is de werkzaamheid en veiligheid in de klinische praktijk van alledag maanden en jaren na het starten van de behandeling? Vooral berichten in de populaire pers suggereren dat bijwerkingen zoals dysforie en depressie en eventuele karakterveranderingen vaker voorkomen dan gemeld op basis van gecontroleerde onderzoeken.

Het Amerikaanse MTA-onderzoek (*Multimodal Treatment of ADHD*-onderzoek) bij bijna 600 kinderen met ADHD tussen de 6 en 12 jaar biedt informatie die relevant is voor de beantwoording van deze vragen (MTA Cooperative Group 1999). Een van de belangrijkste bevindingen van het MTA-onderzoek is dat er een wereld van verschil

is tussen een 'medicatiebehandeling' en een 'optimale medicatiebehandeling' van ADHD. Optimale medicatiebehandeling betekent bij kinderen driemaal daags doseren, zo hoog mogelijk gedoseerd, met regelmatige, liefst maandelijks controles (Buitelaar & Kooij 2000). Bij een deel van de kinderen die in de onderzoeksarm de medicatiebehandeling (zonder gedragstherapie) kregen, was het in de loop van de maanden nodig de dosering te verhogen om de effecten te behouden (Vitiello e.a. 2001). Gegevens over de follow-up na 2 jaar van de kinderen laten zien dat de kinderen die medicatie zijn blijven gebruiken er als gehele groep beter aan toe zijn dan de kinderen die met medicatie zijn gestopt. Er lijkt echter ook een subgroep kinderen te zijn bij wie stoppen van de medicatie niet leidt tot merkbare verslechtering ten opzichte van de kinderen die doorgebruiken. Verdere analyses richten zich op de nadere karakterisering van de groep die wellicht probleemloos kan stoppen na enige tijd gebruik van medicatie. Het MTA-onderzoek biedt geen steun voor de claims over de hoge frequentie van bijwerkingen van depressie en prikkelbaarheid, zoals gesuggereerd in de populaire pers.

Er zijn in feite geen gegevens voorhanden over de Nederlandse situatie om op deze discussie in te haken. De twee artikelen van Hugtenburg e.a. in dit tijdschrift proberen in deze leemte te voorzien. Het eerste artikel (Hugtenburg e.a. 2004a) beschrijft het gebruik van vragenlijsten die door ouders zijn ingevuld om informatie over werkzaamheid en bijwerkingen te verzamelen. In deze kleine steekproef blijkt ongeveer twee derde van de ouders tevreden, en één derde niet. Dit

komt ongeveer overeen met de percentages medicatie-responders die bekend zijn uit placebogecontroleerde onderzoeken. Toch is het niet goed mogelijk deze twee bevindingen te vergelijken. Het is onbekend waar ouders op letten wanneer een oordeel over hun tevredenheid wordt gevraagd. Het is denkbaar -neen, het is vrijwel zeker- dat dit andere aspecten betreft dan waar de behandelaars op zullen letten. Het is dan ook jammer dat het oordeel van de ouders niet verder geëxpliciteerd en vergeleken is met een klinisch oordeel van de behandelaar. Het is evenmin duidelijk wanneer stoppen van de medicatie plaatsvond, na overleg met de behandelaar, dan wel op eigen initiatief van de ouders. Mijn klinische ervaring is dat ouders een partiële respons vaak als een non-respons kwalificeren, en daarbij om voor hen begrijpelijke redenen ook geen rekening houden met aanwezige comorbiditeit. Wanneer ADHD-symptomen verminderen, maar tevens aanwezige verschijnselen van agressie en opstandigheid niet, is niet per se sprake van non-respons.

Het tweede artikel (Hugtenburg e.a. 2004b) richt zich op de therapietrouw en maakt gebruik van de medicatiehistorie zoals bijgehouden door de apotheek. De therapietrouw blijkt vrij laag te zijn, maar onduidelijk is wat hierbij precies het aandeel is van gepland minder gebruik in de weekeinden en vakanties. Hier geldt eveneens dat niet duidelijk is welke instructies ouders en kind van de behandelaar in dit opzicht hadden gekregen. Mede gezien de resultaten van het MTA-onderzoek zijn de meeste psychiaters van mening dat medicatie als regel in weekeinden en vakanties moet worden gecontinueerd: '24 uur per dag, 7 dagen per week'. Wanneer je een bril hebt om goed in de verte te kunnen zien, laat je hem in het weekeinde en vakanties ook niet thuis. Een vraag die de auteurs niet bespreken, is of de lage therapietrouw bij ADHD afwijkt van de therapietrouw van vergelijkbare aandoeningen uit de pediatrie (astma) of kinderneurologie (epilepsie). Een verschil met die andere aandoeningen is uiteraard dat missen van de medicatie zou kunnen leiden tot een duidelijk incident, zoals aanval van epi-

lepsie of astma. Eventuele toename van ADHD-symptomen is minder spectaculair en dus minder dwingend en herinnerend. Hoe het ook zij, de beschikbaarheid van medicatie die eenmaal daags kan worden toegediend, zal een duidelijk positief effect hebben op de therapietrouw.

Het tweede artikel bericht ook dat methylfenidaat soms wordt voorgeschreven voor andere primaire indicaties dan ADHD. Ik kan mij wel voorstellen dat autisme zo'n indicatie kan zijn, omdat veel kinderen met autisme bijkomende symptomen van ADHD hebben die leiden tot functiebelemmeringen en dus een indicatie voor behandeling kunnen vormen. Dit gebruik van methylfenidaat bij kinderen met autisme en ADHD wordt ook gesteund door enige literatuur (Quintana e.a. 1995). Anders ligt dit bij angst of depressie als primaire diagnose: er is echt geen empirische evidentie om hierbij stimulantia voor te schrijven. Het gaat wederom om de behandelpraktijk van slechts één kinderpsychiater, en de resultaten kunnen niet gegeneraliseerd worden naar de algemene praktijk.

Zoals de auteurs schrijven, is nader onderzoek naar de kwaliteit van de behandeling van kinderen met ADHD in 'care as usual' in Nederland dringend nodig, en is dergelijk onderzoek inmiddels gestart.

LITERATUUR

- Buitelaar, J. K., & Kooij, J. J. S. (2000). Aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis - ADHD. Achtergronden, diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 1716-1723.
- Buitelaar, J. K. (2001). Discussies over aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD): feiten, meningen en emoties. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1485-1489.
- Hugtenburg, J.G., Faber, A., Schirm, E., e.a. (2004a). Methylfenidaat bij kinderen: gebruik en ervaringen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 31-37.
- Hugtenburg, J.G., Griekspoor, J.R., Heerdink, E.R., e.a. (2004b). Onderzoek naar de therapietrouw bij het gebruik van methylfenidaat door kinderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 7-14.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-months randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/

hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.

Quintana, H., Birmaher, B., Stedje, D., e.a. (1995). Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 283-294.

Vitiello, B., Severe, J. B., Greenhill, L.L., e.a. (2001). Methylphenidate dosage for children with ADHD over time under controlled conditions: lessons from the MTA. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 188-96.

AUTEUR

J.K. BUITELAAR is (kinder-)psychiater en hoofd van de afdeling psychiatrie UMC St. Radboud en van het Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie Oost-Nederland te Nijmegen, en als hoogleraar psychiatrie, en kinder- en jeugdpsychiatrie verbonden aan de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Correspondentieadres: J.K. Buitelaar, Afdeling Psychiatrie (333), UMC St. Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

E-mail: jb@psy.umcn.nl.

Strijdige belangen: de auteur is adviseur van Janssen Cilag en Eli Lilly.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-11-2003.