



Faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen

Academiejaar 2011 – 2012

Van Gedrag tot *Probleem*gedrag: (De) Constructie van ADHD

Maarten Van Drom

20050126

Promotor: Prof. Dr. Geert Van Hove

Begeleiding: Caroline Vandekinderen

Masterproef neergelegd tot het behalen van de graad van master in de pedagogische wetenschappen, afstudeerrichting orthopedagogiek.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

1. Voorwoord

In deze masterproef¹ zal ik op zoek gaan naar de invloed van het neoliberalisme op het gebruik van de diagnose en behandeling van ADHD. Hierbij maak ik gebruik van vier grote ankerpunten: de literatuur rond ADHD, het werk van Michel Foucault, het neoliberalisme en de verhalen van enkele jongeren met een diagnose “ADHD” en hun ouders. Ik wil ten eerst erkennen – en benadrukken - dat ik niet alles weet over ADHD. Mijn kennis beperkt zich in grote mate tot het werk dat ik erover gelezen heb – waarvan het leeuwendeel gebruikt is in deze masterproef en dus terug te vinden in de referentielijst – en enkele ervaringen uit mijn persoonlijke leven. Daarnaast wil ik benadrukken dat ik geen allesomvattende kennis bezit omtrent de thematiek van het neoliberalisme. Ik ben geen filosoof en nog minder een econoom. Vervolgens wil ik ook niet de pretentie hebben alles te weten van het denken van Foucault. Nog minder zou ik mezelf rekenen onder de “Foucaultwetenschappers”. Desondanks zal ik gebruik maken van enkele concepten uit zijn werk en hierbij – eerder toevallig – een lijn in zijn denken volgen. Het gaat dan om drie periodes die hij zelf aanduidde met het onderwerp dat hij als aangrijpingspunt nam: van weten, naar macht, naar subject - grofweg jaren '60, '70, '80 (Dorrestijn, 2009a). Hiermee ga ik – samen met de verhalen van jongeren en ouders – aan de slag om op zoek te gaan naar het probleem van het gedrag dat we ADHD noemen.

Deze masterproef had dan ook niet tot stand kunnen komen zonder deze jongeren en ouders die met mij hun verhaal wouden delen. Ik wil deze mensen daarvoor ontzettend hard bedanken en ik wil hier ook stellen dat ik enorm veel respect heb voor de manier waarop zij hun bestaan proberen te vormen - en *omvormen* – in deze harde, individualistische neoliberale samenleving. Ik wil meteen ook alle personen bedanken die mij met deze jongeren en ouders in contact hebben gebracht.

Daarnaast wil ik – zoals zovele “thesisstudenten” – oprecht mijn ouders bedanken voor hun jarenlange – financiële en morele – ondersteuning tijdens mijn studies. Ook wil ik mijn vriendin, vele vrienden en kennissen en medestudenten bedanken voor de vele (kritische) gesprekken rond deze thema's die mijn inzichten de laatste jaren gevormd en bijgestuurd hebben.

Vervolgens wil ik ook mijn dank uitdrukken voor mijn promotor, professor Van Hove om deze masterproef “onder zijn paraplu” te willen opnemen en voor de toestemming om de “woordenlimiet” te mogen overschrijden.

De persoon die in dit dankwoord echter de meeste bloemen verdient is mijn begeleidster Caroline Vandekinderen. Ik wil haar uitdrukkelijk bedanken voor de grondige – en enorm gewaardeerde – kritische feedback, de vele tips, het aanreiken van literatuur en de “warme” en blijvende ondersteuning. Bovenal wil ik haar bedanken voor de “gouden tip” afgelopen zomer om mijn oorspronkelijke idee – dat zich richtte op labellingsprocessen – wat in te ruilen voor de zoektocht naar de constructieprocessen van “het probleem”. Zonder haar had deze masterproef dan ook nooit kunnen worden wat ze geworden is.

“The wildest colts make the best horses”

(John Breeding, 2007)

¹ In deze masterproef zal ik refereren volgens de APA-richtlijnen (editie 2010).

2. Inhoudstafel

1.	Voorwoord	2
2.	Inhoudstafel	3
3.	Inleiding.....	5
3.1.	ADHD.....	6
3.1.1.	Korte historiek.....	6
3.1.2.	Publieke aandacht.....	6
3.1.3.	Wetenschappelijke inzichten	8
3.1.3.1.	Biopsychosociaal	8
3.1.3.2.	Sociale benadering van ADHD.....	9
3.2.	Perspectieven in verschillende paradigma's.....	11
3.3.	Psychiatrische stoornissen in een historisch maatschappelijke context: Foucault	12
3.3.1.	Discours.....	13
3.3.2.	Kennis en macht.....	14
3.3.3.	Subjecten en zelftechnieken	16
3.3.4.	Kapitalisme en disciplinerig	17
3.4.	Neoliberale rationaliteit als vorm van gouvernementaliteit in de hedendaagse Westerse samenleving	19
3.4.1.	Het neoliberale – competentiegerichte - onderwijs.....	20
3.4.2.	Subjecten in een neoliberale context: van disciplinerig naar prestatie?.....	21
4.	Probleemstelling: ADHD in een neoliberale context	23
5.	Methodologie.....	27
5.1.	Epistemologische achtergrond	27
5.1.1.	Interpretatief onderzoek.....	27
5.1.2.	Het verhaal : narratief onderzoek.....	28
5.1.3.	Gericht zoeken in het verhaal : abductief onderzoek.....	28
5.2.	Onderzoeksmethode	29
5.2.1.	Het verkrijgen van het verhaal : semi-gestructureerde diepte-interviews	29
5.2.2.	Op zoek naar antwoorden in het verhaal: kwalitatieve diepte analyse	30
5.2.3.	Participanten.....	30
3.3.	Enkele verdere bedenkingen bij het onderzoek	32
6.	Resultaten	34

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

6.1.	Onderzoeksvraag 1: Welke gedragingen van jongeren met ADHD worden op welke manier een probleem?	34
6.1.1.	Het gedrag dat een probleem is	34
6.1.2.	De problematisering van het gedrag	35
6.1.3.	Problematisering van gedrag: afhankelijk van de verwachtingen	36
6.2.	Onderzoeksvraag 2: Welke machtstrategieën spelen in de samenleving waardoor het gedrag van jongeren met ADHD een probleem is?	39
6.2.1.	De macht van normaal gedrag	39
6.2.2.	De macht van de toekomst en het presteren	40
6.2.3.	De expliciete rol van school en leerkrachten	40
6.3.	Onderzoeksvraag 3: Waartoe wordt de diagnose ADHD en behandeling ingezet?	43
6.3.1.	Vertrouwdheid met psychiatrische benadering	43
6.3.2.	Meerwaarde diagnose en behandeling	44
6.4.	Onderzoeksvraag 4: Waartoe worden jongeren met ADHD gesubjectieerd, subjectiveren ze zichzelf en welke zelftechnieken hanteren ze?	46
6.4.1.	Aanvaarden van normaal - abnormaal	46
6.4.2.	De wil tot prestatie	47
6.4.3.	Aanvaarden van controle en zelfcontrole	48
6.4.4.	Aanvaarden van de psychiatrische benadering van het gedrag	48
6.4.5.	Zelfmedicalisering	49
6.4.6.	ADHD als deel van de identiteit	51
6.5.	Resultaten : Samenvattend schema	53
7.	Discussie & Conclusie	56
8.	Referenties	61
9.	Bijlagen	68

3. Inleiding

Recent wordt behoorlijk veel belangstelling geuit omtrent psychiatrische problematieken in onze samenleving. TV programma's zoals "Te Gek", de studiedag "(In)druk" van het Vlaams Kinderrechtencommissariaat, de campagne "Gevaarlijk Jong"... zijn maar enkele voorbeelden. Ook wetenschappelijk bestaat hier aandacht voor. Zo plant bijvoorbeeld het tijdschrift *Children & Society* in 2014 een speciale editie over psychiatrisering en de rechten van kinderen. Bovendien verschijnen meer en meer publicaties en lezingen (Verhaeghe 2010, 2012a, 2012b; Vanheule, 2012; Debusschere, 2012; Krols, 2008) die de link leggen tussen onze hedendaagse – neoliberale - manier van samenleven en het toenemend gebruik van psychiatrische diagnoses en behandelingen. ADHD is een stoornis die hierbij frequent aangehaald wordt ter illustratie. Aangezien ADHD de meest voorkomende *gedragsstoornis* bij kinderen zou zijn (Cooper, 2001; Singh, 2008, 2011) - de wereldwijde prevalentie wordt geschat op 5,29%, maar er bestaat een grote variabiliteit in de prevalentie van "ADHD" (Polanczyk et al., 2007) – en aangezien ze frequent aangehaald wordt als voorbeeld voor deze maatschappelijke trend, zal ADHD ook in deze masterproef gebruikt worden als exemplarisch voorbeeld om deze neoliberale invloeden te onderzoeken. Er zal meer bepaald geprobeerd worden om na te gaan welke factoren het gedrag zodanig problematisch maken waardoor psychiatrische diagnosestelling en behandeling nodig worden en of de hedendaagse neoliberale manier van samenleven hierbij als een probleemconstruerende factor opgevat kan worden.

In deze inleiding bespreek ik eerst enkele inzichten omtrent de stoornis ADHD. Daar zal blijken dat – zowel publiek als wetenschappelijk – heel wat controverses omtrent deze stoornis bestaan. Daarom sta ik na dit deel kort stil bij enkele inzichten die handvaten bieden om verschillende theorieën, modellen en paradigma's – kortom verschillende benaderingen op een bepaald fenomeen – naast elkaar te laten samengaan. Aldus zonder afbreuk te doen aan andere benaderingen van het gedrag, probeer ik in een volgend deel een uitgebreider overzicht te geven van hoe een psychiatrische benadering van gedrag in een ruimer historisch maatschappelijk kader bekeken kan worden. Hiertoe maak ik sterk gebruik van het werk van Michel Foucault. Volgens Foucault staat de opkomst van de kapitalistische marktsamenleving centraal in het ontstaan van de menswetenschappen – en dus ook de psychiatrie. Vervolgens bespreek ik kort enkele kenmerken van de hedendaagse neoliberale samenleving die opgevat kan worden als het verlengde van – een doorgedreven of geradicaliseerd – kapitalisme. Van daaruit ga ik dan over tot de probleemstelling en hypothese die ik in deze masterproef wil onderzoeken.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

3.1. ADHD

In de DSM IV wordt een onderscheid gemaakt tussen drie subtypes ADHD. Ten eerste beschrijft men ADHD van het gecombineerde type met de klassieke trias van aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit. Ten tweede onderscheidt men ADHD van het overwegend onoplettende type waarbij primair een aandachtsproblematiek bestaat met minder problematische impulsiviteit en hyperactiviteit. Ten derde benoemt men het type met overwegend hyperactiviteit en impulsiviteit zonder herkenbare problematiek in de aandacht. Tot slot bestaat ook een restcategorie 'ADHD niet anders omschreven' waarbij sprake is van ADHD symptomen, maar die niet zo uitgesproken zijn om te voldoen aan de criteria voor een manifeste ADHD (Maras & Vermeiren, 2008; Root & Resnick, 2003). In de adolescentie zou bij veel jongeren met ADHD de hyperactiviteit – hoewel nog steeds aanwezig – wat afnemen en zouden academische problemen meer op de voorgrond schuiven (Wolraich et al., 2005). ADHD kent ook een groot aantal mogelijk comorbide stoornissen zoals bijvoorbeeld oppositioneel-opstandige of gedragsstoornis (ODD/CD), delinquent gedrag, leerstoornissen, autisme, Gilles de la Tourette, angst- en stemmingsstoornis (Maras & Vermeiren, 2008, Root & Resnick, 2003; Wolraich et al., 2005).

3.1.1. Korte historiek

De geschiedenis van wat wij nu ADHD noemen wordt grotendeels gekenmerkt door klinische definities. De klinische geschiedenis van de gedragsmatige syndromen van ADHD gaat tot 200 jaar terug in de medische literatuur (Cooper, 2001). Zo zou Crichton al in 1798 een beschrijving gegeven hebben van een aandachtsstoornis die nauw aansluit bij de hedendaagse DSM-IV criteria voor "ADHD van het overwegend onoplettende type" (Palmer et al., 2001). ADHD werd in de jaren 1940-50 gelinkt aan de brede diagnose 'minimale hersenbeschadiging' – MBD (Singh, 2002a; Maras & Vermeiren, 2008). In de jaren '30 demonstreerde Charles Bradley al de effectiviteit van het stimulerend middel 'benzedrine' om het probleemgedrag van kinderen met MBD bij te sturen. In 1957 stelde Maurice Laufer voor om de naam MBD te veranderen in 'hyperkinetische stoornis' (Laufer et al. 1957). In de jaren '60 en '70 lag de focus vooral op het hyperactieve (Curatolo et al., 2010). Dit ging door tot in 1980 de DSM-III uitkwam waarin de term 'Attention Deficit Disorder' (ADD) gebruikt werd. Niet meer de hyperactiviteit, maar de aandacht werd dan het kernprobleem. In de DSM-III-R in 1987 werd hyperactiviteit terug opgenomen en *ontstond* "AD/HD". Vervolgens is "ADHD" als diagnostische categorie over de jaren heen significant uitgebreid (Singh, 2002a). Zo hebben veranderingen in de diagnostische criteria voor ADHD tussen de DSM-III-R en de DSM-IV geleid tot een stijging van 57 procent van kinderen die aan de criteria voor "ADHD" voldoen (Baumgaertel et al., 1995). De diagnose ADHD zou de laatste decennia wereldwijd meer en meer voorkomen (Neufeld et al., 2006). Hoewel het oorspronkelijk alleen bestond als stoornis bij kinderen en jongeren op schoolleeftijd, bestaat het nu ook voor kleuters en volwassenen (Hawthorne, 2010 b). De meeste kinderen worden voor het eerst gediagnosticeerd met ADHD wanneer ze de schoolleeftijd bereiken (Singh, 2008; Sax et al., 2003).

3.1.2. Publieke aandacht

ADHD kent heel wat publieke aandacht en verschijnt geregeld in de media (Voet, 2011; Vanobbergen, 2006). De kijk op de problematiek door medische, psychologische en pedagogische professionelen heeft in de loop der jaren geleid tot de ontwikkeling van een uitgebreid vocabularium omtrent deze stoornis. Dit vocabularium wordt niet enkel gebruikt door deze professionelen, maar is meer en meer verspreid geraakt onder de ruimere bevolking doordat het aantal diagnoses toeneemt

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

en het publieke bewustzijn omtrent deze stoornis groeit via bijvoorbeeld media en scholen (Danforth et al., 2001). Het medisch discours voorziet primair de terminologie en de ideologie waarmee over ADHD gesproken wordt in het alledaagse leven. Een groot deel van het *ongepast* gedrag van kinderen lijkt nu onder het medisch discours te vallen en zelfs in die mate dat men zich kan afvragen of mensen eigenlijk nog over het gedrag van het kind kunnen spreken zonder de terminologie van ADHD te gebruiken. Danforth en Navarro (2001) vermoeden dat de culturele kracht van het medisch discours zo sterk is dat mensen - of ze het discours nu accepteren of zich er tegen verzetten - er hoe dan ook mee te kampen hebben. Zo stelt ook Verhaeghe:

“Nog niet eens zo lang geleden kon een kind beschreven worden als druk, om aandacht vragend en met moeilijkheden om zich te concentreren. Op grond van een dergelijke beschrijving dacht niemand eraan dit alles als één geheel te beschouwen, laat staan als een ‘disorder’ waarvoor medicijnen nodig zijn. De vertaling van deze beschrijving in het Engels en de reductie ervan tot een letterwoord waarvan negen van de tien mensen geen flauw benul hebben wat het betekent, heeft tot gevolg gehad dat deze afzonderlijke gedragskenmerken nu beschouwd worden als een entiteit met een veronderstelde medische grond die bijgevolg een farmacologische aanpak vraagt.”

(Verhaeghe, 2009/2010, p. 52-53)

Daarnaast voorziet het schoolse discours vooral in de ideologische gronden die de bezorgdheid van ouders versterken. In dit discours gaat het dan om het *academisch presteren* en het *conformereren van het gedrag aan bepaalde gedragscodes* (Danforth et al., 2001). In de maatschappij leeft het idee dat de diagnose en behandeling hulp biedt voor miljoenen kinderen en volwassenen die het moeilijk hebben met de vereisten van *school, werk en sociale omgang* (Hawthorne, 2010). Desondanks blijkt dat het grote publiek eigenlijk niet zo goed geïnformeerd is over “ADHD” zoals het gedefinieerd is als dominant psychiatrisch concept. Velen vinden daarbij wel dat de kinderen behandeld moeten worden, maar er blijkt wel enig scepticisme te bestaan omtrent medicatie als enige behandelvorm (McLeod et al., 2007).

De *“international consensus statement on ADHD”* (Barkley et al., 2002) verwijt de media dat ze onverantwoorde verhalen de wereld in sturen die zouden impliceren dat ADHD geen valide of echte stoornis is. Dergelijke verhalen zouden de publieke erkenning van de stoornis en zijn gevolgen verminderen. Ze zouden bovendien voorbij gaan aan het potentieel van medicatie om de gevolgen van de stoornis te verlichten (McLeod et al., 2007). Wetenschappelijke “ADHD experts” erkennen en beschrijven de complexiteit en de vaagheid van de grenzen van wat nu juist “ADHD” is, maar ze stellen wel dat dit *“is not to suggest that ADHD is not real. The symptoms of ADHD can cause significant suffering in children, families, and schools and significant costs to the health care system, education system, juvenile justice system, and employers through parental work loss”* (Parens et al., 2009, para. 16). Desondanks het aantal doktersbezoeken voor de diagnosticering en behandeling van “ADHD” toegenomen is (Sax et al., 2003), stellen sommige onderzoekers dat minder dan de helft van de kinderen die aan de DSM criteria voor “ADHD” voldoen hun conditie laten diagnosticeren en behandelen met medicatie. Ze concluderen dan ook dat sommige kinderen met klinisch significant aandachtstekort en hyperactiviteit niet de optimale behandeling krijgen (Froehlich et al., 2007). Bovendien bestaan er – zoals uit het volgende zal blijken – heel wat wetenschappelijke inzichten omtrent ADHD.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

3.1.3. Wetenschappelijke inzichten

In het debat omtrent de problematiek van ADHD zijn vier posities te onderscheiden (Singh, 2008). Een eerste gaat er van uit dat ADHD veroorzaakt wordt door een combinatie van biologische factoren. Een tweede gaat er van uit dat ADHD veroorzaakt wordt door een combinatie van biologische en sociale factoren. Een derde positie stelt dat ADHD een valide stoornis is maar dat de voornaamste oorzaken zich in de omgeving situeren. Elk van deze posities vindt aanhang van verschillende belanghebbers: ouders, leerkrachten, klinici, wetenschappers, ethici en kinderen zelf. Er bestaat echter een vierde positie die enorm sceptisch staat tegenover ADHD als “echte ziekte” (Singh, 2008). In deze vierde positie kan “ADHD” gezien worden als een sociale constructie binnen een bepaalde samenlevingsordening.

In dit deel zal eerst een blik geworpen worden op het biopsychosociaal model waar vandaag de dag de meeste wetenschappelijke belangstelling voor bestaat (Singh, 2008; Crevits, 2008; Maras & Vermeiren, 2008) en die onder de tweede en derde positie – zoals hierboven beschreven – te kaderen valt. Vervolgens zal kort stil gestaan worden bij de benadering die ADHD opvat als een sociale constructie – de beschreven vierde positie.

3.1.3.1. Biopsychosociaal

Recent wordt in wetenschappelijk onderzoek uitgegaan van een complex biopsychosociaal model voor psychiatrische stoornissen (Singh, 2008; Crevits, 2009). In een biopsychosociaal model worden biologische oorzaken en gedragsmatige uitkomsten gemedieerd door omgevingsfactoren (Cooper, 2001; Singh, 2008; Nigg et al., 2010). Volgens dit model zullen bepaalde genetische en neurologische factoren in een individu de kans vergroten dat hij of zij ADHD zal ontwikkelen, maar dit zal gebeuren als product van de dynamische interactie met de sociale en fysieke omgeving (Cooper, 2001). De bijdrage van de interactie tussen genen en omgeving wordt meer en meer erkend, maar over de causale risicofactoren in de omgeving is nog niet zo veel geweten (Thapar et al., 2008).

Bij de diagnosestelling van ADHD baseert de clinicus zich op informatie van ouders, leerkrachten en kind, maar er is geen psychologische test of medisch onderzoek waarmee de diagnose eenduidig gesteld kan worden (Timimi et al., 2004). De criteria - waaraan het kind moet voldoen om de diagnose te krijgen - bestaan allemaal uit puur gedragsmatige kenmerken (Maras & Vermeiren, 2008). Maar hoewel de klinische symptomatiek van ADHD primair op gedragsniveau beschreven, gediagnosticeerd en behandeld wordt, bestaat er heel wat wetenschappelijke theorievorming omtrent de etiologie en behandeling van ADHD (Maras & Vermeiren, 2008). De DSM classificeert immers alleen maar en doet geen uitspraken over oorzaak of behandeling (Crevits, 2008).

Net zoals kinderen met gedragsstoornissen worden kinderen met ADHD gekenmerkt door een basaal probleem in de impuls- en emotieregulatie waarbij sprake is van neurobiologische disfuncties met gevolgen voor de impulscontrole, het emotioneel leren en de zelfsturing (Dick et al., 2005; Maras & Vermeiren, 2008).

ADHD berust volgens de moderne neuropsychologie en kinderpsychiatrie op een disfunctionele neuronale schakeling en stofwisseling in het dopaminerge (Stergiakouli et al., 2010; Curatolo et al., 2010) en noradrenerge systeem (Taylor et al., 2004; Maras & Vermeiren, 2008). ADHD is een neuropsychiatrische stoornis die primair door erfelijke factoren bepaald wordt (70-80% heritabiliteit) en waarbij zo’n 20% van de variatie door omgevingsfactoren – zoals bijvoorbeeld prematuriteit of

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

blootstelling aan alcohol en nicotine tijdens de zwangerschap of bepaalde probleemsituaties of hersenbeschadiging - verklaard wordt (Crevits, 2008; Maras & Vermeiren, 2008; Rietfeld et al., 2004). ADHD zou dan primair veroorzaakt worden door polygenetische afwijkingen waarbij vooral genen, die betrokken zijn in de regulatie van het dopaminerge en noradrenerge systeem, van belang zijn (Maras & Vermeiren, 2008; Stergiakouli et al., 2010; Swanson et al., 2010; Thapar et al., 2010). ADHD is dan een heterogeen syndroom – verzameling symptomen – dat te wijten is aan een complexe interactie tussen biologische en omgevingsfactoren (Crevits, 2008).

ADHD is aldus een complexe stoornis en men beroept zich bij de behandeling best op een multimodaal model (Maras & Vermeiren, 2008) bestaande uit psycho-educatie, farmacologische behandeling, psychotherapeutische en psychosociale interventies en begeleiding en training van ouders en leerkrachten. De behandeling bestaat dan uit een aanpassing van de omgeving, psychotherapie en medicatie (Crevits, 2008). Gedragsinterventies zijn een evidence based psychosociale interventie voor ADHD (Pelham et al., 2008). Men gaat best uit van een chronische zorgmodel (Wolraich et al., 2005) en het is ongepast *“to think that a brief, time-limited treatment regimen, whether it be behavioral, pharmacological, or combined, will be a sufficient and effective intervention for a child with ADHD”* (Pelham et al., 2008, p. 209). De combinatie van zowel medicatie en psychosociale behandeling kent in de meeste situaties de voorkeur en het laat lagere dosissen medicatie toe om behandelingsuitkomsten te bereiken waardoor de nevenwerkingen verminderd worden (Root & Resnick, 2003). Inzake medicatie worden vooral psychostimulantia – voornamelijk methylfenidaat – gebruikt (Maras & Vermeiren, 2008) die via zijn dopaminerge en noradrenerge effecten inwerken op structuren die instaan voor het selecteren van prikkels (Crevits, 2008; Wolraich et al., 2005). Stimulantia zouden de meest effectieve psychofarmacologische behandeling vormen (Curatolo et al., 2010). Jarenlang was *Rilatine*, een methylfenidaat met kortdurende werking, de *marktleider* in de behandeling voor “ADHD”. Sinds 2000 geven klinici en ouders de voorkeur aan methylfenidaten met langdurende werking zoals *Concerta*. Een nieuwe behandeling die opkomt is het niet stimulerende medicament *Strattera*. Wereldwijd is het gebruik van deze medicijnen aan het toenemen (Singh, 2005). Hoewel zeer effectief (McLeod et al., 2007) zou medicamenteuze behandeling beter altijd onderdeel zijn van een ruimer behandelplan dat ook psychosociale, gedragsmatige en educatief advies en interventie omvat (Curatolo et al., 2010).

3.1.3.2. Sociale benadering van ADHD

“The immaturity of children is a biological fact, but the ways in which this immaturity is understood and made meaningful is a fact of culture”

(Timimi in Timimi, S. & Taylor, E., 2004, p. 8)

De stelling dat de symptomen van “ADHD” een wereldwijd fenomeen zijn en een meer constante geografische prevalentie kent dan voorheen gedacht werd (Polanczyk et al., 2007) kan waar zijn, maar het feit dat een groep symptomen een constante geografische prevalentie kent, heeft weinig te maken met wat er toe leidt om deze symptomen als een diagnostische entiteit te gaan beschouwen (Amaral, 2007). Universele fenomenen kunnen beschouwd worden als normaal of als disfunctioneel afhankelijk van culturele overtuigingen. Het is in het bepalen van deze diagnostische grens dat de sociale constructie ligt. De grenzen van *normaal* in een bepaalde regio worden uitgezet door psychiaters - door diagnostische criteria te kiezen en toe te passen - en door de samenleving -

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

door het (h)erkennen van symptomen die medische zorg zouden verdienen. Psychiatrische diagnoses zijn dan het product van sociale en historische omstandigheden en de eisen van bepaalde *belangengroepen*. Nieuwe diagnoses ontstaan zelden simpelweg als het resultaat van nieuwe wetenschappelijke ontdekkingen (Conrad et al., 2000).

ADHD is volgens deze 'sociale benadering' een sociaal en linguïstisch product dat vorm krijgt binnen de complexe constructie en betwisting van culturele codes, normen en identiteiten (Danforth et al., 2001). Naargelang de omgeving meer of minder tolerant is voor *actieve en afgeleide* kinderen zal ze immers meer of minder geneigd zijn een stoornis te zien in het gedrag (Parens et al., 2009). Zo zal bijvoorbeeld in een context waar zelfcontrole hoog gewaardeerd wordt, het gebrek aan zelfcontrole sneller tot een stoornis worden of in een context waar schools succes hoog gewaardeerd wordt, zullen slechte schoolse prestaties sneller tot een stoornis worden. Singh (2011) stelt zelfs dat ADHD in het Oude Griekenland waarschijnlijk geassocieerd zou zijn met heroïsme of als kinderen op hun negen jaar nog steeds in de mijnen zouden werken, dan zou hun energie als een bonus worden beschouwd (Graham, 2008). ADHD is volgens deze auteurs dan ook moeilijk op te vatten als een stabiele universele stoornis, maar eerder als een interpretatie van gedrag die cultureel relatief is en waarbij diagnostische praktijken ingegeven zijn door sociale waarden (Singh, 2011).

Zo is ook de medicalisering van deviant gedrag volgens Conrad (1975) een deel van een groter maatschappelijk fenomeen: de individualisering van sociale problemen. De *oorzaken* en *oplossingen* voor complexe sociale problemen worden bij het individu gelegd en niet in het sociale systeem. Door de medicalisering wordt *het bestaande maatschappelijk systeem in essentie gesteund* en het laat niet toe dat dit gedrag een factor voor *maatschappelijke verandering* kan zijn. Hierdoor wordt het deviant gedrag bovendien ook *gedepolitiseerd*, want door de medische definiëring wordt de betekenis van het gedrag in de context van het sociale systeem genegeerd (Conrad 1975). Medische benamingen zijn dan ook *sociale oordelen* en het toepassen van een medisch model op gedrag is een *politieke beslissing* (Conrad et al., 1992).

Beresford (2000) toont aan dat de waanzin te begrijpen valt in het kader van de *Disability Studies* met als sterk argument dat zowel 'waanzinnigen' als personen met een beperking ingesloten worden in pathologische administratieve categorieën en dat ze allebei onderdrukt worden – "in social terms – our shared *disability*" (Beresford, 2000, p. 171). In een *sociaal model* wordt 'psychiatrische stoornis' gezien als de uitkomst van een sociaal proces of als een geconstrueerde sociale categorie. Zo is volgens de *weberiaanse of foucauldiaanse benadering* een psychiatrische stoornis een categorie van het sociaal beleid. De aandacht in dit perspectief verschuift van de persoon met de stoornis naar juridische of beleidsprocessen die een persoon construeren als officieel 'psychiatrisch gestoord' (Shakespeare, 1996).

3.2. Perspectieven in verschillende paradigma's

Met het voorgaande moge het alvast duidelijk zijn dat het gedrag reëel is en dat er volgens de wetenschap zowel biologisch, contextueel als ruimer maatschappelijk invloeden zijn die meespelen wanneer het gaat over ADHD. Er bestaan aldus verschillende perspectieven omtrent het gedrag en er is iets te zeggen voor elk van die perspectieven; men kan zich zelfs afvragen of ze elkaar uitsluiten.

Zoals uit het volgende deel zal blijken kadert Foucault de psychiatrische benadering van gedrag in een ruimer historisch maatschappelijk perspectief waarbij hij de link legt met de opkomst van de kapitalistische markteconomie. Hiermee worden de wetenschappelijke inzichten van de psychiatrie niet als onwaar afgedaan, maar probeert hij te verklaren waarom deze kennis en praktijken op een bepaald moment hun ontstaan en – maatschappelijk – belang kenden. Wat wel eens opgevat wordt als de 'strijd' tussen het medische en sociale paradigma, hoeft daarmee echter geen strijd te zijn waarbij beide paradigma's elkaar uitsluiten. Beide – zowel de biopsychosociale benadering als de sociale constructiebenadering – kunnen naast elkaar bestaan en allebei een waarheid in zich houden. Verstraete (2009) spreekt hierbij ook over een middenweg en stelt dat Foucault duidelijk aantoonde dat *“human behaviour [...] at the end of the eighteenth century was considered important enough to be thought of in a particular way”* (p. 288). Hij stelt verder dat de problematisering van bepaald gedrag het niet alleen tot een zichtbaar en *“intelligible”* probleem maakt, maar dat het tegelijkertijd ook *“structures possible answers and calls particular solutions into existence”* (p. 288). Foucaults zoektocht naar het 'ontstaan van de mens' – menswetenschappen – doet dan helemaal geen afbreuk aan het waarheidsgehalte en het belang van de kennis en praktijken van de psychiatrie. Hij biedt wel een perspectief om 'het ontstaan' en – individuele en maatschappelijke – belang van deze manier van denken en handelen in een ruimer historisch maatschappelijk kader te begrijpen.

Ook in de Disability Studies wordt het 'strong social model' waarbij *“the distinction between impairments (functional limitations) and disability (social oppression) [...] the hallmark [is]”* meer en meer verlaten (Gabel & Connor, 2008, p. 381). Er komt meer en meer ruimte voor een eclectische benadering waar meerdere paradigma's naast elkaar kunnen bestaan en waarbij vooral de *“social interpretation”* door het individu centraal staat (Gabel & Peters, 2004). Daarnaast zijn er binnen de orthopedagogische theorievorming – los van de Disability Studies – ook stemmen die pleiten voor een integratieve benadering van theorieën en praktijken (Broekaert, 2009). Het gaat dan om een postmoderne benadering van *“holistic education”* waarin meerdere benaderingen samen kunnen gaan en waarbij het deel nooit los gezien kan worden van het geheel (Broekaert et al., 2011).

In het volgende bespreek ik dan – vanuit het werk van Foucault – een ruimere historisch maatschappelijke kadering van de psychiatrische benadering van gedrag. Dit aldus niet om afbreuk te doen aan deze psychiatrische praktijken en wetenschappelijke inzichten, maar om deze historisch maatschappelijk te begrijpen. Aangezien Foucault reeds de link legde met het kapitalistische systeem, vormt zijn benadering een uiterst sterk uitgangspunt om vervolgens over te gaan tot een bespreking van de hedendaagse neoliberale samenleving.

3.3. Psychiatrische stoornissen in een historisch maatschappelijke context: Foucault

Zonder het gedrag an sich en de waarde van de verschillende perspectieven en onderzoeken te ontkennen, kan een (psychiatrische) benadering van gedrag gekaderd worden in een historisch maatschappelijke context. Hiertoe biedt het werk van Foucault een uitgangspunt. Hij biedt een perspectief waarin een psychiatrische benadering van gedrag samengaat met de opkomst van een kapitalistisch systeem. In zijn werk spelen discours, kennis & macht en subjectivering een belangrijke rol. Foucault stelde aan het einde van zijn leven het volgende.

“Er bestaat geen instelling van de waarheid zonder een wezenlijke postulering van de andersheid. De waarheid is nooit dezelfde. Waarheid kan alleen in de vorm van de andere wereld en het andere leven bestaan.”

(Foucault, 2011/2009, p. 386)

Veyne (2010) verduidelijkt: *“Het feit dat wij dingen kennen is slechts een werkelijkheid van de wereld hier beneden en elke waarheid is aan kritiek onderhevig. Als de mens zich onophoudelijk vergist, komt dat omdat hij nooit toegang heeft tot de waarheid op zichzelf; wanneer hij die ontvangt, is zij verzand in discoursen die van het ene tijdperk op het andere nooit hetzelfde zijn”* (p. 98). Volgens Foucault geloven velen graag in het idee van een gestage progressieve geschiedenis van de behandeling van ‘waanzin’. Men zou meegaan in het verhaal dat we een graduele vooruitgang hebben gemaakt van de achterlijke interpretatie van ‘waanzin’ als een spiritueel of religieus fenomeen naar een moderne, medisch wetenschappelijke interpretatie die ‘waanzin’ correct ziet als psychopathologie (Bracken et al., 2007). Foucault betwist dat verhaal in zijn boek ‘geschiedenis van de waanzin’ (1961/1984). Volgens hem zijn de verschillende historische opvattingen over waanzin geen resultaat van ontdekkingen maar constructies. In onze moderne tijd bestaat die geconstrueerde opvatting over waanzin uit: ziekte, object van wetenschappelijk onderzoek en deel van de natuur veeleer dan de cultuur. Volgens Foucault is dit echter geen verhaal over vooruitgang en ontdekkingen, maar een verhaal van uitsluiting en controle (Bracken et al., 2007). Foucault hanteert in zijn ‘geschiedenis van de waanzin’ echter nog een conceptie van repressieve macht waarnaast hij later een productief machtsbegrip – macht van de norm – zal plaatsen (de Folter, 1987). Maar het valt volgens hem te betwisten of onze huidige interpretatie van de ‘waanzin’ als psychopathologie *vooruitgang* en vooral een *ontdekking* is. Volgens hem bestaat er op verschillende plaatsen op verschillende tijden een bepaald discours omtrent de realiteit volgens hetgeen *op dat moment op die plaats* ‘volgens de waarheid’ wordt gesproken.

In het volgende bespreek ik eerst het concept ‘discours’ in het werk van Foucault. Vervolgens sta ik stil bij de kennis-macht nexus die Foucault hierbij beschrijft. Ten derde bespreek ik dan hoe een bepaald discursief veld volgens Foucault subjecten tot stand brengt. Tot slot eindig ik met de samenhang die Foucault aantoonde tussen de hedendaagse menswetenschappelijke kennis en de opkomst van het kapitalisme. In het volgende deel ga ik dan mee in dit perspectief om de mogelijke samenhang tussen psychiatrie en de uitbreiding van dat kapitalisme (cfr. neoliberalisme) te beschrijven.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

3.3.1. Discours

Foucault zijn methode van de archeologie richt zich op het in kaart brengen van de relatie tussen het zichtbare - de fenomenen - en het gesprokene - de uitdrukkingen (Stevenson et al., 2006). In zijn archeologische periode wees Foucault de idee af dat geneeskunde, psychologie en filosofie steeds beter konden doorgronden wat de mens ten diepste is (Dorrestijn, 2009b). Een integraal deel van die archeologie vormt het discours. Dit zijn, in het perspectief van Foucault, de grote hoeveelheden aan uitdrukkingen die gereguleerd en systematisch georganiseerd zijn en die *iets* produceren via *discursieve praktijken* zoals onderzoeksbewijs, statistiek, media invloeden... (Stevenson et al., 2006). Discoursen liggen dan ook begrepen in wat Foucault *het apparaat – dispositief* - noemt. Het apparaat bestaat uit handelingen, instellingen, bevoegdheden, gewoonten, manieren van spreken, soorten van kennis, normen, wetten etc. (Veyne, 2010). Zo wordt bijvoorbeeld via het medisch discours over het wezenlijke van waanzin - in termen van abnormaal, gevaarlijk, riskant, onproductief etc. - de 'geestelijke zieke' geproduceerd (Stevenson et al., 2006). *Discours* is eigenlijk een wat ongelukkige term aangezien het juist is wat niet wordt gezegd en wat impliciet blijft. Het is het onzichtbare deel, de ongedachte gedachte (Veyne, 2010).

Volgens Foucault heeft het discours geen 'binnen' - in gedachten, ideeën en opinies - en geen 'buiten' - in de dingen waar de woorden naar verwijzen. Aldus is de waanzin geen idee dat bestaat in de geest van psychiaters of in de lichamen van individuen, maar verschijnt zij historisch en immaterieel als iets dat aan de oppervlakte ligt van een geheel van uitdrukkingen en technieken (Stevenson et al., 2006). Waanzin wordt dan zichtbaar door uitdrukkingen - het gesprokene - over het wezenlijke van waanzin - bijvoorbeeld als biologische disfunctie - en uitdrukkingen worden geproduceerd door het zichtbare van technieken - bijvoorbeeld medicatie. Het object kan immers niet worden gescheiden van de formele kaders - het discours - waardoor wij het leren kennen (Veyne, 2010). Hiermee is echter niet gezegd dat de waanzin irreëel zou zijn.

De waanzin is maar al te reëel en bestaat wel degelijk! Men hoeft immers maar een waanzinnige te zien om dit te weten en het zijn dus geen ideologische uitvindingen. Maar volgens Foucault is de waanzin niet wat het discours er over heeft gezegd, zegt en nog zal zeggen. Want wij bereiken het ding - de waanzin - op zich slechts via *het idee* dat wij ons er in iedere periode van vormen (Veyne, 2010). "*Wij bereiken het dus slechts als 'fenomeen', want wij kunnen het ding op zich niet scheiden van het 'discours' waarin het voor ons zit opgesloten: 'onder zand', zoals Foucault graag zei*" (Veyne, 2010, p. 18).

Veyne (2010) drukt het uit door te stellen dat mensen elke periode opgesloten zitten in discoursen zoals een bedrieglijk *doorschijnende vissenkomp*, zonder te weten wat de kom is en zelfs zonder te weten dat er een is. De discoursen - en zijn bedrieglijke algemeenheden - variëren, maar gaan in elke periode voor waar door. Wat waarheid is, is dan ook niet meer dan het zeggen van de waarheid, het spreken in overeenstemming met wat men in die periode als waarheid erkent "*en wat een eeuw later een glimlach opwekt*" (Veyne, 2010, p. 21).

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

3.3.2. Kennis en macht

Foucault zijn genealogie is een studie over de manier waarop de archeologie in alledaagse praktijken naar boven komt. Het is een methodologisch middel om na te gaan hoe een bepaalde praktijk ontstond of ontwikkelde (Stevenson et al., 2006). In zijn genealogische periode werkt Foucault zijn theorie over disciplinerende macht uit en beschrijft hij het subject als een *conditionering van de mens* door fysieke en bestuurlijke vormen van macht. Hij wisselt in zekere zin 'de taal' in voor 'de macht' (Dorrestijn, 2009b). Foucault gebruikt bij zijn machtsanalyses verschillende concepties van macht die niet altijd even scherp van elkaar gescheiden kunnen worden en elkaar deels overlappen. Hij maakt twee grote opdelingen van macht met enerzijds een repressieve machtsvorm – "macht van de wet" – en anderzijds een productieve machtsvorm – "macht van de norm". Bij deze laatste spreekt hij dan ook wel van "disciplinaire macht" of "biomacht" waarbij het onderscheid dus niet altijd even duidelijk is. Volgens de Folter (1987) kan "macht van de norm" in zekere zin als overkoepelende term gezien worden waaronder "biomacht" en "disciplinaire macht" gerangschikt kunnen worden. Op de samenhang – en het onderscheid – tussen deze twee laatste, kom ik verder terug.

Kennis bestaat in het gesprokene – discursieve - en het zichtbare - niet discursieve - en machtsrelaties dienen hierbij om de verbinding te maken tussen dit zichtbare en gesprokene - de twee polen van kennis - maar macht bestaat buiten die polen (Kendall et al., 1999; Stevenson et al., 2006). Macht is volgens Foucault echter geen entiteit waarover sommige groepen beschikken en die gebruikt wordt over andere groepen. Macht is daarentegen strategisch en anoniem en zal niet zozeer op een directe en onmiddellijke manier uitgeoefend worden over anderen, maar zal eerder ingrijpen op *de acties* (Stevenson et al., 2006). Macht mobiliseert, is lokaal (micropolitiek), onstabiel en flexibel (Kendall et al., 1999; Stevenson et al., 2006).

Macht produceert kennis en kennis wordt gebruikt om machtstechnieken te selecteren en ze in de praktijk te implementeren (Stevenson et al., 2006; Foucault 1975/2010). Zo wordt de (nieuwe) kennis over waanzin van de psychiatrie gebruikt in het beheersen van deviantie (Stevenson et al., 2006). Volgens Foucault gaat het dan om een sociale en institutionele fabricatie van *algemeen aanvaarde waarheden* (Veyne, 2010). Macht produceert '*waarheidsregimes*' en wekt nieuwe vormen van kennis over onszelf op die dan op hun beurt weer de relaties tussen individuen en de instituties structureren. Nieuwe kennis gaat dan samen met nieuwe vormen van *sociale disciplineren* (Bracken et al., 2007).

In een bepaalde periode zullen in de ogen van tijdsgenoten enkel diegenen die *spreken in overeenstemming met het discours van het moment* geacht worden *waarheid* te spreken en de discursieve praktijken zullen als vanzelfsprekendheden aanvaard worden. Het gaat hierbij dus *niet* om *de waarheid*, maar om het *zeggen van de waarheid* (Veyne, 2010).

Er heeft zich volgens Foucault een verschuiving voorgedaan van macht als geweld (gevangenis, kerker, kettingen...) naar macht als een relatie van *onderwerping* - een relatie van *disciplineren* (Bracken et al., 2007). Het *panopticon* symboliseert voor Foucault deze omslag van fysieke controle naar zelfcontrole via de angst omdat men niet weet wanneer men geobserveerd wordt (Foucault, 1975/2010).

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

“Het principe is bekend: een ringvormig gebouw; in het midden een toren met grote ramen, die uitkijken op de binnenzijde van de ring; het gebouw is verdeeld in cellen die de volle breedte van het gebouw beslaan; iedere cel beschikt over twee ramen, één dat naar binnen is gericht en correspondeert met een raam in de toren, en een buitenraam waardoor de cel tot in alle hoeken wordt verlicht. (...) Iedere kooi is een klein theater waarin de acteur alleen is, volmaakt geïndividualiseerd en permanent zichtbaar. Het panoptische systeem scheidt ruimtelijke eenheden die onophoudelijke waarneming en ogenblikkelijke herkenning mogelijk maken. (...) De gedetineerde wordt gezien, maar hij ziet niet; hij is object van informatie, maar nooit subject van communicatie. (...) De menigte, die compacte massa met haar ontelbare uitwisselingen, vervloeiende individualiteiten en effecten van collectiviteit, maakt plaats voor een verzameling gescheiden individualiteiten. (...) Daaruit ontstaat het belangrijkste effect van de panoptica: de gedetineerde wordt bewust gemaakt van zijn permanente zichtbaarheid, waardoor de macht automatisch kan functioneren. Het toezicht, al is het discontinu, dient continu effect te hebben. De macht dient zo volmaakt te zijn dat haar feitelijke uitoefening overbodig wordt...”

(Foucault, 1975/2010, p. 276-277)

Het concept van het panopticon bleef volgens Foucault niet beperkt tot de gevangenen, maar werd gebruikt doorheen de samenleving. Het leidde niet alleen tot onze *gedisciplineerde samenleving* maar het maakte ook nieuwe vormen van kennis mogelijk (Roberts, 2005). De controle en observatie van mensen in bijvoorbeeld scholen en ziekenhuizen, maakte onderzoek en experimenten op die mensen mogelijk. Zo kon geëxperimenteerd worden met nieuwe vormen van medicatie, onderwijsstrategieën, straffen, beloningen, therapieën... Aldus was het mogelijk gelijkenissen en verschillen tussen mensen vast te stellen en om normen, diagnoses en classificaties uit te zetten. Deze laatste konden worden gebruikt voor het categoriseren van mensen en het geven van een identiteit (Foucault 1975/2010; Roberts, 2005). Het onderwerpen van mensen aan deze ‘panoptische macht’ heeft volgens Foucault geleid tot de menswetenschappen zoals pedagogie, psychologie en psychiatrie en deze kennis wordt gebruikt om die machtspraktijken te verfijnen en verstevigen (Roberts, 2005). Kennis en macht zijn dan ook onlosmakelijk verbonden en versterken elkaar geregeld.

Wanneer problemen geherdefinieerd worden in medische termen - en dus eigenlijk geïndividualiseerd worden - kunnen we spreken van medicalisering als *cultureel fenomeen*. Hierbij gebruikt Foucault dan het concept ‘biomacht’. Hierbij staat *de norm* centraal en de nadruk ligt op het *productieve karakter* van de macht. Deze macht produceert iets - zoals bijvoorbeeld *subjecten* of *genormaliseerde individuen*. Bovendien wordt deze macht uitgeoefend door een heel aantal actoren in de samenleving en het vindt zijn grond in wetenschappelijke kennis over het individu en de bevolking (Verstraete, 2004). Biomacht is te beschouwen als *“een vorm van disciplinaire macht met als supplement een biopolitiek ten aanzien van de bevolking als geheel”* (de Folter, 1987, p. 109). Bij de biopolitiek zal verder stilgestaan worden.

Door de opkomst van de industrialisering, het kapitalisme, de bevolkingstoename etc. steeg de vraag naar welvaart en welzijn, een effectief en rendabel productieproces, vreedzaam samenleven in de grote stad etc. De juridische machtsmechanismen volstonden niet langer en de norm - het centrale beginsel van de biomacht - beantwoordde aan de eisen. Door de norm - die opgevat kan worden als een (ideële)richtlijn voor het gedrag en die als een natuurlijke entiteit wordt voorgesteld - kon een

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

onderscheid gemaakt worden tussen *normaal* en *abnormaal*. Macht kan dan op heel wat situaties en gebeurtenissen ingrijpen want *afwijken van de norm* is op zich al voldoende om het object te worden van machtstactieken. Normen krijgen hun kracht door hun wetenschappelijk karakter, want het is de wetenschap die ze als *waar* bestempelt. Normen zijn zeer dynamisch en volgens Foucault komen normen in onze samenleving meer en meer voor - *maatschappij van de norm* - en de geneeskunde speelt hierin een zeer belangrijke rol (Verstraete, 2004).

De geneeskunde houdt zich niet meer alleen bezig met de gezondheid, maar brengt ook normen en waarden aan en reguleert op effectieve wijze het gedrag van mensen. Dit medische weten grijpt dan ook in op wat *afwijkt van de norm* en vergroot haar domein door ook *waarheid te spreken over normaal en abnormaal*. Dit zou in functie van het welzijn van het individu - voor zijn bestwil - gebeuren, maar de geneeskunde vormt een belangrijk kanaal voor de macht en het vergroot de politieke inzet van artsen. Het spel van kennis en macht waar Foucault het over heeft wordt dan duidelijk zichtbaar, want de kennis van de geneeskunde wordt ingezet om het gedrag van het individu te *controleren* en te *bewaken* (Verstraete, 2004).

3.3.3. Subjecten en zelftechnieken

Foucault geeft twee met elkaar verbonden betekenissen aan de term 'subject'. Ten eerste worden mensen tot 'subject gemaakt' in die zin dat ze *tot subject van anderen* gemaakt worden door 'controle en afhankelijkheid'. Ten tweede worden mensen tot subject gemaakt in die zin dat hun *subjectieve identiteit* - wie of wat ze volgens zichzelf zijn - wordt gemaakt of wordt geproduceerd door gebonden te zijn aan een *specifieke identiteit* via hun 'bewustzijn of zelfkennis' (Foucault, 1982). Beide vormen twee aspecten van eenzelfde dynamisch proces waarbij macht een centraal kenmerk is (Roberts, 2005). Het apparaat dat bepaalde objecten - zoals de waanzin - tot stand brengt, maakt ook van ieders 'ik' een bepaald subject. Het subject is dan ook niet soeverein, want het is voortgebracht door het apparaat van zijn tijd en men kan dus niet om het even wanneer om het even welk subject worden (Veyne, 2010).

Het model van het panopticon en dus de disciplinaire macht is datgene dat het mogelijk maakt om mensen tot 'subject' te *maken*. Mensen worden subject van *controle*. En door hun eigen gedrag te regelen, stelt Foucault dat mensen zichzelf onderwerpen aan controle. De kennis - classificaties, normen en technieken - die voortkomt uit die macht en controle wordt gebruikt om mensen te binden aan een *specifieke identiteit* en verzekert daardoor dat mensen zichzelf onderwerpen aan een altijd toenemende mate van controle (Roberts, 2005).

Volgens Foucault is er overal macht - de maatschappij bestaat uit miljoenen kleine vormen van macht - en daarom is er overal *vrijheid* want we kunnen vaststellen dat sommigen tegenstribbelen, terwijl anderen zich laten begaan. Macht is een bilaterale betrekking die gekoppeld is aan gehoorzaamheid en we zijn in meer of mindere mate vrij om weerstand te bieden aan die gehoorzaamheid. Maar die vrijheid kan niet om het even wat willen in om het even welke tijd, want *"de vrijheid kan het apparaat van het huidige moment te buiten gaan, maar wat zij te buiten gaat is nu juist dit geestelijke en sociale apparaat"* (Veyne, 2010, p. 127). Foucault ontkent dus niet de mogelijkheid om het discours te veranderen. Hij ontnemt enkel aan het subject het exclusieve en onmiddellijke alleenrecht daarop. Want het subject is namelijk tot stand gebracht - gesubjectiveerd - door het apparaat en de discoursen van het moment en door de reacties van zijn individuele vrijheid (Veyne, 2010).

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

In het licht van de (bio)macht zijn veel actoren betrokken bij de medicalisering zoals bijvoorbeeld ouders en artsen. Maar ook de individuen zelf en volgens Foucault zijn dit juist de belangrijkste actoren. Want het individu medicaliseert zichzelf omdat het zich wil behoeden voor *'ongezonde handelingen'* in functie van de *verhoging van de eigen levenskwaliteit* (Verstraete, 2004).

Foucault radicaliseert in zijn late werk het idee van *de geconditioneerdheid van het menselijk bestaan* door iedere vorm van 'mens-zijn' te beschouwen als het resultaat van disciplineren en hij onderzoekt vanuit het perspectief van het individu hoe dit omgaat met de regels en omstandigheden waarmee het geconfronteerd wordt (Dorrestijn, 2009b). Het gaat dan om de 'zelftechnieken' – *"technologies of the self"* – waarmee mensen hun bestaan vormen en omvormen.

De neoliberale rationaliteit – die in het volgende deel uitvoerig besproken zal worden - streeft hierbij naar het samengaan van een *verantwoordelijk* en *moreel* individu en een *economisch rationele actor* en het verlangt aldus *'voorzichtige' subjecten* wiens morele kwaliteit gebaseerd is op een rationele benadering van de kosten en baten van bepaalde handelingen. Aangezien de keuze voor bepaalde handelingen – volgens de neoliberale rationaliteit – de uitdrukking is van de vrije wil, moeten ook de gevolgen van de handeling gedragen worden door het subject die er *alleen* voor verantwoordelijk is (Lemke, 2001). Het gaat om 'verantwoordelijke' en 'rationele' individuen die hun leven een specifieke *'ondernemende vorm'* moeten geven, maar dus ook verantwoordelijk zijn voor het mogelijke falen van hun handelen. Het neoliberalisme is een politieke rationaliteit waarin *het sociale domein economisch wordt* met een verhoogd appèl op 'persoonlijke verantwoordelijkheid'.

In deze rationaliteit moeten mensen hun bestaan dan vormen, maar ze kunnen hun bestaan ook *omvormen*. Er komt in het late denken van Foucault meer ruimte voor verzet aangezien hij niet langer stelt dat subjecten enkel slachtoffer van de macht zijn, maar dat ze - zodra ze aan bestuur worden onderworpen – ook een kritische houding (kunnen) ontwikkelen (Dorrestijn, 2009b).

Tot slot kan over subjectivering kort nog het volgende gezegd worden.

"Foucault's later work on the 'genealogy of the modern subject' ... [does] not ... mean that he gave up or replaced his analysis of power, but instead that he took this analysis further and corrected the earlier studies in which he had investigated subjectivity primarily with a view to 'docile bodies'..."

(Lemke, 2001, p. 203).

Subjecten worden aldus niet alleen gesubjectiveerd, maar ze subjectiveren ook zichzelf en zelftechnieken spelen hierin een grote rol.

3.3.4. Kapitalisme en disciplineren

Volgens Foucault gaat de opkomst van de menswetenschappen - en daarmee ook psychiatrie – vanaf de 17^e à 18^e eeuw samen met de opkomst van een kapitalistisch systeem. De psychiatrisering en de medicalisering van het gedrag zijn dan op te vatten als een instrument – een onderdeel – van de biomacht. Er kan volgens Foucault dan ook gesproken worden van 'nosopolitiek'. Dit is de relatie tussen de *ziekte* en het besturen van de mensen. Het is dus de relatie tussen de *gezondheid* en het besturen van een bevolking. Het gaat dan om een proces waarbij meer en meer aandacht wordt besteed aan de rol van de gezondheid *in functie van de verhoging van het kapitaal* (Verstraete, 2004). Over de biomacht en de disciplinaire macht merkt Foucault immers op dat deze "macht van de norm" – met het oog op de regulering van de *"accumulatie van mensen in relatie tot de*

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

accumulatie van kapitaal” - onontbeerlijk is geweest voor de ontwikkeling van het kapitalisme (de Folter, 1987, p. 109). Achterhuis (2011/2010) beschrijft hierover helder hoe Benthams idee van het panopticon volgens Foucault allesbehalve uit de lucht kwam vallen, maar samenging met een type machtsuitoefening dat zich – in de 17^e à 18^e eeuw – met de opkomst van de marktsamenleving ontwikkelde. De machtsuitoefening in functie van de vrije markt gebeurde door ‘de disciplines’ – zoals de geneeskunde met zijn *psychiatrische kennis* – en “*met behulp van de disciplines werd zo een nieuw menstype gecreëerd dat paste binnen een kapitalistische marktmaatschappij*” (Achterhuis, 2011/2010, p. 191). In die zin hoeft het dan ook niet te verbazen dat het gebruik van de psychiatrische diagnoses uit zijn voegen barst – er wordt dan bijvoorbeeld gesproken over ‘psychiatrisering van de samenleving’ (Vanheule, 2012) - op het moment dat het kapitalistisch economisch systeem – waarmee die diagnoses hand in hand gaan – door de neoliberale rationaliteit ook uit zijn voegen barst.

3.4. Neoliberale rationaliteit als vorm van gouvernementaliteit in de hedendaagse Westerse samenleving

In zijn latere werk nuanceert Foucault zijn denken en gaat het niet meer over de 'macht' als een soort 'algemeen kwaad', maar om 'gouvernementaliteit' – 'de kunst van het besturen' – of het probleem van besturen en bestuurd worden (Dorrestijn, 2009a). Het gaat hierbij om de toename van methoden voor bestuur in de moderne samenleving (Dorrestijn, 2009b) of de beredeneerde wijze waarop men het beste kan regeren – rationaliteiten van regeren (Dix, 2009). Gouvernementaliteit demonstreert Foucaults wederzijdse constructie – "constitution" - van machtstechnieken en vormen van kennis zoals de semantische link tussen '*gouverner*' – besturen – en '*mentalité*' – denkwijzen – duidelijk aantoonbaar (Lemke, 2001). Het gaat dan enerzijds om een specifieke vorm van *representatie* waarbij het bestuur een discursief veld definieert waarin het uitoefenen van macht gerationaliseerd wordt want "*in this manner, government enables a problem to be addressed and offers certain strategies for solving/handling the problem*" (Lemke, 2001, p. 191). Anderzijds gaat het om een specifieke vorm van *interventie* want "*political rationality (...) itself constitutes the intellectual processing of the reality which political technologies can then tackle*" (Lemke, 2001, p. 191).

Foucault definieert gouvernementaliteit als een term die gaat van het 'besturen van het zelf' tot 'het besturen van anderen' en hij toont hoe de moderne soevereine staat en het moderne autonome subject samen elkaars opkomst bepaald hebben (Lemke, 2001). Sinds de 18^e eeuw leven we in een 'biopolitiek' tijdperk waarin politieke autoriteiten, samen met vele anderen – zoals de geneeskunde – de taak op zich hebben genomen om het "leven zelf" te *managen* in naam van het welzijn van de bevolkingen en van ieder levend subject. Biopolitiek heeft zo mee geboorte gegeven aan technieken, technologieën, experts en apparaten waarmee de zorg en de administratie van ieders leven geregeld kan worden (Rose, 2001). Volgens Rose (2001) wordt biopolitiek vandaag onder andere vorm gegeven door "*ethopolitiek*". Hiermee bedoelt hij manieren waarop de 'ethos' van het menselijk bestaan "*have come to provide the "medium" within which the self-government of the autonomous individual can be connected up with the imperatives of good government*" (p. 18). Het houdt zich bezig met de zelftechnieken waarmee individuen zichzelf beoordelen en handelen ten aanzien van zichzelf "*to make themselves better than they are*" (p.18). Ethopolitiek als vorm van biopolitiek sluit nauw aan bij de biopolitiek die Foucault bespreekt wanneer hij het heeft over de neoliberale rationaliteit van besturen.

In zijn colleges over "*the birth of biopolitics*" bespreekt Foucault (2010/2004) via zijn gouvernementaliteit de biopolitiek – dus de politiek die op het leven van de bevolking als geheel is gericht – en in deze colleges legt hij zijn focus op de ontwikkeling van de economische wetenschap als vorm van politieke reflectie (Dix, 2009). Hij bespreekt het klassieke liberalisme, het naoorlogse Duitse liberalisme – *ordoliberalisme* – en het liberalisme van de Chicago School – het *Amerikaanse neoliberalisme* (Lemke, 2001; Dix, 2009). Binnen deze laatste – de belangrijkste voor deze masterproef – is het individuele subject een '*ondernemer*' die geld, tijd en affectie in zichzelf moet investeren met het oog op toekomstige winst en op die manier zouden alle menselijke gedragingen moeten begrepen worden in termen van de relatie tussen doeleinden en schaarse middelen die op elkaar wederzijds uitsluitende manieren kunnen worden ingezet (Dix, 2009). In deze neoliberale vorm van bestuur worden – naast directe staatsinterventies – indirecte technieken ingezet om individuen te leiden en te controleren zonder tegelijkertijd voor hen verantwoordelijk te zijn. Door individuele subjecten 'verantwoordelijk' te stellen verschuift de verantwoordelijkheid voor sociale

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

risico's - zoals ziekte, armoede, werkloosheid... - en het gemeenschapsleven immers naar het domein waarvoor het individu zelf verantwoordelijk is en het worden dus problemen van 'zorg voor zichzelf' (Lemke, 2001). Deze strategie wordt op allerlei domeinen toegepast en leidt ertoe dat domeinen van sociale verantwoordelijkheid een zaak van persoonlijke provisie worden.

"By means of the notion of governmentality the neo-liberal agenda for the 'withdrawal of the state' can be deciphered as a technique for government" (Lemke, 2001, p. 201)

3.4.1. Het neoliberale - competentiegerichte - onderwijs

"Het vroegere debat greep plaats binnen een maatschappij waar het politieke, het religieuze, het culturele en het economische min of meer naast elkaar stonden. Vandaag zijn die typisch menselijke dimensies allemaal onderworpen aan één dwingende praktijk: de neoliberale markteconomie, die vervolgens meteen ook het antwoord biedt op de vraag wie de ideale mens is. Dit is simpelweg die man of vrouw die voor de hoogste productie zorgt" (Verhaeghe, 2012b, p. 18).

In het neoliberale zijn publieke instituties zoals de school – die voorheen essentieel waren voor het collectief welzijn – omgevormd tot een deel van 'de markt' en aldus is het onderwijs een product *"to be traded in the marketplace"* (Peters, 1999, geciteerd in Davies et al., 2007, p. 254). Het neoliberale beoogt enkel de belangen van het bedrijfsleven – met *"de staat als verzekeringsmaatschappij"* - en alles wat het privépersonen betreft – zoals de school – is een zaak voor de privépersonen zelf en - in deze neoliberale rationaliteit - dus niet voor de overheid (Verhaeghe, 2012b, p.12). Onderwijs is dan een centraal middel waarmee de "kwaliteit van kapitaal en arbeid" verbeterd kan worden door het verhogen van het "menselijk kapitaal" (Davies et al., 2007).

We verschuiven bovendien steeds meer van een economie gericht op handelsproducten - nuttige voorwerpen - naar een kenniseconomie - een globale informatiemaatschappij. Gevolgen hiervan zijn dat jongeren langer school moeten lopen, vereisten voor hoge diploma's en druk op scholen om jongeren - die vroeger in de ambachten of de ongeschoolde arbeidsmarkt terecht konden - in school te houden. Een afgeleid effect hiervan is de toename van het "zittend werk" en het bevoorrechten van karakteristieken en gedragingen die conformeren met deze manier van leren (Graham, 2008). In het schoolse discours liggen de prioriteiten dan ook op het conformeren aan gedragscodes en op *academische prestaties*. Gebruik makend van het werk van MacLeod, Willis en Prilleltensky stellen Danforth en Navarro (2001) dat deze prioriteiten berusten op een onderliggende logica van meritocratie. Letterlijk betekent dit de macht – kratos – van de verdienste – meritos – en (Verhaeghe, 2012b) het is dus het geloof dat leerlingen die hard werken en over de juiste capaciteiten beschikken de beloningen zullen krijgen die ze verdienen, zowel op school als op de bredere arbeidsmarkt. Deze logica is gebaseerd op de assumptie dat het goede leven bestaat uit een gemeenschap waarin individuen concurreren voor schaarse goederen en schools succes is hier op allerlei manieren aan verbonden (Danforth et al., 2001). Volgens Verhaeghe (2012b) zijn de – eerder Europese – *onderwijsmeritocratie* en de – eerder Amerikaanse – *economische meritocratie* versmolten tot wat we een *"neoliberale meritocratie"* zouden kunnen noemen waarbij het idee van gelijke sterkansen eerder een illusie is (p. 14-15).

De logica van deze neoliberale meritocratie dringt ontzettend diep door in de scholing - en het leven - van jongeren waarbij ze zichzelf moeten opvatten *als een bedrijf* en waarbij kennis en vaardigheden een economisch belang hebben om hun "marktwarde" te verhogen (Verhaeghe,

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

2012a). Leren is hierbij een *langetermijninvestering* in kennis – als *menselijk kapitaal* – en competenties vormen een *kapitaal* dat beheerd en ontwikkeld kan worden in het *competentiegericht* onderwijs. Over dit competentiegericht onderwijs schrijven Masschelein en Simons (2007) dat *“het belang van competenties en competentiegerichtheid samenhangt met de kapitalisering, responsabilisering en ‘managementalisering’ (van het leven en) het leren”* (p. 417). Zij bespreken ook het *ondernemende individu* zelf in dit onderwijssysteem. Dit hoofdstuk sluit ik graag af met de cynische connotaties van Paul Verhaeghe bij de definiëring van het competentiegericht onderwijs:

“In een aangepaste leeromgeving (vroeger bekend als school) moeten de leerprocesbegeleiders (vroeger bekend als onderwijzers of leerkrachten) in hun functie van coach het leerproces faciliteren, zodat de lerenden hun competenties kunnen kapitaliseren” (Verhaeghe, 2012b, p. 31, ongecursiveerde woorden origineel gecursiveerd).

3.4.2. Subjecten in een neoliberale context: van disciplineren naar prestatie?

Vandaag de dag staat de rationaliteit van besturen uit een variëteit aan strategieën die proberen de individuen en groepen die een hoog risico lopen op “disfunctioneren” te identificeren, behandelen, managen en besturen. De binaire opdelingen tussen normaal en pathologisch – die centraal stonden in vroegere biopolitieke analyses – zijn nu georganiseerd binnen *“these strategies for the government of risk”* (Rose, 2001, p. 7). Risico wijst hier op *“a family of ways of thinking and acting, involving calculations about probable futures in the present followed by interventions into the present in order to control that potential future”* (Rose, 2001, p. 7). Men moet hierbij voortdurend werken aan zichzelf – via de wil, de levensstijl en medicatie – om de innerlijke – immanente – eigen mogelijkheden te *managen* om een ideale *levensvorm* – die van het autonome zelf – te verkrijgen (Rose, 2010). Risicomanagement neemt aldus de overhand op de binaire opdeling tussen normaal en abnormaal. Het komt er veeleer op aan om jezelf te “verbeteren” als autonoom individu en zo te voldoen aan een *prestatienorm* en “succesvol” te leven. Het zou dan veeleer gaan om *verbetering van het zelf* dan om *behandeling van het abnormale*. Risicoanalyses houden in dat men afhankelijk is van diegenen met de “juiste” kennis over dit gedrag en de behandeling ervan en *“if a domain of knowledge proves persuasive in its account of risk management then that domain stands to gain alliance and influence, and what in that case can be seen is the interrelation of knowledge and power”* (Bailey, 2010, p. 582). Wanneer het gedrag aldus een risico voor een “goede – succesvolle – toekomst” inhoudt dan kan de psychiatrische diagnose en de behandeling “een goede keuze” in het *“zelfmanagement”* van het kind vormen en *“risk [does play] a central and divisive part in impairment, in terms of what we are told is in store for the child with ADHD in the future”* (p. 586). Masschelein en Simons (2003) spreken hierbij over “ondernemende subjecten” waarbij dit *ondernemende zelf* geobserveerd is door kapitaal, investeringen, kiezen, kwaliteit en leren aangezien ze zelf verantwoordelijk zijn voor de productie van hun eigen welzijn en actualisering. Dit ondernemende – zelfmanagende – subject kent zijn bestaan in het voortgezette liberalisme dat sinds de tweede helft van de 20^e eeuw zijn opgang maakte – het neoliberalisme.

Volgens Han (2012/2010) is onze maatschappij niet zozeer meer een commandosamenleving – de disciplinerende samenleving – maar een prestatiesamenleving waarin mensen geen ‘ondergeschikten’ – gehoorzaamheidssubjecten – zijn, maar ‘high-potentials’ – prestatiesubjecten (Byung-Chul Han, 2012/2010). Zo wordt *“om de productie nog te verhogen [...] het paradigma van*

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

het commando vervangen door het positieve schema van de prestatie, van het kunnen, want op dat productiviteitsniveau werkt de negativiteit van het verbod alleen nog maar blokkerend en is een verdere verhoging onmogelijk” (p. 18). Het moeten – het gedisciplineerd worden – verandert in het kunnen want een prestatiesubject is sneller en productiever dan een gehoorzaamheidssubject. Maar “het prestatiesubject blijft gedisciplineerd, want het heeft het commandostadium achter zich. Het verhoogt het productieniveau dat bereikt is door de disciplineringsstechniek, door de imperatief van het moeten. Op het terrein van de productiviteitsverhoging is er tussen het moeten en het kunnen geen sprake van een breuk, maar van continuïteit” (Han, 2012/2010, p. 19). P

In lijn met deze besproken maatschappelijke verandering biedt Comstock (2011) een perspectief om jongeren met ADHD hierin te plaatsen. Volgens hem wordt “ADHD” niet langer opgevat vanuit de mogelijkheid om een universele morele waarheid - over hoe men zich moet gedragen - te representeren, maar vanuit een mogelijkheid om zichzelf te creëren en reguleren als een “*self-interested individual*” (Comstock, 2011, p. 67). Hij voegt daaraan toe dat het doel er immers niet meer uit bestaat om deviante individuen te identificeren of deviant gedrag te controleren, maar om nieuwe mogelijkheden voor gedrag en identiteit te *produceren* door de ethische relatie die de mens heeft met zichzelf te veranderen. Het is dan ook in het licht van deze *processen van subjectivering* dat volgens hem de medicalisering bekeken moet worden als men wil begrijpen waarom deze praktijken zo wijdverspreid aanvaard – en zelfs verlangd – worden door individuen. Hij spreekt dan ook van “*the shift in intelligibility of behavior across these discourses from moral and juridical terms (deviancy) to individualistic terms (economical/functional normality)*” (Comstock, 2011, p. 46). Het gaat dan niet meer om een moreel ingrijpen op het *deviante* gedrag van de jongeren maar om een “*individueel willen*” van het ingrijpen door de jongeren zelf in functie van *economisch functionele normaliteit*.

Presteren is het nieuwe gebod en er is nog dwang, maar alleen is de mens zelf dader en slachtoffer van die dwang. Er is geen externe autoriteit die het tot arbeid of zelfs uitbuiting dwingt – het is niemands ondergeschikte buiten zijn eigen ondergeschikte. Vrijheid en dwang, dader en slachtoffer, uitbouter en uitgebuitene vallen samen en deze vorm van uitbuiting is efficiënter dan uitbuiting door een ander omdat ze gepaard gaat met een *gevoel* van vrijheid (Han, 2012/2010). Volgens hem hebben we – met de opkomst van de prestatiesamenleving – de disciplinerende samenleving van Foucault grotendeels achter ons gelaten.

4. Probleemstelling: ADHD in een neoliberale context

In deze masterproef zal de psychiatrische diagnose ADHD gebruikt worden om de impact van deze verandering van een disciplinerende samenleving naar een – neoliberale – prestatiesamenleving na te gaan. ADHD wordt aldus gebruikt als voorbeeld om de impact van het neoliberalisme op het leven van individuen op te sporen. Hierboven werd reeds vanuit zowel een alledaagse als een wetenschappelijke context de sterke aanwezigheid van ADHD aangetoond. In deze masterproef wordt dan ook geopteerd om de psychiatrische diagnose ADHD te gaan situeren tegen de achtergrond van deze verandering van een disciplinerende samenleving naar een – neoliberale – prestatiesamenleving. Bovendien plaats het adagium van ‘menselijk kapitaal’ binnen de neoliberale samenleving de jeugd sterk in het vizier, daar zij het toekomstig kapitaal zijn waarin moet worden geïnvesteerd. ADHD is dus – door zijn sterke vertegenwoordiging de laatste jaren en de focus op de jeugd – een uitgelezen voorbeeld om de impact van het neoliberalisme op het leven van individuen te traceren en in kaart te brengen. Uiteraard biedt ADHD slechts één ingang en zouden andere diagnoses of problematiseringen evenzeer gelijkaardige dynamieken kunnen blootleggen.

Meegaand in het voorgaande – vertrekkende vanuit Foucaults benadering over de samenhang tussen psychiatrie en kapitalisme naar de neoliberale prestatiesamenleving – kan volgende *hypothese* geformuleerd worden².

Er zou zich een maatschappelijke verschuiving voorgedaan hebben van het kapitalisme als veld naast andere velden naar een neoliberale samenleving waarbij de kapitalistische economische rationaliteit het leven domineert. Dit zou een weerslag hebben op het gebruik van psychiatrische diagnoses en behandeling – die Foucault al relateerde aan het kapitalisme (cfr. Verhaeghe, Vanheule...). Dit zou dan samengaan met een radicalisering en concretisering van de (zelf)disciplinerende van individuen door de opkomst van een prestatienorm die subjecten zich eigen maken. De morele gedragsmatige disciplinerende – volgens Foucault ook te relateren aan de kapitalistische markteconomie – zou dan radicalere en concretere vormen aannemen doordat ook een neoliberale prestatienorm in de samenleving geïnstalleerd wordt. De economisch functionele normaliteit neemt dan een meer en meer dominante positie in de samenleving in. Het maatschappelijk belang bij de inzet van psychiatrische diagnoses en behandeling ligt dan niet meer louter in het normaliseren van deviant gedrag, maar ook in het verbeteren van prestaties. Doordat vele – als niet alle – subjecten – dus vermoedelijk ook jongeren met ADHD – zich deze prestatienorm eigen hebben gemaakt kan verwacht worden dat zij ook zichzelf sterker gaan disciplineren om hieraan te kunnen voldoen en aldus ook hiertoe psychiatrische diagnoses aanvaarden en verlangen. Bovendien zijn subjecten die moeilijk ondernemend, presterend en succesvol kunnen zijn in een neoliberale samenleving op zich ook normafwijkend – deviante subjecten en risicosubjecten. Ook hierdoor zou de disciplinerende van de jongeren kunnen toenemen doordat zij ook ‘genormaliseerd’ worden naar een prestatienorm. In het geval van jongeren met ADHD gaat het dan niet enkel om jongeren die afwijken van een moreel sociaal afwijkend gedragspatroon – (gedragsmatig) genormaliseerde en controleerbare individuen – maar ook om jongeren die moeilijker kunnen voldoen aan een prestatienorm – moreel verantwoordelijke en economisch rationele individuen. De normalisering van deviant – van een bepaald sociaal verwacht gedragspatroon afwijkend – gedrag werd door Foucault al gelinkt aan de kapitalistische samenlevingsvorm. Daarmee kan de (zelf)disciplinerende naar een prestatienorm – van

² Zie ook het schema op pagina 26

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

de neoliberale samenleving – eerder in het verlengde van deze gedragsmatige normalisering opgevat worden. In deze masterproef zal ik niet zo ver gaan om alle afwijkingen van een sociaal verwacht gedragspatroon te proberen linken aan een kapitalistische samenleving. Ik zal veeleer pogen op zoek te gaan naar een neoliberale prestatienorm. Aangezien hedendaagse Westerse subjecten – en dus vermoedelijk ook jongeren met ADHD – zich deze prestatienorm in grote mate eigen hebben gemaakt, kan verondersteld worden dat de (zelf)disciplinerende en subjectivering van individuen dan extremere vormen aanneemt. Hier zou dan het belang van psychiatrische diagnoses en behandeling aan waarde kunnen toenemen. Door de toenemende druk op individuen om ondernemend en succesvol te zijn, een intern verlangen om aan die prestatienorm te voldoen en door zelf verantwoordelijk te zijn voor de risico's van bepaald gedrag, zou mogelijks (deels) verklaard kunnen worden waarom psychiatrische diagnoses – ADHD in deze masterproef – en behandeling meer gevraagd, aanvaard en verlangd worden. Foucault stelde immers dat mensen tot subject van anderen gemaakt worden en dat ze ook zichzelf subjectiveren door gebonden te zijn aan een specifieke identiteit via hun bewustzijn of zelfkennis. Door het toenemende belang van prestatie, succes, ondernemende zelf... kan vermoed worden dat subjecten hiertoe gesubjectieerd worden, zichzelf subjectiveren en allerlei zelftechnieken hanteren. De vraag in deze masterproef is dan of deze neoliberale prestatienorm bij jongeren met ADHD terug te vinden valt, of ze hiertoe gedisciplineerd en gesubjectieerd worden en of deze neoliberale maatschappelijke invloed opgevat kan worden als een probleemconstruerende factor voor het gedrag.

Hiertoe wordt ook het werk van Foucault als uitgangspunt gehanteerd om tot onderzoeksvragen te komen. Zijn concepten van macht en subject worden gebruikt als ankerpunten om deze hypothese – tegen de achtergrond van een liberaal discours - te toetsen aan de hand van volgende onderzoeksvragen.

Probleem van het gedrag?	Onderzoeksvraag 1: <i>Welke gedragingen van jongeren met ADHD worden op welke manier een probleem?</i>
Macht	Onderzoeksvraag 2: <i>Welke machtstrategieën spelen in de samenleving waardoor het gedrag van jongeren met ADHD een probleem is?</i>
Onderzoeksvraag 3: <i>Waarom wordt de diagnose ADHD en de behandeling ingezet?</i>	
Subjectivering	Onderzoeksvraag 4: <i>Hoe worden jongeren met ADHD gesubjectieerd, subjectiveren ze zichzelf en welke zelftechnieken hanteren ze?</i>
→ <i>Is een neoliberale prestatienorm te herkennen als probleemconstruerende factor voor het gedrag van jongeren met ADHD?</i>	

Vanuit de resultaten zal dan worden bekeken of al dan niet sprake is van “neoliberale subjecten” waarbij de diagnose ADHD en de behandeling worden ingezet – met andere woorden of de neoliberale prestatienorm meespeelt in de verhalen over ADHD van jongeren en ouders. In de discussie zal dan ook besproken worden of er in het verhaal al dan niet ‘problematische gevolgen’ van het gedrag voorkomen die niet direct te kaderen zijn in de hypothese – te verklaren zijn door ‘prestatiesubjecten’ – en die misschien te verklaren zijn binnen de opvatting van een disciplinerende

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

samenleving. De bedoeling is dan om in het verhaal na te gaan of een prestatienorm meespeelt in de redenen waarom de psychiatrische diagnose ADHD en behandeling gegeven, gevraagd en aanvaard wordt.

Nogmaals wil ik stellen dat het gedrag van deze kinderen en jongeren maar al te reëel is. De redenering van Foucault over waanzin in het algemeen gebruikend: je hoeft immers maar zo'n kind te zien om te weten dat het gedrag reëel is. Bovendien wil ik hierbij geen afbreuk doen aan de wetenschappelijke medische, psychologische en sociale kennis hierover. Toch is vast te stellen dat 'het probleem' veelal aan het kind – in termen van een neurologische aandoening – en/of aan zijn/haar directe omgeving toegeschreven wordt en dat de ruimere maatschappelijke en sociaal economische context weinig in rekening gebracht wordt (Verhaeghe in Krols, 2008; Verhaeghe, 2009/2010). Daarom wil ik in deze masterproef op zoek gaan naar de invloed van de ruimere historisch maatschappelijke context waarin het gedrag tot *probleemgedrag* verwordt want *"ik kan slechts vaststellen dat het antwoord dat we nu proberen te geven – 'gedragsstoornissen zijn een te behandelen ziekte' – het probleem veeleer in stand houdt. We moeten ons richten op de ruimere context waarin we zelf een en ander kunnen aanpakken"* (Verhaeghe in Krols, 2008, p. 36). Daarom wil ik in deze masterproef deze ruimere maatschappelijke invloeden op het gebruik van de diagnose en behandeling benaderen en onderzoeken. Zoals ik al stelde is dit *niet* om de psychiatrische benadering tegen te gaan of af te breken, maar om juist complementair hiermee te zoeken naar ruimere maatschappelijke omstandigheden waarin *ook* iets aangepakt kan worden om het leven voor deze kinderen draaglijker te maken. Disability Studies heeft zich immers ontwikkeld *"as an interdisciplinary field of study in which historical, economic, social, political and discursive elements of disabling society are questioned and challenged"* (Devlieger et al., 2003; Albrecht, 2005). In het deel over de paradigma's beschreef ik al dat dit andere benaderingen niet hoeft uit te sluiten.

Een meerwaarde van deze masterproef situeert zich in het feit dat – desondanks reeds eerder gebruik gemaakt werd van het werk van Foucault om ADHD te benaderen (Graham, 2005; Comstock, 2011; Rafalovich, 2001) – in vorig onderzoek nooit expliciet op zoek gegaan is naar de manier waarop machtsstrategieën en subjectivering in de woorden van de subjecten – jongeren met ADHD – vorm krijgen. Bovendien werd eerder niet expliciet in het verhaal van jongeren en ouders op zoek gegaan naar neoliberale invloeden.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

Hypothese											
Historisch maatschappelijke context	Kapitalisme als veld										
Foucault	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">~ psychiatrische, pedagogische, medische, psychologische kennis... ~ psychiatrische benadering van waanzin</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Toename gebruik en aanvaarding psychiatrische benadering van waanzin</td> </tr> </table>	~ psychiatrische, pedagogische, medische, psychologische kennis... ~ psychiatrische benadering van waanzin	Toename gebruik en aanvaarding psychiatrische benadering van waanzin								
~ psychiatrische, pedagogische, medische, psychologische kennis... ~ psychiatrische benadering van waanzin	Toename gebruik en aanvaarding psychiatrische benadering van waanzin										
Maatschappijvorm	Disciplinerende samenleving										
Norm	Morele disciplinerende normaliteit										
Maatschappelijke inzet van psychiatrische diagnose en behandeling	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Normalisering van deviantie</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Verbetering van prestaties</td> </tr> </table>	Normalisering van deviantie	Verbetering van prestaties								
Normalisering van deviantie	Verbetering van prestaties										
Subject	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Gedisciplineerde subjecten → Genormaliseerde en controleerbare individuen</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Prestatiesubjecten/ondernemende zelf → Moreel verantwoordelijke en economisch rationele individuen</td> </tr> </table>	Gedisciplineerde subjecten → Genormaliseerde en controleerbare individuen	Prestatiesubjecten/ondernemende zelf → Moreel verantwoordelijke en economisch rationele individuen								
Gedisciplineerde subjecten → Genormaliseerde en controleerbare individuen	Prestatiesubjecten/ondernemende zelf → Moreel verantwoordelijke en economisch rationele individuen										
Psychiatrische stoornis ADHD gebruiken om deze hypothese te toetsen											
Onderzoeksvragen: prestatiesubjecten in de neoliberale samenleving?											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">Probleem van het gedrag?</td> <td>Onderzoeksvraag 1: <i>Welke gedragingen van jongeren met ADHD worden op welke manier een probleem?</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Macht</td> <td>Onderzoeksvraag 2: <i>Welke machtstrategieën spelen in de samenleving waardoor het gedrag van jongeren met ADHD een probleem is?</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Onderzoeksvraag 3: <i>Waarom wordt de diagnose ADHD en de behandeling ingezet?</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Subjectivering</td> <td>Onderzoeksvraag 4: <i>Waarom worden jongeren met ADHD gesubjectieerd, subjectiveren ze zichzelf en welke zelftechnieken hanteren ze?</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">→ <i>Is een neoliberale prestatienorm te herkennen als probleemconstruerende factor voor het gedrag van jongeren met ADHD?</i></td> </tr> </table>	Probleem van het gedrag?	Onderzoeksvraag 1: <i>Welke gedragingen van jongeren met ADHD worden op welke manier een probleem?</i>	Macht	Onderzoeksvraag 2: <i>Welke machtstrategieën spelen in de samenleving waardoor het gedrag van jongeren met ADHD een probleem is?</i>	Onderzoeksvraag 3: <i>Waarom wordt de diagnose ADHD en de behandeling ingezet?</i>		Subjectivering	Onderzoeksvraag 4: <i>Waarom worden jongeren met ADHD gesubjectieerd, subjectiveren ze zichzelf en welke zelftechnieken hanteren ze?</i>	→ <i>Is een neoliberale prestatienorm te herkennen als probleemconstruerende factor voor het gedrag van jongeren met ADHD?</i>	
Probleem van het gedrag?	Onderzoeksvraag 1: <i>Welke gedragingen van jongeren met ADHD worden op welke manier een probleem?</i>										
Macht	Onderzoeksvraag 2: <i>Welke machtstrategieën spelen in de samenleving waardoor het gedrag van jongeren met ADHD een probleem is?</i>										
Onderzoeksvraag 3: <i>Waarom wordt de diagnose ADHD en de behandeling ingezet?</i>											
Subjectivering	Onderzoeksvraag 4: <i>Waarom worden jongeren met ADHD gesubjectieerd, subjectiveren ze zichzelf en welke zelftechnieken hanteren ze?</i>										
→ <i>Is een neoliberale prestatienorm te herkennen als probleemconstruerende factor voor het gedrag van jongeren met ADHD?</i>											

5. Methodologie

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden werd een interpretatieve narratieve onderzoeksmethode gehanteerd. Er werd ruimte gecreëerd voor het verhaal van jongeren met een diagnose “ADHD” en het verhaal van hun ouders. Centraal stonden hun ervaringen met het gedrag, de diagnose, sociale (re)acties en hun probleemtoeschrijving. Er participeerden zes jongeren en acht ouders (van de desbetreffende jongeren) aan het onderzoek. Gezien het zeer beperkte aantal participanten zijn de resultaten dan ook veeleer illustratief dan representatief voor het grote aantal kinderen en jongeren met een diagnose “ADHD” en dus ook niet veralgemeenbaar.

Hieronder bespreek ik de epistemologische achtergrond van het onderzoek die zich voornamelijk situeert in het interpretatief onderzoek, het narratief onderzoek en het abductief onderzoek. Daarna bespreek ik de manier waarop de verhalen verkregen werden – via semi-gestructureerde diepte-interviews – en de manier waarop ze geanalyseerd werden. Vervolgens bespreek ik beknopt wiens verhaal in deze masterproef naar voren wordt gebracht en ik sluit dit deel af met enkele voorafgaande bedenkingen bij het onderzoek.

5.1. Epistemologische achtergrond

5.1.1. Interpretatief onderzoek

Het onderzoek dat in deze masterproef uitgevoerd werd, situeert zich binnen het *interpretatief onderzoeksperspectief*. In dit onderzoeksperspectief zijn de leefwereld van de betrokkenen, hun betekeniswereld en werkelijkheidsconstructies het object van onderzoek (Wester, 1987). De interpretatieve of kwalitatieve onderzoeksmethodologie wordt gevoed door een aantal stromingen die deels een aantal theoretische en methodologische uitgangspunten gemeen hebben. Een aantal belangrijke stromingen binnen het kader van dit onderzoek zijn het *symbolisch interactionisme* en de *fenomenologie*. Het symbolisch interactionisme is niet zozeer op te vatten als een school binnen de sociologie met een uitgewerkt theoretisch kader en specifieke methoden, maar veeleer als een methodisch en theoretisch *perspectief* voor het onderzoek van de sociale werkelijkheid. Volgens Wester (1987) is dit perspectief het duidelijkst geformuleerd door Blumer die de ‘werkelijkheid’ wil laten voor wat ze is, namelijk “*de natuurlijke sociale wereld van interacterende individuen*” (Wester et al., 2000, p. 19). Sociaal onderzoek zou zich dan moeten richten op de door mensen geconstrueerde sociale werkelijkheid en op de constructieprocessen zelf (Wester, 1987). Als de sociale werkelijkheid voortdurend door de actoren wordt geconstrueerd, komt echter ook de fenomenologie naar boven. Bij het bespreken van deze stroming beschrijft Wester (1987) de kennissociologische benadering van de sociale werkelijkheid van Berger en Luckman waarin “*het ontstaan van de alledaagse kennis en de vanzelfsprekendheid van de structuren van de samenleving verbonden zijn met de sociale interactie*” (Wester et al., 2000, p. 19). Sociaal onderzoek richt zich hier op zingevingsstructuren en het procesverloop in de sociale interactie. In deze masterproef wil ik op zoek gaan naar de (sociale) constructieprocessen die het gedrag ADHD problematiseren en tot “ADHD” maken en hoe “ADHD” als *vanzelfsprekend* wordt aangenomen als zingevingsstructuur en als “werkelijkheid”.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

5.1.2. Het verhaal : narratief onderzoek

Volgens Polkinghorne kan een onderscheid gemaakt worden tussen een enge en een brede definitie van "narratief". In het eerste gaat het niet om eender welke vorm van proza maar om "narratief als verhaal". Bij de brede definitie daarentegen gaat het om iedere tekst die bestaat uit volledige zinnen die samen een coherente stellingname vormen (Verhesschen, 1999). Het gaat dan om talige gegevens waarbij woorden gecombineerd worden tot zinnen en zinnen tot een tekst of "discours" (Polkinghorne, 2005). De verhalen die verkregen werden uit de interviews vallen dan ook onder deze brede benadering te kaderen. Deze diversiteit van wat onder narratief onderzoek kan vallen, heeft gemeenschappelijk dat ze de mens als actor en de betekenis centraal stellen (Verhesschen, 1999).

Een belangrijke grond voor narratief onderzoek is te vinden bij Ricoeur, die stelt dat verhalen uniek zijn in het tonen van existentiële mogelijkheden - om te handelen en te zijn - in een bepaalde tijd. Ons (levens)verhaal wordt gevormd door modellen die door de cultuur op een gegeven moment aangereikt worden, toe te passen op onszelf. Bij de compositie van het verhaal (over zichzelf) kan het individu dus niet anders dan gebruik maken van de verhalen die door de cultuur worden aangereikt (Verhesschen, 1999). Een andere belangrijke grond voor dit onderzoek is te vinden bij MacIntyre die stelt dat in de verhalen van individuen duidelijk wordt hoe de betrokkene verschillende gebeurtenissen en zijn eigen handelen een plaats geeft binnen een groter, zinvol geheel (Verhesschen, 1999). Aangezien in deze masterproef gezocht wordt naar de problematisering van het gedrag binnen 'de modellen' van deze tijd en hoe de betrokken individuen daar zelf mee omgaan, vormt de narratieve benadering een geschikte onderzoeksmethode voor deze masterproef.

Belangrijk bij narratief onderzoek is de relatie tussen onderzoeker en onderzoekssubject. Het is belangrijk te erkennen dat de eigen subjectiviteit van de onderzoeker mee bepalend is voor het verloop, de resultaten en de verwoording van het onderzoeksproces. Zoals hieronder verder zal worden aangehaald, kijkt de onderzoeker naar de realiteit en het verhaal van de betrokkene vanuit een bepaald (theoretisch) perspectief. Vanuit dit perspectief wordt het onderzoekssubject dan ook benaderd en bevraagd waardoor het verkregen verhaal - althans gedeeltelijk - een gedeelde (re)constructie van de ervaringen vormt (Verhesschen, 1999). Immers wanneer aan de betrokkenen zonder richtvragen - of met andere richtvragen - gevraagd zou worden om over ADHD te vertellen zou mogelijks een ander verhaal aangebracht worden. In die zin is onderzoek altijd een gedeeld constructieproces.

5.1.3. Gericht zoeken in het verhaal : abductief onderzoek

In dit onderzoek wordt vertrokken vanuit theoretisch filosofische uitgangspunten waarbij een empirische situatie vanuit (interpretatieve) concepten wordt beschreven (Wester et al., 2000). Dit onderzoek heeft dan een doel dat deels toetsend (bvb. Is er wel sprake van disciplinerende macht in deze specifieke situatie?), deels beschrijvend (bvb. Wat komt in de verhalen van jongeren en ouders zoal aan disciplinerende machtsstrategieën voor?) en deels illustrerend (bvb. Wat houden die machtsstrategieën zoal in?) is.

In die zin wordt niet volkomen onbevangen naar de onderzochte realiteit gekeken. De onderzoeksvragen richten mee de blik van de onderzoeker en er wordt gebruik gemaakt van (bestaande) concepten om hypothesen als antwoorden op de onderzoeksvragen te formuleren. Deze benadering, kreeg vanuit het werk van Peirce, de benaming "abductief". Hierbij worden vooraf vermoedens omtrent de werkelijkheid geformuleerd waarmee vervolgens naar de realiteit gekeken

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

wordt en die bovendien helpen om betekenisvolle, diepe structuren te vinden in hetgeen onderzocht wordt. Deze benadering gaat ervan uit dat “zien nooit zomaar zien is”, want wat we zien is altijd gerelateerd “aan een achtergrond die een ‘zien als’ bepaalt” (Raholm, 2010, p. 262).

Er wordt dus niet geheel deductief, zonder empirie, theorie ontwikkeld (louter uit premissen conclusies trekken) en er wordt ook niet vanuit de empirie, inductief, theorie ontwikkeld die men veralgemeent naar niet-onderzochte ‘gevallen’ (Smaling, 2004). Maar door empirie en (bestaande) theorie op elkaar te betrekken worden (abductief) hypothesen geformuleerd. Abductief onderzoek kan dan zowel voor de theorie als voor de realiteit nieuwe ideeën (hypothesen) opwerpen en op die manier is het een belangrijke benadering voor de verdere ontwikkeling van theorievorming (Raholm, 2010). Hoewel veel zaken in deze masterproef niet geheel nieuw zullen zijn, kan deze vorm van onderzoek wel tonen hoe bepaalde ideeën eigenlijk werken in bepaalde contexten en situaties (Paavola, 2004).

5.2. Onderzoeksmethode

5.2.1. Het verkrijgen van het verhaal : semi-gestructureerde diepte-interviews

De doelstelling van het onderzoek in deze masterproef is een probleem in de concrete – alledaagse - context te interpreteren en hierbij de beleving en betekenisverlening van de betrokkenen te achterhalen. Bovendien gaat het om onderwerpen die eerder complex zijn en die betrekking hebben op processen en interacties in bestaande, alledaagse situaties. Volgens Baarda et al. (2001) zijn dit goede redenen om een kwalitatief onderzoek onder de vorm van diepte-interviews op te zetten. Een interview is een conversatie met een doel waarbij de interviewer informatie wenst te verkrijgen van de ander om zo inzicht te krijgen in “*how subjects interpret some piece of the world*” (Bogdan et al., 1998, p. 94). De geïnterviewde wordt dan ook als *expert* beschouwd.

Interviews als kwalitatieve onderzoeksmethode zijn meestal ongestructureerd, maar de onderzoeker weet op voorhand wel waarover hij van de participant informatie en beschrijvingen wil verkrijgen (Polkinghorne, 2005). In deze masterproef werden hiertoe richtvragen (zie bijlage) voor het interview opgesteld, maar afhankelijk van het verhaal van de participant kende elk interview zijn eigen verloop. In die zin kan dan ook gesproken worden van semi-gestructureerde diepte-interviews.

In totaal werden elf interviews afgenomen. Het ging om zes interviews bij jongeren met een diagnose ADHD en vijf interviews bij de ouders van deze jongeren. De interviews werden digitaal opgenomen en vervolgens uitgeschreven. Uitgeschreven interviews werden aan de participanten terugbezorgd met de vraag aan te geven of ze nog steeds akkoord waren met wat inhoudelijk werd verteld, of ze eventueel aanvullingen wilden doen en of er stukken waren waarvan men liever had dat ze niet in het onderzoek gebruikt werden. Aan de participanten werd gevraagd waar ze het interview liefst wilden laten doorgaan. Alle interviews werden bij de jongeren en ouders thuis afgenomen.

Zoals reeds vermeld, heeft de aanwezigheid van de onderzoeker en de vragen die gesteld worden invloed op het verhaal dat gebracht wordt. In die zin is het verhaal op te vatten als een ‘gedeeld product’ of een “*cocreation*” van onderzoeker en onderzoekssubject (Polkinghorne, 2005, p. 143). Tot slot kan nog worden opgemerkt dat “*interviewers have to be detectives, fitting bits and pieces of*

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

conversation, personal histories, and experiences together in order to develop an understanding of the subject's perspective" (Bogdan et al., 1998, p. 101).

5.2.2. Op zoek naar antwoorden in het verhaal: kwalitatieve diepte analyse

"In the social sciences there is only interpretation. Nothing speaks for itself. (...) the qualitative researcher faces the difficult and challenging task of making sense of what has been learned. (...) the art of interpretation. This may also be described as moving from the field to the text to the reader" (Denzin in Denzin & Lincoln, 1998, p. 313).

Op de verkregen verhalen werd een analyse uitgevoerd om relevante betekenissen vast te stellen. De waarnemingen in de analyse gebeuren vanuit het perspectief van de onderzoeker. Het gaat dan om de gehanteerde theorie die de vragen - die aan het materiaal gesteld worden - bepaalt (Wester, 1987). Hetzelfde materiaal kan in principe immers vanuit verschillende theorieën en kaders benaderd en geïnterpreteerd worden (Smaling, 2004). Afhankelijk van het kader waaruit men vertrekt, zal betekenis geconstrueerd worden. In deze masterproef werden uit de verhalen thema's geconstrueerd die een antwoord konden bieden op de onderzoeksvragen. Deze analyse ontsprong dus niet alleen vanuit het verhaal, maar ook vanuit het perspectief van de onderzoeker en aldus kreeg de analyse vorm vanuit de verhalen en vanuit het onderzoeksperspectief (Bogdan et al., 1998).

Om tot thema's – als antwoord op de onderzoeksvragen - te komen werden de uitgeschreven verhalen (transcripten) tweemaal doorgenomen met enkele ideeën vanuit de theorie over mogelijke antwoorden op de onderzoeksvragen als analytisch kader. Ook tijdens het uitschrijven van de interviews werden al enkele ideeën opgedaan. Per onderzoeksvraag werd een lijst opgesteld van alle stukken tekst – discours - die een antwoord konden bieden op de onderzoeksvraag terwijl gelijktijdig ook opgelijst werd *waarom* deze stukken tekst een antwoord konden zijn. Vanuit deze laatste werden zo hoofdthema's en subthema's per onderzoeksvraag opgesteld. Vervolgens werd bij elke onderzoeksvraag opgelijst welke passages binnen welk (sub)thema pasten. Na het opstellen van deze *"preliminary coding categories"* (Bogdan et al., 1998, p. 182) werden de interviews nogmaals doorgenomen om extra ondersteunend materiaal te vinden en nuanceringen en meer diepgang te kunnen krijgen. Bij het weergeven van de resultaten zullen passages uit de verhalen worden gebruikt om de bevindingen te illustreren en te tonen hoe de bevindingen uit het onderzoeksmateriaal verkregen werden (Polkinghorne, 2005).

5.2.3. Participanten

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd doelgericht op zoek gegaan naar "informatierijke subjecten" die relevante beschrijvingen van hun ervaringen en beleving konden geven (Polkinghorne, 2005). In deze masterproef werd gekozen voor jongeren met een diagnose "ADHD" en hun ouders. Doordat het verhaal van zowel jongere als ouder(s) beluisterd werd, bestond de meerwaarde eruit dat zowel rekening gehouden kon worden met beide perspectieven - qua probleemtoeschrijving en qua ervaringen - als met een rijker verhaal omtrent het feitelijk historisch verloop van het gedrag, de diagnosestelling en de sociale invloeden. De verhalen van jongeren en ouders konden elkaar dus zowel qua feitelijkheden als qua interpretatie en betekenisverlening aanvullen. De verhalen vulden elkaar dus aan in die zin dat een breder perspectief verkregen kon worden en niet om de waarheidsgehaltes van beide verhalen aan elkaar af te toetsen.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

De reden waarom meerdere jongeren en ouders werden bevraagd is om meerdere beschrijvingen vanuit verschillende perspectieven over de onderzochte fenomenen (gedrag, sociale reactie, diagnose...) te verkrijgen. Hierdoor kon een diepere interpretatie van de onderzochte fenomenen verkregen worden (Polkinghorne, 2005). De keuze voor meerdere participanten was dus niet om de bevindingen te kunnen veralgemeniseren. Daarnaast was het aantal bevraagde participanten te klein om te kunnen spreken van 'gesatureerde' bevindingen. Bevraging bij meer participanten had de bevindingen misschien kunnen verdiepen of betwisten. Het ging om een *statische steekproef* waarbij de verhalen werden verzameld alvorens de analyse uit te voeren (Polkinghorne, 2005). De participanten waren allemaal jongens waardoor geen vergelijking tussen jongens en meisjes mogelijk is. ADHD is echter wel beduidend meer voor bij jongens dan bij meisjes (Root & Resnick, 2003; Maras & Vermeiren, 2008; Singh, 2002b)

De participanten aan het onderzoek werden gevonden door bij kennissen na te vragen of zij jongeren met een diagnose "ADHD" kenden. Op die manier werd contact gelegd met een aantal jongeren en hun ouders die bereid waren om een interview te laten afnemen. Het ging om zes jongeren - twee van hen waren broers. Bij vier van de jongeren - waaronder de twee broers - konden beide ouders deelnemen aan het interview. Bij de andere twee jongeren kon enkel de moeder deelnemen aan het interview. De jongeren en de ouders ondertekenden voorafgaand aan het interview de informed consent (zie bijlage). Ik geef hier een zeer beknopte beschrijving van deze jongeren.

<u>T. & L.</u>
T. is een jongen van 17 die houdt van muziek en natuur. Hij is lid van de JNM en volgt "audiovisuele vorming" – fotografie en film – in het KSO. Naast een diagnose "ADHD" heeft T ook een diagnose "ASS".
L. is 14 jaar en de broer van T. Hij houdt van auto's, bmx'en en atletiek. L. zit in het derde jaar elektriciteit in het BSO.
T. en L. kregen een diagnose "ADHD" rond het "begin van de lagere school". Beide ouders van de broers konden deelnemen aan het interview.
<u>R.</u>
R. is 17 jaar en zit in het zesde jaar moderne talen wiskunde. R. houdt van sporten zoals tennis, squash, fitness en mountainbike. Zijn voornaamste hobby is echter scheidsrechteren in de voetbal. R. kreeg een diagnose "ADHD" toen hij twaalf jaar was.
Beide ouders van R. konden deelnemen aan het interview. Zij hebben naast R. nog drie andere kinderen met een diagnose "ADHD" of "ADD".
<u>M.</u>
M. is 17 jaar en houdt van voetbal. M. zit in het zesde jaar wetenschappen wiskunde en hij heeft een diagnose "ADHD" sinds het eerste middelbaar.
De mama van M. was ook bereid voor een interview en zij heeft naast M. nog twee zonen. L. - één van M. zijn broers - heeft ook een diagnose "ADHD".
<u>J.</u>
J. is ook 17 en hij zit in het zesde jaar Latijn-wiskunde. Zijn hobbies zijn atletiek, viool en circus. J.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

heeft een diagnose "ADHD" sinds "het derde of vierde leerjaar" van de lagere school.
Beide ouders van J. konden deelnemen aan het interview. J. heeft ook een broer waarvan men eerst vermoedde dat hij "ADHD" had, maar die uiteindelijk een diagnose "ASS" kreeg.
<u>K.</u>
K. is een jongen van 15 die een diagnose "ADHD" kreeg rond het tweede leerjaar van de lagere school. Hij houdt van TV kijken, spelen op de X-box en van wetenschap. Daarnaast is K. vooral met dieren bezig en hij volgt op school de richting 'dier' in de tuinbouwschool.
De mama van K. was bereid ook een interview te laten afnemen.

3.3. Enkele verdere bedenkingen bij het onderzoek

Een sterkte van het onderzoek in deze masterproef situeert zich in het feit dat de verkregen verhalen - na interpretatie vanuit het theoretisch kader - resulteren in (nieuwe) verhalen over maatschappelijke instituties. De verhalen worden in die zin gebruikt om de sociale context waarin ze hun plaats hebben te lokaliseren en te bevragen. Een nadeel kan dan zijn dat dit onderzoek vatbaar wordt voor een kritiek die ook ruimer ten aanzien van narratief onderzoek gesteld kan worden - namelijk dat de epistemologie wordt weggeblazen en vervangen door politiek (Verhesschen, 1999). Gezien het doel van deze masterproef zich situeert in het blootleggen van machtsstructuren die inspelen op gedragingen van subjecten, hoe deze subjecten daar mee omgaan en hoe de maatschappelijke context voor de constructie van "het probleem" zorgt, is deze keuze dan ook bewust.

Een bedenking die gemaakt kan worden bij abductief onderzoek is dat de uiteindelijk geformuleerde hypothesen al voorondersteld worden door de gehanteerde theoretische beschouwingen. In deze masterproef zou bijvoorbeeld de bevinding dat jongeren zich onderwerpen aan macht door te willen voldoen aan de norm geen nieuwe bevinding zijn omdat het al in het theoretisch kader verscholen zit. Dit is waar, maar hoewel de ideeën (hypothesen) die in deze masterproef geformuleerd zullen worden niet steeds geheel nieuw zullen zijn is het "probleem" dat er weinig tot geen expliciete verklaringen - en onderzoeken - bestaan over hoe bepaalde concepten - zoals macht, onderwerping, verzet en (sociale) probleemconstructie - concreet in het alledaagse leven van deze subjecten spelen. De meerwaarde van het onderzoek ligt dan ook in het feit dat het toont hoe deze ideeën en concepten spelen in de concrete leefwereld en beleving van individuen (Paavola, 2004).

Bovendien vormen de participanten aan dit onderzoek geen 'randomized sample' van de jongeren met een diagnose "ADHD" en hun ouders. Hiertoe was de groep participanten in de eerste plaats te klein en bovendien vormen zij geen representatieve groep. Er werden alleen maar jongens bevroegd en bijvoorbeeld kansarme of allochtone jongeren waren ook niet opgenomen. Voor verder onderzoek zou dit wel interessant kunnen zijn aangezien het een verrijking van informatie en perspectieven zou kunnen bieden. Hoe dan ook zijn veralgemeenbare resultaten met dit onderzoek niet mogelijk, maar dit is echter ook geen doelstelling van deze masterproef. De resultaten zijn immers eerder toetsend, beschrijvend en illustrerend voor het theoretisch kader waarmee 'het fenomeen' wordt benaderd. Aangezien gebruik gemaakt werd van een statische steekproef (in het korte tijdsbestek van dit onderzoek) werd dus ook niet op zoek gegaan naar andere participanten die de huidige bevindingen konden verdiepen, corrigeren of aanvullen (Polkinghorne, 2005).

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

Bovendien valt op te merken dat om aan participanten te komen in eerste instantie meegegaan werd in het dominante – medische - discours. Hoewel in deze masterproef de problematisering van het gedrag en de psychiatrische diagnose in vraag gesteld wordt, werd het discours “ADHD” wel gebruikt om participanten aan dit onderzoek te vinden. In die zin kon deze “kritische” masterproef niet tot stand komen zonder eerst mee te gaan in datgene wat ze nu net in vraag stelt.

Hierboven werd ook al vermeld dat de eigen positie en interesse als onderzoeker mee bepaalt welk verhaal verkregen wordt en hoe de verhalen - vanuit het onderzoeksperspectief - geïnterpreteerd worden om er betekenissen uit te (re)construeren. Hierbij dient ook nog opgemerkt te worden dat ik geen ervaren of getrainde onderzoeker en interviewer ben.

In het kader van deze masterproef werd bij de participanten slechts één interview afgenomen. De vraag kan dan gesteld worden of de verhalen voldoende uitgebreid de beleving en ervaringen van de betrokkenen weergeven. Meerdere interviews zouden waarschijnlijk meer diepgang gegeven hebben. Desondanks volstonden de verkregen verhalen alvast om een (eerste) antwoord op de onderzoeksvragen te formuleren. Bovendien kan men zich afvragen of de eigenlijke ervaringen en beleving voldoende accuraat in een – talig - verhaal omgevormd kunnen worden. Ondanks deze (terechte) bedenking moet opgemerkt worden dat taal vooralsnog de primaire toegang tot de ervaring en beleving van mensen verleent (Polkinghorne, 2005).

6. Resultaten

6.1. Onderzoeksvraag 1: Welke gedragingen van jongeren met ADHD worden op welke manier een probleem?

6.1.1. Het gedrag dat een probleem is

Vaak wordt aangebracht dat men **niet** uitgaat van een lichamelijke **ziekte** in het kind. Of zoals L. het verwoordde: “... Ik beschouw dat niet als een ziekte. Ik voel ook geen pijn. Het is gewoon iets dat niet plezant is...”.

Het “probleem” situeert zich op het **gedragmatige**. De grote mate aan **energie en activiteit** is een eerste gedraging die vaak terugkeert. Het gaat dan vooral over het ‘niet kunnen stilzitten’. Soms wordt zelfs *opvliedendheid* genoemd.

“...In de plaats dat uw energie weg gaat, blijft het altijd bij u. Dus er blijft altijd energie, wat ge ook doet. Ge kunt zoveel lopen als ge wilt, ge gaat er achter niet het gevoel hebben van ‘pff’ (...) Ge bent fysisch moe, maar psychisch hebt ge zo iets van ‘we gaan verder’. Dus ge gaat psychisch nooit moe zijn...” (R.)

“...Een stoel diende niet om op te zitten, maar om onder te kruipen. Alle dagen lag er wel iets op de grond. Alle dagen werd er iets gebroken. Heel veel conflicten, heel druk...” (papa T. en L.)

“...Ik weet dat ik in de lagere school vooral opvliedend was en misschien ook hyperactief. Ja hyperactief ook ja...” (J.)

Een andere gedraging die vaak aangegeven wordt, is dat de kinderen behoorlijk **impulsief** zijn.

“...Impulsief zijn in het willen hebben van dingen, impulsief zijn in gedrag, vrolijk aan tafel zitten en er moet maar iets gebeuren en ineens is die kwaad. Maar ook impulsief zijn in positieve dingen. Hij kan ineens afkomen met een knuffel geven... Maar ook impulsief zijn in het niet door hebben wanneer hij zijn mond moet houden... Dus impulsiviteit is wel iets heel sterk denk ik...” (mama K.)

Sommigen geven ook aan dat de kinderen **minder sociaal vaardig en jonger van mentaliteit** zijn.

“...ik vind dat die kinderen minder sociaal vaardig zijn...” (mama M.)

“...Ik vind ook dat die kinderen heel jong van mentaliteit zijn en veel langer...” (mama M.)

Naast het actieve en impulsieve, is het vooral het **gebrek aan concentratie** en het **moeilijker kunnen studeren en gestructureerd werken** dat als problematisch gezien wordt.

“...ge kunt u voor geen bal concentreren. En uw toetsen gaan verschrikkelijk slecht zijn...” (R.)

“...Het is gewoon dat je moeilijkheden met studeren hebt en dat ge actief bent...” (M.)

“...De concentratie, dat is het grootste nadeel. Ik kan me amper concentreren, dus ik ben vaak afgeleid. Dat is wel het moeilijke, zeker bij het leren...” (T.)

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

Velen geven aan dat het actieve veel minder een probleem is dan het gebrek aan concentratie en de sociale moeilijkheden. Volgens sommigen is de grote mate van activiteit en energie zelfs totaal geen probleem, maar het gebrek aan concentratie en de moeilijkheden bij het studeren dan weer wel.

“...Eigenlijk zeggen ze altijd dat die kinderen hyperactief zijn e. Dat vind ik eigenlijk het kleinste probleem. Het grootste probleem is de concentratie en de focus. (...) Want dat die kinderen wat meer rondlopen, dat brengt nog wat leven in de brouwerij. Eigenlijk is dat het probleem niet, dat die niet stil kunnen zitten. Want die vereniging heet ‘zit stil’, maar dat is eigenlijk het probleem niet. Het probleem is dat ze zich niet kunnen concentreren...” (papa J.)

6.1.2. De problematisering van het gedrag

Het gedrag van de jongeren zorgt voor problemen in de **sociale omgang** met volwassenen en andere jongeren. Ook **thuis** kan het gedrag voor ongemakken en problemen zorgen.

“...Laat zeggen dat het sociaal contact toch wat moeilijker is voor kinderen met ADHD want ge wordt niet altijd even graag gezien...”
(Papa T. en L.)

“... Een stoel diende niet om op te zitten, maar om onder te kruipen. Alle dagen lag er wel iets op de grond, alle dagen werd er iets gebroken. Heel veel conflicten, heel druk...”
(papa T. en L.)

“...Goh er zijn een paar mensen waar ik nu mee bevriend ben en die mij vroeger echt niet af konden. Omdat ik die dus constant uitschold voor vanalles enzovoort. Dus die hadden daar [gedrag] sowieso al heel veel problemen mee. Euhm, da’s nu wel voorbij want ik heb mij geëxcuseerd enzovoort. Omdat ik besef van ‘ik ben megagrof geweest tegen die mensen terwijl die mij nooit iets misdaan hebben’. En dan mijn zus... Mijn zus kon mij voeger echt niet uitstaan. Als zij dan bijvoorbeeld van mijn ma moest zeggen dat ik dit of dat moest doen. Ik wou daar nooit naar luisteren. Omdat ik zo iets had van ‘gij bent mij mama niet dus ik moet niet luisteren naar u’...”
(R.)

“...Als ze met iets bezig zijn en je ziet dat de andere kinderen aan het roepen zijn en zich echt aan het amuseren, dan kan ik er soms nog net iets over gaan dat het net iets te veel wordt...”
(L.)

“...Ook hier thuis naar zijn broers en naar zijn zus... Als hij dat [medicatie] niet op tijd neemt, dan vliegen de deuren en is hij kwaad en kan hij niets hebben e... Nu hij heeft sowieso al een paar tics, maar zonder medicatie is het helemaal niet te doen. Ja de stress in het gezin is gewoon veel te groot e...”
(mama K.)

Vaak wordt het gedrag door ouders wel als *druk*, *anders*... bestempeld voor dat de jongere school loopt, maar wordt het gedrag vaak pas echt problematisch of nog meer problematisch tijdens de **scholing, zowel qua gedrag als qua punten**.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

“...Goh, het gedrag thuis vond ik niet zo’n probleem. Ik kon daar wel mee om. Moest het bijvoorbeeld enkel geweest zijn voor het gedrag thuis, dan zou ik nooit over gegaan zijn tot rilatine. Het was alleen, ja, die resultaten op school zijn niet goed e...” (mama R.)

“...Euhm, bij M is die diagnose eigenlijk pas gesteld in het eerste jaar middelbaar omdat het redelijk moeilijk ging op school. Hij reageerde nogal heftig en hij had het moeilijk om zich te concentreren. Ervoor was mij dat eigenlijk niet echt opgevallen dat hij bijvoorbeeld veel drukker was dan andere kinderen...” (mama M.)

“...Ik bedoel ja hij was wel hevig en altijd zo precies extremen enzo. Maar ook in de school zijn er uiteindelijk veel kinderen die zo hevig zijn. En het is dan ook een jongen, dus uiteindelijk... En in de school kon hij gewoon volgen. En hij had dus helemaal geen probleem, dus we zagen dat ook niet als problematisch eigenlijk...” (mama J.)

Het drukke gedrag wordt dan een probleem omdat ze bijvoorbeeld **in de klas niet kunnen stilzitten**.

“...In de klas. Dan moet ik heel de tijd stil zitten en dat lukt niet meestal...” (K.)

“...En euh, dus ge moest stil zijn tijdens die studie. Maar als je twee uur stil moet zitten op uw stoel, dat lukt bij mij niet...” (T.)

Het gebrek aan concentratie wordt een probleem omdat ze **niet kunnen opletten in de klas** en tijdens het **studeren**. Zeker tijdens de **examens** wordt het een probleem.

“...En dan, dat zijn zo die momenten waarop ge wou van ‘fuck, ik wou dat ik geen ADHD had’. En die momenten zijn vooral op uw examen...” (R.)

“...[Interviewer] In welke situaties is je gedrag dan het grootste probleem?”

[M.] Thuis en in de klas. Dat is het eigenlijk altijd geweest. Thuis: leren en rustig zijn. En in de klas: opletten en rustig zijn...” (M.)

“...Als ik iets moet doen waarbij ik me moet concentreren, zoals bij een examen. Dan is dat het grootste probleem. En dan zie ik ADHD het negatiefst. Dan denk ik van ‘goh als ik nu geen ADHD had dan zou ik beter kunnen leren’. En achteraf denk ik dan van ‘ik wil dat eigenlijk wel blijven hebben’. Dus dan begin ik dat weer positiever te zien. Maar tijdens de examens, dat is het beste voorbeeld, dan word ik daar het meest mee geconfronteerd...” (T.)

Het niet goed kunnen studeren vormt ook een probleem omdat het vaak de **deelname aan de “hogere” richtingen** van het onderwijs belemmerd.

“...Tsjja ik ben naar BSO gegaan omdat TSO en ASO te moeilijk voor mij waren. Ja niet de vakken die ik deed, maar... Ze hadden zelfs gezegd van ja ik heb een IQ van 112, dus da’s hoog. Dus ze zeiden ook van als ik me zou kunnen concentreren, dan kan ik Latijn aan. Maar dat is het probleem, door mijn ADHD kan ik dat niet...” (K.)

6.1.3. Problemativering van gedrag: afhankelijk van de verwachtingen

Bovendien wordt soms expliciet aangehaald dat “het probleem” afhankelijk is van de **verwachtingen die iemand heeft ten aanzien van kinderen**.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

“...Ik heb vriendinnen die zeiden van ‘dat is een tof kind, hij is druk maar hij is leuk’ en ik had er dan andere die zeiden van ‘ow, zo’n heftige’. Dusja, da’s een beetje wat uw eigen draagkracht en verwachtingen [ten aanzien] van kinderen zijn e...” (mama M.)

“...Alé in de lagere school: ‘wat doet ge met kinderen die eigenlijk eens moeten rondlopen op de speelplaats?’. Daar wordt weinig... Er wordt gezegd van ‘zit nu een keer stil’, maar ge zou eerder eens moeten zeggen van ‘doe nu een keer’...” (papa J.)

Sommige ouders geven dan ook aan dat zij ten aanzien van hun kind soms zelf **andere verwachtingen stellen** dan dat ze ten aanzien van “rustigere” kinderen zouden doen.

“...En misschien dat ik ook wel, omdat ze zo heftig waren, op dat vlak andere verwachtingen had dan mensen met heel rustige kinderen (...).Ik verwachtte niet dat mijn kinderen twee uur aan tafel konden zitten, braaf, stil...” (mama M.)

In die zin wordt dan ook aangehaald dat er **grote verschillen zijn tussen vrienden en leerkrachten** in het al dan niet overweg kunnen met het gedrag van de jongeren. Vrienden en leerkrachten die **ook het positieve van het gedrag inzien**, zouden veel beter overweg kunnen met deze kinderen. Sommige leerkrachten zouden openstaan voor het gedrag van de jongeren en anderen niet.

“...Allé een vriendin van mij heeft dat een keer gezegd van dat het echt fijn is als der zo iemand ‘s morgens vroeg de actieve persoon is...” (T.)

“...sommige leraars kunnen daar zeer slecht mee om e. En gaan dan... dat is een ramp e. Zoals juffrouw (...) die haar geduld verliest en zelfs de bank omsmijt en hem uitmaakt voor gans de klas omdat hij de takken aan zijn bomen veel te dik tekent...” (mama R.)

“...Dat was mijn muzikleraar (...).De eerste lessen dat ik van hem had moesten we zo op een instrument spelen. En ik had zo’n half drumstel zien staan en ik was mega beginnen slaan op al die dingen enzovoort. En hij begon te lachen en ‘kijkt e’ zei hij ‘ge hebt een gave, ge bent een van de meest actieve gastjes hier en dat is een gave. Die moet ge nooit wegspelel’...” (R.)

“...Leerkrachten die vinden dat alle kinderen hetzelfde zijn en dat alle kinderen maar hun stijl [van de leerkracht] moeten volgen daarbij ontploft het...” (papa J.)

Bovendien wordt ook gesteld dat het gedrag niet enkel op school, maar ook in de ruimere samenleving, tot een probleem verwordt omdat de jongeren niet (kunnen) voldoen aan **een “maatschappelijk verwacht gedragspatroon”**. De oorzaak waardoor het gedrag een probleem wordt, wordt dan soms ook gesitueerd in de maatschappelijke organisatie die weinig diversiteit in gedrag toelaat. Er wordt aangehaald dat de **samenleving behoorlijk veeleisend, prestatiegericht en weinig tolerant** is. Een moeder stelde zelfs dat de samenleving er deels voor zorgt dat kinderen vandaag de dag meer moeite hebben met concentratie omdat er zodanig veel op hen afkomt.

“...Doordat ze soms zo impulsief reageren, reageren ze ook niet altijd zoals het verwacht wordt door de maatschappij. En je kan dan niet altijd zeggen dat ze niet reageren zoals juist is... dat kan je ook niet altijd zeggen. De maatschappij verwacht een bepaald gedragspatroon e...” (mama K.)

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

“...Het is eigenlijk pas de laatste twee jaar dat we geconfronteerd worden met alle gevolgen [van het gedrag]... Nu, onze maatschappij is wel heel hard gericht op het studeren en op loopbaan...”

(Mama J.)

“...En ik denk dat dat [zich moeilijk kunnen concentreren] voor een deel uitgelokt wordt door onze manier van leven nu. Want als ge ziet al die jongeren die tegelijkertijd vijf dingen doen(...)Wij vroeger, wij hadden een boek en ge zat daar uw boek te lezen en dat was het! En ge focust u op één ding. Nu moeten ze altijd tegelijkertijd op tien verschillende dingen focussen. Ge kunt mij niet wijsmaken dat die aandacht altijd even intens is dan wanneer ge één ding doet...” (mama M.)

6.2. Onderzoeksvraag 2: Welke machtstrategieën spelen in de samenleving waardoor het gedrag van jongeren met ADHD een probleem is?

6.2.1. De macht van normaal gedrag

Uit het verhaal van de jongeren en ouders blijkt dat er heel wat maatschappelijk onbegrip bestaat voor *het gedrag* van de jongeren. Het gedrag lokt heel wat **negatieve reacties uit van zowel leeftijdsgenoten als volwassenen.**

“... Ik herinner mij wel nog iets van een familiefeest waar ik ooit was geweest waarop ik verschrikkelijk lastig was geweest dat mensen echt naar mij keken van ‘wat is dat hier voor een rare mongool?’...” (R.)

Geregeld werd aangehaald dat de jongeren vroeger ook niet zo vaak werden uitgenodigd voor verjaardagsfeestjes. De mama van K. verwoordt het zo: *“...we hebben wel gemerkt dat toen hij in de kleuterklas zat, hij in het begin wel eens bij vriendjes werd uitgenodigd, maar omdat hij zo bruusk in zijn reactie was, merkte je wel dat hij veel minder uitnodigingen voor verjaardagsfeestjes kreeg. En veel minder uitnodigingen om bij vriendjes te gaan spelen dan zijn grotere broer en zus. Dat merkte je, dat mensen toch liever de rustige kinderen hadden...”*

“... We kregen hier nooit een uitnodiging voor een verjaardagsfeest...”
(papa T. en L.)

Naast sociale afkeuring bestaat bij sommige jongeren zelf ook **de wil om zoals andere jongeren te zijn.**

“... Ik wou zoals de rest zijn. Ik wou niet mezelf zijn. Ik wou gelijk de rest zijn. Ik wou normaal zijn, weet je wel. Ik voelde mij ook echt... Ik voelde mij gestoord. Omdat elke ochtend als ik die pil moest nemen dacht ik van ‘ik ben gestoord dus ik moet die pil nemen want anders blijf ik gewoon gek’. Ik moest normaal worden zozegd. En de rest van school, het leven buiten thuis, was normaal, dus dat moest ik worden...” (R.)

Bij sommige van de jongere bestaat dan ook de grote drang om **bij de groep te horen.**

“... Je merkt dat hij er nu enorm mee bezig is om toch maar bij de groep te horen... Maar hij doet het dan soms op zo’n manier dat ze hem juist een rare vinden (lacht)...” (mama K.)

En ze willen niet alleen zijn zoals andere jongeren, maar ook **behandeld worden zoals andere jongeren.**

“...Gewoon als een normaal mens! (...) Ja gewoon. Dat ze mij behandelen als iemand anders. Los van mijn ADHD...” (K.)

De beoordeling van het gedrag gebeurt ook voornamelijk op basis van **sociale vergelijking** met andere jongeren.

“... Weet ge, dat is ook vergelijkend. Want dan heb ik vriendinnen die zeggen van ‘ja effectief, ge ziet het, maar den diene is nog veel erger’...” (mama M.)

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

Ook geven ouders aan dat de '**normale opvoedingstrategieën**' heel vaak geen vat hadden op de jongeren.

"...Alles wat ge wilt doen normaal, dat helpt niet, dat pakt niet..." (papa J.)

6.2.2. De macht van de toekomst en het presteren

De schoolse prestaties en het toekomstperspectief worden als zeer belangrijk beschouwd. Zo wordt rilatine bij veel jongeren vaak vooral voor **studiegerelateerde doeleinden** gebruikt. Zeker in de **examens** is het een belangrijke vorm van ondersteuning.

"... Die [J.] kan niet gestructureerd een lange termijn werken. En dan was de vraag of hij zich beter zou kunnen concentreren als ge die medicatie geeft..." (papa J.)

"... Dus voor mijn examens doe ik dat[medicatie nemen] wel nog, anders weet ik van 'ik ben er niet door, da's te zwaar'. Dus voor de examens wel nog, voor de rest niet..." (R.)

Desondanks de mogelijkheden van rilatine op de schoolse prestaties vinden sommige ouders dat het ook zou moeten lukken om te **presteren** zonder medicatie.

"... Het zou moeten kunnen om zonder rilatine naar school te gaan en toch die resultaten te halen..."
(papa R.)

Bij sommige jongeren wordt het gedrag ook pas een probleem dat medicatie behoeft wanneer de **schoolse prestaties** eronder lijden.

"... Een slecht rapport is vaak de trigger om hulp te gaan zoeken e! Ik ken geen enkele andere trigger. Als het rapport goed is, waarom zou je dan..." (papa R.)

"...Hoe ge het nu draait of keert, ge kunt nog zo'n toffe kinderen hebben, maar als uw schoolse prestaties achterblijven... Alé ja, dat is zo e. Ge kunt nog zo'n toffe zijn, maar als gij het in school niet... niet goed kunt lezen, niet goed kunt schrijven, niet goed kunt rekenen... dan val je automatisch wat uit den boot..."
(Mama T. en L.)

Een goede opleiding en studierichting blijken dan ook zeer belangrijke middelen te zijn voor een **goede toekomst** in onze samenleving. Tegelijkertijd wordt door veel ouders wel erkend dat onze samenleving behoorlijk veeleisend is.

"... Ik dacht dat, als hij de capaciteiten heeft om een gewoon ASO te doen, dan wil ik wel dat ik die kansen kan benutten. Ik vind dat de lat in de samenleving heel hoog ligt. En ik dacht dat als het met ondersteuning zou lukken, waarom niet... Alé ik moet mijn kind geen kansen ontnemen..." (mama M.)

6.2.3. De expliciete rol van school en leerkrachten

De school speelt ook een **expliciete rol in het controleren en diagnosticeren van jongeren**. Vaak is het gedrag voor het schoollopen wel opvallend en anders, maar vormt het niet direct aanzet tot een diagnose. De school speelt hier vaak een sterke rol in.

"... Men had mij voordien op school wel al een paar keer verwittigd van 'hij heeft waarschijnlijk ADHD' maar ik heb dat nooit geloofd. Ik dacht gewoon 'dat is een druk kind'..." (mama R.)

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

Leerkrachten suggereren dan ook vaak de **diagnose** op een expliciete manier aan de ouders. Ook wordt aangegeven dat zelfs het **CLB testen** gaat uitvoeren, *de diagnose (voor)stelt* en ouders aanraadt om hun kind relatie te geven.

“... En het CLB heeft ons gezegd van ‘ja die jongen heeft ADHD, ge gaat hem moeten relatie geven’...” (mama R.)

“... En leerkrachten die zelfs zeiden van ‘zou ge hem geen relatie geven’...” (mama M.)

Veel leerkrachten storen zich aan het gedrag van de jongeren. Jongeren en ouders geven aan dat sommige leerkrachten ontzettend slecht overweg kunnen met het gedrag en dat **‘anders zijn’ veelal niet aanvaard wordt op school**.

“... Maar eigenlijk omdat iedereen gedwongen wordt om op die lijn te lopen, moet je eigenlijk zoeken naar middelen om hem mee te laten evolueren naar die zone, naar die middenzone waar iedereen aan het lopen is. Want de rest wordt niet aanvaard door de leerkrachten...” (papa R.)

Er bestaat ook wel **begrip voor de situatie waar leerkrachten** in ons onderwijssysteem zich in bevinden. **Frustratie** bestaat dan vooral **ten aanzien van het systeem van het ‘mainstream onderwijs’**.

“... Ik vind het een goei systeem voor slimme kinderen, maar kinderen met een probleem, vind ik, dat een beetje uit de boot vallen (...) De happy few van zij die het goed doen...” (mama M.)

“...Maar die klassen zijn ook te groot e! Als ge met dertig kinderen zit en er zitten er twee zo’n tussen... Ik kan mij dat best inbeelden dat dat niet te doen is...” (mama M.)

“...Maar het is wel een inspanning e. Ik kan mijn inbeelden dat het niet simpel is e [voor leerkrachten]... Ge kunt wel zeggen dat iedereen daar mee overweg moet kunnen, maar eenvoudig is het niet e...” (papa J.)

Het begrip gaat dus enkel op ten aanzien van leerkrachten en veel minder ten aanzien van de organisatie (en verwachtingen) van het “gewone” onderwijs. Heel wat lof wordt uitgesproken **over “alternatieve” onderwijsmethoden**, zoals bijvoorbeeld het kunstonderwijs, sommige richtingen in het technisch of beroeps secundair onderwijs en de methodescholen zoals de Steinerscholen. In deze scholen zou men veel meer open staan voor het gedrag van de jongeren.

“...En ik had zoiets van ‘moet iedereen nu per se recht op die lijn lopen?’. Zo van ‘hier is die lijn en als ge er naast bent, dan hebt ge iets en dan moet er iets aan gebeuren’. Waarom mag het niet zijn dat ge er naast zit... En dat alles, in het Engels scattered... Waarom niet?... Waarom moeten in het onderwijs tegenwoordig al die kinderen zo in het gareel lopen? Als ze niet in het gareel lopen dan zijn ze abnormaal of dan zijn ze boos of dan zijn ze ambetant...” (papa R.)

“...Nu onze L gaat ondertussen naar het technisch onderwijs waar hij veel meer praktijk heeft en buiten kan zijn. En ergens is dat ook wel een oplossing. En hij is daar echt gelukkig. Dus dat is een goeie keuze...” (mama M.)

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

“...[Mama] We zijn dan in een methodeschool gekomen en dat was echt een openbaring voor ons e. [Papa] Dat is eigenlijk ervaringsgericht onderwijs. Hele kleine klassen. En het is niet dat we daar bewust voor gekozen hadden, maar dat kwam ons eigenlijk heel goed uit. Want zet die in een klas met dertig kinderen...”

(ouders T. en L.)

“...In een gewone school is het meer het resultaat dat telt en daar, in een Steinerschool, is het meer van ‘wat hebben we gedaan om dat te bereiken’...” (papa R.)

Bovendien wordt aangegeven dat de school vaak het gedrag problematiseert en de diagnose suggereert, maar verder eigenlijk niet zo veel doet voor de kinderen als ze dan uiteindelijk een diagnose hebben. Ouders en jongeren moeten **‘zelf maar zien dat het opgelost geraakt’**.

“... Dus die leerkracht zei dan van ‘ja dat is een hyperkinetisch kind’. Ik weet nog dat ik na dat oudercontact helemaal over mijn toeren thuis kwam van ‘T is hyperkinetisch en in de klas dit en dat probleem’. Maar ze zei ook niet van ‘ik ga daar dan zo of zo mee omgaan’. Het was meer van ‘hij is hyperkinetisch en ge kunt zien dat dat hier opgelost geraakt’...” (mama T. en L.)

6.3. Onderzoeksvraag 3: Waartoe wordt de diagnose ADHD en behandeling ingezet?

6.3.1. Vertrouwdheid met psychiatrische benadering

Uit de verhalen blijkt heel sterk **vertrouwen** in de psychiater en de **psychiatrische benadering** van het gedrag.

“...Sowieso heb je te maken met iemand die een vakspecialist is en die gaat signalen op een andere manier gaan interpreteren...” (papa T. en L.)

De omkadering van het gedrag als de stoornis “ADHD” en de psychiatrische kennis er rond, wordt sterk verspreid door **media en literatuur**. Hier wordt dan ook heel wat informatie uitgehaald die bij ouders het vermoeden van “ADHD” doet groeien. Bovendien kunnen veel jongeren en ouders zich storen aan het – veelal negatieve – beeld dat door de media over ADHD wordt verspreid.

“...Je leest een keer iets in een tijdschrift, je vangt eens iets op op tv, je hoort eens iets van iemand die iemand kent met ADHD... Zo’n beetje allerlei dingen bij elkaar... Een beetje zoals een puzzel eigenlijk...” (mama K.)

*“... Maar ik had op tv programma’s gezien over kinderen met ADHD maar die lopen een uur al joelend de trap op en af en die springen van zetels en vensterbanken... En dat deed R wel niet. Dus voor mij was dat geen ADHD’er...”
(mama R.)*

*“...Ge ziet altijd extremititeiten! Ge ziet nooit de tussengroep, die dan de grootste groep is. Dat ziet ge nooit. Awel, dat is net hetzelfde met ADHD. Als ge programma’s bekijkt zijn het altijd extremititeiten. En dan heb je automatisch in je kop dat ADHD gelinkt is met super... heel beweeglijk en van ‘s morgens vroeg tot ‘s avonds laat...”
(Papa R.)*

Sommigen geven aan dat de psychiater voornamelijk de **diagnose** stelt en de **medicatie** voorschrijft, maar eigenlijk **weinig uitleg** biedt over **hoe er met het gedrag omgegaan zou kunnen worden**.

*“[Interviewer]...En heb je veel uitleg gekregen over wat ADHD juist is?
[J.] Neen, eigenlijk niet...” (J.)*

*“...[Interviewer]En wat werd jullie aangeraden om te doen bij de diagnosestelling?
[Mama] Rilatine nemen en verder strenge opvoeding.
[Interviewer]Ja... En hebben jullie veel verdere informatie gekregen?
[Mama] Neen... niet echt...” (mama R.)*

Bovendien **weten weinig jongeren zelf wat de stoornis “ADHD” nu juist is**.

*“[Interviewer]...Ja, oké. Dat was het eigenlijk. Ik weet niet of jij direct nog vragen hebt voor mij?
[J.] Ik weet niet... Misschien, wat is ADHD?...” (J.)*

“...Ze zeiden wel dat ADHD een afkorting was voor iets, maar ik weet wel niet meer wat...” (K.)

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

Sommigen tonen enige ambivalentie ten aanzien van de psychiatrische kennis en praktijk, maar ze leggen zich er uiteindelijk bij neer en dit veelal omdat de psychiater de **medicatie** voorschrijft.

“...De enige reden waarom we daar [psychiater] naartoe gaan is voor die voorschriften voor rilatine. Voor de rest, wat ga je daar gaan doen?...” (R.)

“...In de kliniek krijg je ook een boekje mee, maar dat is uiteindelijk uitgegeven door de firma die rilatine produceert dus ik vraag me af in welke mate dat dat objectief is...” (mama M.)

“... ik moest puzzeltjes maken en zo allemaal van die rare dingen. En dan stelde ze zo vragen... En dan gaf ze mij een woord en dan moest ik zo het eerste wat ik daar bij dacht zeggen... Ene keer zei ze dan ‘bal’ en dan moest ik gelijk zeggen van ‘voetbal’... En dan schreef ze zo vanalles op daarover... Ik had geen flauw idee van hoe je daaruit kunt afleiden dat ik ADHD heb, maar blijkbaar gaat dat...” (R.)

6.3.2. Meerwaarde diagnose en behandeling

Het belang van de diagnose situeert zich heel vaak in ‘het vinden van de **juiste aanpak**’ om met het kind om te gaan. Het helpt vooral ook om het **gedrag van het kind te kunnen kaderen**.

“...Ja bijvoorbeeld dit jaar zei ik van ‘ja ik heb ADHD’ en iedereen van ‘Ah vandaar dat gedrag’. Dan komt zo de aap uit de mouw...” (K.)

“...En eenmaal dat de diagnose gesteld is, kunt ge ook gericht gaan werken...” (papa T. en L.)

Een andere belangrijke reden om een diagnose te stellen is de **toegang tot hulp** die het *zou kunnen* bieden. De diagnose opent de deuren tot hulp, therapie en medicatie. Zeker **ook op school** hoopt men op meer begrip en ondersteuning te kunnen rekenen.

“... Ge kunt dat ook aan de leraars moeilijk duidelijk maken dat dat kind verstrooid is en er niet aan kan doen dat hij vaak iets vergeet enzo. Dat wordt niet geaccepteerd. En dat verandert heel veel na een diagnose, want dan...dan gaan die deuren precies open. (...)Want dan is het plots niet meer de ouder die met iets afkomt, maar dan is het plots een psychiater die meer gewicht in de schaal kan leggen. (...) Ja, dan is het plots een psychiater die zegt van ‘die jongen heeft ADHD’ en dan wordt dat plots, alé op de school waar zij nu zaten, wel serieus genomen en dan gaat dat wel beter...” (ouders R.)

Bovendien wordt vaak aangehaald dat pas vanaf wanneer de diagnose gesteld is en ‘het etiketje plakt’ effectief rekening gehouden wordt met het gedrag en de belangen van de jongere.

“...En als ge zegt van ‘ja ik heb ADHD’, dan is het alsof ge uit de hemel valt en opnieuw iemand anders bent...” (K.)

Zoals ook al uit de vorige onderzoeksvraag bleek, richt de (psychiatrische) hulpverlening - zowel de gedragstherapie als de medicatie - zich in sterke mate op het “probleem” van de concentratie en het studeren. **Schoolse vaardigheden staan vaak centraal** in therapie en de **medicatie helpt vaak vooral voor schoolse problemen**.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

"...Plus dan die rilatine, maar dat is dan meer voor 't school, voor te kunnen opletten e..." (mama R.)

"...En natuurlijk ondersteunend met die medicatie om te studeren helpt het zeker. Want anders had M nooit gezeten waar hij nu zit. Maarja, is dat zo nodig in het leven, dat weet ik niet..." (mama M.)

Uit de verhalen blijkt dus dat de therapieën, de medicatie en het verhogen van de medicatie vaak heel sterk gericht zijn op het schoolse.

"... En hij heeft natuurlijk rilatine gekregen om zijn aandacht een beetje te kunnen... alé om zich te kunnen focussen in de klas..." (mama R.)

"... de therapie was voor een stuk ook leerbegeleiding. Alé begeleiden tijdens het leren (...) Ze zochten altijd naar uitdagingen... Hoe hij beter kon schrijven, of hoe hij zijn concentratie kon verbeteren..." (mama J.)

Sommige jongeren beschrijven heel helder de manier waarop de **medicatie hun rustiger, handelbaarder en aandachtiger maakt**. Ze geven hierbij vooral aan dat het **hyperactieve vermindert en dat het studeren er beter door gaat**.

"...Want de rilatine maakt u echt gewoon moe alsof ge wilt gaan slapen waardoor ge niet meer zo hyperactief bent. Maar dat is een beetje spijtig want ja dat verknalt wel je leven buiten het studeren. Ge studeert super goed, maar al de rest is naar de kloten..." (R.)

"...Het is gewoon om te blijven leren, dat kan ik met die rilatine..." (M.)

"...ik stel ik stel zo mijn lichaam, zo mijn hersenen voor als zo allemaal kamers, met allemaal mogelijkheden. En bij concerta worden sommige van die kamers afgesloten dus dan hebt ge maar een beperkt deel van wat dat je kunt doen en ik ben dan ook zo veel, euh slecht humeurig, dus dat ik ambetant loop ofzo. Ja, dat dan mijn emoties vaak heel snel wisselen, dus ik kan efkes zo heel content zijn en als er dan iets misloopt, ja dan loopt het gans mis en dan efkes nadien ben ik terug vrolijk. En toen ik mijn pilleke dan niet nam, toen was ik echt vrij, dan was ik veel gelukkiger..." (T.)

Anderen zien in medicatie ook een middel om het **gedrag in een meer wenselijke richting bij te sturen en om controle mogelijk te maken**.

"...Ons leven is veranderd van de moment dat ze die medicatie namen. Van vandaag op morgen was dat een ander leven (...)Op dat moment was er controle..." (papa T. en L.)

Behandeling wordt dan ook vaak aan de jongeren gegeven en door de jongeren aanvaard omwille van de **verbetering in het sociaal gedrag en de sociale omgang**.

"...Ze zeiden dat ik iets anders had dan T. (broer met ook ADHD). Bij T was het dat hij soms een beetje agressief kon zijn. En dat het bij mij meer was dat ik me niet zo goed kon concentreren en dat ik redelijk opvliegend zou zijn. En dat ik daarvoor die medicatie moet nemen..."

(L.)

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

[Interviewer] “...Vind je het dan niet zonde dat je dat [Rilatine] al die jaren genomen hebt?...”
[R.] “... Langs de ene kant wel, langs de andere niet. Want kijk, ik heb nu ook een lief waar ik nu al even mee samen ben en dat zou ik ook niet hebben als ik dat nooit zou genomen hebben. Want dan zou ik nog altijd constant mijn hyperactiviteit zelf moeten onderdrukken en dat is echt vermoeiend. Ge kunt u dan niet bezighouden met andere dingen bij wijze van spreken als je dat doet [...] dus heel veel dingen die ik nu kan, had ik nooit gekund als ik die rilatne nooit gepakt zou hebben...”

(R.)

6.4. Onderzoeksvraag 4: Waartoe worden jongeren met ADHD gesubjectieerd, subjectiveren ze zichzelf en welke zelftechnieken hanteren ze?

In deze onderzoeksvraag gaat het uitdrukkelijk om de subjectivering van de *jongeren* en niet van de ouders. De interviews met de ouders werden echter wel gebruikt bij het beantwoorden van deze onderzoeksvraag. Bij elk weergegeven thema valt zowel onderwerping als verzet terug te vinden, maar zoals zal blijken, domineert het eerste.

6.4.1. Aanvaarden van normaal - abnormaal

Er bestaat een grote **drang om ‘erbij te horen’ en ‘normaal’ te willen zijn**. Jongeren bestempelen zichzelf als “anders” en geven zelfs aan dat ze **‘niet altijd passen in de maatschappij’**.

“...mijn ouders beschreven dat vroeger als een duivelke dat in mijn hoofd zat en dat mij een beetje bestuurde. Maar ik denk niet dat dat echt... dat is deels een duivelke, omdat ja... ik pas zo niet echt altijd in de maatschappij, ik zal het zo zeggen met zo’n grote woorden...”

(T.)

“...Maar onze L hoort er heel graag bij en hij is niet graag anders dan anderen en hij is wel anders...”

(papa T. en L.)

Soms **verklaren** de jongeren zelf **dat hun gedrag ‘anders’ zal zijn**.

“...soms ter aanhaling van ‘mannen niet vergeten dat ik het [ADHD] heb’. Zodat ze niet ineens reageren van ‘ow wat doet gij nu?’...”

(M.)

“...ik zeg het altijd als ik iemand leer kennen. Van ‘Ik ben T, en ja ik heb ADHD’ en dan weten ze zo direct van ‘ah ja, da’s ne speciale, die moet ik anders aanpakken’...”

(T.)

Sommigen **verzetten zich tegen degenen die niet met hen omkunnen** - en hun ‘raar’, ‘vervelend’, ‘abnormaal’... vinden - door bewust niet met deze mensen op te trekken.

“...Goh, als er mensen met mij niet goed overweg kunnen dan allé ja, dan wil ik niet bij die mensen zijn...”

(T.)

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

6.4.2. De wil tot prestatie

De jongeren zijn bezig met hun **toekomst** en de **job** in die toekomst. De ambitie om iets te bereiken in de toekomst lijkt een belangrijke reden om te conformeren aan gedragsregels en verwachtingen en het aanvaarden van de diagnose, behandeling en medicatie. Hiertoe willen veel jongeren gewoon **goed kunnen studeren en presteren**.

[Interviewer] "...Denk je dat er dingen zijn die voor jou niet mogelijk zouden zijn omdat je ADHD hebt?..."

[T]...Euhm, later als ik ga moeten werken, bureauwerk, dat is voor mij onmogelijk. Dat weet ik zelf, dat weten mijn ouders ook. Daarom dat ik naar de kunst ben gekomen omdat ja, fotografie dan kan ik, dan ben ik vrij. Moest ik ganse dagen achter een bureaue zitten, dat zou onmogelijk zijn. Denk dat ik na een dag al ontslagen zou zijn..."

(T.)

"...Het zou handig zijn als ik het [ADHD] niet zou hebben want dan zou ik veel gemakkelijker kunnen studeren!..."

(M.)

"...Persoonlijk heb ik geen kind nodig dat negentig op honderd haalt, dat interesseert mij niet. Maar het probleem is dat het kind studeert, een goed cijfer wil halen en dan naar huis komt met zes of zes en een half en dan is hij teleurgesteld. En dat is jammer. En vooral vanuit dat opzicht heb ik dat [Rilatine] gedaan. Voor die teleurstelling weg te krijgen. Want ja, 'ik heb goed gestudeerd mama', maar het komt ongeloofwaardig over want hij heeft maar een zes..."

(Mama R.)

"...Ik denk dat ik bijvoorbeeld heel veel moeite ga hebben om aan de hogeschool of aan de universiteit goeie punten te halen..."

(J.)

"... oké ik kan niet studeren, maar ik zit wel al in het zesde jaar wetenschappen wiskunde en dat is wel al iets bereikt hebben. En als de mensen dan zeggen van 'niet kunnen studeren' dan denk ik van 'ik zit wel al in het zesde'..."

(M.)

"...Mijn droom is eigenlijk om dierenarts te worden, maar dan moet ge universiteit doen en dan moet ge u heel hard kunnen concentreren en ja dan word ik maar dierenartsassistentje e..."

(K.)

Sommige jongeren **weten** naar de toekomst toe ook heel goed **wat ze niet willen**.

"...Mijn papa is zo iemand die veel achter een bureau zit en ik zou dat echt niet tof vinden, om zo mensen te ontvangen achter een bureau. Dat zou ik echt niet willen doen. Ik wil zo later iets doen waarbij ik vrij kan doen, allé da'k mij kan uitleven..."

(T.)

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

6.4.3. Aanvaarden van controle en zelfcontrole

De jongeren **aanvaarden en onderwerpen** zich sterk **aan de controle** door anderen (voornamelijk volwassenen).

“...ze [ouders] denken van zichzelf dat ze daar [gedrag] verkeerd mee zijn omgesprongen. Wat ik fout vind want ze hebben mij altijd heel streng behandeld wat er voor zorgt dat ik nu wel discipline heb...”

(R.)

“...dat heb ik wel nodig, zo iemand dat mij zo even tegenhoudt als ik over de grens ga...”

(T.)

Bovendien gaan de jongeren zichzelf in grote mate controleren door **hun gedrag** te ‘**onderdrukken**’ en door **medicatie** te **nemen** (zie verder). Het gedrag ‘onderdrukken’ is echter wel niet zo evident voor de jongeren.

“... [Interviewer] En hoe voelt het als ge uzelf zo moet inhouden?”

[K.] Lastig. Alsof ge een vulkaan bent die elk moment kan uitbarsten. Het is hetzelfde alsof je een fles cola schudt en de dop tegenhoudt die er op gedraaid zit...”

(K.)

Ze willen bovendien niet ‘anders’ behandeld worden dan andere jongeren omdat ze een diagnose “ADHD” hebben. Ook vooral met het oog op de toekomst, **willen ze “gewoon” behandeld worden**.

“...voor de rest heb ik graag dat ze mij ‘puur’ behandelen. Ik heb zoiets van ‘ik ben ook maar een mens, ik ben ook maar gewoon’. En het is niet omdat ik ADHD ben dat ge mij opeens moet zeggen van dit of dat en dat mijn toetsen makkelijker geworden zijn. Later gaat dat ook niet pakken...”

(R.)

“...Ze behandelen mij als een normaal kind en dat vind ik belangrijk want moesten ze mij milder behandelen dan zou ik daar later ook de gevolgen van zien...”

(T.)

6.4.4. Aanvaarden van de psychiatrische benadering van het gedrag

De jongeren gaan hun **gedrag** voor zichzelf en de buitenwereld sterk **kaderen in de diagnose “ADHD”** en ze verklaren van hieruit ook hun gedrag. Ze aanvaarden dus in sterke mate de diagnose “ADHD” als oorzaak van hun gedrag.

“...het is iets psychiatrisch, en dat accepteer ik wel. Ik stoor mij daar niet aan...”

(T.)

“...Ja ik heb dat nu onder de knie! Als ik iemand nieuw leer kennen, dan zeg ik wel eens van ‘ja ge moet oppassen want ik heb ADHD, dus soms kan ik wel eens druk zijn’...”

(K.)

Hoewel jongeren hun gedrag en zichzelf opvatten als ‘psychiatrisch’ geven ze wel duidelijk aan dat ze **niet “ziek”, “gek” of “abnormaal”, maar gewoon “anders” of “speciaal”** zijn.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

"...sommigen zien dat als ziekte, sommigen zien dat als handicap. Ik zie dat gewoon als iets speciaals dat ge hebt..."

(K.)

"...ik vind dat ze wel niet mogen overdrijven dat ik psychisch gestoord ben doordat ik ADHD heb. Het is totaal niet zo erg bij ADHD... Het is misschien een psychische stoornis maar echt niet zo erg!..."

(M.)

Hoewel de psychiatrische benadering van hun gedrag in sterke mate aanvaard wordt, bestaat er ook wel **enig verzet tegen de werking van psychiaters**. Frustratie bestaat dan vooral over het feit dat psychiaters zich te veel moeite met hun leven en veel te gemakkelijk diagnoses geven omdat ze er 'geld aan zouden kunnen verdienen'.

"...[Interviewer] En moet jij ook geregeld op gesprek [bij psychiater]?"

[R.] Ja, elk jaar! Elk jaar... En ik weet niet waarom! Ik ga daar gewoon om te zeggen 'kijk ja dat is er dit jaar gebeurt, ik ben een keer gebuisd op dit vak, gebuisd op dat vak, ik heb me geamuseerd op vakantie' en ik ben terug naar buiten. En dan praat ze met mijn ma over wat er gebeurd is en dan kijkt ze een keer naar mijn rapport en dan betaalt mijn ma daar tachtig euro voor. En dan heb ik zoiets van 'alé what the fuck? Waar zijn we mee bezig? Hebben we dat nu nodig of niet?' (...) De enige reden waarom we daar naartoe gaan is voor die voorschriften voor relatie. Voor de rest, wat ga je daar gaan doen? Die begint gewoon te praten met u over je leven... En dan moest ik zeggen van 'ja ik heb een lief en ze noemt zo en ze heeft die kleur van haar' en dan heb ik zoiets van 'ja, wat bent ge daar nu mee?'... Alé van weet ge... Dan heb ik zoiets van 'Moet ge haar borstgrootte ook weten anders?'. Wat bent ge daar nu mee? Wat maakt dat nu uit? En dan van 'ja je bent op schoolreis geweest, waar ben je naartoe geweest?' En ik dan: "we zijn naar Parijs geweest, ik heb me één dag lamzat gedronken omdat ik er niet bij had nagedacht". En zij dan van 'Ja dat is de opkomst dan van uw ADHD'... Snap ge? Dat vind ik echt belachelijk tot en met! Da's voor mij zoiets van 'oké ik snap wel dat ze geld moeten verdienen, maar tachtig euro voor zoiets te doen?'. Dat vind ik nutteloos!..."

(R.)

Bovendien wordt aangegeven dat de (psychiatrische) **diagnose het gevoel 'anders te zijn' nog versterkt** waardoor vaak het gevoel van schaamte nog groeit.

"...Hij voelt zich anders dan anderen. En nu plak je dat etiket daarop en dan heeft hij zeker een reden om dat te zeggen..."

(mama M.)

"...Ik denk misschien in de lagere school dat ik dat uit schaamte tegen niemand durfde vertellen. Uit angst dat mensen mij misschien anders gaan bekijken..."

(J.)

6.4.5. Zelfmedicalisering

Vele **nadelen** van medicatie worden aangehaald. De medicatie doet hun interesses en enthousiasme verminderen, 'maakt hun een ander persoon', 'sluit bepaalde kamers in het hoofd af', neemt hun energie weg...

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

"...[over rilatine] Je staat elke ochtend op en je voelt u alsof je de griep hebt. Uw maag is helemaal in de knoop. Je kunt ook niets eten. Je bent misselijk. Je hebt het gevoel dat als je iets eet, je direct gaat overgeven enzovoort. En dus ja, ik werd daar dan depressief van..."

(R.)

"...hij zei van 'dat is precies of dat er hier vanbinnen iets blokkeert'... 'Ik ben een andere T als ik die medicatie neem'..."

(papa T. en L.)

Hoewel men zich durft verzetten omwille van de nadelen van medicatie wordt de **hoop geuit op een andere medicamenteuze 'oplossing' die geen nadelen met zich meebrengt.**

"...Moest het nu gewoon kunnen dat je u kunt concentreren door rilatine zonder dat [slechte] gevoel te krijgen, dat zou heel aangenaam zijn..."

(R.)

"...Bijvoorbeeld gisteren zei hij nog 'mama moest ik een pil kunnen nemen dat ik een jaar goed ben en geen ADHD voel, dan zou ik blij zijn'..."

(mama M.)

Het moeten nemen van medicatie **versterkt**, net zoals de diagnose, **het idee 'anders' te zijn** en het gevoel van schaamte.

"...in het begin omdat iedereen naar mij kwam van 'ADHD is gestoord' en omdat ik pilletjes kreeg elke ochtend, dacht ik echt van 'oké ik ben gestoord, ik ben ziekelijk gestoord gewoon'..."

(R.)

"...Hij zou zich er vroeger voor gegeneerd hebben als we zijn pilletje gaven als de mensen het konden zien..."

(papa T. en L.)

Maar desondanks de nadelige effecten is de medicatie volgens de jongeren **wel iets 'dat ze nodig hebben'**. Een eerste gebied waarop de positieve effecten zich situeren is in het **draaglijker maken van het gedrag voor de omgeving**. Deze omgeving is niet in het minst de school.

"...[Interviewer] En hoe voel jij jezelf bij die medicatie? Voel je je daar beter of slechter door? [K.] Euh, beter want als ik die niet neem, dan merk ik echt... dan loop ik heel gevoelig rond. En dan bij het minste dat ik niet leuk vind, heb ik een woede uitbarsting enzo. En dan kan ik ook niemand verdragen..."

(K.)

Dit vormt echter niet de enige reden waarom de jongeren de medicatie 'aanvaarden'. Evenzeer aanvaarden en vragen de jongeren **medicatie in functie van de schoolse prestaties**. In dit licht lijken de jongeren zichzelf ook te medicaliseren in functie van het verhogen van de schoolse prestaties en de (toekomstige) levenskwaliteit.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

“...Onze R dacht in het begin ‘ja nu heb ik rilatine, nu moet ik niet meer studeren’ maar zo werkt dat natuurlijk niet e...”

(mama R.)

6.4.6. ADHD als deel van de identiteit

Niet enkel het gedrag, maar ook de **diagnose wordt in sterke mate een deel van de persoonlijkheid en de identiteit** van de jongeren. Sommige jongeren bestempelen zichzelf als “lastig” of “gestoord” of “abnormaal” of “anders” door “hun ADHD”. De jongeren kunnen **zichzelf moeilijk los zien van “de ADHD”**.

“...moest ge ADHD van mij afnemen dan zou ik iemand totaal anders zijn. Dus dat is... Ik vind dat belangrijk dat ik dat kan zeggen, ik heb ADHD...”

(T.)

“...Omdat ik meestal zo anders ben dan iedereen. Drukker, positiever, rapper afgeleid. En dan is dat meestal de vraag van ‘wat is dat me u? Hebt jij pepmiddelen genomen ofzo?’. En dan is dat zo van ‘neen ik heb ADHD’...”

(K.)

“...Da’s [ADHD] gewoon een beetje uw algemene gemoedstoestand van wie dat ge bent, da’s uw identiteit een beetje...”

(R.)

“...ADHD dat is geen ziekte, ge wordt daar gewoon mee geboren, dat is iets dat in u zit. En dat zorgt ervoor dat ge meer energie hebt. En dat ge anders bent dan de rest...”

(K.)

“...Ik vind dat belangrijk dat ik dat kan zeggen dat ik dat [ADHD] heb. En dat is zeker iets van mijn personaliteit...”

(T.)

“...Ik zou eigenlijk niet weten hoe het is eigenlijk om geen ADHD te hebben. Want nu vind ik het eigenlijk niet zo erg dat ik ADHD heb. Ik heb daar weinig tot geen last van, tenzij mijn concentratie. Ik denk niet dat ik mezelf kan zien zonder ADHD...”

(J.)

“...Maar ik leef daar [met ADHD] al heel erg lang mee en ik ben dat gewoon...”

(L.)

Sommige jongeren **schamen** zich over “hun ADHD” terwijl anderen er eerder ‘**trots**’ op zijn. Sommigen zien **ook voordelen in “het hebben van ADHD”** en ook wordt **negatief gedrag soms verantwoord “vanuit de ADHD”**. Maar elk van hen aanvaardt het feit “dat ze ADHD hebben” of “ADHD geboren zijn”.

“...Ge kunt de energie die ge hebt in positieve dingen omzetten. Ge kunt bijvoorbeeld als ge wilt gaan sporten al uw energie in het sporten zetten. En dan kunt ge heel veel dingen bereiken die ge wilt. En uw energie kunt ge ook omzetten in doorzettingsvermogen. Dus ge kunt het in heel veel positieve

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

dingen omzetten. En dat is wel leuk..."

(K.)

"...Hier thuis zal hij dat niet zo rap als excuus gebruiken omdat hij weet dat dat niet pakt. Maar we horen dat wel eens van de school als hij eens iets niet netjes afgewerkt heeft, of als hij niet goed opgelet heeft of iets niet goed gehoord heeft... dan 'ja ik heb ADHD, ik kan dat niet zo goed e'..."

(mama K.)

"...wat mij heel veel is opgevallen is dat de ADHD wordt gebruikt als excuus voor slechte schoolresultaten. Als hij er slechte heeft, als, dan is het toch regelmatig dat het wordt gebruikt als 'het is normaal, het is oké want ik heb ADHD'..."

(papa R.)

"...Eens het etiket plakt nemen ze het makkelijk in hun mond e. Als excuus, zeker voor het studeren... Van 'ja mama het lukt mij niet' of ze hebben geen zin om te studeren, maar dat komt dan door hun ADHD (...) Soms is het een excuus ja. Het woord [ADHD] zeggen ze gemakkelijk..."

(mama M.)

"...Het is niet dat ik een wens zou doen van 'ik wil geen ADHD', neen. Voor mij is dat niet zo'n groot probleem..."

(M.)

"...Ik ben veel creatiever als anderen mensen, ik durf vaak ook veel meer initiatief te nemen (...) En ook ik ben veel actiever, kan mij veel meer inleven in dingen, nee dus ik vind niet dat mensen moeten zeggen van ADHD is iets slechts. ADHD, dat heeft zijn negatieve kanten maar dat heeft zeker ook zijn positieve kanten. En ik vind het wel leuk dat ik ADHD heb. Omdat, ja, moest ik geen ADHD hebben dan zou ik ook zo iemand zijn dat zo heel tam is, zo niet te veel zou doen maar nu dat ik dat heb, ja ik vind dat wel, ik zou... allé das raar om te zeggen, maar ik zou het spijtig vinden moest ik het niet gehad hebben..."

(T.)

Hoewel vele jongeren eigenlijk niet goed weten wat het psychiatrisch concept "ADHD" nu juist inhoudt, **vinden ze allemaal dat "zij het echt hebben" in tegenstelling tot vele anderen met een diagnose "die het niet echt hebben"**.

"...Oké ik was wel een geval die het nodig had. Er zijn er veel gevallen die het nodig hebben, maar er zijn ook veel gevallen die ADHD hebben waarvan ik zoiets heb van noem dat dan "passief ADHD" of "passief ADD", waarvan ge zegt van 'kijk die hebben zo weinig daarvan, dat je daar totaal niet naar moet kijken'..."

(R.)

De diagnose ADHD wordt in die zin even sterk een deel van hun persoonlijkheid en identiteit als het gedrag an sich.

6.5. Resultaten : Samenvattend schema

<p>Probleem van het gedrag?</p>	<p>Onderzoeksvraag 1: Welke gedragingen van jongeren met ADHD worden op welke manier een probleem?</p> <ol style="list-style-type: none"><u>Gedrag</u><ul style="list-style-type: none">- Energie en activiteit (bvb. niet stilzitten)- Impulsief- Minder sociaal vaardig- Jonger van mentaliteit- Gebrek aan concentratie- Moeilijk kunnen studeren- Niet gestructureerd kunnen werken<u>De problematisering van het gedrag</u><ul style="list-style-type: none">- Sociale omgang- Thuis- Gedrag op school (bvb. niet stilzitten)- Punten op school- Niet kunnen opletten in klas- Niet kunnen studeren- Problemen tijdens examens- Belemmering deelname "hogere" studierichtingen<u>Problematisering afhankelijk van verwachtingen</u><ul style="list-style-type: none">- Grote verschillen tussen mensen- Belang om ook het positieve van het gedrag te zien- Belang van maatschappelijk verwacht gedragspatroon- Belang van prestatiegerichte samenleving
<p>Macht</p>	<p>Onderzoeksvraag 2: Welke machtstrategieën spelen in de samenleving waardoor het gedrag van jongeren met ADHD een probleem is?</p> <ol style="list-style-type: none"><u>De macht van normaal gedrag</u><ul style="list-style-type: none">- Negatieve reacties op gedrag van volwassenen en leeftijdsgenoten- Sociale voorkeur voor rustigere kinderen- Zoals anderen willen zijn (bij groep horen en behandeld worden zoals andere jongeren)- Sociale vergelijking- Afwijken van normale opvoedingsstrategieën<u>De macht van toekomst en presteren</u><ul style="list-style-type: none">- Medicatie vaak voor studiegerelateerde doeleinden (zeker in examens)- Belang van schoolse prestaties- Nadruk op goede toekomst<u>Expliciete rol van school en leerkrachten</u><ul style="list-style-type: none">- Belangrijke rol in problematiseren gedrag- Diagnose suggereren- Rilatine aanraden- Testen en diagnose door CLB- 'Anders zijn' veelal niet aanvaard- Begrip voor leerkrachten

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

	<ul style="list-style-type: none">- Frustratie omtrent 'mainstream' – gewoon – onderwijssysteem- Lof voor alternatieve onderwijsmethoden- Weinig 'oplossingen' aangereikt door school zelf
	<p>Onderzoeksvraag 3: Waartoe wordt de diagnose ADHD en de behandeling ingezet?</p> <p>1. <u>Vertrouwdheid met de psychiatrische benadering</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Vertrouwen in psychiatrische kennis- Rol van media en literatuur- Vooral diagnose en medicatie; weinig verdere uitleg- Weinig kennis over ADHD- Belangrijk geacht voor medicatie <p>2. <u>Meerwaarde diagnose en behandeling</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Sociale omgang?- Zoeken juiste aanpak- Kadering gedrag- Toegang tot hulp- Begrip en hulp op school- Medicatie en therapie sterk in functie van het schoolse- Rustiger, handelbaarder en aandachtiger- Hyperactieve verminderd- Beter studeren- Gedrag in meer wenselijke richting sturen- Controle mogelijk
Subjectivering	<p>Onderzoeksvraag 4: Waartoe worden jongeren gesubjectieerd, subjectiveren ze zichzelf en welke zelftechnieken hanteren ze?</p> <p>1. <u>Aanvaarden 'normaal-abnormaal' (Abnormaal Subject)</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Erbij willen horen- 'Normaal' willen zijn- Niet steeds passen in maatschappij- Verklaren dat hun gedrag anders zal zijn- Ook omgang mijden met wie niet met hen overweg kan <p>2. <u>De wil tot prestatie (Prestatiegericht Subject)</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Belang van goede toekomst en job- Willen presteren- Goed studeren centraal- Ook weten wat ze <i>niet</i> willen <p>3. <u>Aanvaarden controle en zelfcontrole (Controleerbaar Subject)</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Aanvaarden en onderwerpen aan controle- Eigen gedrag 'onderdrukken'- Belang van medicatie als hulpmiddel- Willen gewoon behandeld worden <p>4. <u>Aanvaarden gedrag als psychiatrische stoornis (Psychiatrisch Subject)</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Gedrag kaderen in diagnose- 'Speciaal' of 'anders' zijn- Toch enig verzet tegen psychiaters- Diagnose kan gevoel anders te zijn versterken <p>5. <u>Zelfmedicalisering (Gemedicaliseerd Subject)</u></p>

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

	<ul style="list-style-type: none">- Nadelen- Hoop op medicatie zonder nadelen- Versterkt ook idee anders te zijn- iets dat ze nodig hebben- Gedrag draaglijker maken- In functie van schoolse prestaties6. <i>ADHD als deel van de identiteit (ADHD-Subject)</i>- Diagnose als deel van persoonlijkheid en identiteit- Schaamte en trots- Ook voordelen van het gedrag zien- Negatief verdrag verantwoord door ADHD- echt ADHD hebben
<p>→ Is neoliberale prestatienorm te herkennen als probleemconstruerende factor voor het gedrag van jongeren met ADHD?</p>	

7. Discussie & Conclusie

Uit de verhalen blijkt dat het gedrag van de jongeren dat een probleem vormt veel meer is dan enkel het drukke, hyperactieve gedrag. Daarnaast blijken impulsiviteit en gebrekkige sociale vaardigheden mee te spelen en bovendien vormen het gebrek aan concentratie, het moeilijk kunnen studeren en het niet gestructureerd kunnen werken een groot probleem. Het gedrag van de jongeren zorgt dan niet enkel voor problemen thuis en in de sociale omgang, maar veelal ook op school waar ze moeilijk kunnen voldoen aan de verwachtingen en veel studiegerelateerde problemen ondervinden. Uit de verhalen blijkt dan ook dat de jongeren niet alleen afwijken van een sociaal verwacht gedragspatroon, maar dat er ook een druk en verlangen bestaat tot goede schoolse prestaties. Tegelijk blijkt dat dit afwijkend gedragspatroon ook niet steeds een probleem hoeft te vormen. Sommige ouders en jongeren geven immers aan dat het gedrag buiten de school geen probleem vormt, maar dat de schoolse prestaties er onder lijden. Aldus zijn ook de slechte schoolse prestaties een belangrijke probleemconstruerende factor. In het belang van een goede toekomst vormen schoolse prestaties een belangrijke reden voor jongeren om de diagnose en behandeling te aanvaarden. Er kan ook gewezen worden op de expliciete rol die scholen spelen in de problematisering van het gedrag. Bovendien blijken in therapie schoolse vaardigheden een belangrijke plaats in te nemen en wordt medicatie heel vaak gebruikt in functie van studiegerelateerde doeleinden. De neoliberale prestatienorm – waarmee de disciplinerende van subjecten geradicaliseerd wordt – is daarmee duidelijk te herkennen in de problematisering van het gedrag.

De jongeren en ouders – vaak geïnformeerd maar ook geïrriteerd door de media – hechten een sterk geloof aan en hebben vertrouwen in de psychiatrische diagnose en behandeling van het gedrag. De meerwaarde van de diagnose en behandeling is divers. Ze gaat van verbeteren van de sociale omgang, kadering van het gedrag, toegang tot hulp, mogelijk maken van controle en beheersbaarheid tot verbetering van de schoolse resultaten en prestaties. De problemen van het gedrag op school, de moeilijkheden bij het studeren, de expliciete rol van de school bij de stap naar een diagnose en de inzet van medicatie en therapie om onder andere de schoolse prestaties te verbeteren vormen argumenten om de aanwezigheid van een prestatienorm in de problematisering van het gedrag te herkennen. Bovendien blijkt dat de jongeren zich niet alleen zien als jongeren die zich anders gedragen dan andere jongeren, maar ook als jongeren die meer moeilijkheden hebben om zich aan te passen aan schoolse verwachtingen en om te studeren. Ze aanvaarden de psychiatrische diagnose en ADHD is voor hen een deel van hun identiteit. Daarbij aanvaarden ze medicatie en therapie niet alleen om zichzelf meer controleerbaar en beheersbaar te maken, maar evenzeer om beter te kunnen studeren en om betere schoolse resultaten te behalen.

In de verhalen van jongeren met ADHD en hun ouders is de aanwezigheid van een – neoliberale – prestatienorm te herkennen als een probleemconstruerende factor voor het gedrag. Ouders, school, leerkrachten en de jongeren zelf ondervinden problemen door het gedrag die gerelateerd zijn aan schoolse verwachtingen en prestatiegerichte studiedoelen. Het gedrag hypothekeert de schoolse prestaties en daarmee de toekomst van de jongere en het gedrag is problematisch in de hedendaagse structuur van massa onderwijs. De neoliberale samenleving en het daarin bestaande competentiegerichte massa onderwijs is daarmee niet los te koppelen van de problematisering van het gedrag van jongeren met ADHD en de inzet van de psychiatrische diagnose en behandeling. In

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

wat volgt probeer ik deze bevinding uit deze masterproef nog te kaderen in de literatuur om de link met het neoliberalisme verder te duiden.

Volgens Graham (2008) kan de exponentiële groei in diagnoses van psychiatrische gedragsstoornissen niet louter toegeschreven worden aan ouders of lobbygroepen. Zeker niet omdat het veelal gaat over kinderen op schoolleeftijd en omdat het vooral leerkrachten zijn die de diagnose “ADHD” voor het eerst voorstellen (Graham 2008; Sax et al., 2003). Het gedrag waarop de diagnose “ADHD” wordt gebaseerd is bovendien gekarakteriseerd door gedragingen die incongruent zijn met deze die wenselijk zijn voor succes in de klasomgeving en dus verbonden met de eisen van scholing (Graham, 2008). De gedragspatronen van jongeren met ADHD zijn vooral problematisch in omgevingen waar een hoge waarde wordt gehecht aan het in acht nemen van regels, voorspelbare gedragspatronen en de bekwaamheid om zich te blijven inspannen bij taken in groepsverband waarbij men moet blijven stilzitten. Doorheen de wereld zijn dit kwaliteiten die vereist worden van scholieren waar sprake is van *massa onderwijs*. Massa onderwijs weerspiegelt een benadering van economische ontwikkeling die deze zelfde karakteristieken voor de massa in de werkplek benadrukt (Cooper, 2001).

De diagnose “ADHD” wordt vaak in de eerste plaats voorgesteld door leerkrachten en niet door ouders (Sax et al., 2003). Een belangrijke factor die hier mogelijk in meespeelt is volgens Sax et al. (2003; Sax, 2001) de verschuiving die de laatste decennia heeft plaats gevonden van een “op spelen gebaseerd curriculum” naar een “meer academisch georiënteerd curriculum” in de kleuterschool en de lagere school. De nadruk ligt vandaag dan ook meer op het kunnen lezen en schrijven en dit kan deels verantwoordelijk zijn voor de toegenomen neiging van leerkrachten om een diagnose “ADHD” voor te stellen. Dit vormt immers voor heel wat kinderen een grote uitdaging en een kind dat onrustig en onaanbachtig is in zo’n klas kan door een leerkracht snel met “ADHD” gelabeld worden terwijl dat kind in feite geen onderliggende psychopathologie heeft, maar veeleer nood heeft aan een curriculum dat meer aangepast is aan de ontwikkeling (Sax et al., 2003; Sax, 2001). Zo hebben jongeren met ADHD ook vaak het gevoel dat leerkrachten veelvuldig het gedrag van jongeren definiëren vanuit hun eigen behoeften en niet vanuit de behoeften van jongeren zelf (Singh et al., 2010).

Het concept ‘mainstream’ zorgt er echter voor dat leerkrachten en scholen bij een ‘one size fits all’ benadering kunnen blijven en in de structurele organisatie van het onderwijs worden leerkrachten dan aangemoedigd om ‘problematische’ leerlingen over te hevelen naar de ‘experten’ van abnormaliteit - zoals dokters, psychologen en psychiaters. “ADHD” is dan een vluchtroute voor scholen en leerkrachten en een middel om het ‘institutionele evenwicht’ te behouden. Bovendien wordt dit versterkt door de onderwijsliteratuur over “ADHD” die de normatieve begrippen van ‘mainstream’, ‘algemeen’ en ‘traditioneel’ onderwijs versterkt (Graham, 2008).

Volgens Verhaeghe (2012b) heeft de neoliberale rationaliteit een (nieuwe) norm en identiteit geïnstalleerd met daarin een (eigen) ethiek. Die nieuwe norm is dan ‘effectiviteit’, het doel is ‘materiële winst’ en de deugd is ‘hebzucht’ (p. 40). Het is aan dit ‘nieuwe’ dwingende verhaal met zijn norm dat de identiteit van individuen zich spiegelt en bij die (nieuwe) identiteit behoort “succes” in sterke mate als het (nieuw) levensdoel (Verhaeghe, 2012a). Daarbij stellen Masschelein en Simons (2007) over het *competentiegerichte* onderwijs en de ‘ondernemende subjecten’ – kinderen en jongeren – dat dit voor *“hen inderdaad niet gepaard gaat met enige druk of dwang; het*

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

is iets dat men wil, of liever, dat noodzakelijk is om te overleven” (Masschelein et al., 2007, p. 417-418). Maar desondanks: “het kijken naar het leren als een voorwaarde van onze vrijheid, betekent het vergeten dat leren zowel effect als instrument is van ons actueel voortgezet liberaal bestuursregime” (Masschelein et al. 2007, p. 418).

Zo stellen ook Davies en Bansel (2007) dat “ *becoming an appropriate(d) neoliberal subject who floats free of the social and takes up responsibility for its own survival in a competitive world, where only the fittest survive, is no easy task”* (p. 258). Aangezien het voor jongeren met ADHD “*no easy task*” is, kunnen de diagnose en de behandeling een “succesvol” middel – een “verantwoorde rationale keuze” - vormen om de *beperkingen* voor deelname aan de prestatienorm te verhelpen waardoor de “(start)kansen” voor het competentiegericht onderwijs van de neoliberale meritocratie “meer gelijk” worden. Vanuit het denken van Foucault over het subject zou dan *een* verklaring gegeven kunnen worden waarom jongeren met ADHD de diagnose en behandeling in grote mate aanvaardden en verlangen in functie van betere schoolse prestaties.

Foucault gaf twee met elkaar verbonden betekenissen aan de term ‘subject’. Ten eerste worden mensen tot ‘subject gemaakt’ in die zin dat ze *tot subject van anderen* gemaakt worden door ‘controle en afhankelijkheid’. Ten tweede worden mensen tot subject gemaakt in die zin dat hun *subjectieve identiteit* - wie of wat ze volgens zichzelf zijn - wordt gemaakt of wordt geproduceerd door gebonden te zijn aan een *specifieke identiteit* via hun ‘bewustzijn of zelfkennis’ (Foucault, 1982). Uit de verhalen van jongeren blijkt dat zij opgevat kunnen worden als neoliberale subjecten die goede schoolse prestaties moeten en willen behalen. Volgens Foucault zou deze (zelf)disciplinerend tot liberaal prestatiesubject dus gebeuren ‘door anderen’ en door zichzelf – via hun subjectieve identiteit. De expliciete rol van school en leerkrachten kan een duidelijk voorbeeld zijn van de manier waarop de jongeren ‘door anderen’ tot liberaal subject gemaakt worden. Aangezien jongeren in sterke mate ook zelf succesvol willen zijn valt ook te herkennen dat zij zichzelf tot liberaal subject maken door gebonden te zijn aan hun subjectieve identiteit – waar de neoliberale prestatienorm, waaraan de identiteit zich spiegelt, zich geïnstalleerd heeft.

Daarnaast zijn er echter enkele problematische gevolgen van het gedrag die niet rechtstreeks door de neoliberale prestatienorm verklaard kunnen worden zoals bijvoorbeeld de problemen in de sociale omgang. Zo kunnen jongeren met ADHD ook problemen ondervinden in het spelen met andere jongeren of kunnen ze zich ook thuis niet adequaat gedragen. Verder onderzoek zou zich hierbij kunnen buigen over de manier waarop het concept ‘spelen’ en de organisatie en structuur van het gezinsleven op zich ook ruimer historisch maatschappelijk vorm gegeven wordt en of dit op zijn beurt al dan niet een invloed heeft in de problematisering van het gedrag.

Hoe dan ook is de neoliberale prestatienorm op te vatten als een probleemconstruerende factor voor het gedrag van jongeren met ADHD en hierdoor zou op verschillende manieren gewerkt kunnen worden om het leven voor deze kinderen draaglijker te maken. De “medische” en “sociale” benadering hoeven in dit licht niet conflictueus, maar – historisch maatschappelijk bekeken – juist complementair opgevat te worden. Ze kunnen elkaar niet negeren en zowel medisch, sociaal als maatschappelijk speelt er iets. Bij de psychiatrische *stoornis* ADHD blijkt uit wetenschappelijk onderzoek zowel iets biologisch en iets contextueels te spelen en bij *het gebruik van die diagnose* kunnen maatschappelijke invloeden – zoals de neoliberale rationaliteit van samenleven – niet genegeerd worden. Cooper (2001) bepleit ook de nood aan een holistische benadering van ADHD

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

waarbij ruimte bestaat voor zowel biomedische, psychologische en sociaal culturele inzichten om ons begrip te verruimen.

In de eerste plaats kan de bestaande psychiatrische benadering via behandeling het gedrag van deze kinderen bijsturen in een meer wenselijke richting. Deze benadering is effectief, heeft wetenschappelijke gronden en wordt door vele kinderen, jongeren en ouders met open armen ontvangen. De effectiviteit en meerwaarde van psychiatrische diagnose en behandeling, neemt niet weg dat daarnaast ook een blik geworpen kan worden op de ruimere maatschappelijke context waarin ook het een en ander aangepakt kan worden. Aangezien de neoliberale rationaliteit van besturen – gouvernementaliteit – vandaag de dag centraal staat – en een duidelijke rol speelt in het problematiseren van het gedrag – en daarmee in het aanvaarden en verlangen van de diagnose en behandeling – is het daar dat ook iets kan veranderen.

De sociale constructie benadering legt ‘het probleem’ in de omgeving – en dus ook de samenleving – maar daarbij gaat ze, volgens mij, voorbij aan het meest essentiële van een samenleving, namelijk wat de mensen daarin drijft om op een bepaalde manier te handelen en alzo vorm te geven aan dat samenleven. Dus kan ze zich volgens mij niet louter blijven richten op ouders, leerkrachten, scholen of zelfs de ruimere organisatie van het onderwijs en maatschappelijke instituties alleen. Zo is het bijvoorbeeld opvallend dat Graham (2006) in haar lezing het neoliberalisme even benoemt als een probleemconstruerende factor – ze heeft het hierbij dan wel over de weerslag die dit heeft op het familieleven doordat ouders meer werken – om uiteindelijk als “oplossing” een “*education system [that] recognises that all children are different and that one-size-fits-all models result in exclusion and disadvantage*” aan te brengen (Graham, 2006, p. 16). Deze “oplossing” gaat dan volgens mij voorbij aan de bestaansreden van dit – competentiegericht – massa onderwijs. Wat dan in de eerste plaats moet veranderen is de samenleving waarin dat onderwijs op die manier georganiseerd wordt. Die – neoliberale – samenleving veranderen zal alleen maar lukken door in de eerste plaats onszelf te veranderen, want de “realiteit” – en de rationaliteit - van die samenleving construeren we zelf. Wij zijn zelf allemaal liberaal – in ons denken en handelen - en het is dan ook vooral daar dat een verandering zal moeten gebeuren (Verhaeghe, 2012a).

Dit neoliberale zal echter niet verdwijnen tenzij het uit ‘ieder van ons’ gaat want het neoliberale is geen externe vijand – wat Verhaeghe “de lege toren” noemt. Mijn stelling is dan dat de toren niet leeg is maar dat we – in het panopticon – eigenlijk juist *allemaal* de toren bemannen. Want net zoals Achterhuis (2011/2010) schrijft zal “*er altijd toezicht en disciplinerende nodig [...] zijn om een vrije markt in stand te houden*” (p. 192). Ik denk dan dat de toren van het panopticon – in de neoliberale rationaliteit – niet leeg is, maar dat ieder van ons er voor een deel zelf gaan inzitten is. Volgens mij is het dan ook dit deel van onszelf waarvan Verhaeghe (2012b) stelt dat “het er weer uit moet”. We zullen zelf uit die toren moeten komen, om in die vrijgekomen – dan pas lege – toren een nieuw verhaal – of nieuwe verhalen - te installeren. Ik stel dat het dat “*neoliberale economische deel*” – het *prestatiegericht* deel - van onszelf is dat er gaan inzitten is en dat daardoor de ruimte biedt om op andere vlakken (religieus, politiek, cultureel...) vrij – uit onze cel – te zijn. We zijn dan slechts op één domein gebonden aan een macht die we vooral zelf voortbrengen en in stand houden – de neoliberale macht om te presteren. Ik denk dat het dan ook juist daarom is dat *het neoliberale “er zo moeilijk uit te krijgen is”* want we zullen zelf uit die toren moeten komen. Volgens mij worden we steeds minder gedisciplineerd en disciplineren we meer en meer onszelf in functie van een

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

prestatienorm, risicomanagement en een succesvolle toekomst. Hiermee is het disciplinerende van Foucault niet weg, maar wordt de mens – in een neoliberale prestatiesamenleving – meer en meer een zichzelf disciplinerend subject. Han (2010/2012) stelde hierbij dat de mens zowel dader als slachtoffer is. Ook Foucault zelf onderzocht in zijn latere werk hoe de mens zichzelf subjecteert: *“Finally, I have sought to study – it is my current work – the way a human being turns him- or herself into a subject”* (Foucault, 1982, p. 208).

Het hedendaagse neoliberale discours met zijn prestatieentaliteit zal niet eenvoudig te veranderen zijn. Volgens mij moeten daartoe in de eerste plaats vele mensen bewust gemaakt worden en bereid zijn daar iets aan te willen veranderen. Foucault ontkende immers niet de mogelijkheid om het discours te veranderen. Hij ontnemt enkel aan het subject het exclusieve en onmiddellijke alleenrecht daarop. Want het subject is namelijk tot stand gebracht – gesubjecteerd - door het apparaat en de discourses van het moment en door de reacties van zijn individuele vrijheid (Veyne, 2010). Daardoor zal het een langdurende en moeilijke – misschien zelfs onmogelijke – opdracht zijn om ook ruimer maatschappelijk iets aan te pakken om het leven voor jongeren met ADHD meer draaglijk te maken.

Het is bovendien een andere discussie of deze maatschappelijke verandering ook effectief nodig is. Maar alvast kan een wisselwerking tussen de maatschappelijke context en het gebruik van de psychiatrische diagnose ADHD niet ontkend worden. De neoliberale maatschappelijke context laat het leven van individuen niet onaangeroerd en het speelt *een* rol in de probleemconstructie van het gedrag en *de keuze voor* diagnostisering en behandeling van ADHD.

Uitgebreider onderzoek naar deze invloeden bij ADHD en andere psychiatrische stoornissen is nodig om het bewustzijn van deze maatschappelijke invloeden op het gebruik van deze diagnoses na te gaan. Bovendien kan soortgelijk onderzoek ook gevoerd worden naar andere – niet psychiatrische – hulpverleningspraktijken en andere menswetenschappelijke kennis. Dit onderzoek toont alvast aan dat er in het leven van jongeren met ADHD een neoliberale prestatieentaliteit te bespeuren valt in de problematisering van het gedrag. Meteen is een beperking van dit onderzoek wel dat alle jongeren uit min of meer goede sociaal economische milieus komen waarin vermoedelijk meer belang aan scholing gehecht wordt. Verder onderzoek zou dan ook een vergelijking kunnen maken tussen jongeren met ADHD met verschillende sociaal economische achtergrond, leeftijd, geslacht... om eventuele verschillen in de problematisering van het gedrag te onderzoeken.

8. Referenties

- Achterhuis, H. (2011). *De utopie van de vrije markt*. Rotterdam: Lemniscaat (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2010).
- Albrecht, G. (2005). *Encyclopedia of disability*. London: Sage Publications.
- Amaral, O.B. (2007). Psychiatric Disorders as Social Constructs: ADHD as a Case in Point. *Am J Psychiatry*, 164(10), 1612-1613.
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M. & Teunissen, J. (2001). *Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Kampen: Stenfert Kroese.
- Bailey, S. (2010). The DSM and the dangerous school child. *International Journal of Inclusive Education*, 14(6), 581-592.
- Barkley, R.A., Cook, E.H., Dulcan, M., Campbell, S., Prior, M., Atkins, M., ..., Gillberg, C. (2002). International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2), 89-111.
- Baumgaertel, A., Wolraich, M.L. & Dietrich, M. (1995). Comparison of Diagnostic Criteria for Attention Deficit Disorders in a German Elementary School Sample. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34(5), 629-638.
- Beresford, P. (2000). What have Madness and Psychiatric System Survivors Got to Do with Disability and Disability Studies?. *Disability & Society*, 15(1), 167-172.
- Bogdan, R. & Biklen, S.K. (1998). *Qualitative Research for Education. An introduction to theory and methods*. Boston: Allyn & Bacon
- Bracken, P., Khalfa, J. & Thomas, P. (2007). Recent translations of Foucault on mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 605-608.
- Breeding, J. (2007). *The wildest colts make the best horses. Defending the development of spirited young people*. Essex: Chipmunkapublishing.
- Broekaert, E. (2009). *Naar een integratieve handelingsorthopedagogiek*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Broekaert, E., Vandevelde, S. & Briggs, D. (2011). The Postmodern Application of Holistic Education. *Therapeutic communities*, 31(1), 17-34.
- Comstock, E.J. (2011). The end of drugging children: toward the genealogy of the ADHD subject. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 47(1), 44-69.
- Conrad P. (1975). The discovery of Hyperkinesis: Notes on the medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

- Conrad, P. & Potter, D. (2000). From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories. *Social Problems*, 47(4), 559-582.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. (1992). The Medicalization of Deviance. In P. Conrad & J.W. Schneider (red.), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness* (pp. 28-37). Philadelphia: Temple University Press.
- Cooper, P. (2001). Understanding AD/HD: A Brief Critical Review of Literature. *Children & Society*, 15, 387-395.
- Crevits, L. (2008). *Neuropsychiatrie*. Gent: Academia Press.
- Curatolo, P., D'Agati, E. & Moavero, R. (2010). The neurobiological basis of ADHD. *Italian Journal of Pediatrics*, 36(1). Geraadpleegd via <http://www.ijponline.net/content/36/1/79>
- Danforth, S. & Navarro, V. (2001). Hyper Talk: Sampling the Social Construction of ADHD in Everyday Language. *Anthropology & Education Quarterly*, 32(2), 167-190.
- Davies, P.B. & Bansel, P. (2007). Neoliberalism and education. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 20(3), 247-259.
- Debusschere, B. (17 maart 2012). Ongezond kapitalisme. Hoogleraar Paul Verhaeghe ontleedt de gevolgen van werken en leven in naam van bedrijfswinst. *De Morgen*, 12-13.
- De Folter, R. (1987). *Normaal en abnormaal. Enkele beschouwingen over het probleem van de normaliteit in het denken van Husserl, Schütz en Foucault*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Denzin N.K. (1998). The Art and Politics of Interpretation. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (red.), *Collecting and Interpreting Qualitative Materials* (pp. 313-344). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Devlieger, P., Rusch, F. & Pfeiffer, D. (2003). *Rethinking disability: The emergence of new definitions, concepts and communities*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Dick, D.M., Viken, R.J., Kaprio, Pulkkinen, L. & Rose, R.J. (2005). Understanding the Covariation Among Childhood Externalizing Symptoms: Genetic and Environmental Influences on Conduct Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 219-229.
- Dix, G. (2009). Foucault en het (neo)liberalisme. *Krisis: Tijdschrift voor actuele filosofie*, 2009(1), 100-103. Geraadpleegd via <http://www.krisis.eu>
- Dorrestijn, S. (2009a). De actuele Foucault: Ten geleide. *Wijsgerig Perspectief*, 49(2), 4-5.
- Dorrestijn, S. (2009b). Filosofie met het eigen bestaan als inzet: Inhoud en actualiteit van Foucaults late werk. *Wijsgerig Perspectief*, 49(2), 30-37.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

- Foucault, M. (1982). Afterword: The Subject and Power. In H.L. Dreyfus & P. Rabinow (red.), *Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics* (pp. 208-226). New York: The Harvester Press.
- Foucault, M. (1984). *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw* (C.P. Heering-Moorman, vert.). Meppel: Boom (oorspronkelijk werk gepubliceerd in 1961).
- Foucault, M. (2010). *Discipline, Toezicht en Straf: De geboorte van de gevangenis* (Vertalerscollectief Historische Uitgeverij, vert.). Groningen: Historische Uitgeverij (oorspronkelijk werk gepubliceerd in 1975).
- Foucault, M. (2010). *The Birth of Biopolitics. Lectures at the Collège de France 1978-1979* (Graham Burchell, vert.). New York: Palgrave macmillan (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2004).
- Foucault, M. (2011). *De moed tot waarheid. Het bestuur van zichzelf en de anderen II. Colleges aan het Collège de France (1983-1984)* (Ineke van der Burg, vert.). Amsterdam: Boom (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2009).
- Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., Epstein, J.N., Barbaresi, W.J., Katusic, S.K. & Kahn, R.S. (2007). Prevalence, Recognition, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161(9), 857-864.
- Gabel, S.L. & Connor, D.J. (2008). Theorizing Disability: Implications and Applications for Social Justice in Education. In W. Ayers, T. Quinn & D. Stovall (red.), *Handbook of Social Justice in Education* (pp. 377-399). New York: Laurence Erlbaum.
- Gabel, S.L. & Peters, S. (2004). Presage of a paradigm shift? Beyond the social model of disability toward resistance theories of disability. *Disability & Society*, 19(6), 586 – 600.
- Graham, L. (2005). Schooling and 'disorderly' objects: doing discourse analysis using Foucault. Paper presented at Australian Association for Research in Education, *2005 Annual Conference, Sydney, 27th November – 1st December*.
- Graham, L. (2006, 30 november). *The Politics of ADHD. In proceedings Australian Association for Research in Education (AARE) Annual Conference Adelaide*. Geraadpleegd via <http://eprints.qut.edu.au>
- Graham, L. (2008). From ABCs to ADHD: the role of schooling in the construction of behaviour disorder and production of disorderly subjects. *International Journal of Inclusive Education*, 12(1), 7-33.
- Han, B.C. (2012). *De vermoede samenleving* (F. Schuitemaker, vert.). Amsterdam: Van Genneep (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2010).

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

- Hawthorne, S. (2010). Institutionalized Intolerance of ADHD: Sources and Consequences. *Hypatia*, 25(3), 504-526.
- Kendall, G. & Wickham, G. (1999). *Using Foucault's methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Krols, N. (2008). Gedragsstoornissen van kinderen zijn een opvoedingsprobleem: "ADHD wordt een levensstijl". *Weliswaar: Welzijns- en gezondheidsmagazine voor Vlaanderen*, 84, 34-37.
- Laufer, M. & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behaviour syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463-475.
- Lemke, T. (2001). 'The birth of bio-politics': Michel Foucault's lectures at the Collège de France on neo-liberal governmentality. *Economy and Society*, 30(2), 190-207.
- Maras, A. & Vermeiren, R. (2008). Aandachts- en gedragsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie: Deel 1 Basisbegrippen* (pp. 547-566). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Masschelein, J. & Simons, M. (2003). De strategie van het inclusieve onderwijsdispositief: Inclusief onderwijs voor exclusieve leerlingen?. In R. Devos & L. Vanmarcke (red.), *Uitsluiting-insluiting: kanttekeningen bij een beleid van sociale integratie* (pp. 89-112). Leuven: Acco.
- Masschelein, J. & Simons, M. (2007). Competentievericht onderwijs: voor wie? Over de 'kapitalistische' ethiek van het lerende individu. *Ethische perspectieven*, 17(4), 398-421.
- McLeod, J.D., Fettes, D.L., Jensen, P.S., Pescosolido, B.A. & Martin, J.K. (2007). Public Knowledge, Beliefs, and Treatment Preferences Concerning Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Services*, 58(5), 626-631.
- Neufeld, P. & Foy, M. (2006). Historical reflections on the ascendancy of ADHD in North America c. 1980-c. 2005. *British Journal of Educational Studies*, 54(4), 449-470.
- Nigg, J., Nikolas, M. & Burt, S.A. (2010). Measured Gene by Environment Interaction in Relation to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(9), 863-873.
- Paavola, S. (2004). Abduction as a logic and methodology of discovery: the importance of strategies. *Foundations of Science*, 9(3), 267-283.
- Palmer, E.D. & Finger, S. (2001). An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Chrichton and 'Mental Restlessness' (1798). *Child Psychology & Psychiatry Review*, 6(2), 66-73.
- Parens, E. & Johnston, J. (2009). Facts, values and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): an update on the controversies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1).
- Geraadpleegd via <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

- Pelham, W.E. & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 184-214.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J. & Rohde, L.A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Polkinghorne, D.E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145.
- Rafalovich, A. (2001). Disciplining Domesticity: Framing the ADHD Parent and Child. *The sociological Quarterly*, 42(3), 373-393.
- Raholm, M.B. (2010). Abductive reasoning and the formation of scientific knowledge within nursing research. *Nursing Philosophy*, 11, 260-270.
- Rietveld, M.J.H., Hudziak, J.J., Bartels, M., van Beijsterveldt, C.E.M. & Boomsma, D.I. (2004). Heritability of attention problems in children: longitudinal results from a study of twins, age 3 to 12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 577-588.
- Roberts, M. (2005). The production of the psychiatric subject: power, knowledge and Michel Foucault. *Nursing Philosophy*, 6, 33-42.
- Root, R.W. & Resnick, R.J. (2003). An update on the Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 34-41.
- Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30.
- Rose, N. (2010). Normality and pathology in a biomedical age. In B. Carter & N. Charles (red.), *Nature, Society and Environmental Crisis* (pp. 66-83). Malden: Wiley-Blackwell.
- Sax, L. (2001). Reclaiming Kindergarten : Making Kindergarten Less Harmful to Boys. *Psychology of Men & Masculinity*, 2(1), 3-12.
- Sax, L. & Kautz, K.J. (2003). Who First Suggests the Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder?. *Ann Fam Med*, 1(3), 171-174.
- Shakespeare, T. (1996). Disability, Identity and Difference. In C. Barnes & G. Mercer (Eds.), *Exploring the Divide* (pp. 94-113). Leeds: The Disability Press.
- Singh, I. (2002a). Biology in Context: Social and Cultural Perspectives on ADHD. *Children & Society*, 16, 360-367.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

- Singh, I. (2002b). Bad Boys, Good Mothers and the “Miracle” of Ritalin. *Science in Context*, 15(4), 577-603.
- Singh, I. (2005). Will the “Real Boy” Please Behave: Dosing Dilemmas for Parents of Boys with ADHD. *The American Journal of Bioethics*, 5(3), 34-47.
- Singh, I. (2008). Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 957-964.
- Singh, I. (2011). A disorder of anger and aggression: Children’s perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Social Science and Medicine*, 73, 889-896.
- Singh, I., Kendall, T., Taylor, C., Mears, A., Hollis, C., Batty, M. & Keenan, S. (2010). Young People’s Experience of ADHD and Stimulant Medication: A Qualitative Study for the NICE Guideline. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), 186-192.
- Smaling, A. (2004). Dubbelzinnigheid of creatieve spanning in de GT-benadering? Een reactie op Paul ten Have. *Kwalon*, 9(3), 15-17.
- Stergiakouli, E. & Thapar, A. (2010). Fitting the pieces together: current research on the genetic basis of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 551-560.
- Swanson, J.M., Flodman, P., Kennedy, J., Spence, M.A., Moyzis, R., Schuck, S., Murias, M., Moriarity, J., Barr, C., Smith, M. & Posner, M. (2000). Dopamine genes and ADHD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 21-25.
- Stevenson, C. & Cutcliffe, J. (2006). Problematizing special observation in psychiatry: Foucault, archaeology, genealogy, discourse and power/knowledge. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 713-721.
- Taylor, E., Dopfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A.,..., Sonuga-Barke, E. (2004). European Clinical Guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(1), 7-30.
- Thapar, A. & Stergiakouli, E. (2008). An overview on the Genetics of ADHD. *Xin Li Xue Bao*, 40(10), 1088-1098.
- Timimi, S., Moncrieff, J., Jureidini, J., Leo, J., Cohen, D., Whitfield, C.,..., Double, D. (2004). A Critique of the International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 59-63.
- Timimi, S. & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, 184, 8-9.

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

- Vanheule, S. (28 februari 2012). *Psychiatrisering en de terreur van het perfecte kind*. Lezing bibliotheek Gent.
- Vanobbergen, B. (2006). "Dadelijk kook hij over lijk een melksoep" De representatie van hyperactiviteit in vrouwenmagazines en praktijktijdschriften voor leerkrachten (1965-heden). *Pedagogiek*, 26(2), 138-156.
- Verhaeghe, P. (2010). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2009).
- Verhaeghe, P. (2012a, 01 februari). Inleveren, voor of tegen het neoliberalisme. *De Wereld Morgen*. Geraagdpleegd via <http://www.dewereldmorgen.be>
- Verhaeghe, P. (2012b). *De neoliberale waanzin. Flexibel, efficiënt en... gestoord*. Paul Verbraekenlezing 2012. Brussel: VUB press.
- Verhesschen, P. (1999). Narrativiteit en narratief onderzoek: de betekenis van het verhaal voor pedagogisch onderzoek. In B. Levering & P. Smeyers (red.), *Opvoeding en onderwijs leren zien. Een inleiding in interpretatief pedagogisch onderzoek* (pp. 276-291). Amsterdam: Boom.
- Verstraete, P. (2004). *Macht en onmacht in het orthopedagogisch werkveld: Foucault en de zorg voor personen met een mentale handicap in de 19^{de} eeuw*. Leuven: Acco.
- Verstraete, P. (2009). Savage Solitude: the problematisation of disability at the turn of the eighteenth century. *Paedagogica Historica: International Journal of the History of Education*, 45(3), 269-289.
- Veyne, P. (2010). *Foucault: De denker, de mens* (H. Oosthout, vert.). Kampen: Klement (oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2008).
- Voet, B. (31 mei 2011). ADHD en relatie: Waar maken we ons druk om?. *Humo*, 3691, 126-131.
- Wester, F. (1987). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.
- Wester, F. (2000). Methodische aspecten van kwalitatief onderzoek. In F. Wester, A. Smaling & L. Mulder (red.), *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek* (pp. 15-40). Bussum: Coutinho.
- Wolraich, M.L., Wibbelsman, C.J., Brown, T.E., Evans, S.W., Gotlieb, E.M., Knight, J.R., Ross, E.C., Shubiner, H.H., Wender, E.H. & Wilens, T. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents: A Review of the Diagnosis, Treatment, and Clinical Implications. *Pediatrics*, 115(6), 1734-1746.

9. Bijlagen



FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Interview jongeren

Algemeen :

Leeftijd, hobbies, wat volg je op school, wanneer diagnose ADHD, ... ?

Diagnose ADHD:

Wie heeft de diagnose gesteld?

Wat is er dan juist gebeurd?

Waarom was die diagnose nodig?

Helpt het om te weten wat je hebt? Geeft de diagnose je meer inzicht in je gedrag? Welk inzicht?
Wat zegt dit over jou?

Heb je veel uitleg gekregen over wat ADHD juist is? Welke uitleg? Van Wie?

Welke vormen van behandeling zijn je voorgesteld? Wat heb je daarvan gedaan?

Neem je medicatie?

Helpt de medicatie?

Hoe voel je jezelf bij de medicatie?

Wat doet die medicatie met jou?

Vind je het goed dat je medicatie neemt?

Doe je nog iets anders dan medicatie nemen?

Reacties op gedrag:

Wat vinden je vrienden, ouders, familie en leerkrachten van je gedrag? Krijg je van hen vaak opmerkingen? Krijg je soms reacties van iemand die je niet kent?

Krijg je vaak negatieve reacties op je gedrag? Van wie? Wanneer?

Wat zijn de plaatsen, situaties of personen... waarbij je geconfronteerd wordt met je gedrag?

Wie spreekt je dan aan op je gedrag?

Wat zeggen ze dan? (positief en negatief)

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

Waarom vinden ze je gedrag een probleem?

Hoe voel je jezelf dan?

Verander je jouw gedrag dan? Of probeer je toch?

Wanneer is je gedrag het grootste probleem? Waar? Waarom is het dan zo'n probleem?

Zijn er mensen die je gedrag leuk vinden?

Wat vinden ze dan leuk?

Wie kan er dus goed omgaan met jou? Wie absoluut niet?

Hoe reageren mensen als je zegt dat je ADHD hebt?

Zeg je dit tegen veel mensen? Waarom zeg je dit wel of niet?

Word je soms onterecht gewezen op je gedrag?

Heb je het gevoel dat je overal aanvaard wordt? Waarom wel of niet?

Word er anders op jou gereageerd dan op andere jongeren? Hoe dan? Vind je dit terecht?

Vind je dat je soms te veel moet presteren? Dat er te grote eisen aan jongeren worden gesteld waaraan niet iedereen kan voldoen?

Worden er voor jou speciale maatregelen genomen bvb op school?

Heb je het gevoel dat jij je vaak moet aanpassen aan anderen? Of passen anderen zich ook vaak aan jou aan?

Ervaringen met ADHD:

Heb je veel negatieve ervaringen met ADHD?

Zijn er goede ervaringen?

Zijn er voordelen aan het hebben van ADHD?

Wat zijn de belangrijkste nadelen volgens jou?

Heb je het gevoel dat het probleem bij jou ligt? Of vind je dat anderen soms toleranter moeten zijn voor je gedrag/voor jou?

Heb je soms het gevoel dat je jezelf in de hand moet houden? Dat je jouw gedrag moet onderdrukken?

Wat vind je hier van? Hoe voel je jezelf daar bij?

Praat je soms met iemand over ADHD? Met wie dan? Wat zeggen jullie dan?

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

Hoe zouden mensen met jou moeten omgaan vind je? Vind je dat er anders met je omgegaan kan worden?

Denk je dat er (in de toekomst) dingen voor jou niet mogelijk zijn omdat je ADHD hebt?

Als je jezelf zou moeten omschrijven, komt ADHD dan in die beschrijving voor?

Als je jezelf zou voorstellen aan iemand nieuw, zou je dan zeggen dat je ADHD hebt? Waarom wel of niet?

Wat is ADHD voor jou? Hoe zou jij dat omschrijven?

Hoe denk je dat de mensen in het algemeen denken over ADHD?

Merk je dat zelf in jouw omgeving?

Vind je jouw gedrag zelf een probleem? Waarom wel of niet?

Vind je het erg dat je ADHD hebt?

Vind je jezelf veel anders dan andere jongeren? Wat maakt je dan anders?

Heb je soms het gevoel dat jouw gedrag meer normaal is en dat van anderen abnormaal?

Gebruik je jouw diagnose soms om negatief gedrag te verantwoorden, goed te praten?

Wat vind je ervan dat over ADHD gesproken wordt als een psychiatrische stoornis?

Zijn er volgens jou veel jongeren met ADHD?

Vind je het moeilijk om er over te praten? Bijvoorbeeld nu met mij.

Hoe zou je ADHD zelf omschrijven?



Interview ouders

Algemene informatie:

- Leeftijd van het kind? Geslacht van het kind? Gezinssituatie? Hobbies? Schoolsituatie?

Deel 1: Voor de diagnosestelling

- Op welk moment merkten jullie dat het gedrag van jullie kind anders was dan dat van andere kinderen ?
- Wat was jullie reactie hierop?
- Wat waren de reacties van de omgeving rondom het kind? School, ruimere familie, leeftijdsgenoten...?
- Zagen jullie dit gedrag toen zelf als problematisch?
- Wat dachten jullie dat de verklaring van het gedrag was op dat moment?
- Hoe reageerde jullie kind op de reacties van de omgeving?
- Had jullie kind veel last van de reacties van de omgeving? Bvb. Uitgesloten worden, kwetsende opmerkingen, negatieve reacties van leerkrachten...
- Kregen jullie zelf (veel) negatieve reacties van de omgeving?

Deel 2: De diagnosestelling

- Wat was jullie motivatie om stappen richting een diagnose te zetten?
- Hoe verliep dit? Wie heeft uiteindelijk de diagnose gesteld?
- Kregen jullie veel ondersteuning in de zoektocht naar hulp en uitleg? En van wie?
- Wat was jullie gevoel toen jullie hoorden dat jullie kind "ADHD" had?
- Wat denken jullie dat je kind voelde? Hoe was zijn/haar reactie?
- Wat werd jullie aangeraden om te doen? Kregen jullie veel informatie over mogelijke behandelingen, oplossingen...?
- Kozen jullie voor behandeling, medicatie...?

Deel 3: na de diagnosestelling

- Zien jullie veranderingen in het gedrag na de diagnose?
- Denken jullie dat de diagnose/het label "ADHD" het zelfbeeld van jullie kind beïnvloed heeft?
- Beïnvloedt de diagnose "ADHD" de interesses, hobbies, motivatie... van jullie kind?
- Is jullie reactie op het gedrag veranderd na de diagnose?
- Zien jullie veranderingen in de reacties van de omgeving na de diagnose?
- Schept de diagnose voor jullie meer duidelijkheid?
- Denken jullie dat de diagnose voor het kind een positieve meerwaarde heeft? En zo ja, hoe?
- Hoe praat jullie kind over zijn/haar gedrag? Spreekt hij/zij vaak over "ADHD"?

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD

- Spreken jullie vaak met jullie kind over “ADHD”?
- Maken jullie of jullie kind geregeld ‘grapjes’ over ADHD of heeft het label eerder een negatieve bijklank?
- Merken jullie soms dat jullie kind de diagnose “ADHD” gebruikt om negatief gedrag te verantwoorden?
- Heeft de “ADHD” een grote invloed op het leven van jullie kind? Bvb. Trekt hij/zij meer op met andere kinderen met ADHD, of juist niet...
- Wat vinden jullie van het beeld dat er in de samenleving bestaat over ADHD?
- Ondervinden jullie en jullie kind veel ondersteuning van de samenleving?
- Wat zouden jullie andere ouders met een kind dat vergelijkbaar gedrag stelt (en geen diagnose heeft) aanraden te doen?
- Wat is volgens jullie ADHD? Hoe zouden jullie dit definiëren?

Van Gedrag tot Probleemgedrag: (De) Constructie van ADHD



Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Vakgroep
Orthopedagogiek

Geïnformeerde toestemming

Hierbij bevestig ik (.....) een aantal afspraken die gemaakt zijn met Maarten Van Drom.

1. Dat het onderzoek persoonlijk aan mij is toegelicht en de onderzoeksopzet en mijn rol hierbinnen mij duidelijk zijn.
2. Dat ik steeds bijkomende informatie kan vragen aan de onderzoeker.
3. Dat ik uit vrije wil deelneem aan het onderzoek en ten allen tijde mijn deelname aan het onderzoek kan stopzetten.
4. Dat we afspreken op een plaats en een tijdstip die voor mij passen.
5. Dat alle gesprekken die op papier komen aan mij terugbezorgd worden.
6. Dat ik steeds het recht heb om stukken te schrappen die niet openbaar mogen worden gemaakt of om zaken aan te passen, aan te vullen, te herformuleren.
7. Dat mijn verhaal volledig anoniem wordt gemaakt en geen enkele naam of plaats nog herkenbaar zijn.
8. Dat ik de toestemming heb gegeven dat mijn verhaal – uitsluitend in het kader van wetenschappelijk onderzoek – naar buiten mag worden gebracht.

Gelezen en goedgekeurd op (datum)

De deelnemer,

..... (handtekening)

Maarten Van Drom,

..... (handtekening)

- 0 Hierbij geef ik eveneens toestemming voor een auditieve opname van de gesprekken, die uitsluitend in het kader van het onderzoek wordt gebruikt.