

ADHD: MBD naar medisch model

Voordracht gehouden door J. Euwema – sociaal kinder- en jeugdpsychiater
voor jeugdartsen d.d. 25 februari 1982 (uiteraard toen nog zonder ADHD...)

Een wetenschappelijk denkmodel is een matrijs die op de werkelijkheid wordt gelegd, teneinde een klein deel daarvan beter te kunnen onderkennen en onderzoeken. Een noodzakelijke reductie, omdat het grote geheel te veelomvattend is en als zodanig niet te bevatten. Alleen middels zo'n welbewuste beperking (annex eenzijdigheid) kan men voldoende diep in een deelgebied doordringen om wetenschappelijke diepgang te bereiken en vooruitgang te boeken.

Nu tonen lang niet alle gangbare modellen zich in dezelfde mate in deze beperking een meester en niet alle dragen ze in dezelfde mate bij aan de wetenschappelijke vooruitgang. In de hier gebruikte indeling, afkomstig van Siegler & Osmond ("Models of madness Models of medicine"- door Miriam Siegler & Humphrey Osmond - goedkope paperback Harper-colophonboek 1976), wordt de instelling van links naar rechts gerekend a.h.w. steeds holistischer, steeds meer 'heel de mens' (liever nog: het cliëntsysteem-als-geheel) op het oog hebbend en steeds minder oog hebbend voor deelaspecten daarvan. Een zienswijze die onvermeld blijft is de systeem-theoretische, niet in de toegespitste vorm van gezinstherapie (die komt wél aan de orde) maar in de holistische betekenis die er tegenwoordig vaak aan wordt gehecht. Dat laatste lijkt iets te maken te hebben met een nieuwe ideologie, die de al-te-(neo-)positivistische reductie afwijst en daarvoor in de plaats de transactie en interactie aanbiedt: het over-en-weer elkaar beïnvloeden van de diverse deelsystemen en van het grootste totaalsysteem dat in het spel is. Het klinkt vaak heel moeilijk en heel diepzinnig, maar men kan zich soms niet aan de indruk onttrekken dat het slechts de nieuwe verpakking is van de oude wijsheid dat alles met alles samenhangt, ja, zelfs dat alles en iedereen van alles en iedereen afhangt.

Koot schrijft op de Bescheurkalender van 27 februari '82 het volgende doordenkertje: "Een menswetenschappelijk boek kan ongelezen blijven als uit het lijstje achterin blijkt dat het oudste geraadpleegde werk uit 1969 dateert". Grapje natuurlijk, denk je dan, stel je voor: er verschijnt steeds meer, niemand die het nog bij kan houden, maar de laatste 13 jaar zullen daar toch zeker de baanbrekende onderzoeken bij zijn geweest die een geheel nieuw licht wierpen op de aloude problemen; ik zal ze misschien over het hoofd hebben gezien maar ze zullen er vast wel zijn geweest. Of was het toch van ver daarvóór dat mij dingen bereikten die mijn inzicht verrijkten? Toen men nog niet het onderste uit de kan wilde hebben, niet álles wilde begrijpen, maar slechts een beetje meer van een beetje minder; toen men nog met minder tevreden was, maar men zich ook minder liet ringeloren door research-puristen die zó zindelijk te werk willen gaan dat ze steriel worden.

0e, 1e en 2e lijn - primaire, secundaire en tertiaire preventie

(Voor de drie vormen van PREVENTIE: zie **bijlage**)

Waar de opstellers van het modellen-schema geen twijfel aan laten bestaan is hun voorkeur voor het 'eigen' medische model en ook daarin wil ik hen graag volgen; want dat de psychiatrie en dús de kinderpsychiatrie thuis hoort in dit model, dat staat voor mij als een paal boven water. Iemand die zich in de beperking een meester wil tonen zal zich om te beginnen bij zijn leest moeten houden, dunkt mij.

Dat die 'leest' de medische is, dat is zeer onlangs nog weer eens overtuigend betoogd door de Amsterdamse hoogleraar klinische psychiatrie F. de Jonghe in zijn inaugurele rede dd. 8 december 1980 onder de titel. "Hoe medisch is de psychiatrie?"

MBD is m.i. vooral daarom het meest gebaat bij het medisch model, omdat dit model niet alleen de beste, maar zelfs de enige mogelijkheid biedt voor vroegtijdige onderkenning en primaire preventie.

Maar voor de verdere behandeling ervan (aan te duiden als tertiaire preventie) kan men beter bij andere modellen te rade gaan, met uitzondering dan van het medicamenteuze (dat overigens niet méér voorstelt dan het bieden van een opening, het scheppen van een gunstig klimaat, voor verderstreckende en niet-medicamenteuze behandelingsvormen). Niet medische modellen zijn, stuk voor stuk, wel in een of andere vorm vertegenwoordigd, zeker op het terrein van de géestelijke gezondheidszorg. Ook daarom verdient een multidisciplinair-veelzijdige variant van het medische model de voorkeur als het om een afwijking als MBD gaat. En eerst in het 2e echelon - de tweede linie van het veld van de gezondheidszorg - is een dergelijke multidisciplinaire variant voorhanden, al is men in het 1e echelon hier en daar druk in de weer, bijv. in wijkgezondheidscentra, om iets dergelijks van de grond te krijgen; maar de tijd zal moeten leren of de afzonderlijke disciplines (als huisarts, wijkverpleegkundige en algemeen maatschappelijk werker) daar al voldoende sterk in hun schoenen staan om een dergelijk fusieproces (want dát is het!) te kunnen doorstaan. En zolang daar nog geen sprake van is, zal de geestelijke jeugdgezondheidszorg uit de 2e lijn ook de voorselecterende taak van de vroegtijdige onderkenning zélf (nog) moeten uitvoeren, er zit niets anders op.

Daarbij komt nog dat er een fikse hoeveelheid gespecialiseerde kennis nodig is om tot een verantwoorde afweging te kunnen komen als het gaat om omstreden zaken als MBD, waarbij zoveel voor velerlei uitleg vatbaar is; en het ziet er beslist nog niet naar uit dat 1e-lijns functionarissen aan 'de kleine problemen van kleine kinderen' voorrang zullen geven als het gaat om bijscholing en nascholing en deskundigheidsbevordering in het algemeen.

Iets anders ligt dit voor de zgn. 0e-lijns jeugdgezondheidszorg: de zorg die ongevraagd en zonder dat er (al) klachten zijn wordt aangeboden door de consultatiebureaus (voor zuigelingen en peuters) en de schoolartsendiensten (vanaf het 4e jaar); hier is al wel, in zekere zin, sprake van multidisciplinaire samenwerking, maar ook voor deze categorie geldt dat de kennis van zaken over een zó breed gebied uitgesmeerd moet worden, dat bij meer complexe problemen (zoals MBD) het echte inzicht en overzicht nogal eens tekort schiet. Nu kan (en moet) daaraan wel iets worden gedaan, bijv. door gerichte kennisoverdracht (door scholing, consultatie of mental health consultation) - zodat in de toekomst zeker de eerste signalering met een gerust hart aan de georganiseerde maatschappelijke jeugdgezondheidszorg kan worden overgelaten. Zolang dit echter nog niet het geval is, zal men deze vroeg-diagnostiek moeten toevertrouwen aan de gespecialiseerde (= geestelijke) jeugdgezondheidszorg in de 2e lijn, door ook in geval van twijfel, als het nog allerminst zeker is of er inderdaad van MBD kan worden gesproken, de gevallen voor nader onderzoek daarheen te verwijzen. Doch dan moet men er wel van op aan kunnen dat daar in die instelling voor ambulante geestelijke jeugdgezondheidszorg het medisch model wordt gehanteerd, want volgens dit model zal die eerste diagnostiek dienen plaats te vinden. Wat verder mag worden geëist van zo'n instelling, is dat men voldoende ervaring heeft opgedaan met voldoende verschillende kinderen, want alleen wie voortdurend veel verscheidene (niet-geselecteerde!) kinderen ziet, kan op verantwoorde wijze de soort differentiaaldiagnostiek bedrijven die hier bedoeld wordt.

Ga je er voorts van uit dat een probleem als MBD complex én ernstig genoeg is om een aanzienlijke research- en preventie-inspanning te rechtvaardigen, dan zul je ook nog moeten bevorderen dat MBD-gevallen dáár terecht komen waar niet alleen goed gediagnosticeerd wordt, doch daarnaast ook op wetenschappelijk verantwoorde wijze geclassificeerd - d.w.z. diagnostisch gerubriceerd volgens een erkend classificatiesysteem. En dit alles wijst onherroepelijk in de richting van de georganiseerde geestelijke jeugdgezondheidszorg, die niet slechts de hulpverlening tot taak heeft, maar ook de dienstverlening en de preventie.

Van de plaatselijke omstandigheden zal afhangen tot welke instelling - J.P.D. of M.O.B. - men zich in concreto moet wenden (als er tenminste nog keus is en men niet samen is opgegaan in één afdeling psychosociale jeugdzorg), maar in de meeste plaatsen is het nog zo dat, in tegenstelling tot wat de naam zou doen vermoeden, het Medisch Opvoedkundig Bureau werkt vanuit het psychoanalytische-, sociale- en/of gezinsinteractiemodel en de J.P.D. toch nog wel overwegend vanuit het medische resp. gezondheidszorg-model.

Diagnostiek volgens medisch model

Hoe verloopt nu zo'n diagnostiek volgens het medische model?

Om te beginnen wordt er geobserveerd (het begin van alle wetenschap) en geconstateerd: 'wat scheelt eraan?' - d.w.z.: wat zijn de klachten, met name van de ouders? (want in ons vak is het meestal zo dat de ouders moeilijkheden hebben mét hun kind en niet het kind zélf komt aankloppen met moeilijkheden), en wat zijn de verschijnselen? (en dat slaat dan niet uitsluitend op waarneembaar gedrag, maar ook op bijv. de moeilijkheden die het kind zélf ondervindt).

Al luisterend en anderszins waarnemend gaan er bij de onderzoeker lichtjes branden die tot denkactiviteit van zijn kant aansporen. Want inmiddels is hij doende het toestandsbeeld dat zich aan hem voordoet, te vergelijken met hem bekende beelden, syndromen genaamd: hij is op zoek naar een consistente analogie met toestanden of processen die als afwijkend zijn onderkend en érkend. Lijkt er sprake te zijn van een dergelijk syndroom, zijn er, met andere woorden, treffende overeenkomsten met één van de beelden uit het differentiaaldiagnostische begrippenkader, dan kan de diagnose verder vorm krijgen (diagnosis wil ook letterlijk zeggen: 'van elkaar onderscheiden', 'als afzonderlijk onderkennen'). Daarbij dienen de volgende vragen zich aan: hoe zou het zijn gekomen, hoe is het ontstaan? (de pathogenese); waarom is het niet overgegaan, waardoor is het blijven bestaan? (de etiologie).

Maar hiermee zijn we dan al op weg naar de 'echte' ziekte-diagnose, d.w.z. op zoek naar oorzaken en andere aanleidingen, iets wat een beetje arts of psychiater nooit zal kunnen laten, ook al wordt dit zoeken lang niet altijd met succes bekroond (in de psychiatrie niet, doch evenmin in de rest van de geneeskunde: zodra ziekten geen geheimen meer bevatten, plegen ze 'uit te sterven' en van het medische toneel te verdwijnen). Meestal moet (en mag) er echter genoeg worden genomen met een zgn. syndroom-diagnose. En syndroom is een groep samenhangende symptomen, een 'samenhang' die op meer moet berusten dan op louter toeval; bijv. de verloopsvorm geldt als een belangrijk kenmerk van samenhang, zeker in de psychiatrie.

MBD nu is een dergelijk syndroom, niets meer en niets minder. Zijn de drie kernverschijnselen aanwezig (ongedurigheid, onoplettendheid en onbeheerstheid) en dat niet van vandaag of gisteren, maar met de zo kenmerkende verloopsvorm die dit syndroom onderscheidt van de reactieve of situatieve of psychogene toestandsbeelden, dan moet met de mogelijkheid van MBD terdege rekening

worden gehouden. Zeker als men bedenkt dat er toch wel iets héél erg mis moet zijn met bijv. de moeder-kind-relatie om de zuigeling al zó de stuipen op het lijf te jagen dat deze daar prikkelbaar, schrikachtig, soms zelfs 'koliekerig' van wordt, of juist het tegenovergestelde: suf, sloom en apathisch. En wat moet de peuter al niet worden aangedaan om deze tot een vrijwel constant ongericht-overbeweeglijk gedrag te drijven, almaar bezig brokken te maken en aandacht te trekken? En, vervolgens, de kleuter tot een zó slechte aanpassing dat deze dadelijk overal uit de boot valt en het schoolkind tot overmaat van ramp nog tot een zeer slechte concentratie en zeer specifieke leerstoornissen... Als dit allemaal al de gevolgen zouden zijn van frustraties of spanningen, dan zouden die oorzakelijke momenten toch op z'n minst zichtbaar, althans: aantoonbaar, moeten zijn!

Maar als er dan bij zo'n persisterend toestandsbeeld en zo'n verloopsvorm niet iets heel grondigs mis is met de ouder-kind-relatie of meer in het algemeen: de gezinssituatie, en de andere kinderen uit hetzelfde gezin niets opvallends vertonen, tja, dan lijkt het toch niet zo onlogisch om in een andere richting de oorzaak te zoeken. Bijvoorbeeld in de richting van de organiciteit, want wie let op analogieën - en dat is immers de kern van de differentiaaldiagnostische denkwijze - kan het niet ontgaan dat zo'n gedragsbeeld als twee druppels water lijkt op de beelden, die zijn beschreven bij (bewezen) cerebraal--organische stoornissen. En dat er op onderdelen hele opvallende overeenkomsten bestaan met de (h)erkende vormen van zware hersenbeschadiging - zoals:

1. spasticiteit - met als voornaamste aangedane functie de motoriek: de coördinatie en 'beheersing' van het bewegingsapparaat (met name het afdempen van overtollige bijbewegingen);
2. zwakzinnigheid - met als voornaamste belemmerde functie de intelligentie: het leer- en denkvermogen (met name het kunnen onderscheiden van hoofd- en bijzaken en het 'ordenen' van zintuig-indrukken en bewustzijnsinhouden);
3. epilepsie - met als belangrijkste gestoorde functie het bewustzijn: de helderheid van geest die voorwaarde is voor opmerkzaamheid en concentratie van de aandacht (en die ook de drift-beheersing mede mogelijk maakt: het alert in-de-hand-houden van de eigen emoties);
4. autisme - met als meest in het oog springende gestoorde functie de contactstoornis: het niet kunnen aangaan en hanteren van medemenselijke relaties (maar meer in het algemeen: het geen greep hebben op een voortdurend veranderende buitenwereld, met als wanhopige reactie daarop het verbeteren vastklampen aan rituelen en stereotypieën die niet veranderen, die doodszelfde blijven. Men zegt wel: 'To change with change is the essence of stability' - de essentie van de psychotische instabiliteit van autisme is dat deze verandering resp. aanpassingsmogelijkheid ten enenmale ontbreekt).

Het klinkt misschien als een 'bewijs uit het ongerijmde', maar het is een welhaast ijzeren wet in de medische (natuur-)wetenschap dat álles kan voorkomen in álle gradaties van zwaar tot licht (een ijzergebrek, een ontsteking en noem maar op; er zijn slechts twee uitzonderingen die deze regel bevestigen: je kunt niet een beetje dood of een beetje zwanger zijn) - dus valt uit het feit dat er zware hersenbeschadigingen bestaan, af te leiden dat er ook lichtere vormen moeten voorkomen. En wat ligt nu meer voor de hand dan daar die toestandsbeelden toe te rekenen die dergelijke treffende (of desnoods iets minder treffende) overeenkomsten vertonen - en die dan ook wel worden samengevat onder de noemer Psycho-Organisch Syndroom (ook een POS dus, zij het een andere dan de pedagogische POS: Problematische Opvoedings Situatie) of (chronisch) Organisch Psycho-Syndroom.

NB: Het bovenstaande 'rijtje van vier' laat ook al dadelijk iets heel merkwaardigs zien, iets wat je het 'grote geheim van de hersenen' zou kunnen noemen, nl. dat zéér ernstige 'cerebral palsy', tengevolge van een zeer aanzienlijke hersenbeschadiging, gepaard kan gaan met een volkomen ongestoord verstandelijk functioneren en (soms) ook omgekeerd: dat zeer zware intelligentiedefecten samen kunnen gaan met opmerkelijk weinig neurologische afwijkingen. In dit licht bezien wordt het wel iets minder raadselachtig (resp. onwaarschijnlijk) dat hele lichte, niet of nauwelijks nog aantoonbare, hersenfunctiestoornissen de 'kleine oorzaken' kunnen zijn van 'grote gevolgen'.

Maar nu dreig ik toch af te dwalen in de richting van het al bij voorbaat vooronderstellen van oorzakelijke verbanden en dat is - heel nadrukkelijk - niet de eerste en belangrijkste taak van een eenvoudige ('voor-selecterende') spreekuuronderzoeker. Die mag zich beperken tot een voorlopige- of een syndroom-diagnose, daarmee wel alvast richting gevend aan behandelingsvormen, doch dat is op zichzelf nog niet zo ingrijpend. Van veel therapievormen geldt nl. 'baat het niet, het schaadt ook niet' - en zo iets geldt bijv. ook voor een proefmedicatie met ritaline. Men noemt dit wel: 'diagnose ex juvantibus': omdat dit middel hielp was het kennelijk die kwaal; voor wie dit wel erg 'trial and error'-achtig in de oren klinkt: een autoriteit als Paul Wender oppert zelfs de mogelijkheid om het MBD-syndroom aan te duiden als 'congenitale hypo-amphetaminemie', oftewel: een aangeboren tekort aan wekaminen in het bloed (in zijn standaardwerk: Minimal Brain Dysfunction in Children).

Dit brengt me nog even op het punt van onder- en over-diagnostisering: men kan in geval van twijfel beter 'onder-diagnosticeren' als de veronderstelde stoornis niet zoveel om het lijf heeft en de eventuele behandeling ervan niet zonder gevaar: het middel zou nl. erger kunnen worden dan de kwaal;

maar men kan met een gerust hart 'over-diagnosticeren' (d.w.z. ten onrechte iets tot ziek of gestoord bestempelen) als de stoornis ernstig genoeg is en de eventuele behandeling ervan veilig genoeg. En dit laatste geldt n.m.m. voor MBD: ik vind MBD ernstig genoeg - juist ook voor wat de secundaire gevolgen ervan betreft: de zgn. 'psychogene bovenbouw' of de erdoor uitgelokte 'psychosociale problematiek' - om voluit voor VTO: VroegTijdige Onderkenning in aanmerking te komen: om op tijd ge-diagnosticeerd en geclassificeerd te worden, liever te vroeg dan te laat. Want van de diagnostiek en de classificatie zal de research het moeten hebben en van die research moet de uiteindelijke primaire preventie het weer hebben. Maar dat is onze zorg en onze zaak verder niet: als eenvoudige 1e of 2e lijnswerkers hoeven wij slechts de bouwstenen aan te dragen (hooguit wellicht in de samengebundelde vorm van een verkennend epidemiologisch onderzoek), in onderzoekslaboratoria wordt daar dan wel op voortgebouwd. Daar mogen we op rekenen, dat mogen we in elk geval hopen.

Wat de classificatie betreft nog even dit: omdat men zelfs de schijn wil vermijden dat men volgens aetiologische criteria zou rubriceren (want daar zijn de meningen altijd geweldig over verdeeld geweest: 'organici' tegenover 'psychoanalytici' bijv.) - is nadrukkelijk gekozen voor een syndroom-indeling, vandaar dat in de I.C.D. (9e versie van de International Classification of Diseases) wordt gesproken van Hyperkinetisch Syndroom en in de Amerikaanse D.S.M. III (Diagnostic Statistical Manual - 3e versie) van Attention (Hyperactive) Deficit Disorder (**ADHD**). Van beiden geef ik de begripsomschrijving die in de bijbehorende 'Glossary' staat vermeld:

ICD - 9

nummer 314: HYPERKINETISCH SYNDROOM BIJ KINDEREN

Stoornissen waarbij de voornaamste verschijnselen bestaan uit korte aandachtsspanning en afleidbaarheid. In de vroegste kinderjaren is het meest opvallende symptoom ongeremde, slecht georganiseerde en geregleerde extreme hyperactiviteit, maar in de puberteit kan dit plaatsmaken voor hypo-activiteit. Impulsiviteit, duidelijke stemmingswisselingen en agressief gedrag komen er ook vaak bij voor. Voorts zien we vaak vertraging in de ontwikkeling van specifieke vaardigheden en gebrekkige en gestoorde (sociale) relaties.

nummer 314.0: Eenvoudige stoornis van activiteit en aandacht; hyperactiviteit. Gevallen waarbij de hoofdsymptomen gevormd worden door: korte aandachtsspanning, afleidbaarheid en over-activiteit, zonder dat er sprake is van belangrijke gedragsstoornissen of vertraagde ontwikkeling van specifieke vaardigheden.

nummer 314.1: Hyperkinesie met ontwikkelingsachterstand. Gevallen, waarbij het hyperkinetisch syndroom gepaard gaat met spraakachterstand, onhandigheid, leesstoornis of andere vertraagde specifieke vaardigheden. Hyperkinetische ontwikkelingsstoornis. Ter aanvulling moeten eventuele neurologische condities op de juiste plaats worden gerubriceerd.

nummer 314.2: Hyperkinetische gedragsstoornis. Gevallen, waarbij het hyperkinetisch syndroom gepaard gaat met duidelijke gedragsstoornissen maar zonder ontwikkelingsachterstand.

DSM-III

nummer 314: ATTENTION DEFICIT DISORDER with HYPERACTIVITY (**ADHD**)

Het kind vertoont voor zijn of haar mentale- en kalenderleeftijd verschijnselen van ontwikkelingsinadequate onoplettendheid, impulsiviteit en hyperactiviteit. Deze verschijnselen moeten zijn gesignaleerd door volwassenen in de omgeving van het kind, zoals ouders en onderwijzer. Omdat de symptomen wisselvallig zijn, hoeven ze niet rechtstreeks door de medische onderzoeker geconstateerd te zijn. Als de mededelingen van ouders en onderwijzers elkaar tegenspreken, moet het meeste gewicht worden gehecht aan die van de leerkrachten, omdat deze beter op de hoogte zullen zijn van de leeftijdsnormen.

De verschijnselen verergeren in situaties die zelfbeheersing en je-best-doen vergen, zoals in de klas; en kunnen verdwijnen als het kind zich in een nieuwe of in een één-op-één-situatie bevindt. De gespecificeerde kwantificering van de symptomen gaat op voor de leeftijd van 8-13 jaar; bij jongeren zijn de verschijnselen vaak veelvuldiger en ernstiger, voor ouderen geldt het omgekeerde.

A Onoplettendheid. Tenminste drie van de volgende verschijnselen:

- 1) maakt vaak niet af waaraan hij of zij is begonnen;
- 2) schijnt vaak niet te luisteren;
- 3) gauw afgeleid;
- 4) heeft moeite zich te concentreren bij schoolwerk of op andere taken die concentratie vergen;
- 5) kan zich moeilijk bij een spelactiviteit houden.

B Impulsiviteit. Tenminste drie van de volgende verschijnselen:

- 1) doet vaak iets zonder eerst na te denken;
- 2) springt van de hak op de tak (van de ene activiteit op de andere);
- 3) kan moeilijk het werk organiseren (en dit niet als gevolg van verstandelijk onvermogen);
- 4) heeft voortdurend toezicht nodig;
- 5) vraagt veel aandacht in de klas;
- 6) kan niet de beurt afwachten bij spelletjes of in groepssituaties.

C Hyperactiviteit. Tenminste twee van de volgende verschijnselen:

- 1) rent extreem ongedurig rond of klimt overal bovenop;
- 2) moeite met stilzitten of zit steeds te wiebelen;
- 3) kan moeilijk op de plaats blijven zitten;
- 4) is overbeweeglijk tijdens de slaap;
- 5) is altijd druk in de weer, als door een motor 'voortgedreven'

D Begin vóór de leeftijd van 7 jaar.

E Duur tenminste 6 maand.

F Niet een gevolg van schizofrenie, een emotionele stoornis of ernstige (of diepe) mentale retardatie.

De patiëntenrol pleit vrij van 'schuld'

Aan het medisch-diagnostische proces, zoals tot nu toe kort omschreven, dient altijd één belangrijke vraag vooraf te gaan, nl.: "Is het wat of is het niets". En die vraag kan natuurlijk ook worden beantwoord met: "Nee, het is niks" - en dan 'niks' in de zin van: niet behorend tot het terrein van de gezondheidszorg. Zodoende is elke medische diagnose tegelijkertijd een toelatingscriterium voor de gezondheidszorg en houdt het in de toekenning van de patiëntenrol (of in de preventieve gezondheidszorg: van de pré-patiëntenrol of 'at-risk'-rol).

Het spreekt vanzelf dat hier de grootste zorgvuldigheid geboden is en een voortdurende bezinning op wat nog wel als 'normaal-gezond-gemiddeld' is te beschouwen en wat niet meer. En opvoedings- of leer-moeilijkheden 'zonder meer' behoren zeker niet tot het gezondheidszorgterrein, zelfs liever niet tot het voorportaal van de huisarts te worden toegelaten, daar zijn wel andere en betere beoordelaars én voorzieningen voor.

Echter: bij een meer preventieve oriëntatie - en die hoort artsen in de maatschappelijke jeugdgezondheidszorg evenzeer eigen te zijn als de kinderpsychiaters in de ambulante géestelijke jeugdgezondheidszorg - zal men bij twijfel de balans toch veelal liever laten doorslaan naar de kant van het zojuist genoemde 'over-diagnosticeren' dan dat men te lang aarzelt om iets als afwijkend te (h)erkennen. Die leermoeilijkheden kunnen bijv. het begin zijn van faalangst, gebrek aan zelfvertrouwen, zwak zelfgevoel, tot complete minderwaardigheidscomplexen en depressies toe - en vandaar dat ook zo'n niet-medisch klinkende klacht, die het begin van veel ellende kan zijn, 'voorzorgers' wel degelijk een zorg zal zijn.

Nu heeft dit argument allengs wel aan overtuigingskracht ingeboet en te vaak gefungeerd als wegwijzer naar de weg van de minste weerstand. Kinderpsychiaters en aanverwanten hadden eigenlijk allang uitgezocht moeten hebben welke kinderen in het bijzonder kwetsbaar zijn en in welke omstandigheden, hoe je iemands draagkracht kunt inschatten en hoe de 'keus' van een bepaalde stoornis tot stand komt (want dat zijn nog steeds de twee meest intrigerende vragen: waarom het ene kind wél gestoord raakt en het andere, bijv. uit hetzelfde gezin, niet; en waarom een bepaald kind meer tot die bepaalde stoornis neigt en niet tot een andere, die minstens zo voor de hand had gelegen). En die kennis, die wetenschappelijk getoetste ervaring, hadden ze door moeten geven aan de 1^e- en 2^e-lijns jeugdgezondheidszorgers, zodat die daaraan hun (voor)selectie-criteria hadden kunnen ontleenen.

Maar om terug te komen op de (pré-)patiëntenrol:

kan deze 'rol' wél worden toegekend, dan betekent dit volgens Parsons:

- a. de patiënt is niet aansprakelijk voor zijn toestand;
- b. de patiënt is vrijgesteld van bepaalde verplichtingen;
- c. de patiënt is tot op zekere hoogte gerechtigd zich afwijkend te gedragen;
- d. de patiënt is verplicht competente hulp te zoeken.

Pleit dit het kind - in geval van een MBD-diagnose bijv. - al in belangrijke mate vrij van schuld, de ouders, die zich veelal heel wat schuldiger voelen dan het kind, krijgen hiermee ook een soort 'ontslag van rechtsvervolging'. Want laten we elkaar en onszelf vooral niks wijs maken: hoe goed en wetenschappelijk waardevrij we het zelf ook zullen menen, bij de toch al op scherp staande en zeer tot zelfverwijt geneigde ouders, komen ook hele zakelijke vragen naar de onderlinge relaties en gezinsverhoudingen vaak over als regelrechte aantijgingen: dáár wordt speciaal naar gevraagd, dús daar zal het wel aan liggen, dat had men trouwens zélf ook allang gedacht. Dat is dat nare neveneffect van al die goedbedoelde oudervoorlichting geweest, van Spock c.s. in het voetspoor van Freud c.s., dat intussen tot in de verse uithoeken van de wereld de opvatting is doorgedrongen dat het wel aan de ouders resp. het gezin zal liggen als er iets (mis) is met het kind. Als dit ook inderdaad de nare naakte waarheid is, moet het misschien ooit gezegd worden (hoewel: zelfs dan is het nog maar de vraag, zelfs dan kan het eerder schaden dan baten...), met het doel verbetering te bewerkstelligen; een ánder doel heiligt dit middel zeker niet: bijv. niet het doel om algehele eerlijkheid en openheid te betrachten; alleen als er een door alle partijen gewenst en voor alle partijen wenselijk positief resultaat van valt te verwachten, mag de harde 'waarheid' (maar daar moet men dan wel heel zeker van zijn!) worden gezegd, in alle andere gevallen moet het niet gezegd en ook liever niet gesuggereerd worden. In een tijd dat zgn. directieve therapieën zich in een bedenkelijke populariteit mogen verheugen, vooral bij ongeduldige beginnelingen die snel resultaat willen zien, mag dit nog wel eens extra worden benadrukt.

En je maakt echt hele gekke dingen mee op dit gebied: Voor wie zich afvroeg of autisme wel in het eerder genoemde rijtje van zware hersenfunctiestoornissen thuishoorde, ook voor deze afwijking (waarvan je met een variant op wat Vestdijk eens zei over zijn ziekte, de vitale depressie, zou kunnen zeggen: "Mijn God en een áfwijking is het!") geldt dat zonder enige twijfel (!) aan een cerebraal-organische 'oorzaak' oneindig veel meer gewicht moet worden gehecht dan aan welke psychogene factor ook (tussen haakjes: het feit dat autisme in zeer veel gradaties van ernst vóórkomt, is op zich al een aanwijzing voor die vooral organisch genese, evenals de jongens/meisjes-verhouding van 3:1).

Maar nog steeds worden ouders van autistische kinderen tot diep in hun ziel gekrenkt door zgn. deskundigen die niet beter weten en die met de beste bedoelingen bezielde toch iets beschuldigends in hun blik of houding krijgen als ze op zoek zijn naar die veronderstelde ouderlijke kilte of ambivalentie of verwaarlozing of 'dubbele-binding' of hoe het mag heten, daarmee een klassieke 'dubbele boodschap' uitzendend waarmee die arme mensen geen kant uit kunnen, waar ze zelfs niets tegen in kunnen brengen. Ik ben wel eens bang geweest dat ik nog mee zou moeten maken dat ook ouders van zwakzinnigen een zelfde lot ten deel zou vallen, maar gelukkig lijkt de wal het schip te keren: het gezonde verstand het te winnen van de ideologische verblindings.

Dat is juist de onschatbare waarde van een concept als MBD, dat daardoor vaak een opening wordt geboden die een overtuigend en aanvaardbaar beroep mogelijk maakt op de ouders om tot een andere en betere aanpak te geraken; want laat ook daar geen misverstand over bestaan: de aanpak door ouders en anderen is voor een MBD-kind nóg belangrijker dan voor een gewoon kind en de kunst is om hiervoor samen een 'gebruiksaanwijzing' te vinden. De constatering van een organische oorzaak is zodoende geen dooddoener, geen etiket waarmee de zaak wordt afgedaan, maar hooguit het goede begin dat het halve werk is: de andere helft heet opvoedkundige aanpak!

Gebruik en misbruik van diagnostische etikettering

Wat ik hiermee wil zeggen is dit: als er niet in feite zoiets zou bestaan als een lichte hersenfunctiestoornis of MBD, dan zou het vandaag nog moeten worden uitgevonden! En zou een hele slimme onderzoeker er al in slagen om te bewijzen dat er zoiets echt niet bestaat (en zo'n onderzoeker moet dan wel onvoorstelbaar slim zijn, want zoiets is bijna ondenkbaar) en dat die hele MBD-hypothese (en meer is het immers niet, zolang we geen kinderhoofdjes kunnen openen en geen kinderhersentjes pathologisch-anatomisch kunnen onderzoeken) naar het rijk der fabelen moet worden verwezen, dan nóg zou ik graag met de ouders van deze ongedurige, onoplettende, onbeheerste en vaak onuitstaanbare kinderen blijven omgaan alsof het wél waar was, dat met die hersenen en zo, dan desnoods maar samen verder in dit fabeltje gelovend 'for better and worse'...

De eerlijkheid gebiedt dit even heel persoonlijk en heel subjectief voorop te stellen. Want laten we wel wezen: voor hoe wetenschappelijk we onszelf ook houden, de 'harde' praktijk van hulpverlener is allerm minst hard maar boterzacht en dat heus niet alleen in onze zachte sector. Zacht in de zin dat harde feiten nauwelijks bestaan, omdat er zo eindeloos veel factoren mee kunnen spelen in elk individueel en uniek geval dat bijna niet is uit te maken waar meer en waar minder invloed aan moet worden toegekend; maar ook zacht voor wat de beoordeling en de behandeling betreft: hoe vaak laten we ons niet leiden door andere dan strikt wetenschappelijke motieven, of misleiden door blinde vlekken? Zelfs zoiets triviaals als gebrek aan tijd kan een bedrieglijke rol spelen: wat is het niet verleidelijk om even een snelle diagnose bij de hand te hebben zodat je het onderzoek kunt afbreken en op een geschikter tijdstip voortzetten, na bijv. een voorlopig behandelingsplan te hebben voorgesteld. Dat is - tussen haakjes - het enige punt waarop ik het eens ben met die 'aankomende artsen' (zoals ze werden aangeduid) van de Vrije Universiteit van Amsterdam, die de euvele moed hadden MBD tot een mythe te verklaren vóór ze zelf ooit een MBD-kind 'in het wild' hadden gezien (je moet je zoiets eens even voorstellen bij bijv. ziektebeelden als cara of kanker, die toch ook niet uitblinken in eenvormigheid en in duidelijkheid voor wat de etiologie betreft: dat in Medisch Contact studenten een heus artikel zouden mogen schrijven waarin ze deze begrippen tot gevaarlijke nonsens zouden verklaren...) - nl. in hun kritiek op het mogelijke gemak waarmee zo'n MBD-etiket even kan worden uitgedeeld op een huisartsensprekkuur: ook ik vind dat dát niet zou moeten mogen, want wil je een omstrede diagnose als MBD au-serieux nemen, dan zul je toch tenminste moeten zorgen voor een verantwoorde diagnostiek door deskundigen die er voldoende van af weten om er genuanceerd mee om te gaan.

Zelf heb ik me er wel eens op betrappt dat ik liever de diagnose MBD niet stelde dan wel, omdat ik voor mijn gevoel een beetje de naam kreeg een eenzijdige belangstelling te hebben voor de somatiek en niets is een oprechte kinderpsychiater minder welkom: zeker als je geen orthodoxe Freudiaan bent, moet je zelfs de schijn vermijden dat je meer belangstelling zou hebben voor de lichamelijke dan voor de psychische aspecten. Maar juist daarom: omdat niets menselijks ons vreemd is, onze geest wel heel gewillig maar soms een tikje zwak, is het zaak een vraagstuk als hersenfunctiestoornis zo wetenschappelijk en gedisciplineerd mogelijk te benaderen, in de geheel eigen traditie van onze medische discipline, dus volgens het zgn. medische model.

Om echter dit model goed te kunnen begrijpen, als 'exclusief' t.o.v. andere modellen, is het wellicht raadzaam eerst nog eens op een rijtje te zetten van welke denkmodellen nog meer kan worden uitgegaan, modellen die stuk voor stuk op het warrige terrein van de geestelijke gezondheidszorg welig tieren. Die wildgroei, want zo mag je het rustig noemen, is m.i. het gevolg geweest van het al te innig omarmen van het multidisciplinaire teamwork, in een hele riskante tijd, nl. vlak voor de democratiseringsbeweging op gang kwam; werd aanvankelijk nog onbekommerd gedacht in termen van 'hulp-

krachten' van de psychiater, die vanzelfsprekend centraal stond in de geestelijke gezondheidszorg (ook bijv. op de M.O.B.'s, waar toentertijd de kinderpsychiater nog de 'onbetwiste' medische leider was, al had de P.S.W. of psychiatrisch sociaal werkster het in feite ook voor het zeggen), al gauw werd ieders inbreng gelijkwaardig geacht, ieders verantwoordelijkheid even groot, met als voor de hand liggend gevolg van de toenemende emancipatietendens dat vooral de traditionele suprematie van de medicus op de tocht kwam te staan. En in de psychiatrie stond de dokter toch al niet zo stevig op zijn voetstuk, zéker niet in de ambulante sector ervan en al helemaal niet (meer) toen het daar steeds meer ging over psychosociale (en zelfs levens-)problemen en steeds minder om de aloude psychopathologie, dus ging die autoriteit als eerste voor de bijl. Momenteel is het zó dat op plaatsen waar het beleid wordt bepaald, soms nauwelijks nog 'een dokter in de zaal' te vinden is (dat daarvoor o.a. als argument wordt gebruikt dat hij daar te duur voor is: 'uit de markt geprijsd' - zoals dat heet) en dat de meeste psychiaters in de geestelijke gezondheidszorg zich voornamelijk onledig houden met tijdrovende en intensieve behandelingen, waarmee ze overigens tevens onschadelijk zijn gemaakt: vanuit die therapieruimten kunnen ze verder niet meer zoveel kwaad, hebben ze verder niet meer zoveel in te brengen.

Ook deze ontboezeming heeft wel degelijk te maken met het MBD-probleem. Ik denk nl. dat dokters er wel van verdacht worden dat ze weer met dit soort somatische stoornissen op de proppen komen om het verloren terrein terug te winnen. Zoiets is nl. vaker voorgekomen: ook bij de achterhoede-gevechten rond de zwakzinnigenzorg, toen die steeds meer werd ingelijfd bij de welzijnszorg en 'ontvreemd' aan de medisch-psychiatrische zorg, ook toen werden regelmatig dit soort argumenten vernomen. Daarom verbaast het me niet als er soms een wat wantrouwende wrevel ontstaat als een arts de indruk wekt via de diagnostiek 'landverovertje' te willen spelen. En mócht dit inderdaad eens het geval zijn, mag dit, wat mij betreft, ongenadig worden ontmaskerd en afgestraft. Maar het zou toch wel bijzonder kortzichtig zijn om hiermee de zaak af te doen en de ogen te sluiten voor het onloochenbare feit dat overal ter wereld enigerlei vorm van 'hersenfunctiestoornis' of chronisch organisch psycho-syndroom of psycho-organisch syndroom overeind is gebleven, tegen veler bedenkingen in. In feite vooral vanaf de eerste wereldoorlog, die een scala van locale hersenbeschadigingen opleverde (oorlogen zijn wel vaker heel leerzaam gebleken voor de medische wetenschap, dat valt niet te ontkennen) en die bovendien gevolgd werd door een zeer ernstige griep epidemie en als complicatie daarvan een epidemie van encephalitis lethargica, met als resttoestand nogal eens een diffuus soort hersenbeschadiging met diffuse gedragsstoornissen, zoals hyperkinesie, afleidbaarheid, emotionele labiliteit en asociale gedragingen.

Ordering en rangschikking van dit soort symptomen geeft dan bijv. de volgende rubricering te zien die, niet toevallig, treffende overeenkomsten vertoont met het eerder genoemde rijtje zwaardere hersenfunctiestoornissen:

1. *Motoriek*

- overbeweeglijkheid; - stunteligheid (gebrekkige coördinatie); - onwillekeurige (mee-)bewegingen.

2. *Cognitieve functies* (annex: concentratie)

- chaotisch gedragspatroon (o.a. onnadenkendheid); - onvoldoende onderscheidingsvermogen;
- leerstoornissen (vooral dyslexie); - korte aandachtspanningsboog; - concentratiezwakte (incl. 'dromerigheid' - 'afwezigheid').

3. *Ongecontroleerd gedrag en emotionaliteit*

- onvoldoende impulscontrole; - emotionele labiliteit; - lage frustratietolerantie; - vaak ook zindelijkheidsproblemen, 'accident-prone'-zijn e.d.

4. *Sociale interacties*

- agressiviteit; - dwingerigheid; - opgaan in eigen wereldje (evt. perseveraties en stereotypieën).

Doch dit dus helemaal in het kader van het analogie-denken van het medische differentiaal-diagnostische denkraam. We gaan nu na hoe er ook anders tegenaan gekeken en over gedacht kan worden.

Het gehandicapten-model

Het meest verwant met het medische model is het *'invaliditeitsmodel'*, ook wel *'gehandicapten-model'* genoemd. Maar het verschil is dat hierbij wordt uitgegaan van een onherstelbare afwijking, waarvoor geen genezing behoeft te worden nagestreefd (en vaak ook aan preventie niet zoveel aandacht wordt besteed, ook al is volgens de titel van een bekend boekje over de zwakzinnigenzorg "voorkómen beter dan niet-genezen"), vandaar dat de aandacht vrijwel uitsluitend uitgaat naar de revalidatie: het leren-leven met de handicap. Nu geldt dit laatste ook wel in aanzienlijke mate voor MBD, dát kan helaas niet meer worden ontkend. In tegenstelling tot wat vroeger ouders en kind naar beste weten werd voorgespiegeld: "na de puberteit komt alles op z'n pootjes terecht", hebben nieuwere onderzoeken aangetoond dat het zelden of nooit helemaal over gaat. Wat wél gebeurt is dat de verschijnselen verschuiven qua belangrijkheid en zodoende verhoudingsgewijs minder zwaar gaan wegen: zoals dat stilzitten en opletten, waaraan na de schooljaren minder zwaar wordt getild; of de impulsiviteit en onbeheerstheid die je je als volwassene - vreemd genoeg - soms beter kunt permitteren dan als wat ouder kind.

Nu moet hier wel onmiddellijk aan worden toegevoegd dat zo'n wat sombere prognose vaak meer afhangt van het kwaad dat al is aangericht door de handicap, dan van de stoornis-als-zodanig; bijv. de schoolachterstand die is opgelopen (en het flink beneden je niveau functioneren kan minstens zo moeilijk zijn als het boven je verstandelijke stand moeten zien mee te komen), of de sociale geïsoleerdheid die is ontstaan (of in bepaalde buurten minstens zo erg: het zich al te gretig op sleeptouw laten nemen door verkeerde vriendjes - en die bestaan écht! - en zich dan als onnadenkende en vaak naïeve meeloper voor de gevaarlijkste karretjes laten spannen, met alle gevaren en gevolgen van dien) en last but not least: de gestoorde relatie met de ouders die welhaast niet uit kan blijven, zeker niet als de storende (irriterende!) MBD-handicap niet tijdig werd onderkend en als zodanig 'ontkracht' (onschadelijk gemaakt, in letterlijke zin).

Helemaal binnen dit invaliditeitsmodel past natuurlijk de eerder genoemde zwakzinnigenzorg. In de zwaardere vormen is zwakzinnigheid veelal gevolg van aangeboren of perinataal ontstane afwijkingen (en in die vormen vallen de eventuele lichte hersenfunctiestoornissen nogal eens weg tegen de zware stoornissen die aan de oligofrenie ten grondslag liggen), in de lichtere vormen van zwakzinnigheid is er eerder sprake van erfelijke tekorten en/of omgevingsinvloeden (zoals sociale deprivatie en achterstandssituaties); maar in die lichtere vormen, aan te duiden met debiliteit, komt wel degelijk als bijkomende afwijking de MBD voor en dan nogal eens in een verschijningsvorm die er niet om liegt: bij de betrekkelijke IK-zwakte en structuurloosheid van de debiliteit voegt zich dan nog eens de 'structopathie' van de MBD en dat kan een zeer chaotisch en niet zelden zeer gevaarlijk gedragspatroon opleveren. Doch dit is dan toch wel een 'toevallige samenloop van omstandigheden' (zij het nu ook weer niet zó toevallig...), want zeker in de oorspronkelijke definitie van 1966 wordt het MBD-syndroom nadrukkelijk los gezien van intelligentietekorten van welke graad ook: "De term MBD heeft betrekking op kinderen van vrijwel gemiddelde, gemiddelde of boven-gemiddelde intelligentie, met bepaalde leer- en gedragsmoeilijkheden van licht tot zwaar, die in verband worden gebracht met afwijkingen van het CZS (Centraal ZenuwStelsel); deze afwijkingen kunnen zich manifesteren in diverse combinaties van stoornissen in de waarneming, opvatting, taal, geheugenfunctie, aandachtsconcentratie, impulscontrole en coördinatie van de motoriek; deze afwijkingen kunnen gevolg zijn van genetische variaties, biochemische ontregelingen, perinatale hersenbeschadigingen of andere stoornissen of ziekten gedurende de eerste levensjaren, die bijzonder kritisch zijn voor de ontwikkeling en rijping van het CZS, of van onbekende genese."

De vraag is of die nogal radicale scheiding van beide probleemgebieden wel zo gelukkig is geweest, voor beide partijen. Want wie weet was juist door diepgaande bestudering van de zware hersenbeschadigingen meer duidelijk geworden over het ontstaan en de gevolgen van lichtere beschadigingen én hoe beiden te voorkómen, wat het uiteindelijke doel dient te zijn van elke medische research. Maar de wetenschappelijke belangstelling is juist naar de andere kant verschoven: van de artikelen gewijd aan hersenbeschadiging en leerstoornissen ging in de jaren '41-'45 nog 82% over geretardeerde kinderen, in de periode '66 -'70 was dit percentage gedaald tot 16%: vervult de grootste aandacht ging toen uit naar de normaal-intelligenten, de verstandelijk beperkten waren zo goed als uit het zicht verdwenen. Ik ken de toedracht niet van het onderzoekje dat tot deze cijfers heeft geleid, maar vraag me af of er ook niet een ándere reden zou kunnen zijn voor deze verschuiving, nl. de 'machtsvername' vanuit het sociale model die intussen had plaatsgegrepen op het terrein van de zwakzinnigenzorg; binnen dit model, deze denkwijze, is er geen plaats voor echte differentiaal-diagnostiek van afwijkingen en dús geen plaats voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek en dús geen aangrijpingspunt voor preventie. De fanaten van dit model, die vaak verwant zijn aan het etiketterings-model (waarover later), vinden preventie zelfs een slechte zaak, omdat dit impliciet immers inhoudt dat zwakzinnigheid iets ongewensts is, iets ergs wat voorkómen zou moeten worden.

Heel kenmerkend voor het invaliditeitsmodel is wat je 'lankmoedigheid' zou kunnen noemen: het gewoon voor-lief-nemen van de handicap, het niet zo nodig hoeven verbeteren daarvan (iets wat het

medische model toch altijd wel een beetje blijft aankleven, hoe verontschuldigend die patiëntenrol ook wordt uitgelegd). En zo'n aanvaardende attitude kan menig MBD-kind, moe en fed-up van het voortdurende gevit en niet bij machte zichzelf aangepaster te gedragen, heel goed van pas komen. Het is ook vaak de 'verborgen boodschap' in het advies aan de ouders: hij is nu eenmaal zo, laat hem nu maar... (desnoods in zijn sop gaar koken). En aangezien die ouders zelf vaak al even doodop zijn van al die vruchteloze pogingen hem tot een wat rustiger en redelijker gedrag te overreden, valt dit bij hen niet zelden in zeer goede aarde. Veel meer moeite met zo'n 'gelaten' houding hebben vaak de onderwijzers en groepsopvoeders: die willen vooruitgang zien, resultaten en lukt dit niet op school bij het kind, dan moet het maar thuis bij de ouders, want daar zal het dan wel aan liggen, menen ze. Hiermee wil overigens niet gezegd zijn dat een 'laat-maar-begaan'-houding op den duur de beste zou zijn; integendeel: wat MBD-kinderen veel meer dan normale kinderen nodig hebben is juist 'structuur', een woord dat zó vaak valt in dit verband dat het nietszeggend dreigt te worden. Wat ik ermee bedoel is in feite die aloude trias die in de tegenwoordige tolerante tijd niet meer zo goed in het gehoor ligt, nl.: orde, rust en regelmaat - en dat van 's morgens vroeg tot 's avonds laat in praktijk te brengen, tot in de kleinste 'algemene dagelijkse levensverrichtingen' (adl). Een nog vrij jonge beroepsgroep die zich hiermee steeds nadrukkelijker bezig houdt is de zgn. ergotherapie, heel goed passend binnen het invaliditeitsmodel dat hier aan de orde is. In dit verband mag misschien ook de orthopedagogiek nog worden genoemd, een 'vakgroep' die zich voorheen voornamelijk heeft beziggehouden met de zwakzinnigenzorg, maar de laatste decennia in toenemende mate betrokken blijkt bij de behandeling van de soort leerstoornissen die vaak annex zijn met MBD (denk maar aan namen als Kephart, Cruickshank en Frostig); de toon van de orthopedagogische bemoeienis is echter altijd wel wat optimistischer geweest dan 'passend' binnen dit model en misschien zou je hen meer recht doen met onderbrenging in een 'onderwijs- of vormingsmodel', dat echter in dit rijtje, geïnspireerd op volwassenen, ten onrechte ontbreekt; eigenlijk had zo'n model wel een mooie overgang gevormd naar het nu volgende model:

Het gedragstherapeutische model

Het volgende model van waaruit ik de MBD-problematiek zou willen bekijken is namelijk het leertheoretische- of gedragstherapeutische model. Dit heeft met het medische en met het invaliditeitsmodel gemeen dat het niet 'totalitair' is, zich niet richt op het totale menselijke bestaan en dat het dan ook met betrekkelijk weinig resultaat tevreden is. Wat dit model ontkent resp. weg-reduceert (reductie is het wezen van elk model, alleen verschillen ze in soort en omvang ervan) zijn allerlei intrapsychische en inter-menselijke facetten; wat telt is het zichtbare en optelbare gedrag, dáár kunnen geen misverstanden over bestaan, dáár kan dus iets aan worden gedaan, als men het er tenminste over eens kan worden wat gewenst en wat ongewenst gedrag zal worden genoemd. Heel goed gelegen komt zo'n benadering juist bij de gedragskenmerken die het meest kenmerkend zijn voor MBD: overbeweeglijkheid en ongeconcentreerdheid; want wat is die overbeweeglijkheid precies, bij hoeveel onnodige bewegingen per minuut kunnen we het daar over eens zijn? En zo is het ook met die afleidbaarheid: hoe lang precies moet een kind van die-en-die leeftijd zich kunnen concentreren in die-en-die omstandigheden? Wat zou het fijn zijn als je dat precies in maat-en-getal zou kunnen weer-geven.

De moeilijkheid is evenwel dat de methoden die hiervoor nodig zouden zijn, door hun eigen 'betrouwbaarheid' onbruikbaar worden voor de alledaagse praktijk. Je kunt op een gewoon jgz- of aggz-spreekuur kinderen nu eenmaal niet een onderzoek laten ondergaan dat aan researchcriteria voldoet; daar is eenvoudigweg geen tijd voor, maar daar moet liever ook niet naar worden gestreefd; want stel je eens voor dat alle medisch-specialistische speurneuzen dergelijke wetenschappelijke eisen zouden gaan stellen aan eenvoudige spreekuurhouders, dan zou al gauw nauwelijks nog een patiënt zich aan een dergelijk 'uitputtend' tot 'slopend' onderzoek durven blootstellen. Het zou trouwens ook helemaal in strijd zijn met het meest wezenlijke van de medische differentiaal-diagnostiek (D.D.), die immers aan analogieën genoeg heeft, met 'treffende punten van overeenkomst' genoeg neemt: er worden niet een aantal (liefst objectieve) verschijnselen verzameld, bij elkaar gevoegd en gerubriceerd (zoals bijv. een psycholoog gewoonlijk pleegt te doen), maar er worden een aantal concrete (veel voorkomende, voor de hand liggende) mogelijkheden (mogelijke oorzaken of aanleidingen) overwogen en afgecheckt. Geen optelsommetje dus, maar juist een aftreksom: dat is het niet en dat niet, dus zal het misschien dit zijn. Hoe wezenlijk deze werkwijze is en hoe noodzakelijk voor praktiserende artsen, zal een ieder kunnen begrijpen die zich even indenkt wat er zou gebeuren als een huisarts bij een klacht als 'gauw vermoeid' alle mogelijke oorzaken daarvan eerst zou willen uitsluiten, alvorens tot behandelen over te gaan: een langdurige ziekenhuisopname zou minstens nodig zijn en zeer onaangename onderzoeken. Maar gelukkig gebruikt de dokter (veelal) zijn gezonde verstand en gaat hij eerst even het D.D.-rijtje van de meest voorkomende oorzaken af: en dus worden er bijv. 'staalpillen' voorgeschreven voor de bloedarmoede of een onschuldig slaapmiddeltje voor een betere nachtrust. En mocht dat niet helpen, dan ziet (en zoekt) hij wel verder. In deze zin (in deze 'traditie') werkt ook de kinderpsychiater en daarin verschilt hij vaak duidelijk van bijv. een psycholoog. Maar als het goed is,

wordt hij in deze eenzijdigheid gecorrigeerd en gecompenseerd door de andere leden van het multidisciplinaire team, kenmerkend voor de meeste ambulante (extramurale) instellingen voor de geestelijke (jeugd-)gezondheidszorg, zoals J.P.D. en M.O.B. Dit is nl. juist de essentie van het teamwerk, deze ongelijkheid in zienswijze en benaderingswijze.

Een zelfde soort platvloerse eenvoud, ontleend aan de praktijk-van-alledag, maakt het mogelijk het over complexe begrippen toch zodanig 'in grote lijnen' eens te worden dat er een bruikbaar (wat o.a. wil zeggen: onderling overdraagbaar) concept van een ziekte of stoornis ontstaat.

Bijvoorbeeld die overbeweeglijkheid zou je, om te beginnen, aan kunnen duiden met hyperkinesie en niet met hyperactiviteit, omdat dit laatste toch teveel doet denken aan 'teveel van het goede': een overmaat aan productieve en creatieve dadendrang; en niets zou minder waar zijn, want het typische van de beweeglijkheid van de ongedurigheid is nu juist dat het geen dadendrang is, dat het niets oplevert, niets uitricht, alleen maar onrust en ergernis veroorzaakt. Zoals al in 1845 door Heinrich Hoffman treffend werd weergegeven in het gedicht over Flip de Stoelewip:

'Streng zei vader tot zoon Flip:
"Vooruit hou op met dat gewip.
Zit nu eindelijk eens stil.
Je weet best dat ik dat wil."
Moeder kijkt hem smekend aan:
"Flip, laat je stoel nu toch eens staan".
Maar Flipje wipt en wiegelt voort
alsof hij het niet had gehoord.
Hij friemelt
en wiemelt
en schommelt
en frommelt...'

Verder is met name dit gedragskenmerk zó opvallend dat het toch wel het beste als 'trefwoord' zou kunnen dienen voor het hele syndroom; een voordeel hiervan zou bovendien nog zijn dat het een internationale klank heeft (Engels: hyperkinetic, Duits: hyperkinetisch) en een vertrouwde en verdiende medische bijklank (de klank van een ziekte of toch minstens een stoornis). Dit in aanmerking genomen zou je tot de volgende begripsomschrijving kunnen komen:

Hyperkinesie is het al in de eerste levensjaren manifest wordende en vervolgens tot minstens de puberteit persisterende (NB: deze verloopsvorm bepaalt in belangrijke mate dit syndroom; kenmerkt het in feite!) patroon van extreme beweeglijkheid (en extreem wil in dit verband zeggen: zoals dat vóórkomt bij de 'drukste' 3 - 5% van alle kinderen; daar heb je nu zo'n praktisch criterium, waarmee je op het spreekuur beter uit de voeten kunt dan in het onderzoekslaboratorium); vrijwel permanent optredend (zij het vaak vooral in situaties die juist motorische beheersing vergen: in de klas, thuis aan tafel, tijdens bezoek; in elk geval valt het dán het meest op...) en gewoonlijk gepaard gaande met:

- onoplettendheid (concentratiestoornissen);
- leermoeilijkheden (hetzij door de slechte concentratie, hetzij door andere - specifieke - leerbelemmeringen);
- gedragsmoeilijkheden (als gevolg van labiliteit en onbeheerstheid); en een zekere 'onrijpheid' (c.q. een onregelmatig ontwikkelingsprofiel c.q. een vertraagde rijping).

De benaming MBD zou dan gereserveerd kunnen blijven voor die gevallen van hyperkinesie die in de vroege voorgeschiedenis duidelijke aanknopingspunten te zien geven voor enigerlei vorm van hersenbeschadiging (dus met name ook prematuritas en dysmaturitas, naast de gebruikelijke geboortetraumata), of liever nog: die neurologische symptomen vertonen, doch dit laatste is moeilijk gebleken in de praktijk, omdat de 'soft signs' waar het hier om gaat, vaak alleen waarneembaar zijn voor de geoefende 'horlogemakersblik' van de kinder- of ontwikkelings-neuroloog.

Er zijn (daarom?) ook wel 'kenners' die de term MBD gebruiken zodra er specifieke leerstoornissen in het spel zijn, omdat ze deze kennelijk voldoende kenmerkend achten voor een hersenfunctiestoornis. Het is in dit verband ook wel opmerkelijk dat de beide Nederlandstalige boeken die het meest uitgesproken neurologisch georiënteerd zijn, die van B. Ansink 'Neuropedagogiek'; en van Ch. Njiokiktjien en A. Gobin 'Kinderen met leerstoornissen' (ondertitel: Handleiding bij het klinisch neurologisch onderzoek) onder de vlag varen van titels die niet rechtstreeks naar de neurologie, wél naar de pedagogie en de leerstoornissen verwijzen. Hoe het ook zij: over enigerlei definitie zou je het eigenlijk wel eens moeten worden, wil je een (voorlopig toch niet meer weg te branden) begrip als MBD blijven gebruiken.

Tot zover dit beeld uit de curatieve (poli-)klinische praktijk, doch dat is slechts één facet van het medisch bedrijf: de beide andere facetten zijn de preventie (zojuist al even aangeduid) en het wetenschappelijk speurwerk. De research - met in het verlengde daarvan: de primaire preventie, het échte

voorkómen van ziekten, stoornissen en gebreken - stelt heel andere eisen dan de kliniek. Wil men bijv. enigermate nauwkeurig en betrouwbaar het effect van behandelingen meten, dan zal ook zoiets als hyperkinesie echt gemeten moeten worden. Daarvoor zijn allerlei vernuftige technieken ontwikkeld, zoals een stilzitkussen of een stabilometer. Als je op die manier een beperkt aantal proefpersonen te lijf gaat, krijg je fraaie grafieken, een sieraad voor elk wetenschappelijk ogend artikel... Wat daarvan dan valt af te lezen is dat medicatie en gedragstherapie onafhankelijk van elkaar effect sorteren, maar dat ze gezamenlijk, in combinatie, het meest (en naar later bleek: ook het langst) effectief zijn. Medicamenteuze therapie wil in dit verband eigenlijk alleen maar zeggen: ritaline (methyلفenidaat), al geldt tofranil (imipramine) als een goede tweede (keus).

Gedragstherapie of operante conditionering (met als handelsmerk: het afleren van ongewenst en het aanleren van gewenst gedrag, middels technieken als beloning en straf) geldt tot nu toe als de meest veelbelovende behandelingsvorm (na en naast de ritaline-medicatie!) - vandaar dat onder het mom van dit model ook het meest inhoudelijk op het onderwerp wordt ingegaan.

Denk overigens niet dat de gedragstherapie beter in de smaak viel bij de critici dan de medicamenteuze: beiden worden ze evenzeer verguisd als manipulaties, als pogingen om het gedrag van onschuldige en levenslustige kinderen onder controle te krijgen. Maar gelukkig stemmen de mensen waar het om gaat nooit in met dit koor van verguizers: de MBD-kinderen die lijden onder hun eigen gedrag en hun ouders die daaronder gebukt gaan, die hoor je nooit zulke dingen zeggen, want die weten wel beter. Al staan die ouders wel tamelijk kritisch tegenover het toedienen van medicijnen aan zulke jonge kinderen - en dat is eigenlijk maar goed ook, een dergelijke gereserveerde houding; en al staan ze vaak wat sceptisch tegenover de zgn. mediatieve gedragstherapie: de zorgvuldig uitgekende 'gebruiksaanwijzing' die aan de ouders wordt aangeleerd om zodoende het kind beter te kunnen hanteren; want daarvoor is nl. nodig dat men uitermate consequent en consistent kan zijn en dat is nu juist iets wat ouders van MBD-kinderen niet (meer) kunnen, omdat ze in de jarenlange omgang met zo'n uiterst wisselvallig en onberekenbaar kind zelf ook vaak wat 'onregelmatig' zijn geworden. Dat vergeet men wel eens: dat zelfs zoiets als opvoeding geen eenrichtingsverkeer is; de ouders beïnvloeden het gedrag van het kind, maar ook omgekeerd: elk kind lokt weer een wat ander opvoedersgedrag uit. En dat is nu juist de belangrijkste opgave voor ouderbegeleiding of gedragstherapie via de ouders, nl. dat deze de zaken weer op orde proberen te brengen, dat ze hun eigen doelstellingen weer op een rijtje zien te krijgen, maar nu beter afgestemd op de mogelijkheden en onmogelijkheden van het kind en van het gezin.

Heel wezenlijk voor de gedragstherapeutische benadering is de zorgvuldige beschrijving en 'codering' van het waarneembare gedrag, met terzijdelating van wat zich allemaal in de 'black box' van het koppie kan afspelen. En daar valt ook voor de spreekuurpraktijk toch wel van te leren. Zo is het tamelijk zinloos om ritaline voor te schrijven zonder eerst een soort 'base-line' te hebben vastgesteld van het huidige gedrag, want alleen tegen zo'n soort achtergrond kun je enigermate betrouwbaar vaststellen of het medicament ook echt geholpen heeft (nl. door dezelfde gedragskenmerken dan nogmaals te laten coderen). Immers: makkelijk erkentelijke ouders zullen al gauw zeggen dat het prima geholpen heeft en ouders die niets van medicijnen moeten hebben zullen al te graag het tegendeel beweren. En zoiets ondervang je (enigermate) met zo'n cijfermatige registratie. Voor dat doel hebben we een tweetal vragenlijsten ontworpen - afgeleid van bestaande lijsten, één voor de leerkrachten en één voor de ouders. De 'verborgen boodschap' die van vooral deze laatste lijst uitgaat is deze: dat het kind permanent, d.w.z. van 's morgens vroeg tot 's avonds laat, druk dient te zijn, wil hij doorgaan voor 'echt' hyperkinetisch. Dit is ook de niet-verborgen boodschap van een recent artikel in het Journal of Child Psychology and Psychiatry van oktober 1981 van de hand van o.a. Michael Rutter, nl. dat er op epidemiologische, klinische en research gronden (research op basis van dezelfde soort vragenlijsten) onderscheid gemaakt moet worden tussen permanent en situationeel hyperactieve kinderen en dat alleen de eerste categorie de combinatie te zien geeft met cognitieve stoornissen (ook met mentale retardatie, dus wat dit betreft beslaat dit toch een wat grotere groep) en dus suspect is voor iets MBD-achtigs (althans voor een apart syndroom). Als men dit criterium hanteert, daalt ook het onwaarschijnlijke prevalentie-cijfer van 5-20% van alle schoolkinderen (en zelfs 50% van alle kinderen die met kinderpsychiaters in aanraking komen) tot percentages van iets meer dan 2% van alle 11-12 jarigen van het Engelse eiland Wight (lustoord van psychiatrische epidemiologen).

De andere groep, nl. van situatiegebonden hyperactieven, liet zich nauwelijks onderscheiden van anderszins gedrags- of emotioneel gestoorden, dus indien deze er wél bij zouden worden gerekend zou de syndroomafgrenzing (van HK + ADD) zo vervagen dat er nauwelijks nog zoiets als een afzonderlijk syndroom zou overblijven.

Een nóg recenter artikel in hetzelfde tijdschrift (nr. 2 van 1982) geeft een zelfde soort uitslag van een bevolkingsonderzoek in Zweden, omvattend zo'n 5000 6-jarigen nl. de volgende percentages:

	jongens	meisjes	totaal
ernstige mate van MBD	2.1	0.2	1.2
lichte tot matige MBD	7.4	4.0	5.9
totale frequentie van MBD	9.5	4.2	7.1

Hierbij wordt van de pragmatische overkoepelende 'parapludefinitie' uitgegaan en onder MBD verstaan de combinatie van ADD of HK - met of motorische stoornissen (zoals 'clumsiness': stunteligheid, een verschijnsel dat inderdaad zelden ontbreekt) of perceptiestoornissen (in de zin van specifieke leerstoornissen - die beide kennelijk worden beschouwd als overtuigende tekens van 'minor neurological dysfunction').

Een nadere analyse van de (verschillen in) jongens/meisjes ratio gaf verder steun voor de veronderstelling dat naarmate een 'echte' hersenbeschadiging waarschijnlijker wordt, het verschil tussen jongens en meisjes afneemt; waar de verschillen tussen jongens en meisjes groot zijn, is het waarschijnlijker dat erfelijke (polygenetische) factoren een oorzakelijke rol spelen. Waarmee dit intrigerende raadsel nog lang niet is opgelost, maar misschien toch tenminste een richting voor het zoeken van een oplossing is aangegeven.

In een eerder artikel (uit 1974) heeft Ney eens de volgende indeling voorgesteld van de oorzakelijke e.a. achterliggende factoren van hyperkinesie:

- 30% constitutioneel;
- 30% MBD (in letterlijke zin, d.w.z. hersenfunctiestoornis dan wel 'brain-damage');
- 20% geconditioneerd ('aangeleerd' c.q. 'niet-afgeleerd');
- 20% reactief (met name op gezinsproblematiek).

Een Noors onderzoek ging nog weer eens de relatie na met de zgn. 'arousel' (de activeringsgraad van het autonome zenuwstelsel, de mate van 'op scherp staan') en daarbij bleek de hyperkinesie die voort leek te komen uit een 'echte' hersenfunctiestoornis (getuige o.a. een belastende anamnese, met name dysmaturitas) gepaard te gaan met 'hypo-arousel' oftewel 'hypo-reactiviteit' (en dus goed te reageren op ritaline), terwijl de psychogeen veroorzaakte hyperactiviteit juist samen ging met 'hyperreactiviteit' (en dan ook niet noemenswaard te reageren op ritaline).

Tot zover de 'deel-modellen', die zich veelal tevreden stellen met een deelbenadering. De nu volgende denkmodellen hebben allemaal in meerdere of mindere mate 'heel de mens' op het oog en er daarom vaak wat meer moeite mee hieruit één onderdeel af te zonderen en onder de loop te nemen.

Het psychoanalytisch model

Het psychoanalytisch model heeft bovendien als meest kenmerkende denkwijze dat gedrag niet 'at face-value' wordt beoordeeld, maar dat er symboolwaarde aan wordt toegekend: kijk maar, er staat niet wat er staat, hij bedoelt niet echt wat hij zegt, zij voelt niet wat zij meent te voelen. In die zin is de psychoanalyse een typische 'tekenwetenschap', die zich van de natuurwetenschap (waar het aankomt op identificerend waarnemen met het doel het vinden van oorzaken) onderscheidt doordat veel meer 'ontcijferend' wordt waargenomen, met als doel het vinden van betekenissen. Deze manier van denken heeft de psychiatrie (en grote delen van de psychologie) in belangrijke mate beïnvloed en in zekere zin 'bevrijd' van het louter natuurwetenschappelijke denken, waarin ziekten werden beschouwd als 'zonder betekenis', als vorm zonder inhoud, louter als leeg tekort; en een symptoom gewoon als een verder onbetekenend teken van een ziekte, zoals bijv. geelzucht een symptoom is dat verder ook niets betekent, niet iets 'wil zeggen'. Veel vakbroeders zijn helemaal in deze richting doorgeslagen en kunnen geen enkel verschijnsel meer 'als-zodanig' voor lief nemen, zonder daar een betekenis, liever nog: een bijbedoeling aan toe te kennen.

Zo'n leerstoornis bijv. als bij MBD vaak wordt gezien, dat is in hun ogen niet zomaar wat, maar iets wat duidt op angst, bijv. de angst om dingen te doorschouwen, te analyseren (omdat dit ten diepste iets anatomisch, iets bloederigs is bijv.); of het is bijv. de vrees voor symbolen die ten grondslag ligt aan legasthenie: het niet kunnen herkennen van taaltekens, omdat symbolen staan voor hele archaïsche diepgewortelde verschrikkingen; of toch op z'n minst iets te maken hebbend met relaties, bijv. die met de onderwijzer als ouderfiguur: passief verzet daartegen of nog passiever hulp inroepen daarvan. Lijkt dit soms wel wat erg ver gezocht, dat aan die rusteloosheid een zekere betekenis wordt toegekend, is op zichzelf niet zo verwonderlijk. Want inderdaad zie je bij angstige gespannenheid of nerveuze gejaagdheid dezelfde soort onrust, zeker niet zelden bij kinderen. En als zo iets dan ook nog gepaard gaat met een afleidbaarheid die geassocieerd kan worden met schichtigheid en preoccupatie met bedreigende zaken, ligt de - vaak verkeerde - conclusie ook wel erg voor de hand. Het is toch wel zaak voorzichtig te zijn met zulke vérgaande gevolgtrekkingen, zeker zolang men van vermoedens en veronderstellingen uit blijft gaan, iets wat psychiaters eigenlijk evenmin zouden moeten doen als gewone dokters. Juist omdat hun vakgebied toch al zo vaag en weinig concreet is, moeten ze hoge eisen blijven stellen aan de aantoonbaarheid van de dingen. En als het vermoeden bestaat dat een kind de hele dag door rusteloos is, geen moment even tot rust komt, omdat hij door angst of vrees wordt opgejaagd, nou, dan moeten voor die angsten en vrezen toch op z'n minst nog andere aanwijzingen te vinden zijn. Maar het merkwaardige van MBD-kinderen is nu juist vaak dat ze zo volmaakt onbekommerd zijn, zieltjes-zonder-zorg, spontaan en ongedwongen en voor de duvel nog niet bang.

Nu kun je zoiets natuurlijk wel weer weg-verklaren door het overcompensatie te noemen: de bekende grote mond die een klein hartje moet verbergen (en daar zijn de psychoanalytici zeer bedreven in, daar hebben ze zelfs hun slechte naam aan te danken: dat tegenovergestelde gevolgen vanuit één en dezelfde 'oorzaak' verklaard kunnen worden) - maar dan betoon je je toch wel als gevoeliger voor de theorie dan voor de praktijk. Want nergens lijkt een gemiddeld MBD-kind minder op dan op iemand die door bangheid en zorgen wordt geplaagd. Slaapstoornissen zijn er wel vaak, maar ook meestal leeg en zonder betekenis, kennelijk meer een gevolg van een labiele vegetatieve (of gewoon: slaap-) regulatie dan van bijv. angsten die het inslapen of het doorslapen belemmeren.

Trouwens: tot nu toe is er ook nog nooit iemand met een overtuigende psychogene verklaring voor de hyperkinesie en de concentratiestoornissen voor de dag gekomen en dat geeft toch ook wel te denken. Want intussen zijn (letterlijk) boekenkasten vol geschreven over dit onderwerp, vaak héle kritische verhandelingen, waarin men maar al te zeer geneigd bleek de overwegend organische verklaring te ondergraven, dus wat was welkomer geweest dan een onderzoekje dat nu eens had aangetoond dat je precies hetzelfde syndroom kon krijgen als variant van bijvoorbeeld een neurotische ontwikkeling. Maar zoals gezegd: geen schijn of schaduw in deze richting, tot op heden.

Wel komen er toestandsbeelden voor die bedrieglijk veel lijken op het MBD-syndroom en die tóch gediagnosticeerd en geclassificeerd moeten worden als een neurotische-, als een persoonlijkheids- of als een gedrags-stoornis. Vandaar dat de diagnostiek liever aan deskundigen moet worden toevertrouwd, want het is vaak niet minder erg om op kinderpsychiatrisch gebied een diagnose te 'missen' dan om op kindergeneeskundig gebied de plank mis te slaan.

En kinderpsychiaters hebben echt evengoed hun positieve criteria als elke andere medicus; als de kinderarts bijv. geen oorzaak kan vinden voor enuresis en hij verwijst door naar de kinderpsychiater, dan is het mogelijk dat ook die geen verklaring kan vinden en op grond daarvan tot de tegenovergestelde conclusie komt: dat het dus wellicht toch iets lichamelijks is; merkwaardigerwijze hebben de meeste medici daar vaak meer moeite mee dan met de omgekeerde denktrant: ik vind niets lichamelijks en dús zal het wel psychisch wezen.

En bedenk wel dat juist dit soort verwachtingspatronen een (kinder)psychiater nogal eens in de verleiding brengen om toch in elk geval een betekenis, een 'beweegreden' te vinden, teneinde de ander niet teleur te stellen. Maar hij die voor deze verleiding bezwijkt is het medisch model ontrouw en in de diagnostiek moet het medisch model blijven prevaleren boven alle andere modellen, ook de psychoanalytische, dat is een arts gewoon aan zijn opleiding en aan zijn positie in de gezondheidszorg verplicht.

In het zgn. Verstrekkingenbesluit voor de AGGZ (van de Ziekenfondsraad d.d. 1981) wordt dit ook nog weer eens onder woorden gebracht, nl. op de volgende (half-)ambtelijke wijze: "Zoveel mogelijk aansluitend bij de praktijk en vanuit de gedachte van multimethodisch en multidisciplinair onderzoek en behandeling, zal de primaire oordeelsvorming door tenminste twee disciplines moeten worden gedragen (minstens middels overleg), samen moeten zij er voor zorgen dat de drie eerdergenoemde aspecten, te weten het medisch-biologische, het psychische en het sociale, voldoende aan de orde komen bij het onderzoek." Waaruit m.i. niet alleen valt af te lezen dat 'in elk geval' een arts bij de diagnostiek in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg dient te worden betrokken, maar ook dat deze 'in elk geval' (alweer letterlijk te lezen) met de mogelijkheid van een medisch-biologische oorzakelijke factor rekening dient te houden, zo goed als met de beide andere aspecten, maar wel in déze volgorde (van belangrijkheid!).

Het sociale model

Het sociale model heeft zich steeds meer ontpopt als een radicaal alternatief voor elk individualiserend denken, of dat nou gebeurt vanuit het medische of psychoanalytische of welk ander denkraam ook. Was het zo'n kwart eeuw geleden nog allemaal 'casework' wat de klok sloeg - eerst zelfs nogal psychoanalytisch georiënteerd, naderhand meer 'cliënt-centered' volgens Rogers en dezulken - later werd steeds meer de welzijnswerker vaardig over elke algemeen-maatschappelijk werker en ging de aandacht zo uitsluitend uit naar het maatschappelijk (on)welbevinden dat men voor de eigen inbreng (ook de eigen draagkracht) van het individu nauwelijks nog oog had. En wie daar nog wel oog voor had, bijv. de professional die z'n focus meer richtte op het intrapsychische, werd meer en meer buiten beschouwing (én buiten de deur) gehouden. Voor de onderkenning resp. herkenning (resp. erkenning) van MBD-problematiek moet men dan ook vooral niet bij het maatschappelijk werk zijn, ook niet voor de gezinsproblemen, die hieruit voort kunnen vloeien, omdat ze niet meer in dit soort termen hebben leren denken en handelen.

Wat niet wegneemt dat er wel degelijk hele strikt 'sociale' aspecten aan MBD zijn te onderscheiden, alleen kan men daarvoor beter terecht bij de 'sociale' deskundige binnen het medisch model, zoals de wijkverpleegkundige of de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

Een louter sociaal facet is het feit dat het MBD-gedrag overal ter wereld meer voor blijkt te komen in de lagere dan in de hogere sociaal-economische klassen. Misschien is dit een meetfout, in die zin dat de lagere klassen meer terecht plegen te komen bij instanties (zoals een J.P.D.) waar grote aantallen 'verwerkt' moeten worden en dus sneller een instant-diagnose als MBD zal vallen dan in een meer op intensieve behandelingen gericht instituut (zoals een M.O.B.), waar vaak andere dan medische modellen de boventoon voeren (en dus minder gauw de diagnose MBD zal worden gesteld).

Een factor zou ook kunnen zijn dat in middle-class milieus gewoonlijk meer opvoedkundige eisen worden gesteld (c.q. structuur wordt geboden) dan in de lagere milieus, iets dat geldt voor zowel het eerste, tweede als derde milieu, waardoor MBD-problematiek in de braveren burgergezinnen mogelijk meer binnen de perken blijft, gemakkelijker met de mantel der liefde wordt bedekt. Bij de zwaarste gevallen die ik ooit heb gezien, was er altijd sprake van een combinatie van én een MBD-geaardheid én een volslagen gebrek aan normerende en regulerende opvoeding: dergelijke kinderen liepen al jong volkomen uit de hand, waren in de latentiejaren vaak al niet meer te houden, laat staan in de adolescentie. Dat het zover kon komen lag mede aan de maatschappij, dat wel - doch dan niet in de zin dat deze te veeleisend of te onderdrukkend zou zijn, maar juist integendeel: omdat deze te weinig paal en perk stelde aan asociaal gedrag. Het zou voor veel van deze kinderen in déze (pedagogisch verwaarloosde) omstandigheden beter zijn geweest als ze tijdig uit huis waren geplaatst en elders beter waren aangepakt en opgevoed, maar helaas: dat had onze huidige maatschappij niet te bieden.

Zo maakt elke tijd z'n eigen slachtoffers: vroeger werd er te makkelijk ingegrepen in de voogdij en te gauw kinderen aan de ouderlijke macht onttrokken, tegenwoordig gebeurt dat zelfs in extreme gevallen niet meer, laat staan in die gewonere maar toch wel navrante 'achterstandssituaties', waarin men licht gehandicapte kinderen roemloos ten onder ziet gaan, omdat ze zeker dat beetje extra inspanning en extra zelfbeheersing niet leren opbrengen dat ze meer dan een ander nodig hebben. Veel voortijdige schoolverlaters behoren ook tot deze categorie: de MBD-leerstootnis deed een geweldige leertegenzin ontstaan, de ongedurigheid maakte de school tot een kwelling zonder einde en ook daar weten we vaak niets beters voor te verzinnen dan vrijstelling van de leerplicht als toegangskaartje voor de w.w.-uitkering. En hoe slecht dan vervolgens dat voluit besteedbaar inkomen is voor diegenen die geen zelfbeheersing hebben geleerd en die eindelijk ook wel eens de blitz willen maken, dat kan een ieder bevestigen die zich met jeugdige delinquenten bezighoudt.

Een facet dat ook binnen dit sociale model behandeld dient te worden is de slechte aanpassing aan leeftijdsgenoten. MBD-kinderen komen er uit te liggen, vroeger of later, dat is hun bijna onontkoombaar lot. En de wanhopige pogingen om weer geaccepteerd te worden (bijv. door vriendjes te kopen) leiden nogal eens tot gevaarlijk gedrag, zoals diefstallen (die vanwege de impulsiviteit en de ondoordachtheid vaak nogal roekeloos worden uitgevoerd, met als gevolg dat ze al gauw tegen de lamp lopen; en ook zoiets werkt averechts voor wat de populariteit betreft).

Uit een onderzoek gepubliceerd in het Journal of Child Psychology and Psychiatry van juli 1978 is gebleken dat vriendjes vaak opmerkelijk goede waarnemers zijn van afwijkend gedrag; ze bleken ook de ernst hiervan vaak even goed te kunnen inschatten als professionals en zelfs bleken ze er soms dezelfde 'deskundige' ideeën op na te houden voor wat de oorzaken betreft. Geen wonder dat 'gekke' MBD-leeftijdsgenootjes geen genade vinden in zulke onbarmhartige ogen. En zeker dááronder kunnen ze gaan lijden, hoewel ze dat niet zo gauw direct zullen laten merken (en eerder de indruk zullen wekken een 'bord voor de kop' te hebben en volmaakt ongevoelig te zijn voor zulke kritiek); en daardoor kan een zeer bedenkelijke neergaande spiraal ontstaan, die bijna onvermijdelijk naar het hellende vlak voert. Opnieuw een reden om dit aspect ten volle serieus te nemen, als het dan niet kan (of niet moet) door een radicale milieuverandering in de zin van tijdelijke uithuisplaatsing, dan toch wel in de vorm van bijv. plaatsing in een dagtehuis, waar ze alsnog kunnen leren met leeftijdsgenoten om te gaan (of duurder gezegd: waar ze getraind kunnen worden in zelfcontrolestrategieën).

Het gezins-interactie-model

Van het sociale (soms ook van het psychoanalytische) model is afgeleid het *gezins-interactie-model*. Wat de vele verschillende scholen en richtingen binnen dit model toch wel gemeen hebben, is de consequente en pertinente gerichtheid op het gehele gezinssysteem: het geheel dat meer heet te zijn dan de som der delen, dat een eigen leven leidt, dat z'n eigen (systeem-)wetten stelt, z'n eigen spelregels kent (of juist niet onderkent: het doel van de gezinstherapie is dan om hiervoor de ogen te openen). Vandaar dat men er in het algemeen vuurbang voor is één gezinslid uit dit geheel af te zonderen, bijv. door er een etiket op te plakken van intrinsiek gestoord, in welke zin dan ook. De ouders en andere gezinsleden hadden toch al die neiging, bijv. door een 'identified patient' naar voren te schuiven of door alle gezinsspanningen af te reageren op een 'scapegoat'-kind - en zoiets moet juist worden afgeleerd, daar mag nooit of te nimmer voedsel aan worden gegeven.

Fervente aanhangers van dit model - en die zijn volop te vinden in de GGZ, want de gezinstherapie blijkt een grote aantrekkingskracht uit te oefenen op zowel de modern opgeleide psychiaters als op de spv-en en maatschappelijk werkenden - gaan zelfs zover dat ze ook in de onderzoekssituatie het systeem niet willen scheiden, hetgeen dan betekent dat er uitsluitend intakegesprekken plaats vinden in gezinsverband. Op zichzelf zou dat nog zo erg niet zijn, ware het niet dat dit veelal in de plaats komt van een zorgvuldig uitgevraagde heteroanamnese: dat wat men zelf constateert in de hier-en-nu situatie wordt betrouwbaarder en belangrijker geacht dan wat de ouders over vroeger en over het alledaagse gebeuren thuis weten mee te delen, niet spontaan doch op geleide van deskundig bedachte én vakkundig gestelde vragen (dat is nl. de essentie van een echte hetero-anamnese, dat de diverse differentiaaldiagnostische mogelijkheden worden 'uitgevraagd' op een wijze die aansluit bij de alledaagse 'huiselijke' ervaringen). En zeker in het geval Van MBD-problematiek mist men op deze wijze nogal eens de boot, zoals men ook de plank mislaat als men uitsluitend afgaat op de één-op-één onderzoekssituatie; omdat in zo'n situatie een MBD-kind vaak nog op z'n best is, zoals hij in groeps-(b.v. klasse-)verband op z'n slechtst en op z'n ergst is - en dus zal men het moeten hebben van een betrouwbare beschrijving van het gedrag in vooral die situaties. Waarmee natuurlijk niet gezegd wil zijn dat zo'n spreekuuronderzoek (maar dan liefst wel - of in elk geval tevens - onder vier ogen) van geen enkel belang zou zijn voor de beoordeling. Ten eerste moet men met eigen ogen kunnen zien of het zo ongeveer kan kloppen wat de heteroanamnese vermeldt, ten tweede moet men gewaar zien te worden hoe het kind zelf het ervaart en beleeft (of hij er wellicht toch meer onder lijdt dan men zo zou denken en meer van die dingen) en ten derde moet de differentiaaldiagnose worden afgewerkt en moeten minstens mogelijkheden als neurose en psychose worden uitgesloten.

Wat ook nog tegen een (uitsluitende) diagnostiek-in-gezinsverband pleit, is het feit dat de ouders vaak zó ambivalent en afwijzend zijn gestemd op het moment dat ze de moeilijke stap naar de deskundige hebben gewaagd, dat ze liever hun tong afbijten dan daar, in het bijzijn van het kind-in-kwestie, eerlijk voor uit te komen; en dat is misschien maar goed ook, want stel dat ze dat wél deden, dan zou dat een hele gevoelige klap kunnen betekenen voor het kind, toegediend op een wel heel gevoelig moment. Ook daarom is het beter om beide 'partijen' even afzonderlijk hun hart te laten luchten, eventueel hun gal te laten spuwen, zonder dat de ander daarbij aanwezig is.

Niet alleen voor de diagnostiek, ook voor de therapie is de gezinssetting meestal minder gewenst, al was het alleen al omdat MBD-kinderen zich veelal binnen de kortste keren aan de situatie onttrekken: dat is niks voor hen, drie kwartier of langer achter elkaar zitten praten over moeilijke zaken, ze blijven liever gezond...

Wat wel in zekere zin voor 'gezinstherapie' zou kunnen doorgaan, doch dan wel een hele onorthodoxe vorm daarvan, zijn de oudergespreksgroepen. 'Buurmans leed troost' niet alleen, ouders van MBD-kinderen kunnen elkaar ook heel wat leren en zodoende elkaar voor schade-en-schande behoeden. Dat heeft intussen het bestaan van speciale werkgroepen en speciale ouderverenigingen (die o.a. vormingsweken organiseren) ook wel bewezen. Hoewel ook hierbij vaak eerst harten moeten worden gelucht, is het zaak zo snel mogelijk ter zake te komen en aan te sturen op zo concreet mogelijke adviezen. Dat geldt trouwens ook voor de gewone professionele ouderbegeleiding, de derde poot waarop de behandeling van MBD-problematiek berust (naast medicatie en gedragstherapie). Wat ouders moeten weten is hoe ze in concreto een zodanige structuur in hun gezin (en daarmee: in het leven van hun kind) moeten aanbrengen dat het MBD-kind daar rustiger en evenwichtiger van wordt. Daarbij moet het gaan om de meest alledaagse dingen als: vaste tijden voor de maaltijden, geen onverwachte gebeurtenissen laten plaatsvinden, pijnlijk nauwkeurig afspraken nakomen en dergelijke; en niet te vergeten: hoe dan ook zorgen voor voldoende nachtrust, vooral voor jonge MBD-kinderen van levensbelang (en zeker in de nabije toekomst, waar de tv-kabel wenkt, zal dit geen eenvoudige opgave zijn en toch moet het; en nog steeds geldt dat een kind van 10 jaar 11 uur, een kind van 11 jaar 10 uur en een kind tot 17 jaar toch nog zeker 8 tot 8 1/2 uur slaap per nacht nodig heeft).

De oudercursussen volgens Gordon, waarbij alle nadruk valt op 'effectief luisteren' en het ontwikkelen van een gevoelig oor en oog voor de noden en behoeften van het kind, lijken, in oorspronkelijke opzet althans, voor ouders van MBD-kinderen minder geschikt; én omdat die ouders zó vaak al genoeg onder zelfverwijten en schuldgevoelens gebukt gaan én omdat MBD-kinderen vaak zulke tegenstrijdige en verwarrende signalen uitzenden dat er toch nauwelijks staat op valt te maken, hoe effectief je daar ook naar luistert; en dat je voor deze kinderen eindeloos veel geduld op moet kunnen brengen, dat hoef je ouders niet te vertellen, dat weten ze heus zelf wel, maar de moeilijkheid is nu juist dat ze hun geduld - eindelijk! - hebben verloren. Daarover vooral voelen ze zich juist schuldig en dan is het toch wel zoiets als 'zout in de wond wrijven' door op zo'n moment aan te komen met adviezen over effectief (= o-zo-geduldig!) luisteren.

Om één mogelijk misverstand ten overvloede recht te zetten: voor een MBD-kind is de opvoeding niet minder maar juist méér van belang. De diagnose MBD betekent nl. een verhoogde gevoeligheid voor een verkeerde opvoedkundige aanpak en dus is het van des te meer belang om een goede 'gebruiksaanwijzing' te vinden en om deze in praktijk te leren brengen. Dat geldt overigens ook in ruimer verband: een organische oorzaak sluit het nut van psychotherapie geenszins uit, zoals ook bij een

psychisch veroorzaakte stoornis heel wel heil kan worden verwacht van pharmacotherapie. Zodra 'hersenen en gedrag' aan de orde zijn bestaan er niet meer van die eenvoudige óf-óf-regels, maar is het vrijwel altijd én-én, en dan ook nog in elkaar over-en-weer beïnvloedende zin (iets wat overigens voor elk 'levend systeem' geldt en niet alleen voor het hoogste en ingewikkeldste systeem dat denkbaar is: onze hersenen).

Het labelings-model

Rest nog het *etiketterings- of labelings-model*, uitgaande van de eenvoudige stelling: diagnosticeren = discrimineren en discrimineren = fout, dus diagnosticeren is fout. Op zich een zienswijze die misschien minstens de moeite van het overwegen waard is, als men daarbij maar bedenkt dat niet alleen door zgn. deskundigen onderscheid tussen mensen wordt gemaakt, verschillen tussen mensen worden onderkend. In de eerste NCRV-uitzending over 'het ongewone kind' werd een wel zeer wanordelijke en chaotische Wim ten tonele gevoerd en die had op school al zoveel stof doen opwaaien dat hij daar zelfs model was komen te staan voor een bepaald type gedrag; als een ander kind zich ook zo onrustig en ongedurig gedroeg, werd hem door de andere toegevoegd: "Zit niet zo te Wimmen". Ik vraag me af of zo'n soort labeling door leeftijdsgenoten (die bijna niet uit kan blijven bij uit de toon vallend gedrag) niet veel zwaarder aankomt dan zo'n incidenteel doktersoordeel. En zolang er opvallende verschillen tussen mensen bestaan, bijv. verschil in temperament (en bepaalde extreme temperamentstypen kunnen heel dicht in de buurt van MBD komen!) of verschillen in driftregulatie (het kruidje-roer-me-niet, de driftkikker) - zolang zal er ook wel met typeringen oftewel etiketteringen worden gewerkt. Dat deskundigen misschien wat extra voorzichtig moeten zijn met hun diagnostische etiketten, ook dat wil ik nog wel toegeven. Doch er dadelijk aan toevoegen dat ze momenteel eerder zijn doorgeslagen naar het andere uiterste, nl. een zodanige behoedzaamheid dat ze de dingen nauwelijks nog bij name durven noemen, met als gevolg dat de diagnostiek en de classificatie gelijkelijk de mist ingaan.

Zelf betrapte ik me er onlangs op dat ik in de laatste tien jaar dat ik als psychiatrisch consulent van een opvangcentrum voor ernstig-delinquente jongens uit het hele land werkzaam ben, eigenlijk nooit meer de diagnose 'psychopathie' uit de pen heb gekregen; om de eenvoudige reden dat dit zo'n etiket is geworden waar men niet meer van wil horen, want intussen bestaan ze natuurlijk nog wel degelijk, die psychopaten. En ook in dit opzicht was dat veel onschuldiger MBD-label wel eens een welkom alternatief: door dit stempel er op te drukken, gaf je toch iets aan van een endogene, in de persoon zelf verankerde component, zonder daar nu direct zo'n erg dreigende bijklank aan te geven, voor je gevoel. Meestal was het trouwens nog wel waarschijnlijker ook, want opvallend vaak geven jeugdige delinquenten in hun voorgeschiedenis de verschijnselen te zien die doen denken aan MBD, iets wat trouwens ook wel erg voor de hand ligt. Ik vermoed dat de omstreken, zo fel bestreden criminoloog prof. Buikhuisen, die de euvele moed heeft naar andere dan maatschappelijke oorzaken van delinquent gedrag te speuren, ook op het spoor zit van deze MBD-factor, al heeft hij daar dan nu misschien nog een andere naam voor.

Trouwens: er zijn al lang 'oorzakelijke verbanden' tussen hersenfunctiestoornissen en psychopathie bekend. De zgn. ontwikkelingspsychopathie wordt voornamelijk toegeschreven aan affectieve verwaarlozing en het is bekend dat MBD-kinderen vaak een zwak 'hechtgedrag' vertonen, vanwege hun vluchtigheid (waardoor ze bijv. nooit eens even lekker lang bij moeder op schoot willen zitten) en dat ze daarnaast zoveel ambivalentie en afwijzing kunnen oproepen bij moeders die toch al niet 'over' hebben aan moederlijk gevoelen, dat een relatief gebrek aan bemoedering (en aan 'basic trust') dan soms haast niet uit kan blijven.

Ook uit recent onderzoek is nog weer eens gebleken dat met name de MBD-vormen waarbij de hyperkinesie op de voorgrond staat, nogal eens worden gecompliceerd door wat je een 'psychopathische bovenbouw' zou kunnen noemen, terwijl MBD-vormen waarbij de leerstoornissen domineren (met alle krenkingen en teleurstellingen van dien) eerder aanleiding geven tot de vanouds bekende 'neurotische bovenbouw'.

En aan de andere kant van de schaal, de zuivere organische kant: de eerdergenoemde encephalitis-epidemie liet hele series zgn. 'post-encephalitis psychopaten' na, vaak van zeer gevaarlijke aard, die door de jaren heen heel wat ellende hebben teweeggebracht. Dat was in een tijd dat ze nog wél bij name werden genoemd, dat ze zeker niet beter (en effectiever) werden behandeld dan nu, maar toch eigenlijk ook niet zoveel slechter; en meestal toch wel in de vorm van een gedwongen opname in een 'psychopaten-asyl' of een kliniek voor intensieve behandeling, eenvoudigweg omdat er geen andere manier was om de maatschappij tegen hen in bescherming te nemen. Dat er de laatste jaren vrijwel nooit meer iets wordt vernomen van een 'nerveuze aanleg' of van een 'neuropaatje' of van een congenitaal hyperactiviteits(temperaments)type, heeft waarschijnlijk ook met deze overdreven vrees voor (erfelijke) etikettering te maken. Onderwerpen als aanleg en erfelijkheid zijn bij het huidige paradigma in de taboesfeer komen te liggen en dus worden er andere woorden voor gebruikt en

andere begrippen ter verklaring aangevoerd. En in dat opzicht wordt de MBD-diagnose waarschijnlijk inderdaad nogal eens ten onrechte gesteld, nl. in die gevallen dat er veeleer sprake is van een (aangeboren) extreem-nerveus temperamentstype.

Maar om terug te komen op het maatschappijkritische labelingsmodel: de hausse in MBD-etikettering heeft alle reden gegeven tot kritische kanttekeningen uit deze hoek. Toen er, vele jaren geleden, al naar schatting zo'n kwart miljoen kinderen in Amerika met ritaline zoet werden gehouden, werd daar uitbundig schande van gesproken: het medisch-commerciële complex zou zich voor het karretje van de overheid hebben laten spannen om op deze manier opstandige kinderen vroegtijdig te muilkorven...

Veel vreemder vind ik het dat uit medische hoek vergelijkbare geluiden worden vernomen, bijv. onlangs nog in het eerder genoemde artikel in Medisch Contact van april 1981: zich voornamelijk beroepend op een artikel uit 1975 uit een Amerikaans pediatrisch tijdschrift, verklaren de schrijvers de MBD kortweg tot mythe; of zoals die Amerikaanse Schmitt het uitdrukte: "Het labelen van lastige kinderen tot MBD-ers is bijna een nationaal vermaak aan het worden". Ook de rest van het oorspronkelijke Amerikaanse artikel gaat voornamelijk over de labeling, die het kind zou schaden (vooral ook op school), de ouders in staat van beschuldiging zou stellen (waren ze maar voorzichtiger geweest rond de bevalling), de school al bij voorbaat de moed zou doen opgeven en de dokters hun tijd zou laten verdoen met iets dat niet bij de dokter thuishoort; en tenslotte zou het ook nog de research op een verkeerd spoor zetten, want zegt kinderarts Schmitt heel zelfverzekerd: "Volgens mijn ervaring wordt hyperactiviteit in 70% genetisch bepaald" (hij voelt zich kennelijk niet geremd door gangbare paradigma's) en 30% emotioneel; en van de leerproblemen behoort volgens hem 60% tot de normale variatiebreedte, 30% tot de culturele en 10% alweer tot de emotionele problematiek; en wat gedragsproblematiek betreft weet hij al helemaal geen maat te houden: "die berust voor 99.9% op psychosociale basis."

Het artikel van de aankomende (!) artsen van de VU is in feite een vervolg op dit verhaal, maar bleef Schmitt in 1975 nog helemaal dokter, zij het wel een hele eigenwijze, in 1981 zie je tot je schrik hoe de toon van het labelingsmodel á la Schmitt geleidelijk overgaat in de spreek- en denktrant van het sociale model: na beweerd te hebben dat het "juist de medische setting en therapie is die het gevaar inhoudt van het inslaan van de gemakkelijke weg van pharmaco-'therapie', omdat daarin de suggestie besloten ligt dat het zou gaan om een medische aandoening" - besluiten ze met een aantal suggesties die zo uit een handleiding voor het maatschappelijk werk geciteerd zouden kunnen zijn, nl.: "probleemverheldering, probleemverkenning en -uitleg; en raadgevingen afhankelijk van de aard en de ernst van de problematiek (in de zin van algemene opvoedingsadviezen)."

Misverstanden omtrent het medisch model

En dat brengt me dan weer terug op het eerstgenoemde en voor artsen toch echt enig juiste model, te weten het medische model. Binnen dit model mogen ook wel problemen worden verhelderd en hulpvragen worden geformuleerd, zelfs wel motivaties worden bevorderd, maar vóór alles moeten daar diagnoses worden gesteld en dat in een differentiaaldiagnostisch denkkader.

Dennis P. Cantwell besluit zijn bekende monografie: 'The Hyperactive Child Diagnosis – Management, Current Research' (Spectrum New York 1975) met een verhelderend hoofdstuk over het medische model, door hem aldus onderbouwd:

- Kinderpsychiatrie is een tak van de medische wetenschap en dús mag het medisch model bij uitstek geschikt worden geacht voor het onderzoek van psychiatrische stoornissen op de kinderleeftijd;
- het medisch model gaat uit van toestandsbeelden die een patiënt 'als zodanig' te zien kan geven, of je zoiets nu een ziekte noemt of een stoornis of een afwijking;
- een volgend uitgangspunt is dat dergelijke concrete-constateerbare toestandsbeelden van elkaar zijn te onderscheiden: qua symptomatologie, verloop, etiologie en gevoeligheid voor bepaalde vormen van behandeling;
- een nauwkeurige omschrijving en classificatie van de diverse mogelijke (mogelijk gebleken!) stoornissen is noodzakelijk voor de wetenschappelijke vooruitgang van het vakgebied;
- en juist omdat psychische processen en fenomenen bij zich-ontwikkellende en dus voortdurend-veranderende kinderen zo moeilijk te beoordelen, te meten en te kwantificeren zijn, is het des te noodzakelijker een strenge vakdiscipline in stand te houden; zowel bij klinisch als bij wetenschappelijk onderzoek moeten we geen lagere maar juist hogere eisen stellen aan onszelf, dan binnen andere (minder vage) vakgebieden.

Cantwell eindigt dit hoofdstuk met het rechtzetten van een aantal misverstanden:

Misverstand 1 - het medisch model vooronderstelt dat er sprake is van een organisch-bepaald ziektebeeld waarvoor een organisch soort therapie aangewezen is. Dit is geenszins het geval. Zelfs wordt er niet zonder meer van uitgegaan dat kinderpsychiatrische stoornissen 'ziekte-eenheden' zijn in nosologische zin en zeker zeggen ze niet bij voorbaat iets over de etiologie of de therapie. Wél houdt het medisch model in dat een kind of stoornis A of stoornis B te zien kan geven en dat dgl. verschillende (!) stoornissen op wetenschappelijk verantwoorde wijze van elkaar zijn te onderscheiden.

Misverstand 2 - de uitsluitende gerichtheid op iemands stoornis doet onvoldoende recht aan de patiënt-als-individu. En inderdaad betekent diagnostiek naar medisch model dat als voornaamste object van onderzoek geldt stoornis A of stoornis B en niet zozeer de patiënt met stoornis A of B. De belangrijkste vragen daarbij zijn: welke factoren hebben beide stoornissen met elkaar gemeen en welke niet; dáár gaat het om, alleen zó kom je tot een gedisciplineerde rubricering en classificering. En natuurlijk zal daarnaast het 'unieke individu' wel degelijk in beschouwing worden genomen, doch dit is dan meer een kwestie van arts-patiënt-relatie en van 'geneeskunst' dan van diagnosestelling en van 'geneeskunde'. Maar als dat volstrekt unieke van elk mens teveel de nadruk krijgt en er daardoor te weinig wordt gelet op de factoren die meerdere mensen met elkaar gemeen hebben (die niet uniek zijn, maar juist vaker voorkomend), dan is dit bepaald niet bevorderlijk voor de wetenschappelijke vooruitgang. Want als er bij patiënten geen sprake zou zijn van bekende, herkenbare en overeenkomstige kenmerken, zouden opleiding en ervaring volkomen zinloos zijn en elk nieuw geval een researchproject-op-zichzelf (het wiel zou steeds opnieuw moeten worden uitgevonden).

Misverstand 3 - diagnosticeren is louter een kwestie van etiketteren van het kind en vrijwel zonder betekenis voor het klinisch handelen. Nee, zo is het toch echt niet: niet een kind wordt gelabelled, maar de stoornis die dat kind vertoont en dat is een heel andere zaak; niemand zal toch durven beweren dat het er niet toe doet of je onderscheid weet te maken tussen bijv. mazelen en pneumonie, nou, net zo zinvol is het van elkaar kunnen onderscheiden van psychiatrische toestandsbeelden. En vooral ook voor researchdoeleinden is een verantwoord opgestelde en valide gebleken classificatiesysteem van (letterlijk) vitaal belang; zonder een dergelijk systeem zou er immers geen onderlinge vergelijking (en zelfs geen onderling contact) mogelijk zijn. En ook bij zo'n systeem gaat het nu juist om die gemeenschappelijke factoren: de verschijnselen die de verschillende patiënten met elkaar gemeen hebben (dit i.t.t. de individuele diagnose-per-geval, waarbij juist wél het bijzondere en individuele moet worden benadrukt).

Misverstand 4 - een benadering gericht op afwijkingen valt niet te rijmen met een menselijke benadering in therapeutisch opzicht. Nou, de praktijk bewijst eerder het tegendeel: juist de zorgvuldige ordening en overweging van welke stoornissen er zoal mogelijk zijn, maken een arts tot een betere medicus. Trouwens: het is ook moeilijk in te zien waarom méér kennis omtrent een stoornis van een patiënt, iemand minder geschikt zou maken om met hem of haar als een individu om te gaan. Tot zover Cantwell.

Een vijfde misverstand vraagt tenslotte nog even bijzondere aandacht, nl. de vreemde opvatting dat wie over zo'n 'medische' en vnl. 'endogene' stoornis als MBD spreekt, vervolgens geen oog meer zou hebben voor de omgevingsinvloeden. Dit slaat werkelijk nergens op! Want niet alleen wordt door een medicus onder de menselijke biotoop (of: homotoop) altijd de bekende drieslag van 'lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk' verstaan, ook als diagnosticus weet elke weldenkende dokter echt wel beter.

Hoe afhankelijk van de omgeving elke beoordeling (dus ook de diagnostisch 'gedisciplineerde') van een toestand is, wordt fraai geïllustreerd door eerder genoemde De Jonghe in eerdergenoemde inauguratie, als hij het volgende beeld schetst: "Een man loopt onrustig heen en weer op een grasveld, zichtbaar ten prooi aan elkaar snel opvolgende emoties: soms straalt de wanhoop van hem af, soms lijkt hij woedend, dan weer dartelt hij uitgelaten rond. Is deze man psychotisch? Nee - hij neemt deel aan een voetbalwedstrijd."

Maar ook het omgekeerde kan waar zijn. Vervang in dit voorbeeld de man door een schooljongen en laat die voetbalwedstrijd weg - dan hoef je nog niet direct te denken: "Die is gek" - want dan is het heel wel mogelijk dat we met een wat extra uitbundig en buitensporig MBD-geval te maken hebben. En dat is – gelukkig! - toch wel veel minder erg.

J. Euwema
kinder- en jeugdpsychiater

Bijlage: drie vormen van preventie (volgens Caplan)

Primaire preventie is gericht op verlaging van de zgn. incidentie ('incidence'): het aantal nieuwe ziektegevallen dat in een bepaalde periode optreedt (dat wat er bij komt) - door schadelijke factoren tegen te gaan c.q. uit te schakelen vóór ze de kans krijgen ziekten of stoornissen te veroorzaken. Primaire preventie is dus louter populatiegericht, heeft de totale bevolking of een deelgroep-doelgroep daarvan op het oog (en niet een individueel geval).

Het 'linkse' deel ervan, verhoudingsgewijs ver verwijderd van de secundaire preventie, valt vrijwel geheel samen met welzijnszorg (vandaar dat de preventie vanuit de maatschappelijk-werk-sector zich vooral hier ophoudt) en is identiek met zgn. positieve gezondheidszorg, te omschrijven als het bevorderen van een optimaal somato-psycho-sociaal leefklimaat (slechts in zeer bescheiden mate een medische aangelegenheid - bijv. in zoverre vanuit de kennis van de pathologie kan worden aangegeven wat verkeerd is én wat bevorderlijk is voor de ontwikkeling van de lichamelijke en de geestelijke gezondheid). Het 'rechtse' deel ervan, grenzend aan secundaire preventie, wordt pas goed herkenbaar als medische preventie, omdat hier bekende ziekteoorzaken worden bestreden, bijv. via vaccinatie bepaalde infectieziekten, via voedingsvoorlichting bepaalde hart- en vaatziekten, via verbetering van de perinatale zorg bepaalde vormen van hersenbeschadiging. (Dat hier geen voorbeelden kunnen worden genoemd van oorzaken van psychische stoornissen, is als een testimonium paupertatis te beschouwen: de geestelijke gezondheidszorg is er nog nauwelijks in geslaagd bepaalde oorzakelijke factoren zo 'hard' te maken dat ze als bouwstenen voor gerichte primaire preventie kunnen dienen.)

Secundaire preventie is gericht op verlaging van de zgn. prevalentie ('prevalence'): het totaal aantal ziektegevallen dat binnen een bepaalde periode in de bevolking aanwezig is (het 'ziektebestand') - door de duur van de stoornis te bekorten middels vroegtijdige onderkenning, diagnostiek en behandeling. Secundaire preventie is eveneens populatiegericht (bijv. screenings-onderzoeken etc.) maar er wel op uit daar de individuele 'at-risk'-gevallen uit te lichten.

Tertiaire preventie is gericht op de nadelige gevolgen van de ziekte of stoornis (met voorkómen van erger - bijv. van chronisch worden) en vormt een vloeiende overgang naar de individugericte geneeskundige zorg. Eigenlijk zou er nog een grensgebied onderscheiden moeten worden tussen deze tertiaire preventie (die weliswaar een vorm van 'voorzorg' wordt genoemd maar ook belangrijke 'nazorg'-facetten vertoont) - én de uitgesproken curatieve benadering die wordt verondersteld van de geneeskundige zorg. En in dit overgangsgebied zouden dan ook de curatieve activiteiten passen zoals die worden verricht door de meer therapeutisch gerichte instellingen van de geestelijke jeugdgezondheidszorg, doch die, alleen al gezien de doelgroep, toch ook een preventieve (bij-)bedoeling hebben.