

**IDENTITEIT EN DE BETEKENIS VAN
OVERBEWEEGLIJKHEID ⁽¹⁾**

Wendy Christiaens

*Winnaar van de Prijs van de
Vereniging voor Sociologie 2001*

1. OVERBEWEEGLIJKHEID SOCIOLOGISCH BEKEKEN

In dit artikel wordt een onderzoek voorgesteld dat deel uitmaakt van een bredere studie met als centrale vraagstelling "Welke betekenis geeft een hyperactief kind aan zijn overbeweeglijkheid?". Inzichten uit de fenomenologische sociologie vormen daarbij een leidraad en worden gekoppeld aan de sociale identiteitstheorie. De probleemstelling die hier zal worden behandeld is welke rol overbeweeglijkheid speelt in de identiteit van een kind met ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Is overbeweeglijkheid een relevant element in de identiteit van een kind, van waaruit situaties gedefinieerd worden? Kan overbeweeglijkheid een criterium zijn voor 'self categorization'? Om op deze vragen een antwoord te vinden, worden overbeweeglijke kinderen tussen 8 en 14 jaar bestudeerd door middel van interviews en observaties.

Een korte beschrijving van de medicalisatie van overbeweeglijkheid, maakt de weg vrij voor een sociaal constructivistische benaderingswijze van overactief gedrag. Vervolgens wordt het theoretisch kader van deze studie geschetst, namelijk de 'self-categorization theory' waarin het identiteitsbegrip centraal staat. Tegen deze achtergrond worden de resultaten geïnterpreteerd. 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder' (ADHD) wordt in de psychologische wetenschappen bestudeerd als individuele pathologie. Hoewel de invloed van significante anderen uit de omgeving van het overbeweeglijke kind niet genegeerd wordt, vallen maatschappij-dynamieken buiten beeld. Vandaar dat hier gepleit wordt voor een complementaire sociologische benaderingswijze van overbeweeglijk gedrag.

ADHD komt in de sociologische literatuur vooral voor met betrekking tot medicalisatie van deviant gedrag. Het is voornamelijk Peter Conrad (1975, 1977, 1979, 1992) die het medisch model van hyperactief gedrag bekritiseert. Met 'het medisch model' wordt verwezen naar het conceptualiseren van ADHD als een individuele pathologie, wat betekent dat het kan genezen worden door medische oplossingen, bijvoorbeeld het nemen van medicatie. In zijn paper "The discovery of Hyperkinesis: Notes on Medicalisation of Deviant Behavior" beschrijft Conrad (1975) hoe bepaalde gedragvormen gedefinieerd worden als een medisch probleem en hoe de geneeskunde een belangrijke actor is geworden in de controle over gedrag. Deviant gedrag definiëren als een medisch probleem zorgt ervoor dat het kan gecontroleerd worden. Gedragingen die niet passen in het dominante waardensysteem worden aangepakt en onder controle gebracht, dat wil zeggen ermee in overeenstemming gebracht (Conrad 1975, 19). Enerzijds is er een medische conceptie nodig van het deviante gedrag in kwestie om in aanmerking te komen voor medische sociale controle. Anderzijds wordt deviant gedrag door de medische wereld ingelijfd als er een mechanisme van medische sociale controle voor beschikbaar is. In het geval van ADHD is dat medicatie.

Het medicalisatieproces gaat hand in hand met een bredere ontwikkeling, namelijk de individualisering van sociale problemen. Oorzaken en oplossingen voor complexe sociale problemen worden gezocht in het individu in plaats van in het sociaal systeem. Ryan (1971) heeft het in dat verband over "Blaming the victim". De oorzaken van een probleem worden bij het individu gezocht, eerder dan in de samenleving. Het medisch perspectief focust op individuele diagnoses en behandelingen zonder al te veel aandacht voor de sociale situatie (Conrad 1975, 19). Het medisch model sluit uit dat deviant gedrag een aanpassing is aan een sociale situatie.

Whalen en Henker (1977) verdedigen dit standpunt. Zij stellen dat het logischer is het individu aan te passen aan de sociale context dan omgekeerd. Het is niet de sociale situatie die de overbeweeglijkheid produceert, maar wel de combinatie van een welbepaald kind in een welbepaalde context. Whalen en Henker argumenteren dat het om een individueel probleem gaat dat interageert met de context waarin het zich voordoet.

Conrad poneert dat het medisch model onze aandacht afleidt van sociale systemen en sociale problemen herleidt tot medische problemen. De medische sociale controle houdt het status quo in stand. Overbeweeglijk gedrag wordt niet aanvaard als een factor die sociale systemen in vraag stelt en verandert (Conrad 1975, 19). Volgens het medisch model is het niet nodig om sociale systemen in vraag te stellen als individuele fouten kunnen weggewerkt worden door medische ingrepen. Maar wat indien er steeds meer 'individuele fouten' optreden?

In het verlengde van de kritieken van Conrad op het medisch model wordt hier een alternatief aangereikt. ADHD wordt geconceptualiseerd als een sociale constructie. Toch moet het strikte sociaal constructivisme genuanceerd worden, want inmiddels wordt in de medische sociologie meer belang gehecht aan de materiële basis van aandoeningen zoals ADHD. Het is mogelijk dat kinderen een aanleg hebben voor ADHD, bijvoorbeeld in de vorm van een hersenafwijking, maar daarover bestaat in de literatuur weinig consensus. Aanleg hebben voor ADHD kan ook geïnterpreteerd worden in termen van natuurlijke variatie: er zijn beweeglijke en minder beweeglijke kinderen, net zoals er grotere en kleinere kinderen bestaan. Deze interpretatie is ech-

ter een te sterke vereenvoudiging van de realiteit aangezien ADHD een syndroom is, een verzameling van kenmerken: van overbeweeglijkheid tot lage frustratieniveaus, van verstrooidheid tot humeurigheid. In deze studie zal de aandacht echter voornamelijk uitgaan naar overbeweeglijk gedrag. Nochtans is het niet de bedoeling ADHD daartoe te reduceren. Overbeweeglijkheid staat centraal omdat dit het meest besproken en het meest zichtbare aspect is van ADHD. Bovendien is het conflict met de omgeving bij dit gedragskenmerk het meest uitgesproken. Het is een manifestatie van ADHD waar de omgeving van het kind het meest 'last' van heeft.

Doorheen deze tekst moeten we bovendien voor ogen houden dat ADHD-kinderen geen homogene groep vormen. ADHD interageert met de persoonlijkheid van het kind en met omgevingsfactoren, waardoor een zeer grote variatie wordt gecreëerd (Compernelle 1998, 140). ADHD is met andere woorden een ideaaltype waaraan kinderen in meerdere of mindere mate beantwoorden.

Afwijkend gedrag is geen onveranderlijke, objectieve realiteit. Het is een kwestie van sociale definiëring (Schur 1971, 14). Sociale groepen creëren deviantie door middel van regels en verwachtingen, waarvan de overtreding deviantie genoemd wordt. Vanuit dit standpunt kan deviantie niet beschouwd worden als de eigenschap van een persoon, maar eerder als het gevolg van het toepassen van regels en verwachtingen en het sanctioneren van de overtreder. Om het met de woorden van Becker te zeggen "... *deviant behavior is behavior that people so label*" (Becker, 1963, 9, gecit. in Rubington & Weinberg 1995, 183).

Toegepast op overbeweeglijkheid betekent dit dat het beschouwd wordt als afwijkend omdat stil zitten in vele situaties de regel is en overactief zijn de overtreding van die regel. Immers binnen de structuren van onze samenleving moeten kinderen in tal van situaties, bijvoorbeeld op school, stil zitten en rustig zijn.

Deviantie mag geenszins beschouwd worden als een statisch gegeven. Het definiëren van overbeweeglijk gedrag als afwijkend, is het resultaat van dynamische interactieprocessen. Immers handelingen alleen volstaan niet om te spreken van afwijkend gedrag, er is ook een maatschappelijke reactie nodig (Schur 1971, 8).

De begrippen primaire en secundaire deviantie van Lemert moeten in die zin begrepen worden (1951, 75-76). Bij overbeweeglijk gedrag is het echter moeilijk om de eerste deviante handeling te definiëren. Wanneer van ADHD gesproken wordt, gaat het in zekere zin reeds om secundaire deviantie, aangezien het gedrag benoemd is. Het benoemen op zich is reeds het resultaat van een reactie. Secundaire deviantie, zoals Lemert het definieert, gaat echter veel verder: "*The individual whose self concept and activities have come to conform substantially to the deviant image that others have of him*" (Schur 1971, 15). Overbeweeglijk gedrag is een geconstrueerde deviante rol die geïnternaliseerd wordt en daardoor als subjectief echt wordt ervaren. De persoon wordt als het ware gevangen in een deviante rol. Zelfs als hij zich daartegen verzet en zich vastklampt aan zijn niet deviante identiteiten, zal hij zich uiteindelijk met het label gaan identificeren. Niemand kan een identiteit op zijn eentje overeind houden, want identiteit vereist bekrachtiging en erkenning van anderen (Schur 1971, 56).

Als de deviante rol wordt geïnternaliseerd, is er sprake van secundaire deviantie, zoals gedefinieerd door Lemert (zie boven). De internalisatie gebeurt door het innemen van

'the role of the other' waardoor het kind zichzelf bekijkt vanuit het standpunt van de ander en zo tot een zelfconcept komt. Internalisatie is de basis voor enerzijds het begrijpen van anderen en anderzijds het begrijpen van de wereld als betekenisvolle en sociale realiteit (Berger en Luckman 1966, 150). Internalisatie van waarden- en normensystemen behoort tot het socialisatieproces dat kinderen binnen hun leefwereld ondergaan. ADHD-kinderen merken echter dat hun gedrag dikwijls conflicteert met wat van hen wordt verwacht. Significante anderen maken hen er attent op dat zij zich niet gedragen zoals het zou 'moeten'. Hoewel zij hun best doen om aan de eisen uit de omgeving te voldoen, slagen zij daar vaak niet in.

De laatste drie decennia heeft onderzoek rond ziekte- en gezondheidsgedrag zich geconcentreerd op hoe mensen zelf de aard van ziekte en gezondheid construeren. Er wordt verondersteld dat een belangrijk deel van de manier waarop individuen betekenis geven aan hun fysieke conditie, gebaseerd is op ideeën die ze hebben over wat ziekte en gezondheid is (Levine 1999, 63). Volgens medische sociologen worden ideeën over ziekte gevormd door sociale factoren, zoals levenservaringen, leef- en werkomstandigheden. Gezondheidspsychologen daarentegen beschouwen ideeën over ziekte als individuele cognitieve constructies. Beiden trappen echter in de val van respectievelijk sociaal en individueel determinisme. Teneinde dit te overstijgen wordt geprobeerd om beide benaderingswijzen te integreren. Volgens Levine (1999, 64) is een model nodig dat kan verklaren hoe contextuele factoren betrokken worden in het proces waardoor individuen betekenis geven aan een fysieke conditie.

Levine en Reicher (1996) baseren zich op de 'self-categorisation theory' (SCT) van John Turner (1981, 1991) om een model te schetsen voor symptoomevaluatie, rekening houdend met de impact van sociale context op perceptie van ziekte- en gezondheidsgedrag. Door dit model toe te passen op overbeweeglijkheid verwerven we inzicht in de vraag naar de impact van medicalisatie (sociale context) op hoe overbeweeglijkheid gepercipieerd wordt door ADHD-kinderen.

2. OVERBEWEEGLIJKHEID EN DE SELF-CATAGORISATION THEORY (SCT)

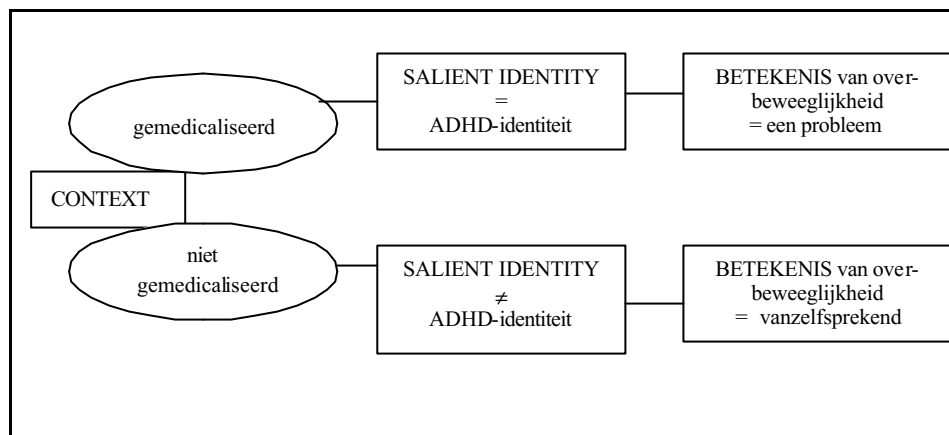
Het uitgangspunt van de self-categorisation theorie (SCT) is dat personen lid zijn van een veelheid aan groepen. Het lidmaatschap van een groep geeft aanleiding tot een sociale identiteit. Een sociale identiteit weerspiegelt hoe mensen zichzelf definiëren in termen van lidmaatschap van sociale groepen (Levine 1999, 65). Wanneer een bepaalde identiteit geactiveerd wordt, gaat het individu denken en handelen in termen van ideeën die relevant zijn voor die bepaalde sociale identiteit (Turner 1982, 1991). Dat betekent dat, als verschillende sociale identiteiten geactiveerd worden in verschillende sociale contexten, de kennis waarop het individu beroep doet om betekenis te geven aan een situatie, ook zal veranderen afhankelijk van de context (Levine 1999, 65). Met andere woorden, de ideeën die het denken en handelen kenmerken, evenals de kennis die gebruikt wordt om betekenis te verlenen aan een situatie, zijn afhanke-

lijk van de context waarin een identiteit geactiveerd wordt. Wanneer we dit toepassen op overbeweeglijk gedrag, kunnen we veronderstellen dat de overtuigingen die het denken en handelen van ADHD-kinderen kenmerken, en de kennis op basis waarvan de kinderen betekenis geven aan een bepaalde situatie, afhankelijk zijn van de context waarin hun ADHD-identiteit relevant is. De vraag die we ons aldus moeten stellen is in welke contexten de ADHD-identiteit geactiveerd wordt. Wanneer een gezinscontext gekenmerkt wordt door een denken en handelen volgens het medisch model kan dit dus gevolgen hebben voor de betekenis die de ADHD-kinderen in dat gezin geven aan overactief gedrag. Het medisch model komt tot uiting in verklaringen die gegeven worden voor het overbeweeglijk gedrag en in de oplossingen die gekozen worden. De geopperde verklaringen en oplossingen benadrukken de verschillen met andere kinderen eerder dan de gelijkenissen, waardoor kinderen zich niet identificeren met de in-group maar met de out-group als de ADHD-identiteit geactiveerd wordt. Zij categoriseren zich op dat moment als verschillend van de andere kinderen. Volgens de sociale identiteitstheorie speelt deze zelf-categorisering een rol in de 'identity formation' (Stets & Burke 2000, 225).

Het categorisatieproces is een interpersoonlijk proces waarbij de beoordeler een waardenoordeel vormt over gedrag van hetzij zichzelf, hetzij iemand anders. Deviantie is niet inherent aan gedrag, maar is een label dat door sommige sociale systemen op bepaalde gedragingen gekleefd wordt, maar daarom niet noodzakelijk ook door andere sociale systemen (Rubington & Weinberg 1995, 197). Dit impliceert dat een persoon die gelabeld wordt als deviant in het ene sociaal systeem, niet noodzakelijk zo benoemd wordt in een ander sociaal systeem. Met andere woorden het al dan niet labelen van een bepaalde gedraging, hangt af van de sociale groep waarin men zich bevindt.

Naast het gestereotypeerd worden door de sociale groep waarvan men deel uitmaakt, stereotyperen de kinderen ook zichzelf. Volgens Turner (1982, 1991) stereotyperen personen zichzelf volgens een proces dat hij "referent informational influence" (RII) noemt. Zichzelf stereotyperen is niets anders dan het op zichzelf toepassen van de waarden en normen van de verschillende groepen waarvan men lid is. Gezinnen waar een medisch model gehanteerd wordt om betekenis te geven aan overbeweeglijkheid, worden gekenmerkt door waarden en normen die overbeweeglijkheid afkeuren. Het kind past die waarden en normen toe op zichzelf, met andere woorden stereotypeert zichzelf als overbeweeglijk. Daardoor wordt het label dat de omgeving toegekend had, bevestigd. Vanaf dat moment worden situaties geïnterpreteerd op basis van die identiteitscomponent. ADHD wordt een 'salient identity', dat wil zeggen dat ADHD als identiteitscomponent geactiveerd wordt en dat het individu denkt en handelt overeenkomstig overtuigingen die relevant zijn voor die bepaalde sociale identiteit. In een gezin waar overbeweeglijkheid getolereerd wordt en geen medisch verklaringmodel gehanteerd wordt, wordt ADHD geen 'salient identity'. Bijgevolg worden de gelijkenissen met andere kinderen benadrukt en beschouwt het kind zich niet als verschillend van de andere kinderen. De sociale context impliceert normen en waarden, die het kind op zichzelf toepast via zelf-stereotypering, waardoor zijn perceptie van overbeweeglijkheid vorm krijgt. De groepsnormen worden geïnternaliseerd en gaan deel uitmaken van het zelfconcept.

Figuur 1. Hoe contextuele factoren ingrijpen op betekenisgeving: een hypothetisch model



De 'self-categorization theory' van Turner doet ons besluiten dat de gemedicaliseerde (gezins)context via stereotypering de ADHD-identiteit activeert. Deze identiteit gaat gepaard met bepaalde overtuigingen en kennis met betrekking tot overbeweeglijk gedrag: overbeweeglijkheid wordt afgekeurd. Het is een afwijking die moet behandeld worden. Met andere woorden overbeweeglijk gedrag is een medisch probleem.

3. METHODOLOGIE

Deze studie is louter exploratief, met als einddoel een aantal toetsbare hypotheses te formuleren. De onderzoeksmethodes zijn dan ook in functie hiervan gekozen. Enkel de kinderen binnen het onderzoek kunnen in beperkte mate met elkaar vergeleken worden. Het is met andere woorden niet de bedoeling na te gaan waarin ADHD-kinderen verschillen van kinderen zonder ADHD, maar wel om inzicht te verwerven in het effect van medicalisatie op de betekenis die kinderen geven aan overactief gedrag.

Het bestuderen van (overbeweeglijke) kinderen is niet vanzelfsprekend en vraagt dus een eigen methodologie. Kinderen vormen een aparte onderzoeksgroep waardoor interviewtechnieken die bij volwassenen aangewend worden, niet zomaar kunnen toegepast worden bij kinderen. Het is van belang de beperkingen van interviews met kinderen te kennen en te erkennen teneinde zoveel mogelijk vertekening te vermijden. In tegenstelling tot de dominante visie dat kinderen 'onaf' zijn, worden zij binnen deze studie beschouwd als volwaardige sociale actoren. Vanuit dit perspectief kunnen we ons echter de vraag stellen of we als volwassenen, kinderen kunnen bestuderen

(Waksler 1986, 78). Zij kijken immers naar kinderen door een volwassen bril, en interpreteren hen in termen van categorieën van volwassenen. We kunnen het beschouwen als een vorm van etnocentrisme: adultcentrism zoals Goode (1986, 84) dat noemt. Om dat te voorkomen of minstens te beperken, wordt geprobeerd afstand te nemen van persoonlijke visies en in dit geval van volwassen categorieën. In de fenomenologie neemt de onderzoeker de rol in van 'disinterested' observer'. Dat wil zeggen, dat hij niet betrokken is bij de geobserveerde situatie, hij kijkt ernaar met dezelfde onafhankelijkheid als de natuurwetenschapper die waarnemingen doet in zijn laboratorium (Schutz 1966, 34). Dit ideaal werd bij de gegevensverzameling nagestreefd.

Het verschil tussen de leefwereld van een kind en die van een volwassene wordt vaak geminimaliseerd op basis van de idee dat elke volwassene toch ooit kind is geweest. Maar dat betekent niet dat zij de leefwereld van kinderen kennen. Zij zullen altijd een beperkte toegang hebben tot de kinderleefwereld. Het is als het ware een andere cultuur. Daarom zijn etnografische methodes zoals participerende observatie en diepte-interviews aangewezen. Het doel van de observaties is informatie te verzamelen uit het spontane gedrag van kinderen. Het is een 'natuurlijke' methode die ook ouders - al dan niet bewust - aanwenden om hun kind beter te begrijpen. Hoewel de verbale capaciteit van de onderzochte groep kinderen voldoende ontwikkeld is, wordt geprobeerd aan de hand van observatie de validiteit van de data en de interpretaties ervan te verhogen en de diepte van de studie te optimaliseren.

Tabel 1. Kenmerken van de steekproef

Aantal kinderen	17
Aantal geïnterviewde kinderen	17
Aantal geobserveerde kinderen	2
Leeftijd van de kinderen	8 tot 14 jaar
Geslacht van de kinderen	2 meisjes en 15 jongens
Woonplaats van de kinderen	Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Vlaams-Brabant

Om dit kwalitatieve onderzoek uit te voeren waren tien tot twintig respondenten nodig. Gezien de specifieke doelgroep was het onmogelijk om te werken met een aselecte steekproef. Er was een doelgerichte steekproef nodig uit de groep ouders met minstens één ADHD-kind. Via een oproep in het tijdschrift van een v.z.w. die zich bezighoudt met onderzoek naar, advies voor en begeleiding van ADHD-kinderen, werden elf bereidwilligen gevonden. Contact met een tweede organisatie, een revalidatiecentrum dat zich tot doel stelt kinderen/jongeren optimaal te helpen en te begeleiden bij zijn/haar problematiek (niet beperkt tot ADHD), zorgde voor nog vier extra respondenten.

Alle geïnteresseerde en bereidwillige ouders werden aangeschreven. In een brief kregen zij informatie over het geplande onderzoek en werden praktische afspraken

gemaakt. Telefonisch werd dan een concrete datum vastgelegd, waarop het interview zou plaatsvinden. Bijkomende vragen van hun kant werden beantwoord.

Naast de groep van vijftien kinderen, werden ook de twee kinderen met ADHD die geobserveerd werden in de klas, geïnterviewd. De observaties vonden plaats in een tweede beroeps klas van een school in het Gentse, die de toestemming gaf een aantal lessen bij te wonen. Dit brengt de totale groep kinderen op zeventien.

De lezer dient attent gemaakt te worden op een selectie-effect. Doordat de ouders zelf konden kiezen om al dan niet gehoor te geven aan de oproep om deel te nemen aan het onderzoek, is er sprake van zelfselectie. Veel ouders die de oproep hebben beantwoord, hebben dat gedaan om elk initiatief dat genomen wordt met betrekking tot de ADHD-problematiek aan te moedigen. De meeste ouders hadden immers veel negatieve ervaringen opgedaan in hun zoektocht naar een antwoord op de vraag "Wat is er mis met mijn kind?"

De ouders die instemden met de deelname aan deze studie zijn degenen voor wie het overbeweeglijke gedrag van hun kind een probleem vormt. Dit neemt echter niet weg dat er ook ouders bestaan die het onrustige gedrag van hun kind(eren) niet problematiseren.

Bijna alle geïnterviewde kinderen maakten deel uit van gezinnen met minimum twee kinderen. In zes van de vijftien gezinnen was er een kroost van drie of meer kinderen. De respondenten waren altijd het eerste of tweede kind in de geboortering. De leeftijdsverschillen van de opeenvolgende kinderen zijn klein. In de meerderheid van de gevallen manifesteerde de overbeweeglijkheid zich pas toen het kind het eerste leerjaar bereikte, dat wil zeggen als de broertjes en zusjes al geboren waren. Het is niet onwaarschijnlijk dat door de omvang van het gezin, ADHD intenser als probleem ervaren wordt door de ouders. Het gezin heeft immers een complexere organisatie en er vinden meer interacties plaats. Vooral de bijkomende interacties tussen de kinderen kunnen wel eens voor problemen zorgen. Samengevat, er zitten door zelfselectie vooral gezinnen in de steekproef die ADHD in zeer sterke mate als problematisch ervaren en gezinnen waar dit minder het geval is, zijn ondervertegenwoordigd.

Alle kinderen werden, al dan niet door een psychiater, gediagnostiseerd met ADHD. Met andere woorden, we kunnen verwachten dat ze allemaal een officieel en erkend label opgeplakt kregen. Dat heeft tot gevolg dat op enkele uitzondering na alle kinderen medicatie slikten. Kinderen die geen pilletjes slikken, zijn ondervertegenwoordigd in de steekproef.

Om de data te analyseren werd een codeersysteem opgesteld. Dit is een middel om de data te ordenen volgens de conceptuele thema's opgesteld door de onderzoeker (Minichiello et al. 1991, 293). Er werd een lijst woorden opgesteld die kunnen geconceptualiseerd worden in categorieën en gelinkt worden aan het theoretisch raamwerk. Door middel van het softwarepakket "Nud.ist" werd de hele dataset, bestaande uit alle interviews en observatienotities gecodeerd.

4. RESULTATEN

Op enkele uitzonderingen na, hanteren de kinderen ADHD niet als een categorie om zichzelf te identificeren of groepen mensen te onderscheiden. In die zin zien zij zichzelf niet als behorende tot de groep mensen met ADHD, die tegenover de groep zonder ADHD staat. De kinderen geven de indruk niet bezig te zijn met dat deel van hun identiteit, tenzij met de externe aspecten zoals negatieve reacties uit de omgeving.

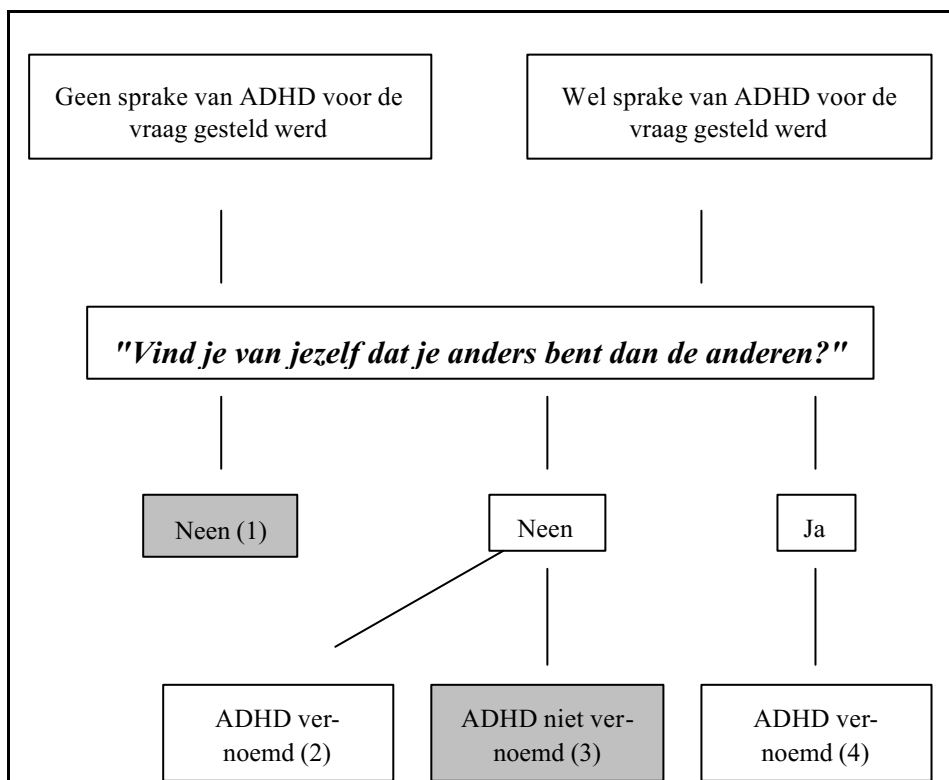
De meeste kinderen werd expliciet gevraagd hoe zij ADHD zouden uitleggen aan mensen die niet weten wat het is. De meeste onder hen rammelden een aantal kenmerken af, typisch voor ADHD, zonder de indruk te geven zich daarin te herkennen, alsof ze over een fenomeen spraken waar ze niets mee te maken hadden. Dit doet vermoeden dat overbeweeglijkheid op zich niet meteen als probleem wordt ervaren, althans niet door de jongsten. De gevolgen die ADHD met zich mee brengt, daarentegen des te meer. Voor de oudere kinderen (vanaf ongeveer twaalf jaar) ligt het anders. Zij zijn zich veel meer bewust van hun gedragingen en hebben zelf last van wat zij zenuwachtigheid en nervositeit noemen. Zij leggen ADHD niet meer uit in termen van algemeenheden, maar noemen eigenschappen die ze bij zichzelf hebben vastgesteld. Bovendien hebben zij een sterk ontwikkeld schuldgevoel ten opzichte van de mensen in hun directe omgeving, omdat ze hen zoveel 'last' berokkenen.

De jongste kinderen spreken over 'symptomen van ADHD', zoals zich slecht kunnen concentreren, zonder de link te leggen met ADHD. Maar voorzichtigheid is hier op zijn plaats, want het is mogelijk dat ADHD een zo vanzelfsprekend onderdeel is van de identiteit van het kind dat hij er niet bij stilstaat dit te vermelden. Een andere mogelijkheid is dat de volgorde van de vragen hierin een doorslaggevende rol speelt. Wanneer nog geen vraag gesteld was in verband met ADHD, was dat thema nog niet geactiveerd in de kennisvoorraad van het kind. Met als gevolg dat ADHD geen relevant kenniselement is in het beantwoorden van de gestelde vragen. Het is dus goed mogelijk dat indien er aan deze vragen een vraag was vooraf gegaan die wel expliciet ging over ADHD, het kenniselement geactiveerd was en bijgevolg relevant was voor de gestelde vragen. Dit vermoeden wordt ondersteund door de vaststelling dat waar ADHD al vroeg in het gesprek voorkomt, het verder in het gesprek nog wordt aangehaald door het kind.

Om na te gaan welke invloed er uitgaat van de volgorde waarin vragen gesteld worden, kan onderzocht worden wanneer in het gesprek de volgende vraag gesteld wordt: "Vind je van jezelf dat je anders bent dan de anderen?" Vervolgens wordt nagegaan of ADHD al aan bod gekomen was voordat de vraag gesteld werd. Daarbij wordt verondersteld dat als ADHD al ter sprake is gekomen voor de vraag gesteld werd, dat kenniselement reeds geactiveerd was in de kennisvoorraad van het kind, waardoor het met een grotere waarschijnlijkheid relevant is voor het antwoord op de vraag: "Vind je van jezelf dat je anders bent dan de anderen?" Indien ADHD nog niet ter sprake is gekomen voor deze vraag werd gesteld, zal ADHD niet uit de kennisvoorraad opduiken als relevant, waardoor het kind zijn antwoord dus geen verwijzing naar ADHD inhoudt.

In de interviews met de kinderen komt het volgende patroon (zie Figuur 2) naar voren. Wanneer de vraag "Vind je van jezelf dat je anders bent dan de anderen?", niet vooraf gegaan wordt door vragen of antwoorden waarin ADHD of overbeweeglijkheid aan bod komt, is het antwoord 'neen'. Met andere woorden het kind beoordeelt zichzelf niet als zijnde anders dan de anderen uit zijn klas. Is er vooraf wel sprake over ADHD of overbeweeglijkheid, dan komen zowel de antwoorden 'ja' als 'neen' voor. Indien de kinderen vinden dat ze verschillen van andere kinderen, dan wordt in het antwoord verwezen naar ADHD als vergelijkingscriterium. De kinderen vergelijken zich met andere kinderen en het al dan niet ADHD 'hebben', staat daarbij centraal. Wanneer de kinderen zichzelf niet beoordelen als verschillend van de anderen, komen twee patronen voor: enerzijds zijn er kinderen die in hun ontkennend antwoord niet verwijzen naar ADHD, anderzijds zijn er kinderen die ADHD wel vernoemen en dus relevant vinden. In dit geval wordt ofwel impliciet of expliciet verwezen naar ADHD.

Figuur 2. ADHD als vergelijkingscriterium bij het beoordelen van 'anders zijn' dan de anderen



Daaruit kan besloten worden dat de volgorde van de vragen wel degelijk kan zorgen voor verschillende antwoorden op eenzelfde vraag. Hoewel het antwoordpatroon dat we hier vinden louter toevallig kan zijn, gelet op het kleine aantal respondenten. Echter het al dan niet spreken over ADHD voor het stellen van de vraag "Vind je van jezelf dat je anders bent dan de anderen?", is - naar alle waarschijnlijkheid - niet de enige determinant van het antwoord dat op die vraag gegeven wordt. Immers indien ADHD reeds ter sprake is gekomen voor de vraag over de vergelijking met anderen gesteld werd, komen beide antwoordpatronen voor.

Het is opvallend dat de kinderen die zichzelf niet als verschillend van de anderen beoordelen, en daarbij ook niet verwijzen naar ADHD (zie (1) & (3) in figuur 1), geen medicatie nemen. Dat betekent dat het interessant zou zijn om de volgende hypothese (2) te testen aan de hand van empirisch onderzoek: bij kinderen die medicatie nemen, maakt ADHD prominenter deel uit van hun leefwereld en (dus) hun identiteit.

In lijn met de eerste hypothese kan ook een tweede hypothese opgesteld worden: kinderen die medicatie nemen, beschouwen overbeweeglijkheid meer als een probleem dan degenen die geen medicatie nemen. Deze hypothese veronderstelt dat medicatie ervoor zorgt dat ADHD een opvallend aspect van de identiteit wordt, veel meer dan als medicatie afwezig is. ADHD is een relevant kenniselement voor het definiëren van de situatie, omdat de medicatie de overbeweeglijkheid als probleem centraal stelt. Medicijnen worden altijd genomen met als doel een bepaald probleem, in dit geval overbeweeglijkheid, op te lossen. De verwachting dat de medicatie de oplossing brengt is inherent aan het nemen ervan. Met andere woorden door de medicatie wordt het probleemkarakter van het overbeweeglijk gedrag bevestigd of gecreëerd.

Kinderen die geen medicatie nemen, leren om te gaan met hun overbeweeglijkheid, zonder telkens gewezen te worden op het problematisch karakter ervan. De kinderen ervaren overbeweeglijkheid ook veel minder als een 'ziekte', en spreken minder in termen van ADHD als ziektebeeld.

Een gemedicaliseerde gezinssituatie kenmerkt zich o.a. door het geven van medicatie om het overactief gedrag onder controle te brengen, met andere woorden te onderdrukken. In deze context wordt het kind getypeerd als kind met ADHD. Deze identiteit wordt geactiveerd en bevestigd door het zelf-categorisatie proces waaraan het kind onderhevig is. De geactiveerde identiteit (salient identity) gaat gepaard met een kennisvoorraad waarin overbeweeglijkheid gepercipieerd wordt als een afwijking die behandeld moet worden door middel van medicatie. In een niet gemedicaliseerde context wordt de (over)beweeglijkheid niet geproblematiseerd, noch benoemd. Het kind categoriseert zichzelf onder dezelfde noemer als de andere kinderen en percipieert zichzelf niet als verschillend. Het identificeert zich met de in-group.

De hypothese dat kinderen die medicatie nemen zichzelf meer dan andere overbeweeglijke kinderen, identificeren met ADHD, druist in tegen wat we op basis van gezond verstand zouden verwachten. Het zou enigszins logisch zijn dat kinderen die medicatie nemen ADHD minder problematisch vinden dan de kinderen die geen medicatie nemen, omdat de medicatie er juist voor zorgt dat de overbeweeglijkheid zich minder manifesteert. Met andere woorden de kinderen die geen medicatie nemen, kunnen verondersteld worden meer last te ondervinden van hun overbeweeglijkheid,

gezien zij geen pilletje nemen dat, dat onderdrukt. Zij moeten bijgevolg een grotere inspanning leveren om het gedrag onder controle proberen te houden. Langs de andere kant kan de bedenking gemaakt worden dat sommige kinderen geen medicatie nemen, omdat de overbeweeglijkheid niet in die mate voorkomt dat medicatie nodig is. Gezien ze dus minder overbeweeglijk zijn dan de kinderen die wel medicatie moeten nemen, wordt de overbeweeglijkheid als minder problematisch ervaren.

Dit tegenargument kan echter op basis van de zelf-categorisatie theorie weerlegd worden. Het is niet de manifestatie van ADHD die maakt dat kinderen zich ermee identificeren, maar wel de reactie op de manifestatie van ADHD. Het kind medicatie geven is een reactie die de ADHD-identiteit activeert via stereotypering en categorisering. Zonder die reactie bestaat de categorie overbeweeglijke kinderen niet.

5. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Alvorens tot een aantal conclusies te komen en naar de probleemstelling terug te koppelen, worden een aantal beperkingen van de studie aangestipt. Validering is bij deze studie nagenoeg onmogelijk aangezien gewerkt wordt met interpretaties van slechts één onderzoeker. Bij onderzoek naar betekenisgeving en motivaties van gedrag is dit een problematisch gegeven. Betekenissen en motivaties zijn enorm veelzijdig, waardoor de kans groot is dat verschillende onderzoekers hetzelfde gedrag of dezelfde uitspraak anders zouden interpreteren. Ook de bereidheid van de respondent om zich meer of minder bloot te geven, speelt hierbij een rol. Daarom leggen technieken zoals diepte-interviews de nadruk op een vertrouwensrelatie tussen respondent en onderzoeker. Die vertrouwensband zal eerder tot stand komen als de kenmerken van de onderzoeker en de respondent overeenkomen (Lesthaeghe 1994, 9). In deze studie is dit niet het geval. Onderzoeker en respondent verschillen van elkaar met betrekking tot enkele belangrijke identiteitskenmerken zoals leeftijd en geslacht. Er werden reactieve dataverzamelingmethoden gebruikt, wat inhoudt dat de onderzoeker op een bepaalde manier intervineert en dus de respondent beïnvloedt. Zo kan de bewoording van de vragen of de volgorde waarin ze gesteld worden, zorgen voor vertekening in de antwoorden. De interviews zijn semi-gestructureerd waardoor de vragen niet altijd op precies dezelfde manier werden gesteld, noch in dezelfde volgorde. Tenslotte moet ook rekening gehouden worden met "self-fulfilling prophecy": de onderzoeker kan zijn onderzoek zodanig vorm geven of de data zodanig interpreteren dat zijn verwachtingen bevestigd worden. Bovendien is het mogelijk dat de kinderen antwoorden volgens sociale wenselijkheid, wat eveneens resulteert in vertekening.

Ondanks de beperkingen van de studie, blijkt dat medicalisatie niet zonder gevolgen is voor de identiteit van ADHD-kinderen. Mede door de medicatie die de kinderen moeten nemen en de regelmatige bezoeken aan de therapeut of dokter, verwerft ADHD een dominante plaats in de leefwereld van de kinderen. Er wordt geprobeerd het gedrag van de kinderen onder controle te houden door middel van medicatie en therapie. Dit moet echter wel genuanceerd worden. Vele ouders zien heel duidelijk

in dat medicatie alleen niet voldoende is en passen ook de leefstijl van het gezin aan, aan de noden van het overbeweeglijke kind, bijvoorbeeld door meer regelmaat en structuur in te bouwen. De medicatie wordt dus meestal wel aangevuld met andere strategieën om de beweeglijkheid binnen de perken te houden.

Niet alle overbeweeglijke kinderen identificeren zich met ADHD. De kinderen die ADHD niet als criterium gebruiken wanneer ze zich vergelijken met anderen, nemen geen medicatie. Dit doet vermoeden dat medicatie ervoor zorgt dat ADHD of overbeweeglijkheid vaker binnen het aandachtsveld van de kinderen komt. Telkens ze het pilletje moeten nemen en/of ze daar attent op gemaakt worden, richten ze hun aandacht op dat aspect van hun identiteit. Met andere woorden, bij de overbeweeglijke kinderen die medicatie nemen, ziet de identiteitenhiërarchie er anders uit dan bij kinderen die, die medicatie niet nemen. Daardoor zullen feiten, gedragingen en ervaringen anders geïnterpreteerd worden door beide groepen kinderen. De eerste groep, die medicatie neemt, zal eigen gedragingen eerder interpreteren vanuit ADHD als element uit zijn kennisvoorraad, aangezien ADHD daarbinnen een grotere relevantie heeft. Bovendien zullen mensen uit de directe omgeving eveneens het gedrag van het kind interpreteren vanuit hun kennis over ADHD, want ook bij hen maakt ADHD deel uit van de dominante relevantiestructuur, van waaruit gedragingen geïnterpreteerd worden. Bij de tweede groep is ADHD geen onderdeel van de dominante relevantiestructuur, doordat het veel minder aan bod komt tijdens alledaagse ervaringen. Om deze hypothese te onderzoeken, is kwantitatief, toetsend onderzoek nodig dat ADHD-kinderen met en zonder medicatie met elkaar vergelijkt.

Hoewel sommige auteurs, waaronder Whalen en Henker (1977), beweren dat medicatie de stigmatisering doet afnemen, omdat de overbeweeglijkheid zich dan minder manifesteert, levert het - in mijn opinie - in zekere zin een bijkomend stigma op. Een signaal in die richting is dat (sommige) kinderen zich schamen ten opzichte van andere kinderen en daarom proberen de inname van het pilletje op één of andere manier te verbergen. We kunnen ons de vraag stellen of het overbeweeglijk gedrag op zich, of de medicalisering van dat gedrag de stigmatisering uitlokt. Whalen en Henker (1977, 592) vonden dat kinderen die niet geïdentificeerd worden als hyperactief of overbeweeglijk, niet ontsnappen aan andere pejoratieve labels zoals rotjoch of rare snuiter. Met andere woorden, zelfs als de medische diagnose niet gesteld is of geheim gehouden wordt, vindt een labelingsproces plaats. Dit wijst erop dat van het gedrag op zich al een stigmatiserend effect uitgaat, maar sluit niet uit dat de medicalisering van het gedrag een bijkomend stigma oplevert.

De kinderen die geen medicatie nemen, zullen waarschijnlijk ook die kinderen zijn, waarbij ADHD het minst uitgesproken is, met andere woorden, die kinderen die het minst een probleem zijn voor de school- en gezinsomgeving. Daardoor lijkt het logisch dat ze minder gestigmatiseerd zullen worden. Dit neemt echter niet weg dat de afwezigheid van medicatie er kan toe bijdragen dat ADHD niet gepercipieerd wordt als een centrale identiteit van het kind. Het is daarenboven ook mogelijk dat deze kinderen veelal in een omgeving opgroeien die tolerant is en op een creatieve manier probeert om te gaan met de overbeweeglijkheid.

Niet alleen de omgeving stigmatiseert een overbeweeglijk kind, het kind stigmatiseert ook zichzelf. Ook al voelen de kinderen zich niet ziek, ze zullen zichzelf wel als anders gaan percipiëren, anders dan de anderen, een uitzondering. In hun ogen kan medicatie hun overbeweeglijk gedrag verrechtvaardigen. Indien dat het geval is, zijn ze terecht gekomen in het stadium van secundaire deviantie, 'the point of no return'.

Sommige ouders geven het pilletje enkel als de nood het hoogst is, dat wil zeggen als het kind naar school moet of als het gezin ergens op bezoek gaat waar overbeweeglijkheid niet getolereerd wordt. Dit toont aan dat de eisen die de omgeving stelt, niet onbelangrijk zijn met betrekking tot de medicalisatie van ADHD. Een overbeweeglijk kind is niet voortdurend overbeweeglijk. Het kan zijn beweeglijkheid niet aanpassen aan de situatie waarin het zich bevindt, of de activiteit die van hem verwacht wordt. Met andere woorden overbeweeglijkheid wordt pas een probleem als het voorkomt in een context waar het indruist tegen de normatieve verwachtingen.

ADHD is een sociale constructie die ontstaan is uit de confrontatie tussen verwachtingen van volwassenen en de leefwereld van kinderen. De constructie werd geïnternaliseerd, waardoor het deel is gaan uit maken van de subjectieve realiteit. Het is een problematisering van een verschijnsel dat ontstaat door de normen en verwachtingen die de samenleving cultiveert. Toenemende individualisering, afnemende tolerantie, toenemende commodificatie - zelfs rust is in doosjes te koop - en toenemende instrumentalisering kunnen niet genegeerd worden. Deze maatschappijtendensen laten hun sporen na, zelfs in de leefwereld van (over)beweeglijke kinderen. Kinderen lijken niet veel last te hebben van (over)beweeglijk gedrag (op zich). Het is de confrontatie met de eisen uit de wereld der volwassenen die voor overbeweeglijke kinderen problemen betekent. Binnen hun leefwereld is er niets verkeerd met (over)beweeglijkheid.

Toekomstig vergelijkend onderzoek zou er goed aan doen te onderzoeken onder welke omstandigheden, in welke situaties ADHD (het meest) voorkomt. Zo zou het bijvoorbeeld interessant zijn grote en kleine scholen te vergelijken, evenals stads- en plattelandsscholen, gewone en bijvoorbeeld Steinerscholen. Bovendien zou onderzoek kunnen opheldering brengen met betrekking tot de impact van medicatie op de leefwereld van overbeweeglijke kinderen. Dat er een invloed is, is duidelijk, maar hoe sterk die is en op welke manier die zich laat gelden is onbekend. Onderzoek moet proberen de link te leggen tussen ADHD en de ruimere maatschappelijke structuren en tendensen.

VOETNOTEN

- (1) Met dank aan prof. dr. J. Vincke voor de kritische commentaar op een eerdere versie van dit artikel.
- (2) Het is van belang te benadrukken dat dit een hypothese is en geen (veralgemeenbare) bevinding. Er moet immers rekening mee gehouden worden dat de steekproef slechts 17 respondenten omvat, waarvan ongeveer de helft de vraag 'Vind je van jezelf dat je anders bent dan de anderen?' te horen kreeg. Dat betekent dat elke categorie, zoals die in de bovenstaande figuur (tussen haakjes) weergegeven worden, een zeer klein aantal kinderen bevat, gaande van één tot drie.

BIBLIOGRAFIE

- BECKER, H. (1963), *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press.
- BERGER, P. & LUCKMANN, T. (1966), *The Social Construction of Reality*. New York: Anchor Books.
- CONRAD, P. (1975), The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behaviour, *Social Problems*, 23, 12-21.
- CONRAD, P. (1977), Medicalisation, Etiology and Hyperactivity: a Reply to Whalen and Henker, *Social Problems*, 24, 596-98.
- CONRAD, P. (1979), Types of Medical Social Control, *Sociology of Health and Illness*, 1, 1-11.
- CONRAD, P. (1982), Medicalisation and Social Control, *Annual Review of Sociology*, 18, 209-32.
- CONRAD, P. & SCHNEIDER, J. (1980), Looking at Levels of Medicalisation: a Comment of Strongs Critique of the Thesis of Medical Imperialism, *Social Science of Medicine*, 14A, 75-79.
- COMPERNOLLE, T. (1998), *Zit stil: handleiding voor het opvoeden van overbeweeglijke kinderen*. Tielt: Lannoo.
- COSER, L. A. & ROSENBERG, B. (1982), *Sociological Theory. A book of Readings*. Waveland Press: Inc.
- FINE, G. A. & SANDSTROM, K. L. (1988), *Knowing Children: Participant Observation with Minors*. Sage Publications.
- FINE, M. J. (1980), *Intervention with Hyperactive Children. A Case Study Approach*. Spectrum Publications.
- GARBARINO, J. & STOTT, F. M. (1988), *What Children can tell us. Eliciting, Interpreting and Evaluating Critical Information from Children*. San Francisco: Jossey-Bass.
- GOODE, D. A. (1986), Kids, Culture and Innocents, *Human Studies*, 9, 83-106.
- LEMERT, E.M. (1951), *Social Pathology*. New York: Mc Graw-Hill.

-
- LESTHAEGHE, R. (1994), *Onderzoeksmethoden in mens-en maatschappijwetenschappen: een inleiding. Deel 1 en deel 2*. Vrije Universiteit Brussel: Centrum voor sociologie.
- LEVINE, R. M. (1999), Identity and Illness: the Effects of Identity Salience and Frame of Reference on Evaluation of Illness and Injury, *British Journal of Health Psychology*, 4, 63-80.
- LEVINE, R.M., & REICHER, S. (1996), Making Sense of Symptoms: Self-categorization and the meaning of illness/injury, *British Journal of Social Psychology*, 35, 245-256.
- MINICHELLO, V., ARONI, R., TIMEWELL, E. & ALEXANDER, L. (1991), *In-depth Interviewing: Researching People*. Longman Cheshire Pty Ltd.
- RUBINGTON, E. & WEINBERG, M. S. (1995), *The study of Social Problems*. Oxford University Press: Seven Perspectives.
- SCHUR, E. M. (1971), *Labeling Deviant Behaviour. Its Sociological Implications*. New York: Harper & Row, Publishers.
- SCHUTZ, A. & LUCKMAN, T. (1974), *The Structures of the Life-World*. London: Heinemann Educational Books Ltd.
- SCHUTZ, A. (1966), *Collected Papers, vol. 3*. Nijhoff: The Hague.
- STETS, J. E. & BURKE, P. J. (2000), Identity Theory and Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, 63(3), 244-237.
- TURNER, J. C. (1982), Towards a Cognitive Redefinition of the Social Group in TAJFEL, H. (Ed.), *Social Identity and Intergroup Relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- TURNER, J. C. (1991), *Social Influence*. Milton Keynes: Open University Press.
- WAKSLER, F. C. (1986), Studying Children: Phenomenological Insights, *Human Studies*, 9, 72-82.
- WHALEN, C. K. & HENKER, B. (1977), The Pitfalls of Politicization: a Response to Conrad's 'Discovery of the Hyperkinesis: Notes on the Medicalisation of Deviant Behaviour', *Social Problems*, 24, 583-95.