

# Hoe effectief is gedragstherapie bij ADHD?

Viktorija Janke, Glenn Dumont

**Bij de behandeling van ADHD is gedragstherapie de behandeling van eerste keuze, vooral bij kinderen en jeugdigen. Voor (gezinnen van) kinderen met ADHD kan gedragstherapie de onderlinge relaties verbeteren en het gezin strategieën bieden om met de symptomen van ADHD om te gaan. Dit zou zowel op medisch als op sociaal vlak verbeteringen teweegbrengen. Voor volwassenen met ADHD is cognitieve gedragstherapie beschikbaar, die de patiënt niet alleen helpt om met de symptomen om te gaan, maar ook helpt compenseren voor functionele beperkingen.**

Ongeveer 1 op de 20 kinderen in Nederland heeft een aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD).<sup>1,2</sup> Tot vrij kort werd aangenomen dat ADHD alleen bij kinderen voorkwam en dus na het volwassen worden zou verdwijnen. Dat is niet zo, want ongeveer de helft van alle patiënten heeft later in het leven nog steeds last van ADHD-symptomen.<sup>3</sup> De prevalentie van ADHD bij volwassenen ligt op 2-3%.<sup>2,4</sup> Tot de symptomen van ADHD behoren moeite hebben met het vasthouden van aandacht, hyperactiviteit en impulsiviteit.<sup>5</sup> Door onrust en concentratieproblemen presteren mensen met ADHD vaak minder op school en/of op het werk.<sup>6</sup> Daarnaast hebben gezinnen met kinderen met ADHD vaker problemen binnen de gezinsstructuur en is de ouder-kindhechting verstoord.<sup>7</sup> Ongeveer de helft van de kinderen met ADHD heeft een comorbide oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, die dikwijls tot bijkomende gedragsproblemen leidt.<sup>8</sup> Kinderen en adolescenten met ADHD krijgen vaker een ongeluk en lopen een hoger risico op een ziekenhuisopname.<sup>9</sup> Adolescenten met ADHD vertonen vaker seksueel risicovol gedrag en hebben een grotere kans op tienerzwangerschappen.<sup>10,11</sup> Ook zijn patiënten met ADHD, onder andere door impulsiviteit, kwetsbaarder voor middelenverslaving.<sup>12</sup> Op volwassen leeftijd hebben patiënten vaker kortdurende en snel wisselende romantische relaties en rapporteren ze meer relatieproblemen.<sup>13,14</sup> De huisarts kan de behandeling van 6- tot 18-jarigen met ADHD met eenvoudige problematiek begeleiden.<sup>15</sup> Patiënten jonger dan 6 jaar of volwassenen, en patiënten met ernstige/ complexe problematiek of comorbiditeit moeten worden doorverwezen naar de tweede lijn.<sup>15</sup> Hierbij kunnen wachtlijsten ontstaan, die samenhangen met de capaciteit van het behandelcentrum en het aantal patiënten dat op een plek wacht.

## CASUS: EEN JONGEN MET ADHD

Tim is 8 jaar oud en heeft vaak ruzie met zijn ouders. Hij vindt huiswerk maken heel saai en doet dat eigenlijk nooit. Zijn ouders gaan met Tim naar de huisarts. Die concludeert dat Tim ADHD heeft. Omdat Tims ouders stress ervaren en onzeker zijn over hoe zij het best met Tim kunnen omgaan, beveelt de huisarts gedragstherapie aan. Wekelijks gaan Tims ouders naar de gedragstherapeut en soms gaat Tim ook mee. Hierna veranderen een paar dingen in het leven van Tim. Zijn vader vraagt hem nu om iedere dag op hetzelfde tijdstip zijn huiswerk te doen. Hoewel hij het slecht deed op zijn laatste rekentoets zijn Tims ouders niet boos, maar laten ze merken erg trots te zijn op zijn goede cijfer voor gym. Tim heeft niet meer het gevoel altijd alles fout te doen.

Er bestaat geen NHG-Standaard voor de behandeling van volwassenen met ADHD. Wel behandelt het *NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie* het monitoren van de medicatie van volwassen ADHD-patiënten en publiceerde de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in 2015 de richtlijn ADHD bij volwassenen.<sup>16,17</sup> De NHG-Standaard ADHD bij kinderen noemt als eerste behandelkeuze voorlichting en gedragstherapie [tabel]. Wanneer deze onvoldoende effectief blijken, valt medicatie te overwegen.<sup>15</sup> Medicatie voor ADHD is erg effectief: methylfenidaat en dexamfetamine werken bij 70% van alle patiënten.<sup>18-20</sup> Daarnaast werkt medicatie snel en is deze relatief goedkoop. Hoewel de NHG-Standaard en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie als eerste keuze gedragstherapie noemen, wordt deze interventie lang niet altijd ook daadwerkelijk (als eerste) ingezet.<sup>15,21</sup> Waarschijnlijk komt dat door de praktische voordelen die medicijnen hebben: ze hebben snel effect en zijn goedkoop, en er zijn geen wachtlijsten. We gaan hier dieper in op de evidentie en toepassing van gedragstherapie bij ADHD.

## (COGNITIEVE) GEDRAGSTHERAPIE BIJ ADHD

De inhoud en opbouw van (cognitieve) gedragstherapie verschillen voor kinderen, adolescenten en volwassenen. Hoewel de NHG-Standaard ADHD bij kinderen gedragstherapie voor kinderen met ADHD wel noemt, blijkt dat gedragstherapie voor kinderen tussen de 6 en 12 jaar niet effectief is.<sup>22</sup> Wanneer wel voor gedragstherapie wordt gekozen, is deze gericht op de ouders.<sup>22,23</sup> Ook training voor leraren is mogelijk en zinvol. Bij de oudertraining leren ouders om moeilijke situaties met het kind op te lossen, zodat frustratie en wrijving

## DE KERN

- Er bestaat weinig [kwalitatief hoogwaardig] bewijs voor het effect van gedragstherapie op ADHD-symptomen bij kinderen.
- Gedragstherapie voor ouders met kinderen met ADHD is zinvol wanneer de ouders onzeker zijn over de opvoeding of wanneer het kind zich agressief gedraagt.
- Bij adolescenten en volwassenen met ADHD kan cognitieve gedragstherapie ADHD-symptomen verminderen.
- Op de korte termijn is niet aangetoond dat CGT voor volwassenen met ADHD de kwaliteit van leven kan verbeteren. Voor de lange termijn wordt dit nog onderzocht.

in hun relatie afnemen. Dit kan door positief gedrag van het kind te belonen en gepast op negatief gedrag te reageren.<sup>24</sup> Ouders leren op negatief gedrag te anticiperen en van tevoren te bedenken hoe ze erop willen reageren.<sup>24</sup> Wanneer mogelijk kan ook de omgeving worden aangepast om negatieve of afleidende stimuli te reduceren.<sup>24</sup> In het dagelijkse leven wordt structuur gebracht en gehandhaafd.<sup>24</sup> De leraartraining gaat uit van dezelfde principes en richt zich daarnaast op het ontwikkelen van een goede samenwerking tussen de ouders en de school. De ouder-/leraartraining wordt aangeboden door de Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg.<sup>15</sup> Daarnaast kan ook een POH-ggz Jeugd de training geven.<sup>15</sup> Vanaf 12 jaar kan ook cognitieve gedragstherapie (CGT) voor de adolescent zelf overwogen worden, mogelijk in combinatie met oudertraining.<sup>22</sup> Voor CGT bij volwassenen met ADHD moet naar de specialistische ggz worden verwezen. Bij volwassenen met ADHD richt CGT zich altijd op de patiënt zelf. Gemiddeld bestaat een therapie uit 8 tot 17 sessies.<sup>23,25</sup> De patiënt volgt wekelijks een sessie en wordt gevraagd om de geleerde strategieën in de tussentijd in het eigen leven te implementeren en te oefenen. Veel volwassenen met ADHD hebben hun leven lang met niet-herkende symptomen geleefd. Daardoor heeft de patiënt

vaak jarenlang problemen op school, op het werk en in de sociale omgeving.<sup>26,27</sup> De patiënt is gewend op allerlei gebieden te falen en verwacht ook geen andere uitkomsten meer.<sup>28</sup> Deze faalervaringen leiden vaak tot negatieve, disfunctionele gedachten, zoals 'Het gaat mij nooit lukken'. Die kunnen op hun beurt leiden tot angst- en depressieklachten, een lage eigenwaarde en minder vertrouwen in de eigen vaardigheden. Tijdens de CGT-sessies worden de negatieve, automatische gedachten van de patiënt met de therapeut besproken. Dit gebeurt bijvoorbeeld via een gedachteschema, waarbij de patiënt gestructureerd bedenkt welke gevoelens en gedragingen bepaalde situaties opwekken. De patiënt kiest de 'belangrijkste automatische negatieve gedachte', afgekort BANG. Argumenten voor en tegen de BANG worden afgewogen, om realistischere, minder negatieve gedachten te formuleren.<sup>29</sup> Daarnaast leert de patiënt strategieën, zoals het gebruik van een agendalist, een notitieboek of -app, of het bedenken van ezelsbruggetjes, om bijvoorbeeld sleutels of de mobiele telefoon niet te vergeten mee te nemen. Tijdens CGT helpt de therapeut de patiënt om de strategieën daadwerkelijk in het dagelijks leven te implementeren. Doordat de therapeut meedenkt en de strategie elke week wordt geëvalueerd en aangepast, kan het gebruik ervan worden geautomatiseerd. Dit betekent dus ook dat de effecten van CGT pas op de langere termijn zichtbaar worden.

## KLINISCH ONDERZOEK ONDER KINDEREN

Een meta-analyse van 11 gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) uit 2015 rapporteert een bescheiden verbetering (12%) van ADHD-symptomen bij kinderen van wie gezinsleden gedragstherapie volgden.<sup>30</sup> Een tweede meta-analyse over hetzelfde onderwerp achtte een groot aantal van de geïncludeerde onderzoeken echter van onvoldoende kwaliteit. Een van de belangrijkste beperkingen was dat ouders die de therapie hadden gevolgd hierna ook de ADHD-symptomen van hun kinderen hebben gemeten. Omdat ouders moeite en tijd in de behandeling hebben geïnvesteerd, is het waarschijnlijk dat ze de neiging hebben om de symptomen bij hun kind als minder ernstig te rapporteren. Bij een analyse van alleen

**Tabel 1**

Overzicht van gedragstherapeutische interventies bij ADHD per leeftijdsgroep

Leeftijdsgroep	Type gedragstherapie	Behandeling door	Voornamelijk effect op
< 6 jaar	Oudertraining kan overwogen worden	Specialistische ggz	Comorbiditeit: oppositiek opstandige gedragsstoornis, ouderlijke stress of onzekerheid bij de opvoeding
6-12 jaar	Oudertraining, leraartraining	Huisarts, POH-ggz Jeugd, Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg	Comorbiditeit: oppositiek opstandige gedragsstoornis, ouderlijke stress of onzekerheid bij de opvoeding
12-18 jaar	Oudertraining, leraartraining, ook cognitieve gedragstherapie voor de patiënt mogelijk	Huisarts, POH-ggz Jeugd, Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg	Comorbiditeit: oppositiek opstandige gedragsstoornis, ouderlijke stress of onzekerheid bij de opvoeding



Illustratie: Anna Jure

RCT's waarbij onafhankelijke personen, zoals de clinicus, de symptomen beoordeelden, was het voordeel van gedragstherapie minder dan 1% op maten van ADHD-symptomen bij kinderen (7 RCT's, in totaal 571 kinderen).<sup>31</sup>

Het daadwerkelijke effect van gedragstherapie lijkt dus vooral te gelden voor de ouders en de omgang met hun kinderen (met ADHD). Ook uit andere meta-analyses komt naar voren dat gedragstherapie positief oudergedrag bevordert, ongeacht of de kinderen medicatie gebruikten.<sup>32</sup> De oudertraining heeft bij kinderen wel impact op comorbide gedragsproblemen, zoals agressief gedrag en symptomen van een normoverschrijdende-gedragsstoornis (ook wel *conduct disorder* genoemd).<sup>32</sup>

#### KLINISCH ONDERZOEK ONDER VOLWASSENEN

In 2018 is een meta-analyse uitgevoerd naar het effect van CGT bij volwassenen met ADHD.<sup>25</sup> In 5 RCT's met in totaal 251 deelnemers werden patiënten die CGT volgden vergeleken met patiënten die op de wachtlijst stonden. Patiënten die CGT volgden hadden gemiddeld 29% minder last van ADHD-symptomen dan patiënten in de controlegroep.<sup>27-31</sup> In 2 kleine onderzoeken met in totaal 66 patiënten vergeleek men CGT plus medicatie met farmacotherapie alleen.<sup>25</sup> Patiënten die naast medicatie ook CGT kregen, scoorden gemiddeld lager op ADHD-symptomen dan patiënten die alleen medicatie gebruikten.

#### EFFECT VAN CGT OP DE KWALITEIT VAN LEVEN

Hoewel medicatie de kwaliteit van leven van volwassenen met ADHD kan verbeteren, lijkt dit effect te verdwijnen wanneer de medicatie wordt gestopt.<sup>33</sup> Omdat patiënten via CGT strategieën aanleren die ze in hun dagelijks leven kunnen

toepassen, zouden we verwachten dat de effecten van CGT op de kwaliteit van leven lang aanhouden. In de literatuur is daar vooralsnog weinig bewijs voor te vinden. Systematische literatuuronderzoeken beschrijven 4 RCT's die zijn gericht op het effect van CGT op de kwaliteit van leven van volwassenen met ADHD.<sup>25,34</sup> De patiënten hebben in alle 4 de onderzoeken ook medicatie gebruikt. De onderzoeken zijn erg heterogeen en includeerden kleine aantallen patiënten (10 tot 95 deelnemers). Volgens 1 RCT heeft CGT een significant effect, terwijl in 3 RCT's geen effect werd gevonden.<sup>35-38</sup> Voor zover ons bekend is, zijn er geen RCT's die het effect van CGT zonder medicatie op de kwaliteit van leven hebben gemeten.

Het onderzoek van onze groep is voor zover wij weten het grootste onderzoek dat de kwaliteit van leven heeft gemeten na een behandeling met medicatie plus CGT.<sup>39</sup> De helft van de deelnemers (n = 280) volgde een CGT-programma met een duur van 3 maanden in combinatie met medicatie. De controlegroep (n = 265) gebruikte alleen medicatie. Anders dan verwacht vonden we geen verbetering in kwaliteit van leven bij de combinatie van medicatie en CGT. Deze patiënten werden direct na de behandeling naar hun kwaliteit van leven gevraagd en mogelijk hebben de CGT-effecten na de behandeling meer tijd nodig om te bestendigen. Om de langetermijneffectiviteit van CGT in kaart te brengen zullen we de kwaliteit van leven van dezelfde patiëntengroep, nu 4 tot 8 jaar later, opnieuw onderzoeken.

#### CONCLUSIE

Gedragstherapie bij kinderen met ADHD lijkt relatief weinig effect te hebben op de ADHD-symptomen, waarschijnlijk omdat deze behandeling zich vooral richt op de ouders van deze kinderen. Bij volwassenen met ADHD is CGT duidelijk

effectief. Aangezien gedragstherapie betrokken en gemotiveerde patiënten en ouders vereist voor het aanleren van nieuwe structuren en het implementeren daarvan in het eigen leven, speelt de motivatie van de patiënt in de keuze voor of tegen CGT een belangrijke rol. De uiteindelijke keuze voor gedragstherapie dient met oog voor de context van de patiënt te worden gemaakt. ■

## LITERATUUR

1. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003;2:104-13.
2. Tuithof M, Ten Have M, Van Dorsselaer S, De Graaf R. ADHD, gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
3. Lara C, Fayyad J, De Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry* 2009;65:46-54.
4. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros Á, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009;194:204-11.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2013.
6. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, Hynes ME. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1222-7.
7. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001;4:183-207.
8. Wat is ADHD: comorbiditeit. Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. 2017. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/adhd/wat-is-adhd/adhd-comorbiditeit/>. Geraadpleegd op 26 juli 2021.
9. Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ransom J, O'Brien P. Use and costs of medical care for children and adolescent with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA* 2001;285:60-6.
10. Spiegel T, Pollak Y. Attention deficit/hyperactivity disorder and increased engagement in sexual risk-taking behavior: the role of benefit perception. *Front Psychol* 2019;10:1-8.
11. Flory K, Molina BSG, Pelham WE, Gnagy E, Smith B. Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2006;35:571-7.
12. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Billow A, Buitelaar JK, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol* 2018;28:1059-88.
13. Kooij S. ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling. 4e ed. Amsterdam: Pearson Amsterdam bv, 2020.
14. Robin AL, Payson E. The impact of ADHD on marriage. *ADHD Rep* 2002;10:9-14.
15. NHG-werkgroep. NHG-Standaard ADHD bij kinderen. <https://richtlijnen.nhg.org/>. Utrecht: NHG, 2014.
16. NHG. NHG-Standpunt. Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie. <https://richtlijnen.nhg.org/>. Utrecht: NHG, 2014.
17. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn ADHD bij volwassenen: Fase I – Diagnostiek en medicamenteuze behandeling. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2015.
18. Wilens, TE, Morrison, NR, Prince J. An update on the pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother* 2011;11:1443-65.
19. Cortese S. Pharmacologic treatment of attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 2020;383:1050-6.
20. Coghill DR, Newcorn JH, Chen J, Werner-Kiechle T, Banaschewski T. Post hoc analyses of response rates to pharmacological treatments in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Psychopharmacol* 2020;34:874-82.
21. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen. Versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
22. GGZ Standaarden. Behandeling en begeleiding – ADHD. 2019. Beschikbaar via: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/behandeling-en-begeleiding/psychologische-behandelingen>. Geraadpleegd op 11 april 2022.
23. Riise EN, Wergeland GJH, Njardvik U, Öst L-G. Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2021;83:101954.
24. Van der Oord S, Tripp G. How to improve behavioral parent and teacher training for children with ADHD: integrating empirical research on learning and motivation into treatment. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2020;23:577-604.
25. Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, Lischinsky AG, Cetkovich-Bakmas M, Rojas JI, et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;3:CD010840.
26. 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.
27. Safren SA, Sprich S, Chulvick S, Otto MW. Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2004;27:349-60.
28. Newark PE, Stieglitz RD. Therapy-relevant factors in adult ADHD from a cognitive behavioural perspective. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* 2010;2:59-72.
29. Meijer S, Ten Broeke E, Schurink G. Het gedachteschema in cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2005;31:123-33.
30. Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, et al. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: a meta-analysis of treatment effectiveness. *Behav Res Ther* 2015;75:60-71.
31. Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry* 2013;170:275-89.
32. Daley D, Van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53:835-47.
33. Tsujii N, Okada T, Usami M, Kuwabara H, Fujita J, Negoro H, et al. Effect of continuing and discontinuing medications on quality of life after symptomatic remission in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2020;81:19r13015.
34. López-Pinar C, Martínez-Sanchís S, Carbonell-Vayá E, Sánchez-Meca J, Fenollar-Cortés J. Efficacy of nonpharmacological treatments on comorbid internalizing symptoms of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *J Atten Disord* 2020;24:456-78.
35. Young S, Khondoker M, Emilsson B, Sigurdsson JF, Philipp-Wiegmann F, Baldursson G, et al. Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with attention-deficit/

- 
- hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychol Med* 2015;45:2793-804.
36. Virta M, Salakari A, Antila M, Chydenius E, Partinen M, Kaski M, et al. Short cognitive behavioral therapy and cognitive training for adults with ADHD – a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010;6:443.
37. Estrada RV, Bosch R, Nogueira M, Gómez-Barros N, Valero S, Palomar G, et al. 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.
38. Pettersson R, Söderström S, Edlund-Söderström K, Nilsson KW. Internet-based cognitive behavioral therapy for adults with ADHD in outpatient psychiatric care: a randomized trial. *J Atten Disord* 2017;21:508-21.
39. Wettstein RKRW, Klabbers Y, Romijn E, Nieuwveen J, Kroesen JC, Wettstein KRM, et al. Cognitieve gedragstherapie bij medicamenteuze behandeling van ADHD bij volwassenen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2021;63:550-7.

Janke VC, Dumont GJH. Hoe effectief is gedragstherapie bij ADHD? *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1493-z. ADHDcentraal, afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nieuwegein: V.C. Janke, junior onderzoeker, viktorijananke@adhdcentraal.nl; Amsterdam UMC, locatie AMC, Klinische farmacologie, Amsterdam: dr. G.J.H. Dumont, universitair hoofddocent. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.