

# Beleidsvorming rond gedragsstoornissen: kritische reflecties<sup>1</sup>

*Stijn Vanheule*

*De Hoge Gezondheidsraad, die advies geeft aan de federale regering, startte begin 2007 een onderzoek op rond gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren. Het onderzoek stelt zich ten doel gedragsstoornissen zo snel mogelijk (vanaf de kindertijd dus) te detecteren om die te kunnen behandelen, en er liefst zelfs een preventieprogramma voor te ontwikkelen. Mijns inziens getuigt dit soort benadering van een zeer eenzijdig en problematisch gebruik van wetenschappelijke informatie, omwille van een contextloze focus op gedragsstoornissen.*

Gelijkaardig onderzoek zag in buurlanden reeds het daglicht en leidde tot aanbevelingen op het gebied van preventie en behandeling. Een dergelijk soort oproep is echter niet waarde vrij. Hij getuigt van een bepaalde blik op kinderen en jongeren die een probleem stellen voor zichzelf en hun omgeving. Ten eerste wordt hiermee aangenomen dat de kinderen in kwestie een stoornis hebben of gestoord zijn, wat een ruimere, contextualiserende benadering meteen naar de achtergrond schuift. Ten tweede wordt er eng gefocust op het gedrag van kinderen, wat een aantal andere aspecten van hun functioneren, zoals realiteitsbeleving of sociaal functioneren, op de achtergrond plaatst. Ten derde getuigt de oproep van een zeer mechanische visie op problemen, waarbij het lijkt alsof dezelfde oorzakelijke factoren steeds verantwoordelijk zijn voor problemen; interventies komen dan slechts neer op het manipuleren van deze standaardiseerbare factoren. Tot slot getuigt het eng focussen op probleemgedrag ook van een repressieve aanpak die *abnormalen* segregereert, en van een utilitaristische kijk op mens en maatschappij. Populistische oplossingen als *bootcamps* of *mosquitoachtige* interventies lijken binnen deze logica nooit veraf.

Als reactie op het onderzoek kwam het platform *Forumpsy.be* tot stand, op initiatief van twee psychoanalytische verenigingen (Association de la Cause Freudienne Belgique en Kring voor Psychoanalyse van de New Lacanian School; zie [www.forumpsy.be](http://www.forumpsy.be)). *Forumpsy.be* stelde zich tot doel de notie *gedragsstoornis* door te lichten, de hiermee samenhangende interventieprogramma's in vraag te stellen, en na te denken over alternatieve benaderingen van kinderen en jongeren die moeilijkheden stellen voor zichzelf en hun omgeving. De platformtekst werd door meer dan tweeduizend

personen en een zeventigtal instellingen onderschreven. Aansluitend werd een openbare bijeenkomst in Brussel gehouden waarop vierentwintig sprekers het woord namen: psychoanalytici, kunstenaars, filosofen, agogen, juristen... (14 juni 2008, Paleis voor Schone Kunsten). Intussen kregen deze bijdragen, samen met een andere teksten, een bundeling in het (tweetalig) boek *Controverse: trouble de conduite - gedragstoornis* (Laceur & Vanderveken, 2008)<sup>2</sup>.

Als academicus binnen het veld van de psychologie heb ik me van meet af aan bij dit initiatief aangesloten. Mijns inziens getuigt het gedecontextualiseerd focussen op gedragsstoornissen binnen benaderingen zoals deze van de Hoge Gezondheidsraad, van een zeer eenzijdig en problematisch gebruik van wetenschappelijke informatie. Een grondige reflectie dringt zich op over de fundamenten waarop gezondheids- en welzijnsbeleid worden gebaseerd.

### Van wetenschap tot sciëntisme

Wetenschappelijk onderzoek kunnen we globaal definiëren als het toepassen van een reeks methoden waarmee we systematische en transparante kennis over objecten kunnen verzamelen, en waarmee we theorievorming kunnen toetsen. Maar typisch voor elke vorm van onderzoek is dat dit proces met een zekere foutenmarge gebeurt. Kennis die we via wetenschappelijk onderzoek opbouwen, kenmerkt zich bijgevolg door onzekerheid: wetenschappelijke oordelen zijn waarschijnlijkheden of probabiliteiten.

---

**Sciëntisme totaliseert omdat het een geloof impliceert dat wetenschap het zijnde adequaat en volledig kan vatten. Sciëntisme vereenvoudigt ook, omdat het ambiguïteit negeert en slechts één-duidige verhalen naar voor schuift. En bij één-duidige verhalen horen één-duidige oplossingen.**

---

Ook voor onze hedendaagse samenleving is onzekerheid kenmerkend. Met Antony Giddens (1990) kunnen we deze samenleving als *posttraditioneel* begrijpen: waar tradities hun verankerende waarde verliezen, komen zowel keuzevrijheid als twijfel in de plaats.

Als antwoord op maatschappelijke onzekerheid doen beleidsmakers en practici bij besluitvorming vaak een beroep op de expertise van wetenschappers. Deze vraag is begrijpelijk: wetenschappers mogen weldegelijk geacht worden de praktische implicaties te kennen van wat ze bestuderen. Maar er zijn een aantal valkuilen bij het toepassen van wetenschappelijke

kennis en wetenschappelijke methoden op praktijksituaties. Zo wordt de aan de wetenschap inherente onzekerheid, bij toepassingen weleens uit het oog verloren. Waarschijnlijkheden worden dan getotaliseerd tot feiten, en de reductie van de complexe werkelijkheid tot een reeks toetsbare verbanden, eigen aan wetenschappelijk onderzoek, veronachtzaamd. Een dergelijk totaliserend en vereenvoudigend gebruik van wetenschappelijke informatie kunnen we als *sciëntisme* benoemen (Code, 1997; Leggett, 1997; Peterson, 2003). Sciëntisme *totaliseert* omdat het een geloof impliceert dat wetenschap het zijnde adequaat en volledig kan vatten. Sciëntisme *vereenvoudigt* ook, omdat het ambiguïteit negeert en slechts één-duidige verhalen naar voor schuift. En bij één-duidige verhalen horen één-duidige oplossingen. Precies op dit punt is het vanuit een pragmatisch perspectief interessant om op de rem gaan staan.

Concreet toegespitst op gedragsproblemen wil ik drie bedenkingen formuleren: ten eerste over het toepassen van wetenschappelijke kennis; ten tweede over de methodologische problemen bij het uitwerken van *evidence-based* interventiemodules in de sociale wetenschappen; en ten derde een bedenking bij de geldigheid van de

*gedragsstoornis* als diagnostische categorie. Deze kanttekeningen als geheel verplichten ons om veel voorzichtiger te redeneren over concrete praktijksituaties.

Nomothetische kennis laat geen eenduidige deducties toe naar particuliere situaties

Een eerste nuancering heeft betrekking op het statuut van wetenschappelijke uitspraken als dusdanig en waarschuwt ervoor om nomothetische wetmatigheden in de sociale wetenschappen zomaar te deduceren naar particuliere gevallen of *idiografische situaties*. Ik licht toe. De wetenschappelijke wetmatigheden, die via (kwantificerend) onderzoek gedestilleerd kunnen worden, weerspiegelen steeds statistische gemiddelden. Daarbij vergeet men weleens dat deze gemiddelden slechts een trend weergeven in de statistische spreiding binnen een groep. Wat als gemiddelde trend voor de groep geldt, geldt bijgevolg niet zomaar voor elk van de individuen uit die groep. Omdat de grootte van de verbanden die de sociale wetenschappen vinden, meestal slechts matig is, is het – net zoals bij het aanwenden van theoretische concepten – van het grootste belang om op te letten met het toepassen van algemeen gevonden verbanden op particuliere situaties. Bovendien mag een op groepsniveau gevonden verband dat statistisch significant is, niet zomaar als een vaststaand feit beschouwd worden. Statistische significantie is immers sterk afhankelijk van de grootte van de steekproef. Zo worden bij grote steekproeven vaak zelfs zwakke verbanden statistisch significant.

Hieruit kunnen we besluiten dat algemene wetmatigheden in praktijksituaties, waar men met individuele gevallen wordt geconfronteerd, hoogstens alert kunnen maken voor samenhangen. Men zal geval per geval moeten afwegen in hoeverre algemene uitspraken van toepassing zijn (zie ook Leggett, 1997).

Tegenover het sciëntisme, dat dergelijke voorzichtigheid in het hanteren van wetenschappelijke kennis niet aan de dag legt, kunnen we een ethiek van het singuliere plaatsen. Deze ethiek komt neer op de principiële keuze om geval per geval te onderzoeken *of en hoe* een wetmatigheid – ongeacht of deze nu uit een theorie of uit onderzoek afkomstig is – van toepassing is, eerder dan er a priori van uit te gaan *dat* ze van toepassing moet zijn.

De *evidence* voor de algemene geldigheid en toepasbaarheid van *evidence-based* interventieprotocollen in de praktijk is mager

*Evidence-based* interventiemodules genieten een grote populariteit: ze lijken immers zo transparant en lijken gegarandeerde effecten te impliceren. Belangrijk daarbij is dat ze refereren naar de logica van de geneeskunde, waarbij de illusie gewekt wordt dat het ook hier zou gaan om goed geteste medische interventies. Transparant zijn ze zeker, als recepten met vaste stappen die invariant moeten toegepast worden: “Neem een liter melk, verwarm die roerend tot het kookpunt,...”. Het enige verschil is dat men in de sociale of gedragswetenschappen niet spreekt over *recepten* maar over *behandelprotocollen*. Een aantal bedenkingen. Protocollen worden uitgetest in experimentele *designs*, waarbij men de te onderzoeken behandeling vergelijkt met een controlebehandeling. Vaak is de experimentele toets goed doordacht (goede *interne validiteit*), waardoor men kan besluiten dat het protocol een effect heeft.

Maar op basis van onderzoek in de geneeskunde, weet men dat kennis over de inhoud van de interventie die men ondergaat of toedient, een bijzonder sterk

vertekenend effect kan hebben: die kennis leidt tot *bias*. Het probleem is nu dat we zeker in de sociale of gedragswetenschappen, noch van participanten, noch van onderzoekers kunnen veronderstellen dat ze *niet* zouden weten welke interventies ze ondergaan of toedienen. Hierdoor is de kans op vertekening inderdaad groot. Wanneer we de parallel trekken met medische studies kan de mate van vertekening tot 50 procent oplopen. Dit cijfer verklaart meteen ook waarom onderzoekers stevast vinden dat *hun* eigen interventiemodule het meest effectief is; terwijl overkoepelende meta-analyses (studies die de informatie van verschillende onderzoeken in één statistisch model integreren) gewoonlijk besluiten dat alle interventies ongeveer even effectief zijn (Vanheule, 2009).

Tegen deze kritiek zou men nu kunnen aanvoeren dat onderzoek naar evidence-based protocollen toch een hele reeks behandelingen in kaart brengt die allemaal effectief zijn. Maar ook deze redenering gaat niet zomaar op. Wat men toetst bij *evidence-based-practice* onderzoek, zijn vaste en vaak kortdurende protocollen. Improvisaties op en naast een protocol, die vooral bij complexe problemen noodzakelijk zijn, zijn nooit evidence-based, waardoor men automatisch weer uitkomt bij het uitgangspunt dat men wou omzeilen (Westen, Novotny & Thompson-Brenner 2004).

Een laatste bedenking is dat men behandel protocollen voor psychiatrische stoornissen gewoonlijk uittest bij heel selectieve groepen, die uiteindelijk niet representatief zijn voor de referentiepopulatie. Schattingen leren dat slechts 5 tot 25 procent van de referentiepopulatie is opgenomen in evidence-based-practice onderzoeken, terwijl de conclusies toch gegeneraliseerd worden naar de hele referentiepopulatie. Bovendien blijken precies niet-gemotiveerde personen met complexe problematieken uit de boot van het onderzoek te vallen (Vanheule, 2009; Westen, Novotny & Thompson-Brenner 2004). Methodologisch gesteld: de klinische, externe of ecologische validiteit van evidence-based interventie protocollen is gewoonlijk zwak.

De diagnostische categorie gedragsstoornis is niet voldoende gevalideerd om op voort te bouwen

**Wat men toetst bij evidence-based-practice onderzoek, zijn vaste en vaak kortdurende protocollen. Improvisaties op en naast een protocol, die vooral bij complexe problemen noodzakelijk zijn, zijn nooit evidence-based.**

Mijn derde kritiek raakt meer aan de essentie van het onderzoek naar gedragsstoornissen: de gebrekkige validiteit van de gedragsstoornis als diagnostische categorie.

Vooreerst kunnen we vaststellen dat de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – ondanks tegengestelde suggestie – niet gefundeerd is op enige statistische analyse (de DSM, afkomstig van de American

Psychiatric Association, is het in België en door onze overheid veelvuldig gebruikte handboek waaruit deze classificatiecategorie komt). Noch kwam er enige theoretische redenering of een klinisch-pragmatische praktijk aan te pas. Een comité besliste gewoonweg via stemming over categorieën en classificatiecriteria; voor de meerderheid bestond het comité uit personen die gelieerd zijn met de farmaceutische industrie (Cosgrove, Krimsky, Vijayaraghavan & Schneider, 2006).

Veel diagnostische criteria zijn dan ook bijzonder vaag en komen weinig beredeneerd over. Het eerste criterium voor gedragsstoornis luidt bijvoorbeeld: "Pest, bedreigt of intimideert vaak mensen" (DSM, p.100; zie ook Kirk & Hsieh, 2004). Hoe we *vaak* moeten interpreteren blijft onduidelijk: één keer per maand, één keer per dag? Ook is er geen leidraad hoe we *pesten*, *bedreigen* of *intimideren* moeten begrijpen: vanaf welk punt is sprake van pesten, bedreigen of intimideren; welke norm hanteren we om

dat te beslissen; op welke informatiebronnen kunnen we daarbij vertrouwen? Allemaal vragen die open blijven. Het resultaat is dan ook dat beoordelaars heel sterk kunnen variëren in hoe ze de vage DSM-criteria invullen.

Dat het gebruiken van de DSM niet tot éénduidigheid leidt, mag blijken uit het volgende onderzoek. Amerikaanse onderzoekers creëerden op basis van de DSM-inclusiecriteria voor een gedragsstoornis (conduct disorder) een fictief vignet (Kirk & Hsieh, 2004). Dit legden ze voor aan een representatieve steekproef van 1334 psychiaters, psychologen en sociaal werkers, met allen een ruime ervaring - gemiddeld 20.7 jaar - in het werken met kinderen en jongeren. Er werd hen om een DSM-diagnose gevraagd. Het vignet oogste maar liefst 29 verschillende DSM-hoofddiagnoses, waarbij bijna de hele range van as-I-stoornissen de revue passeert. Bovendien diagnosticeerde minder dan de helft (45.5 procent) effectief een gedragsstoornis; en dat voor een vignet dat precies vanuit de definitie van gedragsstoornis was opgesteld! De resultaten tonen alleszins aan dat de diagnose gedragsstoornis niet consistent is, en dus slechts met zeer beperkte accuraatheid gesteld kan worden. Verder onderzoek wees trouwens uit dat informatie over de etniciteit van jongeren een grote invloed heeft; en ook dat klinici naargelang hun professionele specialisatie en ervaring duidelijk verschillende stoornissen diagnosticeren (Pottick, Kirk, Hsieh & Tian, 2007).

---

**Een grondig debat nodig is over de fundamentele principes waarop een gezondheids- en welzijnsbeleid dient gebaseerd te zijn. Een dergelijk beleid moet aandacht hebben voor de complexiteit van het menselijk functioneren, en streven naar een contextualiserende singuliere benadering van probleemsituaties. Eerder dan te mikken op het beleidsmatig beheersen van interventies en op het managen van cijfers rond dossiers.**

---

## Besluit

Ik heb de aandacht gevestigd op drie problemen. Vooreerst legt het sciëntisme, in tegenstelling tot de wetenschap, te weinig voorzichtigheid aan de dag bij het trekken van praktijkgerichte besluiten uit nomothetische kennis. Vervolgens zijn er methodologische redenen om te twijfelen aan de pragmatische relevantie van evidence-based behandelprotocollen voor psychiatrische stoornissen. En tenslotte: de accuraatheid en validiteit van de diagnose gedragsstoornis is frappant laag. Deze drie problemen indachtig lijkt het dan ook raadzaam om niet meteen verregaande praktijkgerichte conclusies te trekken uit bestaand onderzoek naar gedragsstoornissen.

Verdere bezwaren zal ik in deze bijdrage niet formuleren. Daarvoor verwijs ik graag naar het werk van collega's (Laceur & Vanderveken, 2008). Wat alvast duidelijk is, is dat een grondig debat nodig is over de fundamentele principes waarop een gezondheids- en welzijnsbeleid dient gebaseerd te zijn. Mijns inziens moet een dergelijk beleid aandacht hebben voor de complexiteit van het menselijk functioneren, en streven naar een contextualiserende singuliere benadering van probleemsituaties. Eerder dan te mikken op het beleidsmatig beheersen van interventies en op het managen van cijfers rond dossiers, moet men ruimte scheppen voor het wetenschappelijk geïnformeerde handelen van professionals.

## Bio

*Stijn Vanheule* is klinisch psycholoog, doctor in de psychologie en docent psychoanalyse en klinische psychodiagnostiek aan de Universiteit Gent.

## Referenties

Code, M. (1997). On the poverty of scientism, or: the ineluctable roughness of rationality. *Metaphilosophy*, 28, 102-122.

Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity.

Kirk, S.A., & Hsieh, D.K. (2004). Diagnostic consistency in assessing conduct disorder: an experiment on the effect of social context. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 43-55.

Laceur, N., & Vanderveken, Y. (red.) (2008). *Controverse: trouble des conduites / gedragsstoornissen*. Brussel : Ecole de la Cause Freudienne.

Leggett, J.M. (1997). Medical scientism: good practice or fatal error? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90, 97-101.

Peterson, G.R. (2003) Demarcation and the Scientistic Fallacy. *Zygon: Journal of Religion and Science*, 38, 751-761.

Pottick, K.J., Kirk, S.A., Hsieh, D.K., & Tian, X. (2007). Judging mental disorder in youths: effects of client, clinician, and contextual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 1-8.

Spitzer, R.I., Davies, M., & Barkley, R.A. (1990). The DSM-III field trial of disruptive behavior disorders, 29, 690-697.

Vanheule, S. (2009). Psychotherapy and research: a relation that needs to be reinvented. *British Journal of Psychotherapy*, 25, 91-109.

Westen, D., Novotny, C.A. & Thompson-Brenner, H. (2004) The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumption, findings and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin* 130: 631-663.

## Noten

1. Deze tekst herneemt een bijdrage die eerder gepubliceerd werd in: *Controverse: trouble de conduite - gedragstoornis* (Laceur & Vanderveken, 2008).
2. <http://www.kring-nls.org/publicaties/andere/gedragsstoornissen-0>