

Stijn Vanheule<sup>1</sup>

# Opvoeden vanuit de apothekerskast?

## Kanttekeningen bij het psychiatriseren van kinderen<sup>2</sup>

---

*Enige tijd geleden vroeg een bezorgde moeder naar mijn mening over het functioneren van haar zesjarig zoontje. Kort daarvoor was er op school een eerste oudercontact geweest, waarbij de leerkracht van het eerste leerjaar het gesprek laconiek begon met de woorden: "Wat denkt u van Rilatine®, mevrouw?" Enigszins ontdaan door deze woorden vroeg de vrouw om uitleg. De leerkracht verklaarde dat hij de voorbije jaren heel mooie resultaten zag met Rilatine®. Concrete problemen in de klas kon de leerkracht niet beschrijven. Hij herinnerde zich één incident: het kereltje was op zijn stoel gaan staan en verstoorde de orde van de dag door luidop "Kukeleku!" te roepen. De leerkracht had hem vlak voordien nochtans gewaarschuwd om niet "het kieken uit te hangen". Om zijn betoog kracht bij te zetten voegde de leerkracht eraan toe dat de moeder "een heel ander kind zou terugkrijgen". Moeder op haar beurt kon ook wel een aantal zaken opmerken aan het functioneren van haar zoon. Zo vergat hij steevast zijn boterhamdoos op school en reageerde hij wel eens driftig op een vermaning. Maar was dit wel een reden om Rilatine® te geven? Het feit dat ze helemaal geen ander kind wou, bracht haar bij mij. Tegelijk was de vrouw bezorgd. Ze wou haar zoontje geen hulp ontzeggen als hij die daadwerkelijk nodig had.*

---

<sup>1</sup> Prof. dr. Stijn Vanheule is verbonden aan de Vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie van de Universiteit Gent. Nederlandstalige blog: <http://stijnvanheule.psichoanalysis.be>.

<sup>2</sup> Dit artikel verscheen eerder in het Tijdschrift voor Welzijnswerk 318 (2011, jaargang 35, 5-18) en wordt met toestemming van de auteur en de uitgever overgenomen.

## ■ Psychiatrisering?

---

Dit soort situatie – niet het gekraai van de jongen, maar het advies van de leerkracht – is illustratief voor een trend in ons omgaan met kinderen. We zijn steeds meer geneigd om een mismatch tussen het functioneren van een kind en de normatieve verwachting van volwassenen te benoemen als een medisch-psychiatrische stoornis. In mijn voorbeeld suggereert een leerkracht het gebruik van Rilatine®. Dit is opmerkelijk: een kinderpsychiater is bevoegd om medicatie voor te schrijven die inwerkt op het brein. Een leerkracht is bevoegd om een gepaste pedagogisch-didactische aanpak aan te bieden.

Het gebruik van psychiatrisch jargon door leken wordt ook wel ‘psychiatrisering’ genoemd. Psychiatrisering is de tendens om gedrag dat afwijkt van een sociaal-maatschappelijke norm automatisch te beschouwen als uiting van een psychiatrische stoornis. Zo wordt een druk kind wel vaker benoemd als ‘een echte ADHD-er’. Of een vrouw zegt over haar man, met wie het relationeel niet zo best lukt, dat hij een autist of een depressieveeling is. Dit soort woordgebruik geeft de indruk dat we een complexe interactionele situatie, zoals bijvoorbeeld een probleem in de verhouding tussen een leerkracht en een kind, een ouder en een kind of twee partners, kunnen begrijpen in het licht van de psychiatri-

sche stoornis. Het lijkt alsof de psychiatrische stoornis de oorzaak is van de moeilijkheden in de interactie.

Het nemen van maatregelen ten aanzien van de stoornis, zoals het laten innemen van medicatie of het opleggen van een disciplinerend gedragskader, lijkt dan de oplossing voor alle onheil. Dit soort redenering is echter niet houdbaar. Zoals meestal het geval is wanneer eenduidige oplossingen voor complexe problemen worden verlangd, legt deze redenering te veel gewicht in de schaal van de psychiatrie of de klinische psychologie als wetenschappen.

## Over zekerheden en hypothesen

---

Psychiatrie en klinische psychologie zijn op zich geen eenduidige wetenschappen. In de meeste onderzoeksgebieden staan verschillende verklaringmodellen competitief naast elkaar en ontbreken ondubbelzinnige antwoorden voor het verklaren van problemen. Bovendien blijkt het zeer moeilijk te zijn om bevindingen systematisch door onafhankelijke onderzoeksgroepen te bevestigen of repliceren. Onze verklaringmodellen helderen de handelingen van mensen steeds maar gedeeltelijk op. Onderzoekers doen aan kansberekening en verklaren telkens slechts bepaalde percentages in het complexe handelen van mensen. Gedrag van individuen verklaren en voorspellen blijkt uiterst moeilijk te zijn

(voor een voorbeeld van een studie die dit probleem helder illustreert, zie Cooke & Michie, 2010). Van buitenaf beschouwd schijnt het alsof we grossieren in zekerheden; binnen de discipline lijkt onze activiteit meer op een detailhandel in hypothesen. Psychiatrisering is in die zin onwetenschappelijk omdat ze ertoe neigt dit hypothetisch karakter van psychiatrische en klinisch psychologische kennis te miskennen en ze wetenschappelijk relatieve inzichten interpreteert als vaststaande feiten.

### Over verwachtingen en valse schijn

Vreemd of storend gedrag van een kind is niet iets dat voor zich spreekt en een inherente betekenis heeft. We interpreteren het door een referentiekader te gebruiken als bril om de realiteit te bekijken. Psychiatrische en klinisch psychologische kennis is een mogelijke bril om de werkelijkheid te bekijken. Bovendien is gedrag op zich ook nooit van nature uit storend. Gedragingen zijn maar storend of vreemd omdat we ze bekijken vanuit het perspectief van bepaalde verwachtingen. In die zin vertellen mensen die ons aanspreken over storend gedrag bij een kind impliciet ook iets over hun verwachtingen en soms ook over hun eisen en ergernissen. Gedrag is storend omdat het ingaat tegen wat een volwassene of een ander kind wil. Het moeilijke kind houdt ons op die manier een soort spiegel voor. Deze spiegel

heeft vele facetten en is niet steeds flatterend om in te kijken: het 'moeilijke' kind stelt ons impliciet vragen over wie de volwassene is die hem of haar zo moeilijk vindt en over de ver(w)achtingen waarmee het kind vanuit diens omgeving te maken krijgt.

Door psychiatriserend te spreken over kinderen en wetenschappelijk jargon te gebruiken in het denken van alledag, wordt valselijk de schijn gewekt dat allerlei impliciete verwachtingen van de beoordelaar geen rol spelen. Hetgeen we beoordelen is immers een ziekte of een stoornis bij het kind. De stoornis is dan iets dat in het kind zit, zoals een griepvirus in een griepig lichaam. Dit heeft als gevolg dat we dat kind en de onderliggende fysiologische of neurologische afwijking gaan beschouwen als datgene wat moet worden behandeld.

Om tegengewicht te bieden ten aanzien van een dergelijke veronderstelling zal ik een aantal studies bespreken die de relativiteit en het onzekere karakter van onze psychologische en psychiatrische kennis in de verf zetten. Ik spits me toe op ADHD, omdat dit een diagnose is die heel veel in de mond wordt genomen en omdat dit een problematiek is waarvan nogal gemakkelijk wordt gedacht dat die met medicatie te behandelen is. Vervolgens hou ik een pleidooi voor een denkklimaat waarbij we problemen bij kinderen in eerste instantie contextualiserend gaan benaderen. Ik begin echter

met een relativerende bedenking over de nauwkeurigheid waarmee in de psychiatrie en de klinische psychologie problemen over het algemeen worden vastgesteld.

## ■ Leidt meten tot weten? (of: kritiek op de DSM-categorisering)

Het internationale referentiewerk voor psychiatrische diagnostiek is de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (APA, 2001). De DSM is een Amerikaans handboek, uitgegeven door de American Psychiatric Association. Momenteel wordt gewerkt met DSM-IV-TR: dit is de vierde versie van het handboek die

tussentijds werd herzien. Een nieuwe versie van de DSM (DSM-V) wordt tegen 2013 op de markt verwacht.

Eigen aan de DSM is dat het een vertrekpunt is voor psychiatrische classificatie. Dit handboek biedt geen houvast voor een gecontextualiseerd begrip van psychische problemen. Wat het wel doet is criteria aanbieden voor het klasseren van patiënten binnen een bepaalde categorie van mentale stoornissen. Om een diagnose te stellen, vinkt de diagnosticus aan of een bepaald probleem of symptoom van toepassing is of niet. Zo komt men tot een klasserende uitspraak.

Dit zijn de criteria (pp. 96-99) die worden gebruikt voor de diagnose van ADHD:

### A. Ofwel (1), ofwel (2)

1. Zes (of meer) van de volgende symptomen van **aandachtstekort** zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

- slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten
- heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden
- lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt
- volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk, karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of van het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen)
- heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten
- vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige aandacht (langdurige geestelijke inspanning) vereisen (zoals school- of huiswerk)
- raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap)

- wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels
- is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden

2. Zes (of meer) van de volgende symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

#### **Hyperactiviteit:**

- beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel
- staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten
- rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt blijven tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid)
- kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten
- is vaak «in de weer» of «draaft maar door»
- praat vaak aan een stuk door

#### **Impulsiviteit:**

- gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn
- heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten
- verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op (bijvoorbeeld mengt zich zomaar in gesprekken of spelletjes)

- B.** Enkele symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit of onoplettendheid die beperkingen veroorzaken waren voor het zevende jaar aanwezig.
- C.** Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school {of werk} en thuis).
- D.** Er moeten duidelijke aanwijzingen van significante beperkingen zijn in het sociale, school- of beroepsmatig functioneren.
- E.** De symptomen komen niet uitsluitend voor in het beloop van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis).

Ondanks de term *statistical* uit de titel van het boek *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, is dit

boek niet opgebouwd op basis van een of ander geraffineerd onderzoek naar types psychiatrische problemen.

Integendeel: een comité dat voor de meerderheid bestond uit personen die banden hebben met de farmaceutische industrie, stelde het boek op via stemming over de classificatiecriteria en de categorieën (Cosgrove, Krimsky, Vijayaraghavan & Schneider, 2006). Van de 21 commissieleden die de DSM-criteria voor ADHD opstelden, hadden er 13 duidelijke financiële banden met de farmaceutische industrie. Hierdoor kunnen ze niet als academisch onafhankelijk worden beschouwd. Een solide theoretische redenering of een klinisch-pragmatische praktijk kwamen er evenmin aan te pas. Bijgevolg is de DSM een vrij verbrokkeld werk dat sterk onderhevig is aan modes in het denken over psychische gezondheid.

### Vage diagnostische criteria

Als we de diagnostische criteria inhoudelijk onder de loep nemen, stellen we vast dat velen ervan bijzonder vaag zijn en weinig beredeneerd overkomen. Een voorbeeld kan dit toelichten. Het negende diagnostische criterium voor aandachtstekort bij ADHD luidt bijvoorbeeld "is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden". Hoe we 'vaak' moeten interpreteren, is helemaal niet duidelijk: 1 keer per maand? 1 keer per dag? Daarnaast is er helemaal geen kader om 'vergeetachtigheid' te begrijpen. Vanaf welk punt is vergeetachtigheid bij een kind problematisch? Is een kind dat er niet aan denkt om elke avond zijn

tanden te poetsen problematisch vergeetachtig? Is een kind dat zijn boterhamdoos steeds vergeet problematisch vergeetachtig? Welke norm hanteren we om dit te beslissen? En op welke informatiebronnen kunnen we daarbij vertrouwen? Volstaat de mening van leerkrachten en ouders?

Allemaal vragen die een diagnostisch boek als de DSM onbeantwoord laat. Bij mijn weten zijn er in de ruimere literatuur over ADHD trouwens nauwelijks publicaties te vinden die ons wel duidelijkheid verschaffen voor het type vragen dat ik aanhaalde. Neveneffect hiervan is dat beoordelaars enorm sterk variëren in hoe ze de vage DSM-criteria invullen. Overzichtsstudies die nagaan hoe sterk leerkrachten, ouders, klinici en kinderen met elkaar overeenstemmen wanneer ze problemen bij een kind beoordelen, komen over het algemeen tot het besluit dat de overeenkomst zwak tot matig is (voor een grondige bespreking van deze problematiek, zie Meyer e.a., 2001).

Wanneer ouders en leerkrachten wordt gevraagd om specifieke gedragsproblemen en emotionele problemen bij kinderen te beoordelen, stelt men bijvoorbeeld globaal vast dat hun meningen voor vier procent overeenkomen (correlatie van .16, gedeelde variatie 4%). Wanneer men de mening van ouders en professioneel getrainde observatoren voor probleemgedrag bij kinderen vergelijkt, is de overeenkomst

zeven procent (correlatie van .27; gedeelde variantie 7%).

De lage tot matige overeenkomsten tussen verschillende personen bij hun beoordeling van het psychisch en gedragsmatig functioneren van een kind, moeten ons ertoe aanzetten om het objectief gehalte van psychiatrische stoornissen bij kinderen niet te hoog in te schatten. In de psychiatrie en de klinische psychologie zijn diagnoses werkhypothesen, waarvan het hypothetische karakter niet mag worden onderschat (Markova & Berrios, 2009). Bij het psychiatriserend denken over kinderen wordt de onzekerheid van het wetenschappelijk denken nogal snel tussen haakjes geplaatst. Werkhypothesen krijgen daarbij snel het statuut van vaststaande feiten, wat wetenschappelijk gezien compleet onverantwoord is.

Een mogelijke kritiek op de voorgaande studies is dat deze illustreren dat leken (kinderen zelf, ouders, leerkrachten) psychische problemen bij kinderen niet goed kunnen inschatten. Het feit dat hun oordeel zover afwijkt van dat van professionals kan daarbij worden aangehaald als bewijs. Deze redenering gaat echter niet op. Onderzoek toont aan dat professionals evenzeer slechts laag tot matig overeenkomen met elkaar wanneer ze op basis van het DSM-systeem gedragsproblemen en ADHD bij kinderen beoordelen (Spitzer, Davies & Barkley, 1990).

## Over diagnoses en subjectieve beoordelingen

Dat het gebruik van een diagnostisch beoordelingssysteem zoals DSM niet leidt tot eenduidige beoordeling van problemen blijkt ook uit studies die op veel grotere schaal het oordeel van professionals gaan vergelijken. Zo creëerden de Amerikaanse onderzoekers Kirk en Hsieh (2004) op basis van de DSM-criteria voor gedragsstoornis een fictieve beschrijving van een jongen die voldoet aan de inclusiecriteria voor een gedragsstoornis. Het gaat om een jongen die zich moeilijk gedraagt en een aantal normoverschrijdende gedragingen stelt. Dit vignet legden de onderzoekers voor aan een representatieve steekproef van 1334 psychiaters, psychologen en sociaal werkers; allen met ruime ervaring in het werken met kinderen en jongeren (gemiddeld 20.7 jaar). Ze vroegen hen om een DSM-diagnose te geven. Dit ene vignet oogste maar liefst 29 verschillende DSM-hoofddiagnoses. Bijna de hele range van mogelijke DSM-stoornissen passeerde hierbij de revue. Bovendien diagnosticeerde minder dan de helft (45,5%) effectief een gedragsstoornis. Dit is frappant omdat het korte vignet precies werd opgesteld vanuit de definitie voor gedragsstoornis. De resultaten tonen aan dat de diagnose gedragsstoornis niet consistent en met zeer beperkte accuraatheid wordt gesteld. Verder onderzoek (Pottick, Kirk, Hsieh & Tian, 2007) wees trouwens uit dat informatie over de etni-

citeit van jongeren een sterke invloed heeft en dat klinici naargelang hun professionele specialisatie en ervaring duidelijk verschillende stoornissen diagnosticeren.

Uit deze studies kunnen we besluiten dat het geven van diagnoses geen puur objectieve bezigheid is. Of we nu professional zijn of niet, de subjectieve bril waarmee we naar kinderen kijken tekent ons oordeel. Hieruit volgt dat het geven van diagnoses ook een ethische aangelegenheid is, waarvoor we een verantwoordelijkheid dragen.

### ■ In de beperking toont zich de meester (sic. Goethe) (of: een hersenaandoening volstaat niet als verklaring voor ADHD)

Een ander probleem bij het psychiatriserend denken over het functioneren van mensen, is dat het leidt tot het reïficeren van diagnoses (Dehue, 2009; Hyman, 2010). Dit wil zeggen dat we van diagnoses zoals ADHD, die enkel verwijzen naar een groep mogelijke symptomen, zelfstandige entiteiten maken. Ik licht toe. Binnen de context van de DSM is ADHD een beschrijvende diagnose met een zeer beperkte betekenis. Het is niet meer dan een paraplubegrip dat verwijst naar verschillende vormen van druk

en onaanachtig gedrag. Reïficeren wil zeggen dat we aan een label als ADHD meer gewicht gaan geven en het bijvoorbeeld gaan beschouwen als een vorm van ziekte die aanleiding geeft tot druk en onaanachtig gedrag. Dergelijke interpretaties zijn onwetenschappelijk omdat ze een betekenis (ADHD is een ziekte) toekennen aan een term die veel verder reikt dan dat het systeem pretendeert (ADHD is een cluster van gedragingen).

Om problemen als ADHD te kunnen interpreteren als een ziekte of een hersenaandoening, is basisonderzoek nodig dat wijst op een onderliggend ziekteproces. Kritische overzichtsstudies naar ADHD leren ons alvast dat we zeer voorzichtig moeten zijn op dat vlak. Voorlopig zijn er geen methodologisch goede studies die eenduidig een afwijkend breinproces of een genetisch defect vaststellen. Projecten die zich toespitsen op wetenschapspopularisering lijken die onzekerheid in onze kennis nogal eens te vergeten en zijn geneigd om bijvoorbeeld ADHD te beschouwen als een "hersenaandoening" (zie bijvoorbeeld Raeymaekers, 2009). Dit soort communicatie werkt psychiatrisering in de hand en lijkt me te voortvarend in het licht van het hypothetische karakter van onze kennis.

Zolang niet duidelijk bewezen is dat pathogene hersenprocessen of genetische defecten aan de basis van ADHD liggen, maken we voorzichtigheids-



halve best niet te veel claims over vermeende lichamelijke oorzaken. Binnen het ADHD-onderzoek is er alvast een duidelijke groep wetenschappers die niet overtuigd is van de bewijsvoering die voorstanders van biologische theorieën aandragen. Zolang dit het geval is, beschouwen we zulke theorieën best als mogelijke hypothesen en niet als een eenduidige vertrekbasis voor het denken over kinderen. Stel dat op termijn blijkt dat die theorieën fout zijn, dan brengen we kinderen met druk en onaanachtig gedrag mogelijk te veel schade toe. Door ons te sterk toe te spitsen op één oorzaak, de biologisch-lichamelijke component bijvoorbeeld, dreigen we allerlei andere factoren, zoals de impact van sociale ongelijkheid in de maatschappij of de invloed van interpersoonlijke strategieën om met problemen om te gaan, uit het oog te verliezen.

### Kritische perspectieven op biologische ADHD-theorieën

Een portie scepticisme kan nooit kwaad bij het interpreteren van wetenschappelijke informatie<sup>3</sup>. Daarom gaan we iets gedetailleerder in op de kritieken die binnen de wereld van het ADHD-onderzoek worden geformuleerd op strikt biologische verklaringsmodellen. We gaan in het bijzonder in op studies die de werking van het brein en de

genetische basis van ADHD in kaart brengen en op onderzoek over het gebruik van psychostimulerende medicatie zoals Rilatine®. De grote commentaar die door critici van biologische ADHD-theorieën wordt gegeven, is dat het nooit bewezen is dat ADHD een ziekte zou zijn. Een duidelijke biologische marker die kan worden gebruikt om ADHD vast te stellen is er niet, waardoor biologische ADHD-theorieën een heel sterk hypothetisch karakter behouden (voor een degelijk overzicht van de beperkingen van biologische verklaringsmodellen voor ADHD, zie Timimi & Leo, 2009).

Wat betreft de *hersenerwerking* wordt al sinds het begin van de twintigste eeuw verondersteld dat minimale breinschade of abnormaliteiten in het functioneren van het brein aan de basis van druk en onaanachtig gedrag zouden kunnen liggen. Anno de eenentwintigste eeuw is men inmiddels afgestapt van de idee van minimale breinschade, maar wordt de hypothese van het abnormaal functionerende brein verder onderzocht. Beeldvormingsonderzoek naar het functioneren van de hersenen (fMRI-, CT-, PET- en SPECT-studies) vond tot nu toe wel een aantal verschillen tussen kinderen met ADHD en kinderen zonder ADHD. Ze duiden aan dat vooral de frontale zones en de basale ganglia minder goed functioneren. Critici wijzen er echter op dat er veel contradictie is in de literatuur, waardoor het niet bewezen is dat ADHD effectief gepaard gaat met een

<sup>3</sup> "A basic tenet of science is that the burden of proof always falls squarely on the claimant, not the critic." (in Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2004, p. 3.)

biologische abnormaliteit. Laat staan dat deze studies bewijs leveren voor een vermeende neurobiologische oorzaak (Furman, 2008; Leo & Cohen, 2009).

Bovendien hebben de meeste studies die tot nu toe gedaan zijn, belangrijke methodologische beperkingen, waardoor de bevindingen met een korrel zout moeten worden genomen. Zo bestudeerden de meeste hersenonderzoekers kinderen met ADHD die al medicatie namen. Het verschil in hersenfunctioneren dat soms wordt vastgesteld, kan immers te wijten zijn aan de invloed van medicatie in plaats van aan structurele verschillen tussen kinderen met of zonder ADHD. Een van de theorieën over ADHD stelt dat tekorten aan de neurotransmitter dopamine aan de basis van druk en onaanachtig gedrag kan liggen. Neurotransmitters zijn chemische stoffen in de hersenen die instaan voor het doorgeven van signalen tussen zenuwcellen. Onderzoek bij apen wees echter uit dat langdurig gebruik van psychostimulerende medicatie zoals Rilatine® net kan leiden tot tekorten aan de neurotransmitter dopamine. Medicatiegebruik zou dus wel eens de oorzaak kunnen zijn van het tekort aan dopamine, of minstens toch een versterkend effect kunnen hebben op tekorten aan neurotransmitters. Tekorten aan dopamine of dopaminereceptoren worden door critici dan ook beschouwd als een mogelijke vorm van hersenbeschadiging die het effect is van medicatiegebruik. Het

beschadigende effect wordt dan soms vergeleken met de schade die langdurig gebruik van amfetamines hebben op de hersenen. Merk op dat illegale amfetamedrugs zoals ecstasy qua chemische structuur heel goed lijken op een psychostimulerend medicament zoals Rilatine®.

Verder wordt in de literatuur ook gewezen op tal van andere methodologische beperkingen in neurobiologische studies. Zo zijn onderzochte steekproeven vaak klein en selectief, worden er soms vragen gesteld bij de statistische analyse en valt het op dat neurobiologisch georiënteerde onderzoekers weinig contextvariabelen in rekening brengen die een duidelijk effect blijken te hebben op ADHD. Verder ontbreekt voor de meeste bevindingen replicatie of bevestiging door onafhankelijke onderzoeksteams. Zolang bevindingen niet bevestigd zijn in verschillende steekproeven en door onafhankelijke onderzoekers, behouden ze een sterk hypothetisch karakter.

Meest opvallend in het hersenonderzoek naar ADHD is dat er vooralsnog geen studies zijn die kinderen met ADHD die in een gewone klas school lopen en geen medicatie gebruiken, vergelijken met kinderen zonder ADHD die ook in een gewone klas school lopen en geen medicatie gebruiken. Zolang dit onderzoek er niet is, blijven we best heel voorzichtig in onze uitspraken over een neurobiologische basis van ADHD.

*Erfelijkheidsonderzoek* naar ADHD levert evenmin een duidelijk bewijs voor een biologische basis (Josph, 2009). Globaal kunnen we in erfelijkheidsonderzoek twee types studies onderscheiden: familiestudies met tweelingen en rechtstreeks onderzoek van het genoom.

Familiestudies met tweelingen bouwen vaak voort op het vergelijken van eeneiige en twee-eiige tweelingen. Ze gaan ervan uit dat de beide types tweelingen dezelfde omgevingsinvloeden ondergaan, terwijl ze qua erfelijk materiaal van elkaar verschillen: twee-eiige tweelingen lijken op elkaar zoals eender welke broers en zussen, d.w.z. vijftig procent, terwijl eeneiige tweelingen genetisch quasi identiek zijn. Dit soort studies worden vaak aangehaald als bewijs voor de erfelijke basis van druk en onaanmatig gedrag. Ze stellen immers vast dat ADHD bij een kind sterker samenhangt met ADHD bij het andere kind wanneer tweelingen een-eiig zijn, dan wanneer ze twee-eiig zijn. Tweelingonderzoekers wijzen er echter op dat dergelijke studies voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd. Veel studies toonden aan dat eeneiige tweelingen door hun omgeving veel meer als gelijk worden behandeld dan twee-eiige tweelingen. Verder brengen ze meer tijd samen door en voelen ze zich ook veel meer gelijk dan twee-eiige tweelingen. Bovendien is het percentage gedrag dat door genetische gelijkheid kan worden verklaard niet zo bijzonder groot.

Rechtstreeks onderzoek van het genoom leverde ook geen duidelijke resultaten op. Aanvankelijk dachten onderzoekers dat het mogelijk zou zijn om voor diverse psychiatrische stoornissen een verantwoordelijk gen te vinden, maar deze hypothese lijkt inmiddels opgeborgen. In het verleden zijn er wel verschillende claims geweest waarbij men meende één of meerdere genen te hebben gevonden die samenhangen met ADHD. Deze vondsten konden in andere studies niet worden bevestigd (Gizer, Ficks & Waldman, 2009), waardoor de link tussen ADHD en een genetisch defect een vooronderstelling blijft.

Wat dit kleine overzicht vooral leert, is dat ADHD niet zomaar als een ziekte kan worden beschouwd. Uiteraard is het zo dat druk en onaanmatig gedrag weerspiegeld wordt in het functioneren van de hersenen en ruimer in de fysiologie van het lichaam. Een oorzakelijk defect dat ondubbelzinnig met de juiste apparatuur kan worden vastgesteld, is er evenwel niet. We mogen ADHD dus niet reïficerend interpreteren: ADHD is geen ziekte, maar een verzamelterm voor druk en onaanmatig gedrag.

## ■ Maar medicatie werkt toch?

Tegen mijn relativerend betoog over de biologische ADHD-theorieën zou

men kunnen inbrengen dat we toch weten dat psychostimulerende medicatie zoals Rilatine® (methylfenidaat) een gunstig effect heeft op druk en onaanachtig gedrag. Dat klopt, maar ook hier moeten we nuanceren. Eerst en vooral kunnen we opmerken dat Rilatine® niet werd ontwikkeld om ADHD te behandelen. Aanvankelijk – vanaf de jaren 1930 – werd het voorgeschreven als een middel om depressie te behandelen, vermoeidheid te bestrijden en eetlust te onderdrukken bij volwassenen (voor een boeiende bespreking over de werking van methylfenidaat bij ADHD, zie Moncrieff, 2009). Doordat het product ook begon te circuleren als illegale drug, werd het medisch gebruik ervan beperkt. Bij kinderen wordt het pas sinds de jaren tachtig, met de opkomst van de ADHD-diagnose via DSM-III, op regelmatige basis gebruikt. Sindsdien wordt het veel voorgeschreven en wordt het door farmaceutische bedrijven beschouwd als een groeimarkt.

Om de werking van Rilatine® te begrijpen, is geen ziektemodel nodig en volstaat een verklaringsmodel dat zich richt op de chemische stof zelf. Wat onderzoekers weten, is dat het product de transmissie van neurotransmitters zoals dopamine verbetert en dat het de lichamelijke arousal of activering verhoogt. Hoge dosissen leiden tot meer activiteit en minder slaap. Lage dosissen verhogen het concentratievermogen en veroorzaken een gevoel van rust, waardoor ze voor het reguleren

van druk en onaanachtig gedrag interessant kunnen zijn.

Op korte termijn hebben lage dosis-behandelingen zeker een positief effect, maar op langere termijn zijn er nadelen. Daarom lijkt het beter om Rilatine® enkel te gebruiken in crisisperiodes. Het National Institute for Health and Clinical Excellence in het Verenigd Koninkrijk raadt het gebruik enkel aan voor de meest ernstige gevallen, bij wie andere behandelingen niet werken.

### Nadelen op lange termijn

---

De voornaamste nadelen op langere termijn zijn de gewenning aan het product, waardoor dosissen vaak moeten worden verhoogd, en de negatieve neveneffecten. Zo vond men dat methylfenidaat exploratief gedrag en sociale interactie afzwakt, leidt tot een vervlakking van het affectieve leven, slapeelousheid veroorzaakt en andere psychiatrische aandoeningen zoals psychotische episodes en mid-delenverslaving in de hand werkt. Verder remt Rilatine® de lichamelijke groei, waaronder ook de groei van de hersenen, en het verhoogt het risico op hart- en vaataandoeningen. Geen puur onschuldig product dus. Ook toont vergelijkend onderzoek van drie types interventie, waarbij medicatie, gedragsbeïnvloeding en sociale ondersteuning met elkaar werden vergeleken, dat methylfenidaat niet significant beter werkt dan de andere

interventies die minder drastisch inwerken op het lichaam.

Omdat ADHD geen ziekte is, kunnen we medicatie als Rilatine® niet beschouwen als een middel dat ingrijpt op een ziekteproces, zoals antibiotica op een bacterie. Methyfenidaat "geneest" de oorzaak van ADHD niet. Het is een gedragsregulerend product dat klinisch maar zinvol kan worden ingezet mits een goede inschatting van de voor- en nadelen door een kinderpsychiater.

## ■ Een open geest merkt meer (of: omgevingsinvloeden en de tijdsgeest)

---

Naast de puur biologische modellen zijn er alternatieve onderzoeksbenederingen die duiden op een samenhang tussen druk en onaanmatig gedrag bij een kind en ongunstige *omgevingsinvloeden*. Qua statistische overtuigingskracht moeten deze niet onderdoen voor biologische theorieën. Zo blijkt uit een Britse studie waarbij meer dan 10.000 gezinnen intensief werden bevraagd en geïnterviewd, dat ADHD samenhangt met sociale problemen (Hart & Benassaya, 2009). In vergelijking met kinderen zonder ADHD hebben Britse kinderen met ADHD veel vaker af te rekenen met armoede en gezinsproblemen.

Scheidingen en financiële problemen komen 50% meer voor bij hyperactieve kinderen; ernstige ziekten komen in hun gezin 75% keer meer voor; psychiatrische problemen bij een ouder 100% keer meer en gerechtelijke problemen 200% keer meer. Verder zijn er raciale verschillen en worden jongens duidelijk meer gediagnosticeerd dan meisjes. Dit alles duidt op een samenhang tussen de context waarin een kind opgroeit en druk en onaanmatig gedrag.

Ruimer wijten verschillende van de reeds aangehalde auteurs op een mogelijk verband tussen ADHD en de *tijdsgeest* waarin we leven. Zo is onze manier van denken over werken en scholing de voorbije decennia sterk veranderd. Het vormend proces dat zich op school afspeelt, beschouwen we vandaag heel technisch. Meer dan ooit betekent scholing dat kinderen tijdig een uitgebreide lijst competenties moeten verwerven en wordt de leerkracht in grote mate gezien als degene die de competenties moet overbrengen. Dit systeem vraagt een enorme doelgerichtheid bij kinderen en leerkrachten. We verwachten heel veel concentratie en rust van leerlingen, waardoor degenen die zich daar minder aan houden, snel worden ervaren als storend. Leerkrachten op hun beurt hebben geen tijd te verliezen en vinden het vaak moeilijk om doelgerichtheid te combineren met aandacht voor noden en vragen bij kinderen die niet met de voorgeschreven competen-

ties te rijmen zijn, zoals spelen of de wereld zelfstandig exploreren.

Sommige kinderen gedijen heel goed in het huidige systeem en krijgen ontplooiingskansen zoals nooit tevoren. Anderen hebben het vermoedelijk moeilijk om mee te draaien in zo'n werkmodel en vallen op omdat ze de gevraagde concentratie en rust moeilijk kunnen waarmaken. Precies deze kinderen lijken nogal snel het label ADHD opgeplakt te krijgen ...

## ■ De onderzoekende professional als alternatief

Op basis van de bovenstaande analyse is het sterk beschouwen van druk en onaanachtig gedrag bij kinderen als uiting van een onderliggende aandoening naar mijn mening problematisch. Wanneer een kind door druk en onaanachtig gedrag storend is voor zijn omgeving, moeten we het niet beschouwen als ziek, maar als worstelend met een probleem. Dit probleem bekijken we best vanuit de leefwereld van het kind, want het zegt evenzeer iets over de ruime leefomgeving als over het individu.

### Er zijn geen eenduidige oplossingen

Psychiatriserend denken over kinderen wekt foutief de indruk dat er eenduidige oplossingen zouden zijn voor

problemen. Niets is minder waar. Mijn overzicht van ADHD-studies toont dat druk en onaanachtig gedrag vele aspecten kent en complex is. Om kinderen recht te doen, pleit ik ervoor om geen enkele betrokken partij (kind, ouder, leerkracht, enz.) stigmatiserend te benaderen en de complexiteit van probleemsituaties als vertrekpunt voor interventies te nemen.

Protocollair of strikt medicamenteus werken, miskent deze complexiteit van meet af aan en beschouw ik als onzinnig. Hoewel het denken over mensen en hun problemen in onze maatschappij meer dan ooit vertrekt vanuit een neurologisch model (Wolff, 2010), waarbij een fascinatie voor hersenprocessen en voor de genetische determinanten van gedrag centraal staan (Hacking, 2007), meen ik dat we het over een andere boeg moeten gooien in ons denken over ADHD.

Ik pleit ervoor om druk en onaanachtig gedrag niet te interpreteren als teken van een onderliggende stoornis, maar als een signaal dat erop wijst dat een kind in de knoop zit met zichzelf, met anderen en met de ruimere leefomgeving<sup>4</sup>. Vanuit deze benadering is probleemgedrag niet een uiting van een onderliggende aandoening, maar een afstemmingspro-

<sup>4</sup> Het is niet omdat elk menselijk handelen een biologische component heeft, dat we deze biologische component ook als uitgangspunt voor psychologisch en pedagogisch handelen moeten nemen.

bleem of een knoop in de band tussen het kind en de ander. Deze knoop moeten we benaderen als uniek gegeven: het zegt iets over dit kind in die omgeving en over de mismatch die zich op dat moment tussen beide voordoet. Druk en onaanbachtig gedrag hoeven we niet noodzakelijk te beschouwen als een stoornis die veralgemeenbaar is over kinderen heen, maar kunnen we dus ook zien als een uniek probleem dat situatie per situatie anders is.

### Geen label, maar aandacht voor de eigenheid van elk kind

Vertrekkend vanuit deze visie gaan we grondig anders nadenken over het geven van diagnoses en het vaststellen van problemen. Standaardlabels als ADHD doen immers geen recht aan de uniciteit van het probleem waarmee een kind kan worstelen. Labeling dreigt er zelfs toe te leiden dat we de ogen gaan sluiten voor de eigenheid van elk kind en van zijn leefwereld. Ook dreigen we zo de mogelijkheid te verliezen om via ontmoetingen een andere wending te geven aan de knoop waar een kind en diens omgeving mee worstelt. Wanneer we aan de hand van labels reflecteren over kinderen en zo menen te snappen wat het probleem is van een kind ("die heeft ADHD"), sluit het denken zich: met de vaststelling van het probleem dreigt de zoektocht naar een oplossing te stoppen.

Een alternatieve benadering kan eruit bestaan dat we geval per geval goed onderzoeken wat zich als probleem voordoet en hoe dat probleem zich stelt. Eerder dan experts te willen zijn die 'weten', moeten professionals 'onderzoekers' blijven, meer bepaald onderzoekers die zich 'afvragen' en die het kind en diens omgeving betrekken in het bestuderen van de problemen die zich stellen. Ondanks mogelijke gelijkenissen tussen situaties moeten we problemen vooral durven bekijken in het licht van wat hen *specifiek* maakt voor een kind en een omgeving. Deze benadering leidt ertoe dat we standaardclassificatie- en denkschema's voldoende durven opzichschuiven en dat we ons professioneel handelen gaan beschouwen als een ontmoeting (tussen professional, kind en omgeving) waarin andere ontmoetingen (tussen kind en omgeving) worden bestudeerd. Door ontmoetingen heel concreet te bestuderen en als betrokken professionals met elkaar te spreken over de knoop waarin een kind en diens omgeving verwickeld zitten, kunnen we greep krijgen op wat zich steeds herhaalt in probleemsituaties.

Een alternatieve benadering ziet druk en onaanbachtig gedrag best ook niet als een 'stoornis', maar als een 'probleem'. Stoornis is een statisch begrip; het is een term die leidt tot de idee dat er iets vast is of dat er 'een toestand van zijn' is in het kind, die moet worden aangepakt. Het begrip

'probleem' is *dynamischer*. Het is een term die ons ertoe brengt om 'het worden' op te merken. Problemen liggen niet vast, maar laten zich situatie per situatie vaststellen. Door te denken in termen van 'problemen' in plaats van 'stoornissen', hebben we meer aandacht voor datgene dat varieert en gebeurt, in plaats van voor datgene dat vastligt. Vandaar ook mijn benadering van druk en onaandachtig gedrag als een knoop in de band tussen kind en ander. Een knoop is variabel: hij wordt gelegd en je kunt hem ook weer uit elkaar halen.

Als we problemen gaan beschouwen als gebeurtenissen die telkens weer tot stand komen in de interactie tussen een kind en diens omgeving, dan moeten we het proces van diagnostiek vooral gaan beschouwen als de constructie van een unieke casusformulering. Door te luisteren, te observeren en te spreken met een kind en diens omgeving en eventueel ook door met hen te spelen, te leven en te leren, kunnen we bouwstenen verzamelen om vervolgens te construeren hoe een probleem situatie per situatie in elkaar zit. Als onderzoekers van probleemsituaties moeten we werken met concreet materiaal en grondige beschrijvingen en niet met theoretisch jargon. Situaties waarin problemen zich voordoen of zich verrassend genoeg net niet voordoen, moeten worden besproken en afgewogen ten aanzien van elkaar: Wat herhaalt zich? Wat is nieuw? Hangen variaties in de situatie samen

met variaties in gedrag? Dergelijke vragen kunnen leiden tot hypothesen over de *samenhang* van probleemsituaties. Vanuit deze hypothesen kunnen we veranderingsprocessen op hun beurt verkennen. Hoe verfijnder de constructie over een probleemsituatie is en hoe meer ze aansluit bij de specificiteit van een kind en diens omgeving, hoe waardevoller ze is als handvat voor de volgende stap: het zoeken naar en experimenteren met mogelijke oplossingen in de band tussen kind en ander.

### Een nieuw spoor voor evidence based practice

Door op deze onderzoekende manier te werken, opent zich ook een nieuw spoor voor *evidence based practice*. Hierbij vertrekken we niet langer vanuit het protocollair toepassen van kennis die via selectieve steekproeven werd opgebouwd (voor een grondige kritiek op het dominante model van evidence based practice, zie Vanheule, 2009), maar vanuit een zorgvuldige studie van de ontmoeting. 'Evidence' of kennis over hoe een probleem in elkaar zit, moet geval per geval zorgvuldig verzameld en geordend worden. Op voorwaarde dat ze niet worden gebruikt om standaardverklaringen te produceren, kunnen theorieën als psychoanalyse of systeemtheorie<sup>5</sup> een rol spelen in een dergelijke onderzoeken-

<sup>5</sup> Zonder te pretenderen dat dit de enige relevante benaderingen zijn, verwijs ik hiermee naar de twee theorieën die ik zelf best ken.



de praktijk. Theorieën zijn zinvol wanneer ze functioneren als kompas om het unieke verfijnder te onderzoeken, maar worden problematisch wanneer ze dogmatisch worden toegepast om unieke situaties te herleiden tot standaardpatronen.

Het is aan de onderzoekende professional om waakzaam te zijn voor die valstrik en om het vaststellen van druk en onaanmatig gedrag bij een kind te zien als beginpunt van een zoektocht naar de knoop in de band tussen kind en ander.

## ■ Referenties

- American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria voor de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Cooke, D., & Michie, C. (2010). Limitations of diagnostic precision and predictive utility in the individual case: A challenge for forensic practice. *Law and Human Behavior, 34*, 259-274.
- Cosgrove, L., Krinsky, S., Vijayaraghavan, M., & Schneider, L. (2006). Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*, 154-160.
- Dehue, T. (2009). Neurobiological perfection – on the ADHD movement. In I. Gevers e.a. (Red.), *Difference on display. Diversity in art, science and society* (pp. 94-101). Amsterdam: NAI Publishers.
- Furman, L.M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Does new research support old concepts? *Journal of Child Neurology, 23*, 775-784.
- Gizer, I.R., Ficks, C., & Waldman, I.D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: A meta-analytic review. *Human Genetics, 126*, 51-90.
- Hacking, I. (2007). Kinds of people: Moving targets. *Proceedings of the British Academy, 151*, 285-318.
- Hart, N., & Benassaya, L. (2009). Social deprivation or brain dysfunction? Data and the discourse of ADHD in Britain and North America. In S. Timimi & J. Leo, *Rethinking ADHD – From brain to culture* (pp. 218-251). Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.
- Hyman, S.E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 155-179.
- Jospeh, J. (2009). ADHD and genetics: A consensus reconsidered. In S. Timimi & J. Leo, *Rethinking ADHD – From brain to culture* (pp. 58-91). Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.
- Kirk, S.A., & Hsieh, D.K. (2004). Diagnostic consistency in assessing conduct disorder: An experiment on the effect of social context. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*, 43-55.
- Leo, J., & Cohen, D. (2009). A critical review of ADHD neuroimaging research. In S. Timimi & J. Leo, *Rethinking ADHD – From brain to culture* (pp. 92-129). Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.
- Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., & Lohr, J.M. (2004). *Science and pseudoscience in clinical psychology*. New York: Guilford.
- Markova, I.S., & Berrios, G.E. (2009). Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology, 42*, 343-349.
- Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., Eisman, E.J., Kubiszyn, T.W., & Reed, G.M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist, 56*, 128-165.

Moncrieff, J. (2009). *The myth of the chemical cure*. Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.

Pottick, K.J., Kirk, S.A., Hsieh, D.K., & Tian, X. (2007). Judging mental disorder in youths: Effects of client, clinician, and contextual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 1-8.

Raeymaekers, P. (2009). *Meeting of minds for youth*. Gent: Breinwijzer vzw, p. 32.

Spitzer, R., Davies, M., & Barkley, R. (1990). The DSM-III-R field trial of disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 690-697.

Timimi, S., & Leo, J. (2009). *Rethinking ADHD – From brain to culture*. Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.

Vanheule, S. (2009). Psychotherapy and research: A relation that needs to be reinvented. *British Journal of Psychotherapy, 25*, 91-109. Te downloaden: [http://www.psychoanalysis.ugent.be/index.php?position=4x1x0&page=Vanheule Stijn](http://www.psychoanalysis.ugent.be/index.php?position=4x1x0&page=Vanheule%20Stijn)

Wolff, F. (2010). *Notre humanité – D'Aristote aux neurosciences*. Paris: Fayard.