Psycho-educatie voor patiënten met ADHD én een bipolaire stoornis

Een kwalitatief surveyonderzoek naar de behoeften en wensen van patiënten

Inleiding

De combinatie van een bipolaire stoornis en *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) komt regelmatig voor. Prevalenties van comorbiditeit van ADHD in de populatie ggz-patiënten met de primaire diagnose bipolaire stoornis, variëren van 9,5% tot 16% (Nierenberg *et al*., 2005; Kupka, 2011). In de populatie ggz-patiënten met de primaire diagnose ADHD, werden prevalenties van 5% tot 47% gevonden waarbij een comorbide bipolaire stoornis was vastgesteld (Kupka, 2011; McIntyre *et al*., 2010; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie [NVVP], 2015). Overlap in de symptomen wordt beschreven (Nierenberg *et al*., 2005). Tegelijkertijd is sprake van een complexe interactie (Asherson, Farmer, Hosang, & Skirrow, 2012) en wordt een verband gevonden tussen de ernst van de ADHD en het ontstaan van een bipolaire stoornis (Bergsholm, Dramsdahl, Fasmer, Haavik Halmøy, & Halleland, 2010). Kupka (2011) merkt op dat het gebruik van de *Diagnostic Statistical Manual* (DSM) (*American Psychiatric Assocation*, 2007) kunstmatig een scheiding veroorzaakt in de symptomen. De focus ligt in het geval van comorbiditeit daardoor vaak op een van de stoornissen, met het risico op tunnelvisie in de behandeling als gevolg (Van Beugen, 2015; Perugi *et al*., 2012).
Tevens heeft comorbiditeit van ADHD en de bipolaire stoornis specifieke consequenties: een vijf à zes jaar eerder begin van de bipolaire stoornis in vergelijking met patiënten zonder comorbiditeit, het vaker mislukken van opleidingen, een toename van angststoornissen en depressies met minder goed herstel, vaker stoornissen in middelengebruik, verminderde sociale aanpassing en psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren, en een toename van problemen in de executieve functies (Nierenberg *et al*., 2005; Perugi *et al.* 2013; McIntyre

et al., 2010, Sentissi *et al*., 2006; Silva *et al*., 2014; Townsend *et al*., 2013). Passende behandelinterventies gericht op comorbiditeit werden in de literatuur niet gevonden. Perugi *et al*., (2013); Sentissi *et al*., (2006) en Silva *et al*., (2014) pleiten echter voor meer aandacht in de behandeling voor comorbiditeit van een bipolaire stoornis en ADHD en voor het ontwikkelen van geïntegreerde behandelinterventies.

In de praktijk geven patiënten met comorbiditeit van ADHD en een bipolaire stoornis die onder behandeling zijn bij PsyQ, aan dat psychoeducatie onvoldoende aansluit bij hun situatie. PsyQ is een netwerk en samenwerkingsverband van de ggz-instellingen: Lentis, MET ggz, Mondriaan en de Parnassia Groep. PsyQ biedt gespecialiseerde, ambulante behandelingen voor volwassen met een psychiatrische stoornis. De behandeling vindt plaats per specialisme, ingedeeld per DSM-stoornis. Psycho-educatie is een belangrijk deel van de behandeling. Informatie wordt door de behandelaar met de patiënt gedeeld, zodat duidelijk is voor welke diagnoses behandeling wordt aangeboden en wat het behandeltraject inhoudt (Kooij, 2009). Scholing van patiënten, als onderdeel van psycho-educatie, vindt systematisch plaats met gedragsverandering als doel (NVVP, 2015). Gezien de complexiteit en de consequenties van deze comorbiditeit is het klinisch relevant om verder te exploreren wat de kwaliteit van de psycho-educatie is en of deze voldoende aansluit bij de doelgroep. Met deze informatie kan de zorg verder worden aangepast aan de behoeften van deze specifieke groep patiënten.

De volgende onderzoeksvraag werd geformuleerd om tot verkenning van dit onderwerp te komen:

Welke wensen en behoeften hebben patiënten met comorbiditeit van ADHD en de bipolaire stoornis op het gebied van psycho-educatie?

De bijbehorende deelvragen zijn:

- Wat geven patiënten aan te missen in de huidige psycho-educatie die per stoornis wordt aangeboden?
- Wat geven patiënten aan nodig te vinden om psycho-educatie beter aan te laten sluiten op hun situatie?
- Welke aanbevelingen doen patiënten voor verbetering van psychoeducatie bij comorbiditeit van een bipolaire stoornis en ADHD?

Methode

Onderzoeksontwerp

Om de onderzoeksvraag optimaal te beantwoorden is gekozen voor kwalitatief surveyonderzoek in de vorm van een constant vergelijkende methode waarbij theorievorming vanuit semigestructureerde interviews en een focusgroep centraal staat (Mortelmans, 2013). Opgedane kennis kan ter verbetering van de behandeling geïntegreerd worden in de praktijk. Het voordeel van deze onderzoeksmethode is

Tabel 1
Achtergrondkenmerken van de participanten

Geslacht	
Vrouw	9
Man	4
Leeftijd	
Gemiddelde leeftijd	37 jaar (bereik 21 tot 56 jaar)
Aantal jaar de diagnose bipolaire stoornis	Gemiddeld 5,5 jaar (bereik 1 jaar tot 24 jaar)
Aantal jaar de diagnose ADHD	Gemiddeld 10 jaar (bereik1 jaar tot 18 jaar)

dat op flexibele, interactieve wijze verdieping plaatsvindt, nauw aansluitend bij het patiëntenperspectief. Hierbij is het doel om tot een gedeeld construct te komen voor psycho-educatie.

Onderzoekspopulatie

Middels een selecte doelgerichte steekproef werden patiënten geselecteerd uit een populatie van 120 patiënten met comorbiditeit van ADHD en een bipolaire I of II stoornis. Patiënten boven de achttien jaar die psycho-educatie voor een of beide stoornissen hadden ontvangen werden geïncludeerd. Zij werden via hun behandelaren geworven. Voorafgaand aan de werving werd geen minimum- of maximumaantal participanten vastgesteld. Veertien participanten meldden zich aan. Eén deelneemster viel af omdat zij onder de exclusiecriteria viel. Patiënten konden niet deelnemen wanneer er sprake was van een manische episode, een vitale depressie, ernstige rouw, een psychotische episode, een gedwongen opname, onvoldoende reflectief vermogen en/of een IQ onder de 70.
In de periode van oktober 2016 tot en met februari 2017 zijn dertien semigestructureerde interviews gehouden met participanten in behandeling bij PsyQ Rotterdam en Den Haag (Tabel 1).

Dataverzameling- en analyse

De interviews werden afgenomen met ondersteuning van een interviewschema. Dit interviewschema was opgesteld vanuit achtergrondinformatie uit de literatuur en praktijkervaringen. Het interviewschema werd flexibel toegepast, waarbij ruimte was voor doorvragen. Er werd gestart met een proefinterview, dat werd nabesproken met de peerreviewer. Hierna werden de volgende twee interviews afgenomen. Voor veel participanten bleek de term ‘comorbiditeit’ onbekend, waardoor

deze in het interviewschema gewijzigd werd in 'combinatie van ADHD en de bipolaire stoornis'. Tien participanten werden vervolgens geïnterviewd in volgorde van aanmelden. Om de spreiding van mannen en vrouwen te vergroten en zo dichtbij de doelpopulatie te komen, werden nog actief drie mannelijke participanten geworven en geïnterviewd. Uitgetypte interviews werden kort na het interview een aantal keren doorgelezen. Bevindingen, gevoelens en gedachten van de onderzoeker werden besproken met de onderzoeksbegeleider. Bij de volgende interviews werden de nieuwe thema's geverifieerd.
Het computerprogramma MAXQDA (VERBI Software GmbH) werd in het onderzoek gebruikt voor de analyse. Op basis van de interviewteksten werden bij waarnemingen codes toegewezen aan voor de vraagstelling relevante tekstfragmenten. Werkwoorden werden gebruikt om de coderingen dynamisch te maken (Mortelmans, 2013). Overwogen werd of de informatie leidde tot het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Een logisch opgebouwde codeboom werd vervolgens gemaakt, overlappende codes geschrapt of samengevoegd. De belangrijkste bevindingen werden voorgelegd aan een focusgroep van vier van de geïnterviewde participanten. Vervolgens werd een focusgroepinterview georganiseerd, geleid door een moderator, waarin de bevindingen werden bediscussieerd. Deze bijeenkomst werd tevens opgenomen en geanalyseerd. Resultaten werden bediscussieerd met de onderzoeksbegeleider.

Methodologische kwaliteit

In dit onderzoek werd gestreefd naar een objectieve reproductie van de onderzochte praktijk. De geloofwaardigheid werd vergroot door documenten inzichtelijk te maken voor de onderzoeksbegeleider, met daarin de wijze van gegevensverzameling. Ook waren de transcripten van interviews, de coderingen en de analyse in te zien (Zwieten & Willems, 2004) door middel van het softwareprogramma MAXQDA. De geldigheid werd verhoogd door een *membercheck* uit te voeren van de interviews en in de focusgroep. Om een bepaalde mate van controleerbaarheid te bereiken werden zowel onderzoek- als context variabelen gedocumenteerd (*thick description*). Gezien de geringe omvang van het onderzoek is generaliseerbaarheid daarentegen niet te garanderen.

Ethische verantwoording

Het onderzoeksvoorstel werd voorgelegd aan het management van de zorgprogramma's ADHD en Bipolaire stoornissen Den Haag en Rijnmond, waar toestemming voor de uitvoering uit volgde. Toetsing door de Medisch-ethische toetsingscommissie (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek) bleek niet nodig. Aan mogelijke participanten werd uitleg gegeven over de vertrouwelijkheid van de

informatie, de waarborging van privacy door het anonimiseren van de gegevens en vernietiging van geluidsopnamen na het onderzoek. Bij deelname aan het onderzoek vulden zij een *informed consent*formulier in (Mortelmans, 2013).

Resultaten

De geïnterviewden gaven aan dat zij ADHD en de bipolaire stoornis als eenheid beleefden, omdat de symptomen zich niet gefragmenteerd manifesteerden. Zij beïnvloedden elkaar onderling, met als gevolg vaak een toename van klachten. Een focus hierop in de psychoeducatie werd breed gemist, maar de wensen ten aanzien van hoe deze wisselwerking tussen de stoornissen in de praktijk beter belicht zou kunnen worden, liepen uiteen. Thema's die naar voren kwamen waren: behoefte aan integrale psycho-educatie, acceptatie van comorbiditeit, het ontbreken van goede informatie, aansluiten op het individu en op zijn/haar levensfase, medicatie, middelengebruik, zelfbeeld, cognitieve problemen en een toename van impulsiviteit. De resultaten worden per thema besproken.

Behoefte aan integrale psycho-educatie

Elf van de participanten gaven expliciet aan behoefte te hebben aan een integrale aanpak, waarin de synergie en interactie tussen de stoornissen aan bod komen. Vier van de geïnterviewden gaven aan dat adviezen voor de ene stoornis haaks kunnen staan op de gevolgen van de andere stoornis en dat integratie van psycho-educatie daarom van belang is.

'Ja, en die structuur aanbrengen in je leven, dat is waar het echt interacteert. Ik vind op dat gebied dat er echt wel wat schort aan die psychoeducatie, want mensen blijven met die mantra komen dat het mogelijk is voor iedereen om op dezelfde tijd op te staan. Ja, misschien wel gezond, maar niet mogelijk.'

Bij twee participanten was er in de behandeling al sprake geweest van een integrale psycho-educatie en behandeling, wat een positief effect had op hun klachten. Integrale psycho-educatie was voor twee participanten niet wenselijk. Zij vonden de ontregeling door de bipolaire stoornis ernstiger dan die door ADHD, en vonden het daarom niet bezwaarlijk dat ADHD minder prioriteit kreeg.

Acceptatie comorbiditeit

Participanten benoemden dat aandacht voor acceptatie van de comorbiditeit in de psycho-educatie belangrijk is. Kennis over de prevalen-

tie van de comorbiditeit en de werking van het brein werd gemist. Zij wilden graag informatie uit recente onderzoeken ontvangen, om de oorzaak van hun symptomen te begrijpen en deze beter te kunnen accepteren.
Veel participanten gaven aan dat zij ervaren hadden dat het leek alsof zij de enigen waren met deze twee diagnoses, waardoor zij zich eenzaam voelden. Bij hen kwam de behoefte aan (h)erkenning en lotgenotencontact naar voren. Diverse keren werd behoefte aan ondersteuning van een ervaringsdeskundige aangegeven. Daarbij wilden zij graag hulp bij het betrekken van familie en andere naasten bij de uitleg van de comorbiditeit en hun ziekteproces.

'Ik ben hier binnengekomen met alleen een depressie. Daar had ik al moeite mee. Mijn familie heeft er denk ik een jaar of anderhalf niet vanaf geweten.'

Psycho-educatie op maat

'Psycho-educatie moet aansluiten op het individu', werd frequent benadrukt. Participanten gaven aan dat zij zichzelf wilden leren begrijpen. Bewustwording en begrip van het eigen gedrag, coping en grip leren krijgen op de onderlinge beïnvloeding van klachten vanuit de beide diagnoses, waren frequent genoemde thema's. Daarbij noemden zij het belang dat psycho-educatie moet aansluiten op hun persoonlijke situatie; het krijgen of hebben van kinderen, de arbeidssituatie en het wel of niet hebben van een relatie. Bij iedere levensfase is weer andere informatie gewenst. Oprechte betrokkenheid van de behandelaar, gezien en gehoord worden als mens en onderling respect, werden als belangrijke voorwaarden genoemd voor effectieve psycho-educatie. Deze factoren maken het volgens de participanten eenvoudiger om de focus te behouden bij de behandeling. Dit is voor hen vaak lastig door de aanwezige aandacht- en concentratieproblemen en hyperactiviteit.

'Psycho-educatie moet binnen de 1000 dingen die je toch al doet de aandacht zien te trekken.'

Vijf participanten wilden psycho-educatie uitsluitend individueel krijgen, anderen gecombineerd met een groepsaanbod. De meerderheid van de participanten raadde aan om de psycho-educatie door de hele behandeling heen te verweven. Daarbij werd het belangrijk gevonden dat praktische handvatten worden aangereikt en dat deze direct gekoppeld worden aan concrete situaties die zij in hun leven tegenkomen. Herhaling van informatie in begrijpelijke taal werd tevens genoemd als helpend. Naar voren kwam dat forse klachten bij comorbiditeit, zoals stemmingswisselingen, concentratieproblemen, hyperactiviteit en toename van impulsiviteit, belemmerend kunnen

uitwerken bij psycho-educatie. Er was behoefte aan afstemming op deze klachten door een interactieve aanpak, niet te veel tekst gebruiken en *'to the point'* zijn, het visueel maken van de stof, vaker pauzes inlassen en de mogelijkheid bieden om te bewegen tijdens de psycho-educatie. In de focusgroep kwam naar voren dat het wenselijk zou zijn om bij de start van de behandeling direct een signaleringsplan[1] op te stellen, waar de psycho-educatie aan gekoppeld wordt.

Specifieke onderwerpen

Een aantal specifieke onderwerpen kwam in het onderzoek naar voren. Door zeven van de participanten werd benoemd dat meer aandacht voor en informatie over medicatie nodig is. Zij noemden dat alcohol- en drugsgebruik vaak aan de orde is bij deze vorm van comorbiditeit, wat interacteert met medicatie. Ze hebben ervaren dat hier onvoldoende aandacht voor was in de behandeling. Daarnaast kunnen bijwerkingen van de medicatie voor de ene stoornis negatieve gevolgen hebben op de klachten van de andere stoornis.

'Als je medicijnen gaat slikken waar je onwijze vreetbuien van kan krijgen en je hebt niets om je impulscontrole te beheersen, dan maak je het drie keer zo moeilijk. En dan kom je aan, in gewicht. En verlies je je zelfvertrouwen weer en dan gaat je stemming weer onderuit.'

In het focusgroepinterview kwamen nog aanvullende onderwerpen naar voren. De deelnemers hadden in de psycho-educatie nog een aantal specifieke thema's gemist, zoals de toename van cognitieve problemen, het negatieve effect van comorbiditeit op het zelfbeeld door het steeds mislukken van opleidingen en werk, de toename van impulsiviteit en de grotere kans op zelfmedicatie met alcohol en drugs. Participanten benoemden dat meer aandacht voor deze thema's in de psycho-educatie wenselijk is.

[1] Het signaleringsplan bestaat uit twee delen:
1 Een beschrijving van vroege voortekenen van een terugval. Deze zijn vaak een aantal dagen of weken voor de terugval al zichtbaar. Ze kunnen als een waarschuwingssignaal worden opgevat.
2 Een actieplan. Dit is een beschrijving van wat je het beste kan doen wanneer er een terugval dreigt.
Belangrijk bij het opstellen van een signaleringsplan is dat er geen uitvoerige beschrijvingen op staan. Steekwoorden of korte zinnen zijn voldoende om te weten wat er wordt bedoeld.

Discussie

De overheersende wensen en behoeften van de participanten op het gebied van psycho-educatie zijn in lijn met hetgeen in de literatuur werd gevonden, namelijk integrale behandeling met psycho-educatie op maat, toegespitst op de beide psychiatrische aandoeningen, die gedurende het behandelproces wordt aangeboden, en die gericht is op acceptatie en inzicht in de synergie en de gevolgen van comorbiditeit. Een aantal hiaten in de huidige psycho-educatie komt in het onderzoek naar voren. Zo wordt een kunstmatige scheiding in de stoornissen en behandeling ervaren, die doorwerkt in de psycho-educatie (zie ook Kupka, 2012). Dit is strijdig met de ervaringen van de respondenten die juist overlap in symptomen ondervonden, met complexe interactie en synergie van ADHD en de bipolaire stoornis (zie ook Asherson, Farmer, Hosang & Skirrow, 2012; Nierenberg, 2005).
Zoals Perugi *et al.*, (2012) beschreven is het nodig om in de behandeling rekening te houden met de samenhang en interactie van klachten en symptomen bij deze comorbiditeit. De onderzoeksresultaten geven weer dat dit voor psycho-educatie ook geldt. Meer focus op de complexe interactie en de consequenties en het ontwikkelen van geïntegreerde behandelinterventies is gewenst (Sentissi *et al.*, 2008; Silva *et al.*, 2014). Geïntegreerde psycho-educatie lijkt een passende eerste stap hiervoor te zijn.
Tevens komt uit de resultaten naar voren dat de inzet van een ervaringsdeskundige en lotgenotencontact van toegevoegde waarde zijn voor het acceptatieproces, zoals Kooij (2009) beschreef in 'ADHD bij volwassenen, diagnostiek en behandeling'. Afstemming van de psycho-educatie op de levensfase van patiënten en ondersteuning in het betrekken van familie en/of belangrijke naasten, kan hier nog aan toegevoegd worden.
Het blijkt nodig om rekening te houden met specifieke consequenties van de combinatie van ADHD en een bipolaire stoornis, zoals de toename van cognitieve problemen, het negatieve effect van comorbiditeit op het zelfbeeld door het herhaaldelijk mislukken van opleiding en werkcarrière, de toename van impulsiviteit en de grotere kans op zelfmedicatie met alcohol en drugs. Op de toename van impulsiviteit na, komen deze bevindingen overeen met die in de literatuur.
Theoretische kennisoverdracht over de complexe interactie en de specifieke gevolgen ontbreekt vaak nog in de huidige psycho-educatie. De enkele DSM-stoornis lijkt te veel als afzonderlijk uitgangspunt genomen te worden met risico op tunnelvisie (Van Beugen, 2015). De kunstmatige scheiding van de stoornissen kan vervolgens te nadrukkelijk aanwezig blijven in de behandeling. Bij behandeling per stoornis kunnen de klachten van ADHD of een bipolaire stoornis weliswaar verbeterd zijn, maar wordt onvoldoende de link gelegd met de moge-

lijkheid dat de symptomen van de enkele stoornis opnieuw geluxeerd kunnen worden door de symptomen van de comorbide stoornis. Impulsiviteit vanuit ADHD kan bijvoorbeeld zorgen voor onaangepast gedrag en schaamte, wat weer kan leiden tot een laag zelfbeeld en depressie. Andersom kunnen de bipolaire symptomen weer de aandacht- en concentratieproblemen negatief beïnvloeden.
Mogelijke verklaringen voor het niet meenemen van de complexe interactie en consequenties van comorbiditeit in de psycho-educatie zijn: onvoldoende kennis bij behandelaren, gescheiden zorgprogramma's die zich specifiek op een van de DSM-stoornissen focussen en gebruik maken van de behandelrichtlijnen met het accent op een van de stoornissen. Dit laatste is niet per se ongewenst. De bipolaire stoornis manifesteert zich vaak in eerste instantie in acutere en ernstigere klachten dan ADHD. In de behandeling zal daar prioriteit aan gegeven moeten worden. Na stabilisatie zal vervolgens ook aandacht voor de comorbiditeit dienen te zijn in de psycho-educatie.
Mogelijk gelden de resultaten van dit onderzoek niet voor de gehele Nederlandse populatie ambulante patiënten met een bipolaire stoornis en ADHD. Voor het onderzoek werden participanten van slechts twee zorgprogramma's van PsyQ geïncludeerd, wat een beperking is. Door de opzet van de focusgroep kwam nieuwe informatie naar voren.
Een sterk punt van dit onderzoek is dat ondanks het korte tijdsbestek waarin het onderzoek plaats moest vinden, er een groot bereik van participanten was; dertien interviews bij een groep mannen en vrouwen van verschillende leeftijden, overeenkomend met de doelpopulatie is aanzienlijk. De generaliseerbaarheid van de resultaten wordt daardoor vergroot.

Conclusie en aanbevelingen

De onderzoeksvraag 'Welke wensen en behoeften hebben patiënten met comorbiditeit van ADHD en de bipolaire stoornis op het gebied van psycho-educatie', werd in dit onderzoeksartikel beantwoord. De huidige gefragmenteerde psycho-educatie bij comorbiditeit van ADHD en de bipolaire stoornis lijkt onvoldoende recht te doen aan de wensen en behoeften van participanten. De behoefte aan geïntegreerde psycho-educatie komt naar voren. Het verder ontwikkelen van psycho-educatie voor deze comorbiditeit is nodig. Door de complexe onderlinge beïnvloeding van de klachten is een kunstmatige scheiding per stoornis niet wenselijk. De synergie van de klachten dient meegenomen te worden in de psycho-educatie.
Het lijkt zinvol om meer aandacht te geven aan de consequenties van de comorbiditeit en de psycho-educatie beter af te stemmen op de aard van de klachten. Gebruik van de ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) (*World Health Organization*, 2017) kan hierin voorzien, omdat het een classificatie is die niet de

stoornis maar het functioneren en de ervaren problemen van patiënten inzichtelijk maakt, met de daarbij beïnvloedende factoren. Tevens kan door vroegsignalering van de stoornissen, het scholen en trainen van behandelaren op het gebied van comorbiditeit van ADHD en de bipolaire stoornis, de inzet van ervaringsdeskundigen en samenwerking tussen de specialismen, een brug geslagen worden. De kwaliteit van de psycho-educatie kan hierdoor verbeteren. Aanvullend onderzoek is vervolgens nodig om de effecten van integrale psycho-educatie te meten.

Literatuur

American Psychiatric Association. (2007). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Health Disorders*, 4-TR, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asherson, P., Farmer, A.E., Hosang, G.M., Skirrow, C. (2012). An update on the debated association between ADHD and bipolar disorder across the lifespan. *Journal of affective disorders*, 141(2), 143-159.

Bergsholm P., Dramsdahl, M., Fasmer, O.B., Haavik J., Halmøy A, Halleland, H. (2010). Bipolar symptoms in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a cross-sectional study of 510 clinically diagnosed patients and 417 population-based controls. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010 Jan;71(1):48-57.

Beugen, B. van (2015). *Diagnose als gevaarlijke fictie*. Geraadpleegd op 26-05-2017 van: https://www.psychosenet.nl/diagnose-als-gevaarlijke-fictie/

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denk en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Boeije, H., Hart, 't H., Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. *Uw onderzoek: wmo plichtig of niet?* Geraadpleegd op 03-09-2016 van: http://www.ccmo.nl/nl/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet

Kooij, J.J.S. (2009). *ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Kupka, R. (2011). *Bipolaire Stoornissen en ADHD: overlap en comorbiditeit*. Geraadpleegd op 30-01-2017 van: https://www.adhdnetwerk.nl/Content/MeetingAttachments/Kupka%20bipolaire%20stoornis%20en%20ADHD_13%20okt%202011.pdf

Kupka, R. (2017) *Bipolaire stoornissen*. Geraadpleegd op 30-03-2017 van: http://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/bipolairestoornis/artikelen/de-bipolaire-stoornis-een-beknopt-overzicht/

McIntyre, R.S., Kennedy, S.H. Soczynska, J.K., Nguyen, H.T., Bilkey, T.S., Woldeyohannes, H.O., Muzina, D.J. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder in adults with Bipolar Disorder or Major Depression Disorder: Results from the Intern Mood Disorders Collaborative Project. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 12 (3).

Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Den Haag.Uitgeverij Acco.

Nierenberg, A. A., Miyahara, S., Spencer, T., Wisniewski, S. R., Otto, M. W., Simon, N., . . . Sachs, G.S. (2005). Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biological psychiatry*, 57(11), 1467-1473.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2015). *Richtlijnen Bipolaire stoornis en richtlijn ADHD bij volwassenen*. Geraadpleegd op 15-02-2016 van: www.nvvp.net/stream/richtlijn-bipolaire-stoornissen-2015 http://www.nvvp.net/website/richtlijnen/overzicht-richtlijnen

Perugi, G., Ceraudo, G., Vannucchi, G., Rizzato, S., Toni, C., & Dell'Osso, L. (2013). Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in Italian bipolar adult patients: a preliminary report. *Journal of affective disorders*, 149(1), 430-434.

Sentissi, O., Navarro, J.C., De Oliveira, H., Gourion, D., Bourdel, M. C., Baylé, F. J . Poirier, M. F. (2008). Bipolar disorders and quality of life: the impact of attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse in euthymic patients. *Psychiatry Research*, 161(1), 36-42.

Silva, K. L., Rovaris, D. L., Guimarães-da-Silva, P. O., Victor, M. M., Salgado, C. A., Vitola, E.S., . . . Belmonte-de-Abreu, P. (2014). Could comorbid bipolar disorder account for a significant share of executive function deficits in adults with attention deficit hyperactivity disorder? *Bipolar disorders*, 16(3), 270-276.

Townsend, J. D., Sugar, C. A., Walshaw, P. D., Vasquez, R. E., Foland-Ross, L. C., Moody, T. D . . . Altshuler, L. L. (2013). Fronto stratial neuro imaging findings differ in patients with bipolar disorder who have or do not have ADHD comorbidity. *Journal of affective disorders*, 147(1), 389-396.

World Health Organization, 2017. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geraadpleegd op 10-05-2017 van: http://www.who.int/classifications/icf/en/

Zwieten, van M. en Willems, D. (2004). *Waardering van kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 24-02-2017 van: http://myravanzwieten.nl/pdf/pub_artikelen_hoofdstukken/Waardering_van_kwalitatief_onderzoek_HenW_2004-13-631.pdf

Samenvatting
Achtergrond: De combinatie van een bipolaire stoornis en Attention Deficit Hyperactivity Disorder komt regelmatig voor. Deze comorbiditeit heeft specifieke consequenties. De focus in de behandeling ligt echter vaak op een van de stoornissen. Patiënten ervaren onvoldoende aansluiting bij de huidige psycho-educatie, die vaak per stoornis plaatsvindt.
Methode: Middels kwalitatief surveyonderzoek werden semigestructureerde interviews afgenomen onder dertien participanten die ambulant in behandeling zijn bij PsyQ: vier mannen en negen vrouwen. Tevens vond een aansluitende focusgroep plaats met één vrouw en drie mannen.
Resultaten: Participanten ervaren synergie van klachten bij comorbiditeit van ADHD en de bipolaire stoornis. Zij hebben behoefte aan geïntegreerde psychoeducatie die aansluit op hun situatie, waarbij hun familie en naasten betrokken worden. (H)erkenning en acceptatie van comorbiditeit en de consequenties hiervan dienen meer aandacht te krijgen in de psycho-educatie. Inhoudelijke aandacht is nodig voor theoretische kennis, de synergie van de beide stoornissen en de specifieke gevolgen van de comorbiditeit.
Conclusie: De huidige gefragmenteerde psycho-educatie lijkt onvoldoende recht te doen aan de wensen en behoeften van patiënten met ADHD en een bipolaire stoornis. Behoefte aan geïntegreerde psycho-educatie is aanwezig. Het verder ontwikkelen van psycho-educatie voor deze doelgroep en vervolgonderzoek naar het effect van integrale psychoeducatie is van belang.

Trefwoorden: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Bipolaire stoornis, Psychoeducatie