

Paul Verhaeghe over toename gedragsproblemen bij kinderen

‘Niet iedere moeilijkheid is een stoornis

Veel kinderen hebben een ‘etiket’. Jeugdzorg wordt overspoeld met hulpvragen, het aantal kinderen met een rugzakje voor extra begeleiding op school is aanzienlijk. Wat is er aan de hand? Een gesprek met Paul Verhaeghe, hoogleraar psychodiagnostiek in Gent.

Tekst: Annette van der Elst
Beeld: Michiel Hendrycks (p.11) en Ron Zwagemaker

“Ik had ook minsten twee etiketten gekregen als kind, zou ik nu gediagnosticeerd worden”, zegt psycholoog en psychoanalyticus Paul Verhaeghe, gewoon hoogleraar aan de Universiteit van Gent, waar hij psychodiagnostiek en psychoanalytische psychotherapie doceert. “Maar het is goed gekomen.” Verhaeghe reageert op de sterke toename van diagnoses als adhd, add, odd, of autismespectrumstoornissen bij kinderen, in Nederland en in België.

Toch is er wel iets aan de hand, meent Verhaeghe. “Ik ontken het probleem niet. Maar de moeilijkheden waar kinderen en jongeren mee worstelen – en dat geldt eigenlijk ook voor de problematiek waar volwassenen mee kampen – worden vooral gediagnosticeerd op symptomen waar de omgeving last van heeft. De vraag naar hulpverlening komt vaak ook van die omgeving. Van de juf en in extreme gevallen van instanties als de GGD. Wat

er achter het gedrag zit, krijgt nauwelijks aandacht. En er wordt gewerkt met een pseudo-medisch vertoog. We willen van alle moeilijkheden stoornissen maken, die we dan weer gaan opdelen in kleinere categorieën en subcategorieën. Dat geeft de illusie dat we begrijpen waar we mee van doen hebben, dat we de oorzaak kennen en vooral dat het iets is dat buiten ons ligt. De oorzaak zou neurobiologisch en genetisch zijn, de oplossing ligt dan in psycho-educatie, gedragsinterventie ondersteund met psychofarmaca.”

Hebben we het dan niet over echte ziekten?

Wat wil adhd eigenlijk zeggen? Het is een afkorting van *attention deficit hyperactivity disorder*. Nu wordt gezegd: dat kind heeft adhd en niet: dat kind kan zijn aandacht er niet bijhouden en is vaak erg druk. Dit verschil in formulering heeft grote gevolgen. Het is een verschuiving van een loutere gedragsbeschrijving naar een veronderstelde entiteit, een verondersteld samenhangend syndroom. Dat is ook wat de DSM – het handboek van de heden-

Paul Verhaeghe is hoogleraar psychodiagnostiek en psychoanalytische psychotherapie aan de Universiteit van Gent. Hij schreef, als alternatief voor de DSM, het psychodiagnostisch handboek *Over normaliteit en andere afwijkingen* (2002). De centrale stelling van dit boek is dat de psychische identiteit verworven wordt in verhouding tot de ander, zodat een eventuele pathologie ook gediagnosticeerd moet worden op grond van die verhouding. Dit boek werd in 2004 vertaald in het Engels. Hij heeft hiermee de Goethe Award van de Canadian Psychological Association gewonnen. Daarnaast schrijft Verhaeghe voor het grotere publiek. Recent is van hem verschenen *Liefde in tijden van eenzaamheid* (2011). Eerder verscheen *Het einde van de psychotherapie* (2009). Beide boeken zijn uitgegeven bij De Bezige Bij, Amsterdam.



De klachten zijn primitiever geworden

daagse psychodiagnostiek, waarvan volgend jaar de vijfde versie verschijnt (red.) – suggereert. Maar categorieën zijn niet meer dan de groepering van een aantal beschrijvende gedragskenmerken die vaak, maar bij lange na niet altijd, samen optreden. De DSM is aanvankelijk samengesteld om wetenschappelijk onderzoek op elkaar te kunnen afstemmen en te kunnen vergelijken. Als we duidelijke criteria voor de verschillende psychische en psychiatrische aandoeningen hebben, zouden we patiëntengroepen daadwerkelijk met elkaar kunnen vergelijken, was de gedachte van de opstellers.”

Dat werkt niet?

“De toewijzing van een bepaalde aandoening is tamelijk arbitrair. Iemand moet aan zes van de tien kenmerken beantwoorden om een bepaalde diagnose te krijgen. Dat levert – met een eenvoudig algoritme – 256 verschillende mogelijkheden op. Twee borderliners bijvoorbeeld kunnen slechts één van de tien beschreven kenmerken delen, en voor de rest verschillen. Daarnaast krijgen patiënten gemiddeld twee à drie persoonlijkheidsstoornissen aangemeten. En dan valt nog altijd de helft van de patiënten niet te diagnosticeren in een van de bestaande categorieën. Dan kun je zo'n diagnostisch systeem nauwelijks meer accuraat noemen. Maar niet alleen als instrument voor wetenschappelijk onderzoek wordt de DSM breed aangehangen, ook en vooral als diagnostisch instrument in de kliniek. En vervolgens wordt er dan nog een behandelplan aan vastgekoppeld.”

Uit die veronderstelling dat we met een syndroom te maken hebben, vloeit dan ook de aanname voort dat deze een neurobiologische oorzaak heeft... Ja, een aandoening die vraagt om farmaceutische oplossingen. Men zoekt hoofdzakelijk in een neurobiologisch en



genetische richting, maar zonder resultaat. Er is geen enkele aanwijzing dat de zogenaamde stoornissen waar veel kinderen tegenwoordig aan zouden lijden een duidelijke biologische oorzaak hebben. Tot nu toe is er voor één geestesziekte wel evidentie dat die te maken heeft met een combinatie van genen, namelijk schizofrenie. Maar zelfs in dat geval bepaalt de aanleg nog maar twintig procent van de daadwerkelijke manifestatie van de ziekte.

U ontkent niet dat het aantal kinderen en jongeren met psychische problemen is gestegen?

Het is moeilijk om cijfers te geven, er zijn geen betrouwbare cijfers. Van een aandoening als dyslexie, bijvoorbeeld, kun je je afvragen of die nieuw is. Vroeger had ook een op de tien kinderen problemen met lezen en schrijven, maar kreeg dit geen naam. De vraag is dan: hoe moeten we

deze problemen beschouwen? Waar we wel duidelijke cijfers over hebben is de toename van sociale angst in de afgelopen 25 jaar. Die is ernstig gestegen. Dat betekent dat er een toegenomen angst voor de

Volgens schattingen heeft in Nederland een op de tien kinderen op de basisschool en een op de vijf jongeren in de middelbare schoolleeftijd een gediagnosticeerde stoornis: adhd, add, odd, of een autismespectrumstoornis zoals pdd-nos of asperger – en het aantal mogelijke diagnoses groeit nog steeds. Deze stoornissen zijn te benoemen als problemen met sociale contacten, met aandacht en concentratie, en als antisociaal gedrag. Daarnaast kampen steeds meer jongeren, en op steeds jongere leeftijd, met depressies, angsten, eetstoornissen en drugs- en alcoholmisbruik, zoals binge-drinken.

ander is, men heeft schrik voor elkaar. Iemand die angstig is voor de ander gaat afstand houden, vermijdt sociale relaties en trekt zich op zichzelf terug. Als hij daarbij een stel rituelen gaat gebruiken, dan is de diagnose al snel dat hij een of andere autismespectrumstoornis heeft. Dat is geen autisme zoals ik zag toen ik – in de jaren tachtig – ging werken in de kliniek: dat waren mensen die niet spraken, geen oogcontact maakten. De vraag was toen: hebben we hier te maken met een verstandelijke handicap, autisme of een infantiele psychose. Nu is de term opgerekt, autisme is een accordeondiagnose geworden.

Wat verklaart die toename van angst?

Ik heb er geen bewijs in wetenschappelijke zin voor, maar ik ga uit van gezond verstand. De laatste 25 jaar is onze maatschappij ingrijpend veranderd. We merken het niet, die is immers het water waarin we zwem-

men. In deze periode zien we een toename van de hulpvraag van kinderen en jongeren – of van die van hun omgeving.

We leven in een competitieve samenleving, waarin mensen steeds meer concurrenten van elkaar zijn, ook op school en op het werk. Het feit dat er veel aandacht uitgaat naar teambuilding wil wat zeggen, namelijk dat het niet meer vanzelfsprekend is om een team te vormen. Alles wordt gemeent, mensen worden voortdurend beoordeeld en geëvalueerd. De samenleving tendeert er meer en meer naar om mensen op te delen in *winner*s of *losers*. Uit statistisch onderzoek blijkt dat in samenlevingen met een grote inkomensongelijkheid er een stijging is van schooluitval, psychopathologie, moord en verslaving. En dat binnen alle klassen. Het is een correlatie, dus je moet het niet als een causaal verband zien. Maar het sterkt me wel in de overtuiging dat we de moeilijkheden psychosociaal moeten begrijpen.

En dat geldt ook voor adhd en aanverwante aandoeningen?

Het is toch geen toeval dat adhd zoveel voorkomt, in een maatschappij waarin snelheid de norm is... Opvallend is dat veel aandoeningen, waarvan adhd er een is, direct te maken hebben met het lichaam. De klachten die we in de spreekkamer horen, zijn in zekere zin primitiever geworden, meer op het lichaam gericht. Vroeger had een klassieke neuroticus voorstellingen waar hij door gekweld werd. Iemand had denkbeelden die gepaard gingen met angsten, neurotische conflicten, overdreven schuldgevoelens samen met agressieve fantasieën. Maar wat we nu krijgen zijn stoornissen die rechtstreeks met het lichaam te maken hebben: automutilatie, verslaving, adhd, vermoeidheidssyndromen en agressie. De mentale bewerking daarin is zeer gering. Vroeger kwamen we dit natuurlijk ook wel tegen. Ze werden beschreven als primitieve verdedigingsmechanismen van mensen zonder al te veel emotionele ontwikkeling. Maar je ziet ze nu bij mensen met een 'hogere' ontwikkeling. Niet voor niets is de nieuwe term in de psychotherapie: mentalisatie. We moeten onze patiënten leren mentaliseren, leren voorstellingen te maken en hun moeilijkheden te verwoorden en te verwerken in psychische termen.

Het lichaam als enige realiteit – in de beleving van de patiënt maar ook in het neurobiologisch vertoog. We wortelen met onze menselijke identiteit, zo lijkt het?

Mensen hebben geen symbolische houvast meer, geen verhaal waarin zij zijn ingebed, zoals de traditie, de familie(geschiedenis), het werk. Dat heeft voordelen – we zijn vrijer – maar ook nadelen. Traditionele waarden als loyaliteit en stabiliteit zijn vervangen door flexibiliteit – iets wat vroeger misschien doorging voor oppervlakkigheid. Kinderen hebben geen stabiele omgeving meer waaraan ze zich kunnen spiegelen, een essentiële voorwaarde voor de vorming van een identiteit. Door zich te spiegelen aan de ouders bouwde het kind zijn identiteit op. Nu leven kinderen in een zapcultuur, ze gaan van het ene spiegelbeeld naar het andere. Dat levert meer diversiteit op, maar het kan ook pathologische vormen aannemen, met als resultaat een chaotische en lege identiteit. Het gevaar is ook dat kinderen zich gaan identificeren met het etiket dat ze krijgen opgeplakt – een etiket waar ze vaak een groot deel van hun leven, zo niet hun hele leven, aan vastzitten. Ze gaan zich dan identificeren met een zogenaamde stoornis: ik ben een adhd'er, wat altijd nog beter is dan een loser te zijn...

Zijn de gedragsstoornissen van kinderen dan voornamelijk opvoedingsproblemen?

Het is gevaarlijk om dat zo te zeggen. Als je publiek zegt dat het niet primair neurobiologische en genetische aandoeningen zijn, dan leidt het er bijna automatisch toe dat de schuld bij de ouders, en vooral de moeder komt te liggen. Ik ben er echt van overtuigd dat de problemen waar kinderen mee kampen psychosociale problemen zijn en je ze ook op dat front moet aanpakken, daarvoor aandacht moet hebben. Maar moeders zitten ook in die context. Zij zijn evenzeer slachtoffer. Hen gaan beschuldigen moet je echt niet doen. We moeten in die context, in die omgeving ingrijpen. En meer aandacht hebben voor de verhalen, van de kinderen en van de volwassenen.