

Download 6.2b Onderbouwing bij Balans-artikel over Labels (juni 2019)

Een label voor je kind: welke argumenten zijn ervoor en ertegen?

Bron/auteur: Noëlle Pameijer (school-, kinder/jeugd- en GZ-psycholoog)¹

Naar minder labels in het onderwijs

1. Inleiding

Steeds meer leerlingen krijgen een label toegekend, zoals ADHD, ASS, ODD, hoogbegaafd, dyslexie of dyscalculie (kader 1). Hoe komt dit? Er zijn verschillende redenen voor. Op internet, in vakbladen, in de populaire pers en op televisie krijgt het labelen van kinderen/jongeren veel aandacht. Artikelen en websites beantwoorden vragen als “hoe herkent u deze stoornis bij uw leerling of kind?”. Met het invullen van een checklist worden leerlingen, leraren en ouders aangemoedigd om vroegtijdig stoornissen op te sporen. Daarnaast is er een ruim aanbod aan cursussen waarin onderwijsprofessionals leren hoe ze psychiatrische stoornissen bij kinderen kunnen signaleren. Zij zien hierdoor vaker signalen en bespreken hun vermoedens hieromtrent met ouders (en leerlingen). Het gevolg hiervan is dat ouders (en leerlingen) een diagnosticus benaderen met de vraag of er inderdaad sprake is van die stoornis. Het onderwijsbeleid heeft hierin ook een rol gespeeld. Om in aanmerking te komen voor een rugzak of (voortgezet) speciaal onderwijs moesten leerlingen in het verleden aan bepaalde indicaties voldoen, waaronder een stoornis. Ook het aanvragen van een persoonsgebonden budget of zorg vanuit de gemeente vereiste een (vermoeden van) een stoornis. Met als gevolg een toename van labels en (goedbedoeld) strategisch gedrag van scholen (hoe meer rugzakken, hoe meer financiën) en van ouders (een label levert budget voor hulp op). Hierdoor namen vragen naar labels toe, zoals “Deze leerling is zo brutaal, heeft hij ODD? Dan kunnen we een rugzak aanvragen.” of “Mijn dochter is niet zo sociaal, zij is misschien autistisch, kan ik dan een PGB krijgen?”.

Kader 1: Toename labels

In de laatste decennia is het aantal kinderen dat opgroeit met een psychiatrisch label fors gestegen (Koppies, 2017). Vooral de explosieve groei van autisme en ADHD valt op. Inmiddels gebruikt 4,3% van de kinderen tussen de 4 en 18 jaar het ADHD-middel methylfenidaat. Ofwel in elke schoolklas zit gemiddeld één leerling die dit middel gebruikt. En 3% van de kinderen zou autisme

¹ Met dank aan Eline Konijn (Samen sterk zonder stigma) voor de feedback op een eerdere versie van dit artikel

hebben. Mondiaal ligt de prevalentie van autisme tussen de 0,6 – 1%, dus epidemiologisch zijn de Nederlandse cijfers niet te verklaren.

Inmiddels hebben veel onderzoekers, professionals in onderwijs en jeugdhulp, opvoeders en jongeren een kritische houding ten opzichte van labels (kader 2). Dit zien we ook in de visie van de Gezondheidsraad (2014) en het beleid Passend Onderwijs en Transitie in de Jeugdzorg. Daarin krijgen begrippen als 'de-medicaliseren', 'ont-zorgen' en 'normaliseren' veel aandacht. Labels zijn inmiddels niet meer nodig voor het toekennen van extra ondersteuning in het onderwijs of behandeling in de jeugdzorg. In plaats van te zoeken naar stoornissen, kunnen professionals zich nu richten op de mogelijkheden van leerlingen en op wat zij nodig hebben om zich optimaal te ontwikkelen. Bijvoorbeeld door te focussen op executieve functies (zoals planning en organisatie, emotieregulatie en werkgeheugen) en specifieke vaardigheden (zoals volgehouden aandacht, doelgericht doorzetten en flexibiliteit), omdat deze richtinggevend zijn voor de aanbevelingen in onderwijs en opvoeding (Dawson & Guare, 2010; Greene, 2014). Hiermee verschuift de boodschap van 'Hoe eerder de stoornis is vastgesteld, hoe beter' naar 'Hoe eerder de problemen worden aangepakt, hoe beter'. Ontstaat er desalniettemin een vraag naar een label, dan moeten professionals daar uiterst zorgvuldig mee omgaan, want *een label is snel geplakt maar lastig te verwijderen*. Zo'n vraag vergt een nauwkeurige analyse: voldoet deze leerling werkelijk aan alle kenmerken en zijn er geen alternatieve verklaringen voor het probleemgedrag? Het vergt ook intensief overleg met de ouders, de school en het kind/de jeugdige zelf om te bepalen of een label noodzakelijk is en of het toekennen ervan in het belang van (de toekomst van) dit kind/deze jongere is. Daartoe kunnen betrokkenen een aantal algemene voordelen en nadelen samen bespreken en relateren aan de unieke situatie (Pameijer, 2017): welke zijn van toepassing bij dit specifieke kind/jongere en diens leraren en ouders? In de paragrafen 2 en 3 bespreken we enkele voordelen respectievelijk nadelen van labelling in het onderwijs.

Kader 2: ADHD, een kritische kanttekening

Volgens Frances (in Van Hintum, 2013) heeft 20% van de jongens in de Verenigde Staten ADHD en slikt 10% medicatie. Maar "boys will be boys!". Dat kinderen zich op school actief en ontremd gedragen, wil nog niet zeggen dat ze aan een stoornis lijden en medicatie nodig hebben, aldus Frances. Het gebruik van labels in het onderwijs versterkt het idee dat kinderen met problemen ziek zijn. Terwijl veel van deze kinderen over hun problemen heen groeien: ze gaan na verloop van tijd beter functioneren door hun natuurlijke veerkracht en sterke eigenschappen (zoals motivatie), de ondersteuning van hun leraren en ouders en/of door gunstigere omstandigheden. "Ben je als professional onzeker over een label zoals ADHD? Erken dit dan en geef geen valse zekerheid", zo adviseert Frances. Voor een kritische bespreking van de

zin en onzin van ADHD, lees het boek “Hoe voorkomen we ADHD? Door de diagnose niet te stellen!” (Batstra, 2012).

2. Voordelen van labels in het onderwijs

1. Een belangrijk doel van classificeren is het hanteren van een helder begrippenkader ter bevordering van de communicatie. Bijvoorbeeld: we spreken pas van ADHD als er sprake is van aandachttekort, hyperactiviteit en impulsiviteit en die kenmerken omschrijven we als volgt: Zorgen van betrokkenen kunnen met hulp van bijvoorbeeld de DSM-5 geobjectiveerd en ingedeeld worden. Het wordt daarmee inzichtelijk waarom een professional een bepaalde stoornis al dan niet toekent, diens besluitvorming is transparant. Duidelijke omschrijvingen met criteria bevorderen dus de systematiek in diagnostiek en de communicatie tussen kinderen/jongeren, school, ouders en professionals in de jeugdhulp.
2. De DSM-5 bevat klinisch relevante beelden en de meest voorkomende stoornissen zijn erin opgenomen. Voor veel van deze stoornissen is inmiddels professionele erkenning en wetenschappelijke ondersteuning (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie). En er zijn steeds meer instrumenten beschikbaar waarmee classificaties zijn vast te stellen.
3. Een classificatie is onderdeel van een diagnostisch proces: een objectieve probleembeschrijving waarin kenmerken zijn geclusterd. Een classificatie is het antwoord op een onderkende vraag (zoals: is deze puber depressief?). Het is echter geen verklarende diagnose (we weten dan nog niet waarom hij/zij depressief is). Een classificatie kan tot verklarende vragen leiden (zoals: in hoeverre stemmen de ouders en docenten voldoende af op deze depressieve puber?) en adviesgerichte vragen (zoals: welke interventie kan de depressie in deze situatie doen afnemen?).
4. Een label kan de acceptatie van kinderen/jongeren met leer- en gedragsproblemen bevorderen. Dankzij het label accepteren medeleerlingen, leraren en ouders hen makkelijker dan de 'gewone' minder goed presterende of lastige leerlingen. Hun probleem is immers 'officieel erkend'. Het is geen onwil maar onvermogen; geen kwestie van niet-willen, maar van niet-kunnen. Zij begrijpen het kind/de jongere beter, want ze kunnen diens gedrag plaatsen als 'een kenmerk van ...'. Een label kan daarmee een beschermende functie hebben. Balans verwoordde dit als volgt: met het classificeren van stoornissen "... voorkomen we dat er verwachtingen zijn die het kind uit onvermogen niet waar kan maken. Juist doordat een classificatie bekend is, kunnen

we rekening houden met de problemen van het kind en krijgt het kind met leer- en gedragsproblemen optimale ontwikkelingskansen” (Paternotte, 2003, p. 4).

5. Een label kan een kind/jongere meer grip op zijn mogelijkheden en beperkingen geven. Een leerling met dyslexie begrijpt bijvoorbeeld waarom het langzaam leest en extra moet oefenen (“ik ben niet dom en als ik veel oefen zal het me lukken”).

3. Nadelen van labels in het onderwijs

1. Classificatiesystemen als de DSM-5 zijn ontwikkeld vanuit een psychiatrisch perspectief. Psychiatrische taal is echter moeilijk te vertalen naar doelen voor ondersteuning en ondersteuningsbehoeften in onderwijs en opvoeding. Dat is ook niet de bedoeling van deze systemen, ze zijn primair bedoeld om de onderlinge communicatie tussen wetenschappers en professionals te bevorderen.
2. De kwaliteit van een classificatie is sterk afhankelijk van de deskundigheid van degene die de criteria beoordeelt. Veel van deze criteria bevatten bovendien de term “vaak”: een subjectief begrip (Batstra, 2012). Ook al relateert men het gedrag van het kind/de jongere aan diens leeftijd en ontwikkelingsniveau, professionals verschillen in de wijze waarop zij gedrag beoordelen en waarderen. Dit brengt de objectiviteit van labels in gevaar.
3. Sommige veel gehanteerde labels blijken onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd, zoals bijvoorbeeld de non-verbale leerstoornis (NLD, Eling, 2007). Binnen de groep leerlingen met een gemiddelde totale intelligentie zijn er kinderen met een disharmonisch profiel die qua leren goed meekomen en er zijn kinderen met een harmonisch profiel die het zwaar hebben op school.
4. Een classificatiesysteem als de DSM-5 betreft vooral kind-kenmerken en doet geen recht aan een contextueel kader waarin het juist gaat om de afstemming van onderwijs en opvoeding op de onderwijs- en opvoedbehoeften van het kind/de jongere. Een risico hiervan is dat de rol van de omgeving onderbelicht blijft. De stoornis wordt gebruikt als verklaring voor een probleem, het kind krijgt dan als het ware ‘de schuld’ (‘child-blaming’). Maar gedragsproblemen zijn context-gebonden: ze treden in de ene situatie vaker op dan in de andere. Kenmerken van ODD en ADHD bijvoorbeeld, hangen samen met de aanpak van een leraar of ouder en reacties van medeleerlingen of broertjes/zusjes. Hoe minder duidelijk de gedragsregels en hoe minder structuur, des de groter

de kans dat de kenmerken zich “vaak” zullen voordoen. Twee kinderen met hetzelfde label kunnen zich dan ook verschillend gedragen en of hun leraar en ouders problemen met hen ervaren, wordt vooral bepaald door de manier waarop hun opvoeders ermee omgaan. Door te focussen op de wisselwerking tussen kind en omgeving voorkom je niet alleen child-blaming, maar ook teacher- en parent-blaming, processen die een oplossingsgerichte benadering in de weg kunnen staan.

5. Een classificatie heeft weinig betekenis voor de aanpak, want het is lastig om een passende aanpak te adviseren op basis van alleen een label, zonder te weten hoe de interacties tussen leerling/leraar en kind/ouders verlopen. Een aanpak zal hierbij aan moeten sluiten om succesvol te zijn. Een DSM-5 classificatie betekent dan ook niet per definitie dat ondersteuning nodig is. En omgekeerd, het feit dat ondersteuning nodig is, impliceert niet per definitie dat het kind/de jongere een stoornis heeft (naar Hengeveld in Van Hintum, 2014, p. 43).
6. Een classificatiesysteem is een categoriaal systeem: het is ‘alles of niets’; de stoornis is aanwezig óf afwezig. Een leerling heeft ADHD of niet, een ‘beetje ADHD’ kan niet. Hierdoor kan het gebeuren dat de leerling die aan zes van de zes criteria voldoet het label ADHD krijgt toegekend, terwijl de leerling die aan vijf van de zes criteria voldoet dit label niet krijgt. Met als gevolg dat de eerste leerling wél extra ondersteuning krijgt en de tweede niet, terwijl ze qua problematiek en behoeften vergelijkbaar zijn. Het is daarom zinvoller om gedrag te beschrijven met een dimensioneel systeem (Witteman e.a., 2014): een continuüm van minder naar meer kenmerken, met gradaties van ernst. Een continuüm op een lijn doet meer recht aan de werkelijkheid, omdat de overgang tussen normale en afwijkende ontwikkeling gradueel is. Overigens is de DSM-5 dimensioneler dan zijn voorganger DSM-IV, maar het systeem hanteert nog steeds een ‘cut-off score’ bij een aantal stoornissen: boven die score is er sprake van een stoornis, daaronder niet.
7. Kinderen ontwikkelen zich (niet lineair maar met ‘met vallen en opstaan’), hun problemen variëren door de tijd en zijn gebonden aan levensfasen en de mate van afstemming in hun omgeving. Met een ‘alles of niets’ categoriaal systeem is het mogelijk dat een kind in een ‘slechte periode’ wel een classificatie en extra ondersteuning toegekend krijgt, terwijl dat in een ‘goede periode’ niet het geval zou zijn (kader 3). Ook hier past een continuüm beter. In de perioden dat het goed gaat, zijn er lagere scores op het continuüm en in de perioden dat het moeilijk gaat, hogere scores.

Kader 3: Kenmerken ADHD kunnen wisselen en zijn situatie-specifiek

Stel dat een diagnosticus vanuit de vraag naar ADHD een leerling twee keer observeert: op maandag (het kind is uitgerust, er is een duidelijk dagprogramma met structuur in de activiteiten en er staat een kwalitatief sterke leerkracht voor de klas) en op vrijdag (het kind is vermoeid, het is een onrustige dag met veel ongestructureerde momenten en er staat een chaotische leerkracht voor de klas). Het is dan mogelijk dat er op maandag onvoldoende kenmerken worden waargenomen om het label ADHD toe te kennen, terwijl er op vrijdag voldoende kenmerken zijn waar te nemen. Moet de conclusie dan zijn 'op maandag geen ADHD; op vrijdag wel'?

8. Een leraar, ouder of kind/jongere kan de classificatie als vaststaand en nauwelijks te beïnvloeden ervaren. Het label werkt dan stigmatiserend en leidt tot een 'selffulfilling prophecy'. Het bestendigt de opvatting dat het kind de probleemdruager is en dat de omgeving dus weinig aan het probleem kan doen. Dit is een groot risico want lage verwachtingen van kinderen leiden tot lage leerprestaties en negatieve verwachtingen tot ongewenst gedrag.
9. Vanuit ethisch oogpunt is bezwaar te maken tegen de eenzijdige aandacht voor problemen en risicofactoren, waardoor positieve en beschermende factoren over het hoofd worden gezien. De problemen worden daardoor als te ernstig ingeschat en positieve factoren worden niet in de aanpak benut, waardoor deze een lagere kans van slagen heeft. Dit kan het toekomstperspectief van het kind/de jongere negatief beïnvloeden.

4. Hoe dan wel?

Handelingsgerichte diagnostiek (HGD) en handelingsgericht werken (HGW) richten zich meer op wat een leerling nodig heeft - zijn onderwijs- en opvoedbehoeften - dan op wat hij is of heeft, zijn stoornis (kader 4). Classificeren blijkt dan lang niet altijd nodig, omdat betrokkenen al reële doelen kunnen stellen en al genoeg weten om aan de slag te kunnen. Heel druk óf ADHD, erg brutaal óf ODD, ernstige rekenproblemen óf dyscalculie: de aanpak is in grote lijnen hetzelfde. Soms heeft het echter wél zin om een label toe te kennen, bijvoorbeeld als dit noodzakelijk is voor inzicht in de situatie, reële doelen, passende ondersteuning op school en/of een gerichte verwijzing naar de jeugdhulp. *Als* het zonder label niet lukt om de situatie te begrijpen, doelen te stellen en aanbevelingen te doen voor de aanpak, *dan* kan een label wél functioneel zijn.

Kortom: bij HGW/HGD geen label, tenzij het bijdraagt aan overzicht, inzicht én uitzicht.

Kader 4: Omschrijving begrippen diagnose en label

Handelingsgerichte diagnostiek (HGD) draagt bij aan het onderwijs en de begeleiding van leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben (Pameijer & Van Beukering, 2015). Het geeft antwoord op vragen als: wat gaat goed en wat kan beter? (overzicht), hoe kunnen we deze situatie begrijpen? (inzicht), welke aanpak heeft de grootste kans van slagen? (uitzicht) en was de aanpak effectief (terugblik)? Samen met betrokkenen analyseert de diagnosticus de situatie rondom de leerling, zij zijn daarbij van meet af aan gericht op het verbeteren van die situatie. Vragen die bij HGD aan bod komen zijn bijvoorbeeld: Welke factoren hangen samen met het ontstaan en het voortbestaan van een problematische situatie? Hoe is de afstemming tussen wat de leerling nodig heeft en wat de leraar biedt? Lukt het ouders om het onderwijs te ondersteunen? Welke doelen streven we na? Welke aanpak is gewenst én haalbaar? HGD is maatwerk, afgestemd op de unieke situatie van deze leerling, in deze groep/klas, bij deze leraar, op deze school en bij deze ouders, in dit gezin. *Een diagnose is een verklarend beeld waarin de bevorderende en belemmerende factoren van de leerling, het onderwijs en de opvoeding zodanig in samenhang zijn weergegeven dat ze zicht geven op de doelen en een aanpak om de situatie te verbeteren.* Een classificatie, bijvoorbeeld met de DSM-5, kan daar deel van uit maken. Dit classificatiesysteem bevat internationale afspraken over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis. *Een classificatie wordt ook wel aangeduid als een stempel, etiket of label.*

Als een leerling, leraar, ouder of begeleider wil weten of er sprake is van een bepaalde stoornis, dan gaat een handelingsgerichte diagnosticus eerst samen met hen na welke aanwijzingen er zoal voor én tegen deze stoornis pleiten. Hiermee voorkomen ze 'tunnelvisie': je zoekt alleen naar de argumenten die pleiten vóór het label en de argumenten die ertégen pleiten neem je (onbewust) niet waar. Pas als er voldoende aanwijzingen zijn, bespreken ze of een label in deze specifieke situatie *meerwaarde* heeft: leidt het tot adequater handelen waardoor de situatie voor dit kind/deze jongere verbetert? Of is dit zonder label ook mogelijk? Zijn er meer voordelen dan nadelen verbonden aan het label? Zo ja, dan kan het toekennen ervan het belang van de leerling dienen. Alleen dan neemt de professional de vraag aan. Hij/zij zal zich vervolgens in zijn onderzoek niet alleen richten op de problemen van de leerling, maar ook op diens krachten, interesses en talenten. De omgeving van de leerling wordt eveneens betrokken in de analyse: welke factoren belemmeren zijn/haar ontwikkeling en welke bevorderen die? Een label wordt alleen toegekend als:

- er ruim voldoende betrouwbare aanwijzingen voor zijn;
- alternatieve vermoedens (zoals een trauma bij het kind, een gebrekkige afstemming in het onderwijs of een chaotische thuissituatie) zijn verworpen

- én als het label in het belang van de leerling is.

Doorgaans geeft een uitspraak als 'er zijn voldoende kenmerken van ... om te weten dat hij/zij een aanpak nodig heeft zoals kinderen met ...' genoeg houvast. Men betreft dat algemene kennis over het label in doelen en onderwijs/opvoedbehoeften. Zodoende werkt men handelingsgericht samen aan een gemeenschappelijk belang: dat het beter gaat met deze leerling op school én thuis.

Ouders en kinderen/jongeren spelen hierbij een cruciale rol: wat zijn voor hen waardevolle voordelen en belangrijke nadelen? Ter ondersteuning hierbij kunnen ouders de 'Checklist voordelen en nadelen van een label?' samen met hun kind en diens leerkracht, mentor of hulpverlener doorlopen. Deze checklist (bijlage 6.4) biedt houvast in dit ingewikkelde thema.

Bronnen

Batstra, L. (2012). *Hoe voorkom je ADHD? Door de diagnose niet te stellen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Dawson, P. & Guare, R. (2010). *Executieve functies bij kinderen en adolescenten: een praktische gids voor diagnostiek en interventie*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Eling, P. (2007). Nee tegen NLD. *De Psycholoog*, september, p. 483-488.

Gezondheidsraad (2014). ADHD: medicatie en maatschappij. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienummer 2014/19. (www.gr.nl)

Greene, R.W. (2014). *Het explosieve kind. Over het opvoeden en begrijpen van snel gefrustreerde en chronisch inflexibele kinderen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Hintum, M. van (2013). Epidemie van psychische stoornissen? Psychiater Allen Frances over de grens tussen normaal en abnormaal. *De Psycholoog*, juni, 26 – 32.

Hintum, M. van (2014). De DSM is geen zorgbepalend instrument (interview met M. Hengeveld). *De Psycholoog*, mei, 43 – 47.

Koppies, H. (2017). Psychiatrische classificatie bij kinderen: zegen of vloek? www.blogs.kenniscentrum-kjp.nl

Pameijer, N. (2017). *Handelingsgericht Werken: Samenwerken aan Schoolsucces*. Den Haag: Uitgeverij Acco

Pameijer, N. & van Beukering, T. (2015). *Handelingsgerichte Diagnostiek in het Onderwijs*. Den Haag: Uitgeverij Acco

Paternotte, A. (2003). *Dit onderwijs werkt niet*. Interview met Luc Stevens. *Balans Belang*, 16, 7, 2 – 4.

Witterman, C. Heijden, P. van der & Claes, L. (2014). *Psychodiagnostiek: het onderzoeksproces in de praktijk*. Utrecht: de Tijdstroom