

Wat toekomstige professionals leren over ADHD

Een onderzoek naar de biomedische en de orthopedagogische visie op ADHD in
een psychiatrisch en pedagogisch academisch studieboek

Maike Hoekstra

S5176123

Bachelorwerkstuk (PABA-A412)

Bacheloropleiding Pedagogische Wetenschappen

(afstudeerrichting orthopedagogiek)

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Eerste beoordelaar prof. dr. Laura Batstra

Tweede beoordelaar dr. Rink Hoekstra

Datum: 6 juni 2025

Aantal woorden: 8224

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Inleiding.....	3
Theoretisch kader.....	5
Methode.....	11
Resultaten.....	15
Discussie.....	26
Literatuurlijst.....	30
Bijlage 1-Positionality Statement.....	37
Bijlage 2-Coderingsschema.....	38
Bijlage 3- Ontwikkelingslogboek coderingsschema.....	44
Bijlage 4- Logboek data-analyse.....	48
Bijlage 5-Berekening Proportie Overeenstemming.....	49

Samenvatting

There are broadly two views on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): the biomedical and the psychosocial view. From a biomedical perspective, ADHD is considered a hereditary brain abnormality that causes inattention, hyperactivity and impulsiveness, and requires medical treatment. From a psychosocial perspective, ADHD is viewed as an adverse behavioral pattern that can be addressed through psychosocial and pedagogical interventions. Logically, therapists in training should be informed about both perspectives on ADHD. This study investigated a Dutch psychiatric academic textbook and a pedagogical academic textbook on ADHD, both aimed at therapists in training. Six biomedical themes and eight psychosocial themes were used in a qualitative content analysis. A total of one hundred and twenty-eight biomedical text fragments and one hundred and twelve psychosocial text fragments were identified. The biomedical perspective dominated in the psychiatric academic textbook. The pedagogical textbook presented a dichotomy between the biomedical and the psychosocial perspectives of ADHD. Both books displayed ambivalent writing about ADHD. The predominance of the biomedical perspective, combined with ambivalent writing, may lead to a distorted understanding of the ADHD classification among readers.

Inleiding

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (afgekort ADHD) is één van de vierhonderd stoornissen in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (oftewel de DSM) (American Psychiatric Association, 2022). De term ADHD verwijst naar een aanhoudend patroon van hyperactiviteit, impulsiviteit en/of concentratieproblemen dat samengaat met beperkingen in het sociale en/of schoolse functioneren van de persoon.

Er bestaan verschillende visies op ADHD. Hierbij staan de biomedische en de orthopedagogische visie min of meer tegenover elkaar. De biomedische visie ziet ADHD als een chronisch en erfelijk hersendefect dat leidt tot druk en impulsief gedrag. Snel diagnosticeren en medicatie worden als de beste behandeling gezien (Faraone et al., 2021). De orthopedagogische visie ziet ADHD als een naam voor gedrag dat slecht past bij de eisen van de hedendaagse samenleving (Batstra, 2023; Batstra et al., 2020). In plaats van hersenen en genen focust deze visie zich op omgevingsfactoren die een rol spelen bij het gedrag dat we ADHD noemen. Het normaliseren van druk, dwars en/of dromerig gedrag en het versterken van de opvoedomgeving worden als beste behandeling gezien (Batstra, 2023; Batstra et al., 2014).

De biomedische visie komt vaker voor in voorlichtingsmateriaal over ADHD dan de orthopedagogische visie (Batstra et al., 2020; Erlandsson et al., 2016; Freedman, 2016; Pajo & Stuart, 2012; Te Meerman et al., 2022; Te Meerman et al., 2017). Een onderzoek naar Nederlandse educatieve kinderboeken over ADHD liet bijvoorbeeld zien dat in acht van de negen boeken de biomedische visie overheerste (Batstra et al., 2020). Uit een onderzoek naar Nederlandse academische studieboeken bleek ook dat de nadruk werd gelegd op de biomedische visie, namelijk dat ADHD erfelijk is (Te Meerman et al., 2017) en dat ADHD een hersendefect is (Te Meerman et al., 2020). Erlandsson en collega's (2016) vonden dat in een informatiedocument over ADHD van de "National Institute of Mental Health" (Verenigde Staten) gericht aan ouders ook voornamelijk de biomedische visie stond. De orthopedagogische visie werd tussendoor wel benoemd, maar gebracht als ondergeschikt aan de biomedische visie (Erlandsson et al., 2016). Pajo & Stuart (2012) hebben onderzoek gedaan naar zelfhulpboeken voor ouders van kinderen met ADHD versus ouders van 'gewone' kinderen. Hieruit bleek dat er verschillende oorzaken en adviezen gegeven werden aan ouders in beide soorten zelfhulpboeken, terwijl het beschreven gedrag van het kind gelijk

was (enkel de frequentie verschilde). Het zelfhulpboek voor ouders van kinderen met ADHD presenteerde het gedrag van het kind als een handicap als gevolg van “de stoornis ADHD” (biomedische visie), terwijl het zelfhulpboek voor ouders van ‘gewone’ kinderen bij hetzelfde gedrag dit niet deed (Pajo & Stuart, 2012). Ten slotte bleek dat in studieboeken voor aankomende leraren de biomedische visie ook overheerste (Freedman, 2016). Er is in deze informatiebronnen mogelijk sprake van *textual silence* over de orthopedagogische visie. *Textual silence* houdt in dat informatie die een genuanceerder perspectief op ADHD zou bieden, wordt verzwegen (Te Meerman et al., 2022).

Doordat de biomedische visie vaker voorkomt in voorlichtingsmateriaal over ADHD dan de orthopedagogische visie, krijgt men eenzijdige voorlichting over ADHD. Dit is niet alleen zorgelijk voor kinderen met een ADHD-classificatie en hun betrokkenen, maar ook voor studenten in opleiding tot beroepen in onderwijs en hulpverlening. Omdat deze studenten later onderwijs en/of hulpverlening zullen bieden aan deze kinderen is het belangrijk dat ze volledige en genuanceerde informatie tot zich kunnen nemen. Door eenzijdige voorlichting zullen deze hulpverleners mogelijk ook eenzijdig naar ADHD kijken, met als gevolg onnodige classificaties en medicatiegebruik. Het huidige onderzoek analyseert in welke mate elementen uit de biomedische en de orthopedagogische visie naar voren komen in twee veelgebruikte studieboeken, namelijk een recente uitgave van een psychiatrisch studieboek (Lindauer & Staal, 2022) en een recente uitgave van een pedagogisch studieboek (Van Lieshout & Van Deth, 2018). Door middel van een kwalitatief vergelijkend onderzoek met een snapshot design wordt in kaart gebracht in hoeverre studenten volledig of eenzijdig worden ingelicht over ADHD (Flick, 2018). Volledige voorlichting betekent dat beide visies over ADHD en de kanttekeningen van de visies aan bod komen. De bevindingen van dit onderzoek dragen bij aan volledige voorlichting over ADHD aan aankomende professionals, wanneer er sprake is van eenzijdige voorlichting. De onderzoeksvraag luidt: *Hoeveel biomedische versus orthopedagogische informatie wordt in een psychiatrisch studieboek en een pedagogisch studieboek over ADHD gegeven?*

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn er vier subvragen opgesteld, namelijk:

- Hoe komt de biomedische visie op ADHD terug in het psychiatrisch studieboek (Lindauer & Staal, 2022)?
- Hoe komt de orthopedagogische visie op ADHD terug in het psychiatrisch studieboek (Lindauer & Staal, 2022)?

- Hoe komt de biomedische visie op ADHD terug in het pedagogisch studieboek (Van Lieshout & Van Deth, 2018)?
- Hoe komt de orthopedagogische visie op ADHD terug in het pedagogisch studieboek (Van Lieshout & Van Deth, 2018)?

Hieronder volgt eerst het theoretisch kader, met een nadere toelichting op de biomedische en de orthopedagogische visie en de vraag waarom de eerste dominant is. Vervolgens komt de onderzoeksmethode en daarna de resultaten aan bod. Ten slotte bespreekt de discussie de conclusie uit dit onderzoek in vergelijking tot andere onderzoeken en de beperkingen van het onderzoek. De thesis sluit af met aanbevelingen voor onderzoek en praktijk.

Theoretisch kader

Dit theoretisch kader gaat eerst in op hoe de biomedische visie terrein won, daarna op de kritiek op de biomedische visie en waarom deze desondanks populair blijft. Vervolgens komen de nadelen van de biomedische visie en het belang van de orthopedagogische visie aan bod.

Hoe de biomedische visie terrein won

Volgens de biomedische visie is ADHD een erfelijk en chronisch hersendefect dat leidt tot druk en impulsief gedrag. Snel diagnosticeren en medicatie wordt als beste behandeling gezien (Faraone et al., 2021). De biomedische visie op mentale problemen kwam in het begin van de 20^e eeuw op, maar won in de jaren 80 steeds meer terrein. Dit kwam door de opkomst van de derde versie van het psychiatrisch handboek de Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, ofwel de DSM-III (Kawa & Giordano, 2012).

Na de uitgave van de DSM-II kwam er in de jaren zestig toenemende kritiek op de psychiatrie (Kawa & Giordano, 2012). De intellectuele groep antipsychiaters kwam op. Zij vonden de psychiatrische aandoeningen geen ziekten en vonden daarom dat psychiaters zichzelf niet als medici konden beschouwen (Mills, 2022). Ook was er veel kritiek op de vage grenzen tussen mentaal gezond tegenover ziek en op de lage betrouwbaarheid van

psychiatrische diagnoses (Kawa & Giordano, 2012). Door deze toenemende ontevredenheid over de psychiatrie werden de financiën voor onderzoeken en behandelmethoden beperkt. Het gevolg was dat de psychiatrische gemeenschap wilde bewijzen dat hun diagnoses en therapieën doeltreffend waren en dat het om legitieme medische ziekten ging (Kawa & Giordano, 2012; Mills, 2022). Dit probeerden ze te bereiken met de uitgave van de DSM-III in 1980, waarin de stoornissen specifiek gedefinieerd waren aan de hand van symptoomcriteria. Ook stonden er veel nieuwe stoorniscategorieën van gedrag of gevoelens, waaronder de classificatie ADHD (Kawa & Giordano, 2012).

De DSM-III nam na zijn publicatie razendsnel toe in populariteit (Kawa & Giordano, 2012). Dit kwam mede doordat de farmaceutische industrie hersenonderzoek om te zoeken naar de biomedische oorzaken van de in de DSM-III beschreven classificaties en medicatie hiervoor, sponsorde en onder de aandacht bracht (Kawa & Giordano, 2012). Tegelijkertijd ging men bij het opstellen van de DSM-III aangemoedigd door de farmaceutische industrie op zoek naar stoornissen waarvoor al een medicijn bestond. Het medicijn Ritalin was er bijvoorbeeld al voordat de classificatie ADHD bestond, echter had het nog geen goede bestemming tot men de classificatie ADHD bedacht (Batstra, 2023; GGZ, 2019; Mills, 2022). Hierdoor zorgde mede de DSM-III voor het re-medicaliseren van de psychiatrie (Kawa & Giordano, 2012).

In 1999 zijn de eerste twee publicaties over de grote Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (afgekort als MTA) uitgebracht (Nieweg, 2010). Het MTA-onderzoek is het grootste onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie tot nu toe. Het is een groot en langdurig onderzoek in de VS naar de werkzaamheid van verschillende behandelingsvormen bij ADHD, namelijk intensieve gedragstherapie, intensieve medicatiebehandeling, de combinatie van beide en de gebruikelijke behandeling. In de eerste twee publicaties van het MTA-onderzoek stond dat na 14 maanden de intensieve medicatiebehandeling met methylfenidaat superieur was in het verminderen van de concentratieproblemen, hyperactief en impulsief gedrag vergeleken met de andere behandelingen (Nieweg, 2010). Als gevolg hiervan ging men ADHD veel met medicatie behandelen. Echter bleek uit de eerste follow-up (24 maanden behandeling) en de tweede follow-up (36 maanden behandeling) van het MTA-onderzoek dat de intensieve medicatiebehandeling en de combinatie van medicatiebehandeling en gedragstherapie minder effectief werkte dan de gedragstherapie en de gebruikelijke behandeling. Deze bevindingen zijn echter veel minder bekend dan de

bevindingen uit het eerste meetmoment van het MTA-onderzoek (Nieweg, 2010; Swanson et al., 2017).

De orthopedagogische visie op problematiek bij jeugdigen begon ook in het begin van de 20^e eeuw op te komen. Binnen de orthopedagogische visie ging en gaat het vooral om het optimaliseren van de opvoedings- en onderwijsomgeving (Ruijsenaars et al., 2008). Door de opkomst van de DSM-III werd de biomedische visie erg populair, wat ten koste ging van de populariteit van de orthopedagogische visie (Kawa & Giordano, 2012).

Kritiek op de biomedische visie

Volgens de biomedische visie is ADHD een erfelijk en chronisch hersendefect. Uit hersenonderzoeken (die in de jaren 80 opkwamen) bleken kleine verschillen op groepsniveau zoals iets kleinere hersendelen bij groepen kinderen met ADHD en mogelijk minder dopamine-activiteit vergeleken met groepen kinderen zonder psychiatrische classificatie (Castellanos, 2002; Volkow et al., 2009). Dit laatste staat bekend als de dopaminetheorie. Volgens de dopaminetheorie lost medicatie het dopaminetekort op (Admin, 2024; Volkow et al., 2009). Uit nadere onderzoeken blijkt dat er voor ADHD geen neurobiologische oorzaak in de hersenen aan te wijzen is (Frisch, 2016; Schleim, 2022; Scull, 2021). Ook is er onvoldoende bewijs voor de dopaminetheorie (Gonon, 2008; MacDonald et al., 2024). In de hersenonderzoeken zijn enkel kleine groepsverschillen gevonden die men niet kan generaliseren naar het individu (Schleim, 2022; Scull, 2021). Toch blijft het idee dat ADHD een hersenendefect is terugkomen door de ecologische fout (Te Meerman et al., 2022). De ecologische fout houdt in dat groepsbevindingen gegeneraliseerd worden naar het individu, dus bijvoorbeeld dat men op basis van kleine groepsverschillen zegt dat ieder kind met ADHD afwijkende hersenen heeft (Te Meerman et al., 2022).

Het idee dat ADHD voor een groot deel genetisch bepaald is, komt vooral uit tweelingonderzoeken (Furman, 2008). Bij tweelingonderzoeken worden een-eiige met twee-eiige tweelingen vergeleken. Uit deze onderzoeken blijkt dat een-eiige tweelingen (met 100% dezelfde genen) vaker allebei aan de criteria voor de ADHD-classificatie voldoen dan twee-eiige tweelingen (met 50% dezelfde genen) met als gevolg dat men concludeert dat ADHD zeer erfelijk is (Batstra, 2023; Furman, 2008). Echter kunnen tweelingonderzoeken niet de invloed van genen van de invloed van de omgeving scheiden. Ouders behandelen een-eiige tweelingen vaak als gelijken, terwijl dit bij twee-eiige tweelingen veel minder het geval is.

Mogelijk kan het gelijk worden behandeld ook een verklaring zijn (Batstra, 2023; Furman, 2008). Moleculair-genetische onderzoeken (nauwkeurigere DNA-onderzoeken) kunnen de invloed van genen versus omgeving wel scheiden en hieruit blijkt dat de onderzochte genen die bij ADHD betrokken lijken te zijn samen hooguit enkele procenten van het gedrag kunnen verklaren (Ronald et al., 2021). De biomedische visie ziet ADHD ook als chronische aandoening (Faraone et al., 2021). Echter blijkt uit de tweede follow-up van het MTA-onderzoek dat na verloop van tijd (36 maanden) nog maar de helft van de met ADHD geclassificeerde kinderen aan de classificatie voldoen (Molina et al., 2009; Nieweg, 2010).

Volgens de biomedische visie is de beste behandeling voor ADHD vroeg diagnosticeren en medicatie (Faraone et al., 2021). Uit de follow-up studies van het MTA-onderzoek blijkt echter dat medicatiebehandeling minder effectief is dan gedragstherapie (Nieweg, 2010; Swanson et al., 2017). Uit het onderzoek van Schweren (2016) blijkt ook dat ADHD-medicatie op lange termijn niet effectief is in het verminderen van het ADHD-gedrag. Daarnaast zijn er zorgen over de gevolgen van ADHD-medicatie (Hennissen et al., 2017; Solleveld et al., 2017; Swanson et al., 2017). Bij het gebruik van psychostimulantia (de meest gebruikte medicatie voor ADHD) bestaan risico's op groeivertragingen (Swanson et al., 2017) en cardiovasculaire problemen (Hennissen et al., 2017). Over de vraag of ADHD-medicatie ook lange termijn effecten op de hersenen heeft zijn tegenstrijdige bevindingen. Schweren (2016) vond in haar promotieonderzoek dat er geen schadelijke effecten op de ontwikkelende hersenen van kinderen zijn door medicatiegebruik. Echter bleekt uit een ander onderzoek dat er blijvende veranderingen waren in de hersenen van mensen die voor hun 23^{ste} ADHD-medicatie hadden gebruikt. Er was sprake van minder gamma-aminoboterzuur (afgekort GABA) in de hersenen (een systeem dat betrokken is bij zelfcontrole, impulsbeheersing en planvaardigheden) en het GABA-systeem leek sterker te reageren op Ritalin (ADHD-medicatie) vergeleken met mensen die nooit ADHD-medicatie hadden gebruikt (Solleveld et al., 2017). Dit zou er op kunnen wijzen dat ADHD-medicatie in de kindertijd de kans op ADHD-gedrag en de gevoeligheid voor ADHD-medicatie in de volwassenheid vergroot (Solleveld et al., 2017).

In "The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208" (Faraone et al., 2021) komt de biomedische visie op ADHD terug. Hierin komen de bovenstaande onderzoeksbevindingen niet aan de orde of worden ze ontkracht. Opvallend is dat een groot aantal van de auteurs van de consensus statement gesponsord zijn door de farmaceutische industrie (op blz. 43-48 staan verscheidene farmaceutische bedrijven onder de

“Acknowledgments”) (Faraone et al., 2021). De farmaceutische industrie heeft belang bij het gebruik van ADHD-medicatie, omdat er veel geld mee verdiend wordt (Batstra, 2023; Batstra et al., 2014; Te Meerman et al., 2022; Van Langen, et al., 2024).

De biomedische visie blijft ondanks de kritiek populair

Ondanks de kritiek blijft de biomedische visie dominant, mede doordat het overheerst in het voorlichtingsmateriaal over ADHD (Batstra et al., 2020; Erlandsson et al., 2016; Freedman, 2016; Pajo & Stuart, 2012; Te Meerman et al., 2020; Te Meerman et al., 2017) en op TikTok (Johnson et al., 2025; Karasavva et al., 2025; Leveille, 2024; Verma & Sinha, 2025; Yeung et al., 2022). Er zijn bijvoorbeeld veel TikTok video's over de positieve effecten van medicatie, waarbij de nadelen van medicatie als kleine ongemakken worden gepresenteerd (Johnson et al., 2025). Daarnaast wordt er via TikTok onjuiste informatie verspreid over ADHD (Johnson, et al., 2025; Karasavva et al., 2025; Leveille, 2024; Verma & Sinha, 2025; Yeung et al., 2022). De onjuiste en biomedische informatie op TikTok kan leiden tot meer zelfdiagnoses van ADHD (dat je bij jezelf de diagnose stelt), met mogelijk meer ADHD-classificaties en medicatiegebruik tot gevolg (Johnson, et al., 2025; Karasavva et al., 2025; Leveille, 2024; Verma & Sinha, 2025; Yeung et al., 2022).

Waarom blijft de biomedische visie toch zo populair?

Na de publicatie van de DSM-III zijn veel hersen- en erfelijkheidsonderzoeken naar ADHD gestart, waardoor een medicaliserend beeld van ADHD ontstond (Kawa & Giordano, 2012). De farmaceutische industrie heeft financieel belang bij het ADHD medicatiegebruik, waardoor zij de biomedische visie verspreiden en zwijgen over informatie uit de orthopedagogische visie (*textual silence*) (Batstra et al., 2014; Te Meerman et al., 2022). Door *looping effects* wordt het gemedicaliseerde beeld van ADHD verspreid. *Looping effects* betekent dat de classificatie ADHD zichzelf waar maakt als 'stoornis ADHD' doordat mensen erin gaan geloven. Als een kind zelf gaat geloven dat hij/zij de 'ziekte ADHD' heeft, dan ziet het kind ook enkel de 'ziekte ADHD' en niet meer zijn normale gedrag (Te Meerman et al., 2022). Daarnaast biedt het medicaliserend beeld van ADHD een 'excuus' voor het gedrag van een kind, zowel voor het kind zelf als voor de ouders en leerkrachten (Dauman et al., 2019; Wienen et al., 2019). Ouders voelen zich vaak schuldig voor het drukke en dwarse gedrag van

hun kind (Dauman et al., 2019). Volgens de biomedische visie is ADHD een hersendefect, wat betekent dat ouders niet verantwoordelijk zijn voor het ‘wangedrag’ van hun kind. Hierdoor bevrijdt het hun van schuld (Dauman et al., 2019; Te Meerman et al., 2022). Daarnaast bevrijdt de classificatie ook leerkrachten van een schuldgevoel, gezien het volgens de leraren een verklaring biedt voor het gedrag en het onderpresteren van het kind (Wienen et al., 2019). Ook biedt de classificatie volgens de leraren een nieuw begin in de relatie met ouders. Mogelijk ontstaat de nieuwe verbeterde relatie met ouders doordat de ADHD-classificatie het schuldgevoel bij zowel de ouders als bij de leerkrachten wegneemt (Wienen et al., 2019). Om deze redenen wordt de biomedische visie veel geaccepteerd en verspreid (Batstra et al., 2014; Dauman et al., 2019; Te Meerman et al., 2022; Wienen et al., 2019).

Het nadeel van de biomedische visie en het belang van de orthopedagogische visie

De biomedische visie op ADHD legt het probleem bij het kind neer, wat kan leiden tot negatieve verwachtingen van ouders en leerkrachten (Batstra et al., 2014; Batstra, 2023). Door die negatieve verwachtingen kan de *self-fulfilling prophecy* en een laag zelfbeeld bij het kind ontstaan (Batstra et al., 2014). Een *self-fulfilling prophecy* is een verwachting die uitkomt doordat mensen zich bewust of onbewust naar de verwachting gaan gedragen. Daarnaast kan de classificatie ook tot stigmatisering van het kind leiden (Batstra et al., 2014). Ook kan de classificatie de valse indruk wekken dat we het probleem begrijpen en dus niet verder hoeven te zoeken naar een oorzaak (bv. problemen in het gezin, armoede, enzovoort). Het probleem wordt dan niet bij de bron aangepakt (Batstra et al., 2014). Medicatie voor ADHD heeft korte en lange termijn bijwerkingen (Hennissen et al., 2017; Solleveld et al., 2017; Swanson et al., 2017) en is op de lange termijn niet effectief (Nieweg, 2010; Schweren, 2016; Swanson et al., 2017). Ten slotte leren ouders en leerkrachten door enkel medicatiegebruik niet om te gaan met het gedrag van het kind, “pills don’t teach skills” (Batstra et al., 2014).

De orthopedagogische visie ziet het normaliseren van druk, dwars en/of dromerig gedrag en het versterken van de opvoedomgeving als beste behandeling¹ (Batstra, 2023; Batstra et al., 2014). Deze visie legt het probleem niet bij het kind neer, waardoor de bovenstaande negatieve gevolgen voorkomen worden (Batstra, 2023; Batstra et al., 2014). Daarnaast is uit verscheidene onderzoeken gebleken dat omgevingsfactoren een rol spelen in het ontstaan van het gedrag dat we ADHD noemen (Batstra, 2023; Elder, 2010; Evans et al., 2010; Krabbe et al., 2014; Russell et al., 2014; Russell et al., 2018; Whitely et al., 2019). Twee veel

onderzochte omgevingsfactoren zijn vroege leerlingen en armoede. Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat vroege leerlingen, de kinderen die tot de jongsten in de klas behoren, eerder een ADHD-classificatie krijgen. Terwijl het normaal is dat de jongsten in de klas beweeglijker en minder taakgericht zijn dan de oudere kinderen. Dit staat bekend als het *relative age effect* (Elder, 2010; Evans et al., 2010; Krabbe et al., 2014; Whitely et al., 2019). Daarnaast is armoede van invloed op het krijgen van een ADHD-classificatie (Russell et al., 2014; Russell et al., 2018). Uit onderzoek van Hjern (2010) blijkt dat sociaaleconomische factoren invloed hebben op ADHD-classificaties, waarbij een laag opleidingsniveau van de moeder 33%, alleenstaand ouderschap 14% en het krijgen van sociale voorzieningen 10% van de classificaties voorspelde.

De biomedische visie negeert deze omgevingsfactoren, met als gevolg dat het probleem niet bij de bron wordt aangepakt en het kind probleemeigenaar wordt van iets wat buiten zijn macht ligt (Batstra et al., 2014). Door in te zetten op de omgeving kan men (een deel van) de klachten oplossen, waardoor minder kinderen medicatie hoeven te gebruiken (Batstra et al., 2014).

Methode

Onderzoeksdesign

Om de onderzoeksvraag *Hoeveel biomedische versus orthopedagogische informatie wordt in een psychiatrisch studieboek en een pedagogisch studieboek over ADHD gegeven?* te beantwoorden is een kwalitatief vergelijkend onderzoek met een snapshot design uitgevoerd (Flick, 2018). In twee academische studieboeken (Lindauer & Staal, 2022; Van Lieshout & Van Deth, 2018) zijn de hoofdstukken over ADHD geanalyseerd op de biomedische (Faraone et al., 2021) en de orthopedagogische visie (Batstra et al., 2023).

1: Een voorbeeld van een behandeling voor ADHD vanuit de orthopedagogische visie is de “stepped diagnosis approach”. Meer informatie hierover is te vinden in het artikel van Batstra en collega’s (2014).

Selectie materiaal

Middels purposive sampling van typical cases (Flick, 2018) zijn een recent en veelgebruikt psychiatrisch studieboek (Lindauer & Staal, 2022) en een recent en veelgebruikt pedagogisch studieboek (Van Lieshout & Van Deth, 2018) geselecteerd (Flick, 2018).

Coderingsschema en data-analyse

De analyse is uitgevoerd door middel van een kwalitatieve inhoudsanalyse in het programma Atlas.ti (Atlas.ti, z.d.; Elo et al., 2014; Hsieh & Shannon; 2005; Schreier, 2012). De hoofdstukken over ADHD uit beide studieboeken (Lindauer & Staal, 2022; Van Lieshout & Van Deth, 2018) zijn aan de hand van het coderingsschema in tabel 1 deductief gecodeerd. Het coderingsschema is geïnspireerd op het vergelijkbare onderzoek van Batstra en collega's (2020) naar de biomedische tegenover de orthopedagogische visie op ADHD in kinder- en jeugdboeken. Aan dit coderingsschema is op basis van literatuur over ADHD een aantal onderwerpen toegevoegd bij de orthopedagogische visie, namelijk normaliseren en versterken van de opvoedomgeving (Batstra, 2023; Batstra et al., 2014), *relative age effect* (Whitely et al., 2019) en armoede (Russell et al., 2014; Russell et al., 2018). Het onderwerp normaliseren en versterken van de opvoedomgeving is verdeeld in drie subcodes genaamd "Normaliseren", "Versterken omgeving" en "Nadelen behandeling medicatie". De subcode "Normaliseren" houdt in dat een tekstfragment de concentratieproblemen en het hyperactief en impulsief gedrag normaliseert. De subcode "Versterken omgeving" houdt in dat een tekstfragment zegt dat de beste behandeling het versterken van de opvoed-, school-, enzovoort omgeving is. De subcode "Nadelen behandeling medicatie" houdt in dat de nadelen van een behandeling voor ADHD met enkel medicatie besproken worden. In bijlage 2 staan de definities van de codes en voorbeelden hoe de code terug kan komen in de tekst weergegeven. Gedurende het coderen zijn inductief de codes "ADHD heeft altijd bestaan" (biomedische visie) en "ADHD heeft niet altijd bestaan" (orthopedagogische visie) toegevoegd aan het coderingsschema.

Tabel 1*Coderingsschema Onderzoek Academische Studieboeken*

Biomedische visie	Orthopedagogische visie
ADHD als oorzaak	ADHD als naam voor gedrag
Belang van (vroeg) diagnose ADHD	Nadelen van diagnostische classificatie
ADHD als hersendefect	ADHD als gedrag dat slecht past bij de eisen van de samenleving
ADHD als zeer erfelijk	Nauwelijks bewezen genetische basis van ADHD
ADHD als chronisch	ADHD gaat vaak over
ADHD heeft altijd bestaan	ADHD heeft niet altijd bestaan
Medicatie als behandeling	Normaliseren van gedrag en versterken van de omgeving Drie subcodes hierbij: Normaliseren, Versterken omgeving en Nadelen behandeling medicatie.
	Het relative age effect
	Armoede
Algemene code	
Overige bevindingen	

De data-analyse is in twee stappen uitgevoerd. In de eerste stap is aan de hand van het coderingsschema gekeken welke biomedische en orthopedagogische elementen aan de orde kwamen in beide studieboeken. In de tweede stap is geanalyseerd hoe deze elementen aan de orde kwamen en of de gegeven informatie correct was. Bij de eerste stap is zowel correcte als incorrecte informatie over de elementen gecodeerd. Er zijn halve zinnen, hele zinnen, meerdere zinnen of alinea's gecodeerd. Wanneer twee alinea's over hetzelfde onderwerp spraken, werden beide alinea's apart gecodeerd met de code. De figuren en tabellen in de studieboeken zijn niet gecodeerd, omdat deze moeilijk te coderen zijn en de tekst ernaast vaak vertelt wat erin staat.

Er is gebruik gemaakt van interbeoordelaars betrouwbaarheid, waarbij een medeonderzoeker de hoofdstukken uit de studieboeken met hetzelfde coderingsschema heeft gecodeerd. Vervolgens zijn de resultaten van beide vergeleken en is de proportie overeenstemming handmatig op basis van de informatie uit Atlas.ti berekend (Agresti & Finlay, 2018). De eerste keus was de Cohens Kappa, gezien deze corrigeert voor toeval (Agresti & Finlay, 2018). Echter was dit niet mogelijk omdat de Cohens Kappa enkel berekend kan worden wanneer met vaste tekstfragmenten gecodeerd wordt (Agresti & Finlay, 2018).

Onderzoeksverloop

Voorafgaand aan de data-analyse is eerst een positionality statement geschreven (bijlage 1). Vervolgens is er samen met de medeonderzoeker geoefend met het coderingsschema op een ander dan in het onderzoek gebruikt academisch studieboek. Hoofdstuk 6 “Aandachtsdeficiëntie-/ hyperactiviteitsstoornis” uit Verhulst (2020) (blz. 73-91) is door beide apart gecodeerd op basis van het coderingsschema. Daarna zijn beide analyses met elkaar vergeleken en zijn afspraken gemaakt over de data-analyse en onduidelijkheden aan het coderingsschema verbeterd. De code “overige bevindingen” is toegevoegd, de code “Normaliseren van gedrag en versterken van de omgeving” is opgesplitst in drie subcodes, de definities van de codes zijn verder aangescherpt en de regels voor het coderen zijn vastgelegd. In het ontwikkelingslogboek (bijlage 3) staan de aanpassingen aan het coderingsschema op basis van de oefenfase weergegeven. Vervolgens is op basis van het aangepaste coderingsschema de data-analyse van de academische studieboeken uitgevoerd. Daarna is overlegd met de medeonderzoeker, waarbij de coderingen zijn vergeleken, besproken en wanneer nodig aangepast. Dit is gedaan om overige invloeden op de uitkomst van de proportie overeenstemming te verminderen. In het logboek data-analyse (bijlage 4) is bijgehouden hoe de data-analyse is uitgevoerd. Ten slotte is de proportie overeenstemming berekend (bijlage 5).

Resultaten

De resultatenparagraaf begint met het bespreken van de inductief toegevoegde codes. Daarop volgt een korte bespreking van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Daarna komt de kwantitatieve beschrijving van de gevonden biomedische versus orthopedagogische elementen per studieboek aan bod. Deze staan in tabel 2 en 3 weergegeven. Dan volgt een kwalitatieve analyse van eerst het psychiatrisch en vervolgens het pedagogisch studieboek. Tenslotte wordt een vergelijking tussen de beide studieboeken gemaakt en de opvallende bevindingen in het onderzoek besproken.

Inductief toegevoegde codes

Inductief zijn de codes “ADHD heeft altijd bestaan” onder de biomedische visie en “ADHD heeft niet altijd bestaan” onder de orthopedagogische visie toegevoegd. In het pedagogisch studieboek werd namelijk gezegd. “ADHD komt in alle culturen voor en is er bovendien altijd al geweest” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 196). Het idee dat ADHD altijd al zou hebben bestaan is onderdeel van de biomedische visie op ADHD, waar de orthopedagogische visie kritiek op heeft (Batstra, 2021). Om te onderbouwen dat ADHD altijd al zou hebben bestaan verwijst de biomedische visie vaak onjuist naar het gedicht Zappelphilipp (Fidgety Phil, 1846 uitgebracht) van de Duitse psychiater Hoffman en het begrip moral deficiency (gebrek aan morele zelfbeheersing) van de Britse kinderarts Still (geïntroduceerd in 1902) (Batstra, 2021). Het gedicht Zappelphilipp is één van de tien verhalen uit het boek Struwwelpeter, waarin hij kinderen waarschuwt voor de gevolgen van slecht gedrag. Het begrip moral deficiency gaat over uiteenlopend gedrag zoals liegen, pesten, schaamteloosheid en rusteloosheid. Dus in zowel Zappelphilipp als in moral deficiency wordt geen psychiatrische beschrijving gegeven van aandachtsproblemen en hyperactief en impulsief gedrag (Batstra, 2021). Dit wordt pas in de DSM-III in 1980 gedaan, waarmee het begrip ADHD is ontstaan (Kawa & Giordano, 2012). In totaal werd de code “ADHD heeft altijd bestaan” één keer gecodeerd in het pedagogisch studieboek.

De interbeoordelaars betrouwbaarheid

De berekende proportie overeenstemming is ongeveer 0,92, wat betekent dat 92% van de coderingen overeenkomen met de coderingen van de medeonderzoeker. Deze waarde corrigeert niet voor toeval. In bijlage 5 staat de berekening.

Kwantitatieve analyse beide boeken

Er zijn 38 coderingen van de biomedische visie in het psychiatrisch studieboek en 90 in het pedagogisch studieboek gecodeerd. Van de orthopedagogische visie zijn 25 coderingen in het psychiatrisch studieboek en 87 in het pedagogisch studieboek gecodeerd. Het hoofdstuk over ADHD in het pedagogisch studieboek is langer (39 pagina's) dan het hoofdstuk in het psychiatrisch studieboek (13 pagina's). Om het aantal coderingen in beide studieboeken toch met elkaar te kunnen vergelijken, is het aantal coderingen per 10 pagina's berekend. De biomedische visie komt meer voor in het psychiatrische studieboek (gemiddeld 29 coderingen per 10 pagina's) dan in het pedagogische studieboek (gemiddeld 23 coderingen per 10 pagina's). De orthopedagogische visie komt meer voor in het pedagogische studieboek (gemiddeld 22 coderingen per 10 pagina's) dan in het psychiatrische studieboek (gemiddeld 19 coderingen per 10 pagina's), maar dat verschil is klein. Omdat het hoofdstuk over ADHD in het pedagogisch studieboek langer is dan het hoofdstuk in het psychiatrisch studieboek konden hierin ook meer onderwerpen besproken worden, wat mogelijk invloed heeft op de codes die gecodeerd zijn.

Tabel 2*De Biomedische Visie in beide Academische Studieboeken*

Biomedische visie	Psychiatrisch studieboek (13 pagina's)	Pedagogisch studieboek (39 pagina's)
ADHD als oorzaak	2	6
Belang van (vroeg) diagnose ADHD	2	5
ADHD als hersendefect	14	29
ADHD als zeer erfelijk	8	5
ADHD als chronisch	1	3
ADHD heeft altijd bestaan (inductief toegevoegd)	0	1
Medicatie als behandeling	11	41
Totaal aantal codes biomedische visie	38	90
Gemiddeld aantal codes (per 10 pagina's)	Ongeveer 29	Ongeveer 23

Tabel 3*De Orthopedagogische Visie in beide Academische Studieboeken*

Orthopedagogische visie	Psychiatrisch studieboek (13 pagina's)	Pedagogisch studieboek (39 pagina's)
ADHD als naam voor gedrag	0	1
Nadelen van diagnostische classificatie	1	0
ADHD als gedrag dat slecht past bij de eisen van de samenleving	2	3
Nauwelijks bewezen genetische basis van ADHD	1	0
ADHD gaat vaak over	0	2
ADHD heeft niet altijd bestaan (inductief toegevoegd)	0	0
Normaliseren van gedrag en versterken van de omgeving, subcode Normaliseren	8	13
Normaliseren van gedrag en versterken van de omgeving, subcode Versterken omgeving	5	48
Normaliseren van gedrag en versterken van de omgeving, subcode Nadelen behandeling medicatie	6	18
Het relative age effect	1	0
Armoede	1	2
Totaal aantal codes orthopedagogische visie	25	87
Gemiddeld aantal codes (per 10 pagina's)	Ongeveer 19	Ongeveer 22

Kwalitatieve analyse psychiatrisch studieboek

In het psychiatrisch academisch studieboek komt de biomedische visie meer voor dan de orthopedagogische visie (38 t.o.v. 25 coderingen). Van de biomedische visie zijn vooral de onderwerpen ADHD als hersendefect, medicatie als behandeling en ADHD als zeer erfelijk besproken. De classificatie ADHD wordt niet strikt als oorzaak van de concentratieproblemen en het hyperactieve en impulsieve gedrag (biomedische visie) gepresenteerd, maar ook niet als naam voor het gedrag (orthopedagogische visie): “De aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) is een veelvoorkomende ontwikkelingsstoornis die gekenmerkt wordt door een patroon van onoplettendheid en hyperactief en impulsief gedrag, dat gepaard gaat met functionele belemmeringen” (Lindauer & Staal, 2022, p. 259). Medicatie wordt als beste behandelingsoptie gepresenteerd: “Ongeveer 70% van de kinderen heeft baat bij een behandeling met methylfenidaat, al wordt zelden normalisatie van gedrag bereikt” (Lindauer & Staal, 2022, p. 267). Het belang van vroege diagnostisering komt tweemaal aan bod, waarbij ze eenmaal hier kritiek op geven door het gevaar van overdiagnostiek te bespreken: “Daarmee dreigt het gevaar van overdiagnostiek bij jongens (vooral bij kinderen die jonger zijn in vergelijking met hun klasgenoten) en onderdiagnostiek bij meisjes en volwassenen bij wie de symptomen van hyperactiviteit en impulsiviteit veelal minder duidelijk aanwezig zijn” (Lindauer & Staal, 2022, p. 261).

In het studieboek wordt vijfmaal “The World Federation of ADHD International Consensus Statement” (Faraone et al., 2021) aangehaald. Deze “Consensus Statement” (Faraone et al., 2021) is een informatiebron die overwegend vanuit biomedisch perspectief is geschreven.

Het idee dat ADHD een hersendefect is, krijgt veel aandacht (14 coderingen). Hierbij doen de auteurs een beroep op verscheidene neuropsychologische onderzoeken. Ze stellen dat mensen met de classificatie ADHD anatomische en functionele afwijkingen in de hersenen hebben. Als anatomische afwijkingen noemen ze kleinere hersenen en afwijkingen aan de witte stofbanen. Als functionele afwijkingen noemen ze verminderde activatie van de frontastriatale, frontapiëtaale, ventrale (het beloningssysteem in de hersenen zou zwakker reageren op beloningsprikkels) netwerken en de sensorische informatieverwerking. Ook stellen ze dat de neurotransmissie van dopamine en noradrenaline anders is, waarvoor medicatie nodig is.

Bij het bespreken van deze bevindingen uit neuropsychologisch onderzoek maken de auteurs meermaals de ecologische fout. Ze generaliseren meermaals de groepsbevindingen uit deze onderzoeken naar het individu, bijvoorbeeld: “Bij ADHD zijn op verschillende plaatsen ook afwijkingen in de witte stofbanen aanwezig” (Lindauer & Staal, 2022, p. 265). Pas na het meermaals maken van de ecologische fout, geven ze aan dat de bevindingen uit neuropsychologisch onderzoek groepsverschillen zijn die men niet mag generaliseren naar het individu: “Op individueel niveau vallen de maten van de hersenstructuur, hersenfunctie en cognitie voor de meeste ADHD-patiënten binnen de normale range” (Lindauer & Staal, 2022, p. 265). Desondanks borduren de auteurs in de rest van het hoofdstuk voort op de ecologische fout, bijvoorbeeld: “Dergelijke initiatieven kunnen wel leiden tot een geïndividualiseerde behandeling die gebaseerd is op het persoonlijke cognitieve en biologische profiel van de patiënt met ADHD” (Lindauer & Staal, 2022, p. 269).

Ook komt het idee dat ADHD erfelijk is veel terug: “Erfelijke factoren verklaren ongeveer 70% van de variantie tussen mensen in afleidbaarheid, hyperactiviteit en impulsiviteit, waarbij het aandeel van gemeenschappelijke omgevingsfactoren gering, maar niet verwaarloosbaar is” (Lindauer & Staal, 2022, p. 264). Eén keer wordt dit tegengesproken door te zeggen dat er uit moleculair-genetische onderzoeken geen kandidaat gen voor ADHD gevonden is. In de volgende zin verwerpen de auteurs dit bezwaar echter weer door te stellen dat uit moleculair-genetische onderzoeken blijkt dat een bepaald aantal genen mogelijk van belang zijn bij ADHD:

Reviews en bio-informatica-analyses van alle beschikbare gegevens van genoom- brede moleculair-genetische onderzoeken suggereren dat vooral de genen die een rol spelen bij de uitgroei van het zenuwstelsel, bij synapsvorming en bij celadhesie en de genen van het glutamaat- en nicotinetransmissiesysteem van belang zijn voor ADHD. (Lindauer & Staal, 2022, p. 264)

Uit moleculair-genetische onderzoeken is gebleken dat die genen samen hooguit enkele procenten van het ADHD-gedrag kunnen verklaren (Ronald et al., 2021). De auteurs benoemen dit lage erfelijkheidspercentage niet, waardoor ze het hoge erfelijkheidspercentage uit tweelingonderzoeken onderbouwen met de bevindingen uit moleculair-genetische onderzoeken. Met als gevolg dat het lijkt alsof ADHD erg erfelijk is.

Van de orthopedagogische visie zijn vooral de onderwerpen normaliseren van gedrag (8 coderingen), versterken van de omgeving als behandeling (5 coderingen) en de nadelen van

medicatie als behandeling (6 coderingen) besproken. Invloeden vanuit de omgeving die mogelijk kunnen leiden tot aandachtsproblemen en hyperactief en impulsief gedrag (normaliseren van gedrag) komen aan bod, maar krijgen slechts de status van bijkomstige factoren. De auteurs presenteren genetische afwijkingen van de hersenen als voornaamste oorzaken van ADHD:

Ten slotte is aangetoond dat psychosociale omgevingsfactoren samenhangen met ADHD, zoals een lage sociaal-economische status, conflicten binnen het gezin, psychopathologie bij de ouders, een inadequate opvoedstijl van de ouders, een hoog niveau van vijandige expressed emotion, en vroegkinderlijke verwaarlozing (zoals vaak aan de orde is bij adoptie). Ook hier geldt dat het lastig is directe causaliteit te claimen omdat de invloed van genetische factoren en omgevingsfactoren sterk met elkaar verweven zijn. (Lindauer & Staal, 2022, p. 266)

Daarnaast komen gedragsinterventies aan bod, maar enkel als “adjunct van een medicamenteuze behandeling” indien “deze onvoldoende effectief blijkt” (Lindauer & Staal, 2022, p. 267). Ook bespreken ze veel nadelen van de gedragstherapeutische interventies en weinig van medicatie:

Beperkingen van gedragstherapie zijn dat het langetermijneffect onduidelijk is en dat het kind afhankelijk blijft van de omgeving (ouder, leerkracht), waarvan bovendien een behoorlijke inzet en vasthoudendheid over langere tijd worden gevraagd. Kleine inconsequenties en slordigheden in de uitvoering van de therapie kunnen de bereikte resultaten snel tenietdoen. (Lindauer & Staal, 2022, p. 268).

De auteurs presenteren daarentegen de nadelen van medicatie als behandeling als “niet-ernstig en reversibel” (Lindauer & Staal, 2022, p. 268). Het risico op cardiovasculaire complicaties door medicatiegebruik wordt benoemd, maar vervolgens ontkracht door te zeggen dat recent onderzoek dit “ontzenuwd” (Lindauer & Staal, 2022, p. 268) heeft. Als oplossing tegen ernstige bijwerkingen van medicatie raden ze andere medicatie aan.

Tweemaal komt naar voren dat ADHD mogelijk gedrag is dat slecht past bij de eisen van de samenleving. Echter zeggen ze vervolgens: “Met andere woorden: het daadwerkelijk vóórkomen van ADHD is niet veranderd, alleen vestigt de huidige belastende omgeving de aandacht op de symptomen” (Lindauer & Staal, 2022, p. 264), waarmee de biomedische visie terugkomt.

Aan het einde van het hoofdstuk verwerpen de auteurs expliciet de orthopedagogische visie op ADHD:

Een andere belangrijke uitdaging is om het maatschappelijk debat aan te gaan over de beeldvorming van ADHD als ‘niet meer dan een etiket voor een verzameling van vervelende gedragingen, zonder neurobiologische onderbouwing’. Sociologische speculaties over ADHD krijgen veel aandacht in de media, waarbij helaas empirische onderbouwing ontbreekt. (Lindauer & Staal, 2022, p. 269)

Kwalitatieve analyse pedagogisch studieboek

In het pedagogisch academisch studieboek komen de biomedische en de orthopedagogische visie ongeveer evenveel voor. Van de orthopedagogische visie bespreken de auteurs vooral de onderwerpen versterken van de omgeving als behandeling (48 coderingen), nadelen medicatie als behandeling (18 coderingen) en normaliseren van gedrag (13 coderingen). Van de biomedische visie zijn voornamelijk de onderwerpen ADHD als hersendefect (29 coderingen) en medicatie als behandeling (41 coderingen) besproken. De invloed van armoede op aandachtsproblemen, hyperactief en impulsief gedrag bespreken ze tweemaal (in het psychiatrische studieboek eenmaal).

De auteurs presenteren de classificatie ADHD als oorzaak van aandachtsproblemen en hyperactief en impulsief gedrag: “Kinderen met een aandachtsdeficiëntiestoornis met en zonder hyperactiviteit of AD(H)D hebben aandachts- en concentratieproblemen en/of zijn impulsief en overbeweeglijk” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 193). Eén keer wordt hier kritiek op geuit door te zeggen: “ADHD is volgens critici niet meer dan een aanduiding voor een verzameling eigenschappen die echter vaak wordt gepresenteerd als de oorzaak van diezelfde eigenschappen” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 195). Opvallend is hierbij dat ze de term “volgens critici” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 195) gebruiken, waarmee ze impliciet aangeven dat dit niet de algemene opvatting is. De auteurs benadrukken ook dat ADHD niet “als een Amerikaanse modediagnose die volgens sommigen te gemakkelijk gesteld wordt en ouders moet vrijpleiten van hun eigen tekortkomingen” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 195) gezien moet worden. Daarnaast noemen ze het belang van het vroeg diagnosticeren en laten ze de nadelen hiervan weg. De auteurs stellen bijvoorbeeld dat het zorgelijk is dat “bij de helft” de “diagnose ADD” gemist wordt (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 198), omdat dit tot grote gevolgen kan leiden: “Dit gevoel van 'mislukt zijn' kan zelfs

leiden tot zelfbeschadiging of suïcidaliteit. Vaak blijven dan echter na succesvolle behandeling de aandachts-, concentratie- en regulatieproblemen bestaan” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 200).

Het pedagogisch studieboek bespreekt verscheidene afwijkingen aan de hersenen die mensen met ADHD zouden hebben, namelijk minder activiteit in de prefrontale cortex, de hersenen rijpen trager, de executieve functies zijn minder ontwikkeld, tekorten in tijdsbesef, tekorten in werkgeheugen en een verminderde activiteit van dopamine met als gevolg dat “de beloningscircuits in de hersenen van kinderen met ADHD minder geactiveerd [worden] door bekrachtiging” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 201). Bij één bevinding van neuropsychologisch onderzoek benadrukken ze “dat de individuele verschillen tussen de genoemde vijf hersengebieden van mensen met en zonder ADHD in het onderzoek uitermate klein zijn, namelijk gemiddeld op groepsniveau maar 1 %” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 201).

Tegelijkertijd benadrukken de auteurs ook de invloed van de omgeving op het ontstaan van het ADHD-gedrag, bijvoorbeeld: “Minder sensitief gedrag van vaders en minder positieve aandacht van moeders voorspelde bij 7-jarigen meer aandachtsproblemen” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 202). Daarnaast vertellen de auteurs dat ADHD een erfelijke basis heeft: “Ongeveer 70% van de ADHD-kenmerken is te verklaren door erfelijke factoren” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 201). Over de invloed van omgeving en genen concluderen ze: “Het uiteindelijke klinische beeld van ADHD wordt dus bepaald door een complexe wisselwerking tussen erfelijke aanleg en opvoedkundige omgeving (gen-omgevingsinteracties)” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 202). Uiteindelijk concluderen de auteurs over de etiologie van ADHD:

Het is onduidelijk wat nu de oorzaak is van ADHD. Steeds beweegt het denken hierover zich van neurobiologisch naar psychosociaal en weer terug. Maar zo eenvoudig ligt het niet. Gezonde broers en zussen met dezelfde neuropsychologische afwijkingen en in dezelfde omgeving als hun broer of zus met ADHD vertonen zelf geen symptomen. Er wordt daarom gezocht naar factoren (biologische, psychologische en sociale) die op kwetsbare momenten in de embryonale fasen ingrijpen op de ontwikkeling van het brein. (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 202)

Hoewel de auteurs erkennen dat de omgevingsfactoren een rol spelen in het ontstaan van het ADHD-gedrag, beperken zij deze invloed tot de hersenontwikkeling. Hiermee blijven ze

vasthouden aan de biomedische visie die ADHD primair als een hersendefect beschouwt. Ten slotte presenteren ze ADHD als chronisch: “Het is een chronische aandoening met een forse emotionele, psychologische en sociale impact tijdens de volwassenheid en daarmee is ADHD een van de grootste risicofactoren binnen de ontwikkelingspsychopathologie” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 216).

Als interventies komen voornamelijk interventies gericht op het versterken van de omgeving aan bod. Ze bespreken vele interventies voor ouders en leerkrachten om de thuis- of schoolomgeving en hun gedrag aan te passen. Ook bespreken de auteurs vele therapieën en trainingen voor kinderen met ADHD die hun beter in staat zouden stellen om met de aandachtsproblemen en het hyperactief en impulsieve gedrag om te gaan. Medicatie wordt ook als behandelingsoptie besproken, echter benadrukken de auteurs dit enkel in te zetten als de andere interventies niet werken gezien de nadelen:

Desondanks valt moeilijk te ontkennen dat het onthouden van methylfenidaat ook ernstige bijwerkingen kan geven, ... Daarom kan medicatie soms dan toch de minst slechte oplossing zijn om kinderen met gediagnosticeerde ADHD gedurende een (beperkte, goed gemonitorde) tijd of een moeilijke periode op school heen te helpen. (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 211)

Een vergelijking van beide boeken

In het psychiatrisch studieboek komt de biomedische visie meer voor dan de orthopedagogische visie. In het pedagogisch studieboek komen de biomedische en de orthopedagogische visie ongeveer evenveel voor. In beide studieboeken bespreken ze van de biomedische visie vooral de onderwerpen ADHD als hersendefect en medicatie als behandeling. Van de orthopedagogische visie bespreken ze vooral de onderwerpen normaliseren van gedrag, versterken van de omgeving en nadelen van medicatie als behandeling. Beide boeken spreken ongeveer even vaak over de nadelen van medicatie als behandeling. Echter presenteert het psychiatrisch studieboek deze nadelen als “niet-ernstig en reversibel” (Lindauer & Staal, 2022, p. 268), terwijl het pedagogisch studieboek juist de ernst van de nadelen benadrukt.

De auteurs van het psychiatrisch studieboek stellen dat genetische hersenafwijkingen de voornaamste oorzaken van ADHD zijn. Hoewel ze omgevingsinvloeden kort noemen, krijgen

deze de status van bijkomstige factoren. Een vergelijkbare benadering is in het pedagogisch studieboek terug te vinden. Echter beschouwen de auteurs daarin de omgevingsfactoren niet als bijkomstig, maar als voornamelijk van invloed op de hersenontwikkeling.

Het pedagogisch studieboek benoemt ADHD driemaal als gedrag dat slecht past bij de eisen van de samenleving (orthopedagogische visie) en het psychiatrisch studieboek doet dit tweemaal. Dit is een klein verschil in aantallen, maar in de manier waarop hierover geschreven wordt zit een groot verschil. In het pedagogisch studieboek bespreken de auteurs de invloed van de huidige maatschappij op het ontwikkelen van aandachtsproblemen, hyperactief en impulsief gedrag: “Hierdoor en vanwege de vele impulsen in de huidige maatschappij, met minder duidelijke vaste normen en waarden en veel vrijheden, kunnen kinderen overprikkeld raken met een gebrek aan zelfbeheersing en zelfdiscipline tot gevolg” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 196). In het psychiatrisch studieboek beschrijven de auteurs dat door “de huidige belastende omgeving” (Lindauer & Staal, 2022, p. 264) de aandacht gevestigd wordt op de symptomen van ADHD: “Met andere woorden: het daadwerkelijk vóórkomen van ADHD is niet veranderd, alleen vestigt de huidige belastende omgeving de aandacht op de symptomen” (Lindauer & Staal, 2022, p. 264).

In het psychiatrisch studieboek presenteren de auteurs medicatie als beste behandelingsoptie en gedragstherapeutische interventies als alternatief wanneer medicatie onvoldoende effectief is. In het pedagogisch studieboek veronderstellen ze dat ADHD een hersendefect is (biomedische visie), maar raden ze vervolgens interventies gericht op het versterken van de omgeving in plaats van medicatie aan (orthopedagogische visie):

Het dopaminesysteem, dat betrokken is bij de nikkeloverdracht tussen de zenuwen, werkt niet goed. Medicatie doet de hoeveelheid dopamine toenemen. Hierdoor gaat het prikkelverwerkingssysteem sneller werken, zodat het kind meer grip krijgt op zichzelf en zijn aandacht beter kan richten. Spannende, uitdagende activiteiten werken ook dopamine verhogend en versterken zo ook de concentratie. (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 201)

Het *relative age effect* komt niet in het pedagogisch studieboek aan bod, maar wel in het psychiatrische studieboek. Verder presenteren de auteurs van het pedagogisch studieboek ADHD als iets wat er “altijd al [is] geweest” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 196), terwijl het psychiatrisch studieboek dit niet beweert.

Opvallende bevindingen

De auteurs van het pedagogisch studieboek wijzen medicatie als behandeling af, gezien de nadelen. Echter is het opvallend dat ze desondanks veel informatie geven over medicatie (48 coderingen) en weinig over de nadelen van medicatie (18 coderingen).

In het pedagogisch studieboek wordt er ambivalent geschreven. De auteurs gaan er vanuit dat ADHD een hersendefect is (biomedische visie), maar vervolgens raden ze orthopedagogische interventies in plaats van medicatie aan (orthopedagogische visie). Ook presenteren ze ADHD als chronisch, maar wordt vervolgens de bevinding dat ADHD niet chronisch is uit het MTA-onderzoek kort besproken (Nieweg, 2010). Het MTA-onderzoek vermelden ze als bijzaak, terwijl ze in de hoofdtekst blijven benadrukken dat ADHD chronisch is. Ten slotte schrijven ze ook opvallend afwisselend positief en negatief over kinderen met ADHD. In het begin beschrijven ze kinderen met ADHD negatief, bijvoorbeeld:

Deze meisjes presenteren zich eerder als bijdehante, egocentrische kletskousen met een zwakke zelfcontrole of als actieve, overgevoelige, slecht slapende, zelfbepalende wildebrassen en prikkelbare driftkoppen. Een deel van hen loopt extra risico's, zoals geslachtsziekten en tienerzwangerschappen door impulsieve onbeschermd seks, contacten met loverboys en seksueel misbruik. (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 197)

Echter benadrukken ze op het einde van het boek de positieve eigenschappen van kinderen met ADHD en spreken ze over “de emancipatie van de hyperactieve mens” (Van Lieshout & Van Deth, 2018, p. 215).

Discussie

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat de biomedische visie overheerst in de twee onderzochte studieboeken, vooral in het psychiatrisch studieboek. Het meest opvallende verschil tussen beide studieboeken is dat het pedagogisch studieboek voornamelijk interventies gericht op het versterken van de omgeving aanbeveelt terwijl het psychiatrisch studieboek vooral medicatie als behandeling aanbeveelt.

Discussie

Deze conclusie is in lijn met de uitkomsten van andere onderzoeken naar voorlichtingsmateriaal over ADHD. In Nederlandse educatieve kinderboeken, Nederlandse academische studieboeken, een informatiedocument over ADHD gericht aan ouders, zelfhulpboeken voor ouders van kinderen met ADHD en studieboeken voor aankomende leraren komt de biomedische visie ook meer voor dan de orthopedagogische visie (Batstra et al., 2020; Erlandsson et al., 2016; Freedman, 2016; Pajo & Stuart, 2012; Te Meerman et al., 2022; Te Meerman et al., 2017). Dit wijst op *textual silence* van de orthopedagogische visie in voorlichtingsmateriaal over ADHD. Bij *textual silence* wordt informatie die een genuanceerder perspectief op ADHD zou bieden verzwegen (Te Meerman et al., 2022).

Zowel het psychiatrisch als het pedagogisch studieboek schrijven ambivalent over ADHD. Het psychiatrisch studieboek (Lindauer & Staal, 2022) stelt dat ADHD zeer erfelijk is, hierbij wordt een percentage van 70% genoemd. De auteurs vertellen daarbij dat uit moleculair-genetische onderzoeken is gebleken dat er bepaalde genen van belang zijn bij het krijgen van ADHD. Zonder dat ze vertellen dat uit moleculair-genetische onderzoeken is gebleken dat die genen minder dan 10% van de variantie in het gedrag tussen mensen met ADHD en zonder ADHD verklaren (Te Meerman et al., 2017). De auteurs onderbouwen dus het hoge erfelijkheidspercentage uit tweelingonderzoeken met de bevindingen uit moleculair-genetische onderzoeken zonder het lage erfelijkheidspercentage daarbij te benoemen. Dit patroon komt ook veel terug in andere academische studieboeken (Te Meerman et al., 2017). Met als gevolg dat het beeld wordt geschetst dat de hoge erfelijkheidspercentages uit tweelingonderzoeken verklaard worden door de mogelijk betrokken genen uit moleculair-genetische onderzoeken (Te Meerman et al., 2017).

In het pedagogisch studieboek (Van Lieshout & Van Deth, 2018) komt ook ambivalentie voor. De auteurs gaan er namelijk vanuit dat ADHD een hersendefect is (biomedische visie), maar vervolgens wijzen ze medicatie af en raden ze orthopedagogische interventies aan. Daarnaast presenteren ze ADHD als chronisch, maar bespreken ze vervolgens kort de bevinding van het MTA-onderzoek dat ADHD niet chronisch is (Nieweg, 2010). Ten slotte schrijven ze in het begin van het hoofdstuk vooral negatief over kinderen met de classificatie, terwijl ze op het einde van het hoofdstuk de positieve eigenschappen benadrukken.

Van Langen en collega's (2024) hebben onderzoek gedaan naar hoe belanghebbenden (volwassenen met ADHD, adolescenten met ADHD, ouders van kinderen met ADHD, klinici,

onderzoekers, leraren en beleidsmakers) betekenis geven aan de classificatie ADHD. Bij alle belanghebbenden (behalve de onderzoekers) was er sprake van onbewuste ambivalentie. De belanghebbenden onderschreven de biomedische en de orthopedagogische visie, ook al spraken die elkaar tegen (Van Langen et al., 2024). Vermoedelijk komt onbewuste ambivalentie ook voor in het pedagogisch studieboek (Van Lieshout & Van Deth, 2018), gezien de auteurs zichzelf bij verscheidene thema's tegenspreken wat er mogelijk op wijst dat ze dit onbewust doen.

Er kunnen verscheidene redenen achter de ambivalentie en de dominante biomedische visie in de studieboeken zitten. Ten eerste raakte de biomedische visie vanaf 1980 door de populariteit van de DSM-III en de vele door de farmaceutische industrie gesponsorde hersen- en medicatieonderzoeken erg populair (Kawa & Giordano, 2012). Deze populariteit heeft ervoor gezorgd dat de biomedische visie een dominante plaats heeft ingenomen in het denken over classificaties uit de DSM. Het gevolg is reïficatie van ADHD ofwel een gedragsomschrijving in de DSM-III wordt in het collectieve denken geïnterpreteerd als een genetische hersenstoornis (Te Meerman et al., 2022). Men is minder bereid om van de dominante biomedische visie af te wijken door de reïficatie en doordat deze visie bevrijdt van een schuldgevoel (Dauman et al., 2019; Te Meerman et al., 2022; Wienen et al., 2019). Daarnaast heeft de farmaceutische industrie belang bij de biomedische visie, waardoor het hersen- en medicatieonderzoeken opzet en professionals en voorlichtingsmateriaal sponsort om de biomedische visie te verspreiden (Batstra, 2023; Batstra et al., 2014; Te Meerman et al., 2022). Ook is het mogelijk dat auteurs uit gemakzucht wetenschappelijke kennis hergebruiken voor nieuwe edities van boeken, waardoor de biomedische visie in stand wordt gehouden.

Textual silence van de orthopedagogische visie en ambivalentie zorgen voor een verdraaid beeld van de classificatie ADHD die via de studieboeken wordt doorgegeven aan toekomstige professionals. Met als gevolg dat het dominante paradigma van de biomedische visie in stand wordt gehouden, waardoor toekomstige professionals met een eenzijdige blik naar ADHD zullen kijken. Het gevolg is minder goede hulpverlening, onnodige classificaties en medicatiegebruik.

Sterke en zwakke punten onderzoek

De onderzoeker speelt een grote rol in dit onderzoek. Het coderingsschema en de data-analyse zijn namelijk allemaal door de onderzoeker uitgevoerd, met als gevolg kans op bias die impliciet wordt meegenomen. Om dit tegen te gaan is uitgebreid literatuuronderzoek naar beide visies verricht en inspiratie gehaald uit het coderingsschema van Batstra en collega's (2020) bij het opstellen van het eigen coderingsschema. Daarnaast is voorafgaand aan de data-analyse ten behoeve van transparantie een positionality statement (bijlage 1) geschreven. Ook is de data-analyse samen met een medeonderzoeker uitgevoerd, waarbij voorafgaand geoefend is met het coderingsschema om de verschillen in werkwijze aan het licht te brengen. De analyse hoe er over de thema's geschreven is in de studieboeken is enkel door de hoofdonderzoeker uitgevoerd. Met als gevolg dat mogelijke impliciete vooroordelen niet zijn onderzocht.

Implicaties onderzoek

Op basis van dit onderzoek is de aanbeveling aan de wetenschap om meer onderzoek te doen naar hoe de biomedische en de orthopedagogische visie terugkomt in informatiebronnen over ADHD, zoals studieboeken, websites, YouTube, TikTok, boeken, enzovoort. Door meer onderzoek komt men achter de knelpunten in voorlichting, zodat er gewerkt kan worden aan goede voorlichting. Goede voorlichting voor therapeuten, leerkrachten, ouders, enzovoort is van groot belang, gezien dat hun visie op kinderen met ADHD en daarmee de hulpverlening bepaalt. Om tot goede voorlichting te komen moeten de auteurs van de studieboeken zorgen voor gebalanceerde en juiste informatie. De Richtlijn Voorlichting ADHD (Te Meerman et al., 2021) kan hierbij gebruikt worden als hulpmiddel. Daarnaast moeten uitgeverijen de studieboeken kritisch controleren op juiste informatie voor publicatie. Ten slotte is de aanbeveling aan de overheid om meer geld te investeren in goede voorlichting over de classificatie ADHD.

Literatuurlijst

Geanalyseerde academische studieboeken

Lindauer, R. & Staal, W. (2022). *Handboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie* (1^e ed.). Boom uitgevers Amsterdam.

Van Lieshout, T. & Van Deth, R. (2018). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen. Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten* (3^e ed.). Bohn Stafleu Van Loghum.

Oefenfase coderen

Verhulst, F., C. (2020). *Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie* (5^e ed.). Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.

Onderzoeksmethode

Agresti, A. & Finlay, B. (2018). *Statistical Methods for the Social Sciences, Global Edition*.

Atlas.ti (z.d.). *The #1 Software for Qualitative Data Analysis*. Geraadpleegd op 25 februari 2025, van <https://atlasti.com/>

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE Open*, 1-10.
<https://doi.org/10.1177/2158244014522633>

Flick U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research*. SAGE

Hsieh, H-F. & Shannon, S., E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15 (9), pp. 1277-1288.
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

Pearson Education Limited.

Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. SAGE Publications Ltd

Literatuurlijst

- Admin (2024, oktober 17). *ADHD en Medicatie: Hoe werken Stimulerende Middelen?* ADHD Wegwijzer. <https://www.adhdwegwijzer.nl/adhd-en-medicatie-hoe-werken-stimulerende-middelen/>
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing. <https://psychiatryonline-org.proxy-ub.rug.nl/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Batstra, L. (2021). Is er toekomst voor ADHD? *De Psycholoog*.
- Batstra, L. (2023). *ADHD Macht en Misverstanden*. Uitgeverij Lucht.
- Batstra, L., Forget, L., Van Haeringen, C., Te Meerman, S., & Thoutenhoofd, E., D. (2020). What children and young people learn about ADHD from youth information books: A text analysis of nine books on ADHD available in Dutch. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 8, pp. 1-9. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2020-001>
- Batstra, L., Nieweg, E., H., Pijl, S., Van Tol, D., G., & Hadders-Algra, M. (2014). Childhood ADHD: A Stepped Diagnosis Approach. *Journal of Psychiatric Practice*, 20, pp. 169–177.
- Castellanos, F., X. (2002). Anatomic magnetic resonance imaging studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4 (4), pp. 444-448. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2002.4.4/fxcastellanos>
- Dauman, N., Haza, M., & Erlandsson, S. (2019). Liberating parents from guilt: a grounded theory study of parents' internet communities for the recognition of ADHD. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14 (1). Artikel e1564520. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1564520>
- Elder, T. E. (2010). The importance of relative standards in adhd diagnoses: Evidence based on exact birth dates. *Journal of Healthy Economics*, 29, pp. 641-656. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.06.003>
- Erlandsson, S., Lundin, L., & Punzi, E. (2016). A discursive analysis concerning information on “ADHD” presented to parents by the National Institute of Mental Health (USA). *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11 (1). Artikel e30938. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30938>

- Evans, W., N., Morril, M., S., & Parente, S., T. (2010). Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *Journal of Health Economics*, 29, pp. 657-673.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.07.005>
- Faraone, S., V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J. & Bellgrove, M., A. . . Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 128, pp. 789–818. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Freedman, J., E. (2016). An analysis of the discourses on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in US special education textbooks, with implications for inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*, 20, pp. 32-51.
<https://doi.org/10.1080/13603116.2015.1073375>
- Frisch, S. (2016). Are Mental Disorders Brain Diseases, and What Does This Mean? A Clinical-Neuropsychological Perspective. *Psychopathology*, 49 (3), pp. 135-142.
<https://doi.org/10.1159/000447359>
- Furman, L., M. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Does new research support old concepts? *Journal of Child Neurology*, 23, pp. 775-782.
<https://doi.org/10.1177/0883073808318059>
- GGZ (2019, 9 december). *Ritalin wordt 75: gaat het nog een tijdje mee?* GGZ Totaal. Geraadpleegd op 5 juni 2025, van https://www.ggztotal.nl/nw-29166-7-3748099/nieuws/ritalin_wordt_75_gaat_het_nog_een_tijdje_mee.html
- Gonon, F. (2009). The dopaminergic hypothesis of attention-deficit/hyperactivity disorder needs re-examining. *Trends in Neurosciences*, 32 (1), pp. 2-8.
<https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.09.010>
- Hennissen, L., Bakker, M., J., Banaschewski, T., Carucci, S., Coghill, D., Danckaerts, M., . . . Buitelaar, J., K. (2017). Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *CNS Drugs*, 31, pp. 199–215. <https://doi.org/10.1007/s40263-017-0410-7>

- Hjern, A., Weitoft, G. R., & Lindblad, F. (2010). Social adversity predicts ADHD-medication in school children--a national cohort study. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 99 (6), pp. 920-924. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01638.x>
- Johnson, B., Sun, T., Wu, L., Seal, S., Stjepanovic, D., Chan, G., & Leung, J. (2025). Content Analysis of the Portrayal of Prescription Stimulants on TikTok. *Journal of Attention Disorders*, pp. 1–11. <https://doi.org/10.1177/10870547251318834>
- Karasavva, V., Miller, C., Groves, N., Montiel, A., Canu, W., & Mikami, A. (2025). A double-edged hashtag: Evaluation of #ADHD-related TikTok content and its associations with perceptions of ADHD. *PLoS ONE*, 20 (3). Artikel e0319335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319335>
- Kawa, S., & Giordano, J. (2012). A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>
- Krabbe, E., E., Thoutenhoofd, E., D., Conradi, M., Pijl, S. J., & Batstra, L. (2014). Birth months as predictor of ADHD medication use in Dutch school classes. *European Journal of Special Needs Education*, 29 (4), pp. 571-578. <https://doi.org/10.1080/08856257.2014.943564>
- Leveille, A., D. (2024). “Tell Me You Have ADHD Without Telling Me You Have ADHD”: Neurodivergent Identity Performance on TikTok. *Social Media + Society*, pp. 1-9. <https://doi.org/10.1177/20563051241269260>
- MacDonald, H., J., Kleppe, R., Szigetvari, P., D., & Haavik, J. (2024). The dopamine hypothesis for ADHD: An evaluation of evidence accumulated from human studies and animal models. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1492126>
- Mills, S. (2022). The scientific integrity of ADHD: A critical examination of the underpinning theoretical constructs. *Frontiers in Psychiatry*, 13, e1062484. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1062484>
- Molina, B., S., G., Hinshaw, S., P., Swanson, J., M., Arnold, L., E., Vitiello, M., D., B., Jensen, P., S., ... Houck, P., R. (2009). The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American*

Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48 (5), pp. 484-500.

<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819c23d0>

Nieweg, E., H. (2010). Is adhd-medicatie na 2-3 jaar uitgewerkt? Over de verrassende, maar weinig bekende follow-up van het mta-onderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 52 (4).
https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-2938_Is-ADHD-medicatie-na-2-3-jaar-uitgewerkt-Over-de-verrassende-maar-weinig-bekende-follow-up-van-het-mta-onderzoek

Pajo, B., & Stuart, P. H. (2012). A comparative review of “how to” books for parents of ADHD children and “how to” books for parents to typical children. *Children and Youth Services Review*, 34, pp. 826-833. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.011>

Ronald, A., De Bode, N., & Polderman, T., J., C. (2021). Systematic Review: How the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Polygenic Risk Score Adds to Our Understanding of ADHD and Associated Traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60 (10), pp. 1234-1277. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.019>

Ruijsenaars, A.J.J.M., Dijkshoorn, P., & Knorth, E.J. (2008). Orthopedagogiek en kinderpsychiatrie: een apart stel of een stel apart? *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 47, pp. 52-63.

Russell, G., Ford, T., Rosenberg, R., & Kelly, S. (2014). The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: Alternative explanations and evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (5), pp. 436-445.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12170>

Russell, A., E., Ford, T., & Russell., G. (2018). The relationship between financial difficulty and childhood symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder: a UK longitudinal cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53 (1), pp. 33-44.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s00127-017-1453-2>

Schleim, S. (2022). Why mental disorders are brain disorders. And why they are not: ADHD and the challenges of heterogeneity and reification. *Front Psychiatry*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.943049>

Scull, A. (2021). American psychiatry in the new millennium: a critical appraisal. *Psychological Medicine*, 51 (16), pp. 2762-2770.
<https://doi.org/10.1017/S0033291721001975>

- Solleveld, M., M., Schrantee, A., Puts, N., A., J., Reneman, L., & Lucassen, P., J. (2017). Age-dependent, lasting effects of methylphenidate on the GABAergic system of ADHD patients. *NeuroImage: Clinical*, 15, pp. 812-818. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.06.003>
- Swanson, J., M., Arnold, J., E., Molina, B., S., G., Sibley, M., H., Hechtman, L., T., Hinshaw, S., P., . . . Kraemer, H., C. (2017). Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58 (6), pp. 663–678. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12684>
- Schweren, L., J., S. (2016). *Stimulants and the developing brain*. [Doctoral thesis. Groningen: University of Groningen].
- Te Meerman, S., Batstra, L., Dekkers, T., Groenman, A., Hoekstra, P., Hofhuis, M. . . . Wienen, B. (2021). *Richtlijn Voorlichting ADHD*. ZonMW. <https://drukendwars.nl/voorlichting-2/voorlichting-adhd/>
- Te Meerman, S., Batstra, L., Freedman, J., Hoekstra, R., & Grietens, H. (2020). ADHD and Brain Anatomy: What Do Academic Textbooks Used in the Netherlands Tell Students? *Children & Society*, 34, pp. 136-150. <https://doi.org/10.1111/chso.12362>
- Te Meerman, S., Batstra, L., Hoekstra, R., & Grietens, H. (2017). Academic textbooks on ADHD genetics: balanced or biased? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12 (1). pp. 1748-2631. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1305590>
- Te Meerman, S., Freedman, J. E., & Batstra, L. (2022). ADHD and reification: Four ways a psychiatric construct is portrayed as a disease. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1055328.
- Van Langen, M., J., M., Van Hulst, B., M., & Durston, S. (2024). Hidden in plain sight: how individual ADHD stakeholders have conflicting ideas about ADHD but do not address their own ambivalence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33, pp. 1921–1933. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02290-w>
- Verma, S., & Sinha, S., K. (2025). How evidence-based is the “hashtag ADHDtest”(#adhdtest). A cross-sectional content analysis of TikTok videos on attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) screening. *Australasian Psychiatry*, 33 (1), pp. 82–88. <https://doi.org/10.1177/10398562241291956>

- Volkow, N. D., Wang, G-J., Kollins, S., H., Wigal, T., L., Newcorn, J., H., Telang, F., ... Swanson, J., M. (2009). Evaluating Dopamine Reward Pathway in ADHD. *JAMA*, 302 (10), e1084. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1308>
- Whitely, M., Raven, M., Timimi, S., Jureidini, J., Phillimore, J. Leo, J. . . . Landman, P. (2019) Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: a systematic review. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60 (4), pp. 380–91. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12991>
- Wienen, A., W., Sluiter, M., N., Thoutenhoofd, E., De Jonge, P., & Batstra, L. (2019). The advantages of an ADHD classification from the perspective of teachers. *European Journal of Special Needs Education*, 34 (5), pp. 649-662. <https://doi.org/10.1080/08856257.2019.1580838>
- Yeung, A., Enoch, N., & Abi-Jaoude, E. (2022). TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67 (12), pp. 899-906. <https://doi.org/10.1177/07067437221082854>

Bijlagen

Bijlage 1 – Positionality Statement

Ik ben een derdejaars pedagogische wetenschappen student in opleiding om orthopedagoog te worden. Ik ben een gestructureerde werker die graag volgens een plan werkt. Zonder plan van aanpak word ik onzeker over mijn handelen. De opleiding is erg gericht op kwantitatief onderzoek, met als gevolg dat ik weinig ervaring heb met het kwalitatieve onderzoek dat ik nu uitvoer. Daarnaast heb ik een bepaalde visie op classificaties in de DSM-5 ontwikkeld door mijn bachelorstage in het speciaal onderwijs op de maatwerkvoorziening. Ik zag daar meerdere leerlingen die naar mijn mening niet voldoende geholpen werden door wel/niet gestelde classificaties uit de DSM-5. Sommige leerlingen hadden veel classificaties en werden specifiek voor die classificaties behandeld bij GGZ instellingen met daarnaast hulp thuis vanuit een andere instelling, enzovoort. Met als gevolg dat er soms wel 6 therapeuten betrokken waren bij één leerling die allemaal andere hulp boden (hulp classificatie, hulp voor andere classificatie, hulp voor thuis, enzovoort). Ik had het gevoel dat deze leerlingen overspoeld werden door de geboden hulp en hierdoor de kern van de problemen niet aangepakt werden. Daarnaast zag ik ook veel leerlingen die net niet voldeden aan sommige classificaties, met als gevolg dat zij anders aangekeken werden op hun gedrag door de omgeving dan leerlingen die wel aan de classificaties voldeden.

Doordat ik een gestructureerde werker ben en de opleiding gericht is op kwantitatief onderzoek, verwacht ik dat ik het analyseren van hoe er over de onderwerpen (mijn codes) geschreven wordt best lastig ga vinden. Daarnaast verwacht ik dat ik tussendoor meer met een visie van een kwantitatief onderzoeker naar het coderen ga kijken dan met de visie van een kwalitatief onderzoeker. Ten slotte heb ik zelf ook een bepaalde visie op de classificaties in de DSM-5. Dit alles kan het analyseren van de academische studieboeken en de resultaten die ik zie in de data beïnvloeden.

Om de invloed van mijn eigen perspectief te minimaliseren, ga ik gebruik maken van de interbeoordelaars betrouwbaarheid. Samen met een tweede onderzoeker zullen dezelfde academische studieboeken gecodeerd worden en naderhand overlegd worden over de resultaten. Ook zal de proportie overeenstemming berekend worden. Daarnaast zal er voorafgaand aan het analyseren eerst geoefend worden met het coderingsschema op een

hoofdstuk over ADHD in een ander academisch studieboek (Verhulst, 2020). Ten slotte is er regelmatig overlegd met de begeleider en de medestudenten over het onderzoeksproces.

Bijlage 2 – Coderingsschema

Tabel 4

Definities en Voorbeelden Codes Biomedische Visie

Biomedische visie	Definitie code	Voorbeeld wat wel onder de code valt	Voorbeeld wat niet onder de code valt
ADHD als oorzaak	ADHD is de oorzaak van druk, impulsief en dromerig gedrag (Faraone et al., 2021). Onder deze code valt enkel tekst waarin gezegd wordt dat concentratieproblemen, hyperactief en impulsief gedrag komen door ADHD. Tekst waarin de classificatie ADHD als verklaring voor bijkomende problemen, zoals schoolproblemen, problemen thuis, verslavingsproblematiek, angstproblematiek, enzovoort gebruikt wordt, valt niet onder deze code.	Druk, impulsief en dromerig gedrag komt door de stoornis ADHD.	“Kinderen en jeugdigen met ADHD hebben een verhoogd risico op een groot aantal latere problemen, onder andere middelenmisbruik (tabak, alcohol, drugs), antisociaal gedrag (agressie en geweld, veroordelingen, opname in justitiële instellingen), psychiatrische stoornissen zoals angst en depressie, problemen in de relationele sfeer, laag opleidingsniveau door falen op school of vervroegd verlaten van school en een laag beroepsniveau” (Verhulst, 2020).
Belang van (vroege) diagnose ADHD	Het is belangrijk om ADHD (snel) te diagnosticeren, zodat het kind snel met behandeling kan starten om schade te voorkomen (Faraone et al., 2021).	ADHD moet je zo vroeg mogelijk diagnosticeren. Zodat je het snel kan behandelen. Anders loopt het kind namelijk schade op.	Sommige ouders kiezen ervoor om concentratieproblemen, druk en impulsief gedrag te diagnosticeren als ADHD en sommige ouders kiezen daar niet voor. Beide keuzes hebben hun eigen voor- en nadelen.
ADHD als hersendefect	ADHD komt door afwijkende hersenen (Faraone et al., 2021). Uit onderzoeken naar de hersenen (die in de jaren 80 opkwamen) bleken kleine verschillen op groepsniveau, zoals iets minder dopamine in	Mensen met ADHD hebben een tekort aan dopamine in de hersenen. Of	Uit onderzoeken in de jaren 80 bleek dat er kleine verschillen op groepsniveau tussen de hersenen van kinderen zonder en kinderen met de classificatie ADHD.

	de hersenen van kinderen met ADHD en iets kleinere hersenen of hersendelen bij kinderen met ADHD (Admin, 2024; Castellanos, 2002; Kawa & Giordano, 2012; Volkow et al., 2009).	Bij mensen met ADHD zijn sommige hersenendelen wat kleiner dan bij gewone mensen.	Uit latere onderzoeken bleek echter dat er geen neurobiologische oorzaak voor ADHD in de hersenen aan te wijzen is.
ADHD als zeer erfelijk	Uit tweeling onderzoeken blijkt dat ADHD erfelijk is (Faraone et al., 2021; Furman, 2008).	ADHD is voor 80% erfelijk. Of “Vaststaat dat genetische factoren een hoofdrol spelen bij het ontstaan van ADHD, maar welke processen vervolgens verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van de symptomen is nog onduidelijk” (Verhulst, 2020).	Uit tweeling onderzoeken blijkt dat ADHD erfelijk is, maar uit moleculair-genetische onderzoeken (betrouwbaardere onderzoeken naar erfelijkheid) blijkt dat ADHD niet erfelijk is.
ADHD als chronisch	ADHD is een chronische ziekte (Faraone et al., 2021).	ADHD blijf je je leven lang behouden.	“ADHD symptomatologie neemt af met toename van de leeftijd...” (Verhulst, 2020).
ADHD heeft altijd bestaan	Het concept van ADHD kent een lange geschiedenis van meer dan 2 eeuwen. Deze vroege rapporten over ADHD gebruikten de naam ADHD niet, maar schreven wel over dezelfde symptomen. Dit stoornis wordt dus al meer dan twee eeuwen erkend (Faraone et al., 2021).	“ADHD komt in alle culturen voor en is er bovendien altijd al geweest” (Van Lieshout & Van Deth, 2018). ADHD bestaat al meer dan twee eeuwen lang, het is dus geen modeverschijnsel.	Er wordt al twee eeuwen over druk en dwars gedrag geschreven, maar de term ADHD is pas met de DSM-III geïntroduceerd aan de wereld.
Medicatie als behandeling	De beste behandeling voor ADHD is medicatie (Faraone et al., 2021).	ADHD kan je behandelen met ADHD-medicatie. Of Je moet ADHD zo snel mogelijk behandelen met medicatie om schade te voorkomen.	Er zijn verscheidene oudertrainingen om concentratieproblemen, hyperactief en impulsief gedrag van het kind te verminderen.

Tabel 5*Definities en Voorbeelden Codes Orthopedagogische Visie*

Orthopedagogische visie	Definitie code	Voorbeeld wat wel onder de code valt	Voorbeeld wat niet onder de code valt
ADHD als naam voor gedrag	ADHD is een naam voor druk, impulsief en dromerig gedrag (Batstra, 2023; Batstra et al., 2020). In 1980 is deze naam voor het eerst door de DSM-III comité bedacht (Kawa & Giordano, 2012).	Druk, impulsief en dromerig gedrag wordt ADHD genoemd in de DSM-V.	De stoornis ADHD bestaat uit druk, impulsief en dromerig gedrag.
Nadelen van diagnostische classificatie	De diagnostische classificatie ADHD heeft als nadeel dat het probleem bij het kind wordt neergelegd met alle negatieve gevolgen van dien (bv. negatieve verwachtingen, self-fulfilling prophecy, stigmatisering, enzovoort) (Batstra et al., 2014).	De classificatie ADHD heeft verscheidene nadelen, waaronder dat het kind gezien wordt als het probleem en behandeld wordt als iemand met een beperking.	Snel de diagnose ADHD stellen heeft meer voordelen dan nadelen.
ADHD als gedrag dat slecht past bij de eisen van de samenleving	Druk, impulsief en dromerig gedrag past slecht bij de eisen van de hedendaagse samenleving. Met als gevolg dat het gedrag als zorgelijk gezien wordt (Batstra 2023).	Doordat druk, impulsief en dromerig gedrag slecht past in de klas, wordt het als een probleem gezien en wordt vaak de classificatie ADHD gesteld.	Druk, impulsief en dromerig gedrag zijn symptomen van het stoornis ADHD.
Nauwelijks bewezen genetische basis van ADHD	Uit moleculair-genetische onderzoeken blijkt dat de genetische basis van ADHD nauwelijks bewezen is (Ronald et al., 2021).	Overall hoor je terugkomen dat ADHD erfelijk is. Echter klopt dit niet. Of Uit de moleculair-genetische onderzoeken (betrouwbaardere manier van erfelijkheidsonderzoeken) blijkt dat ADHD niet erfelijk is.	“Vaststaat dat genetische factoren een hoofdrol spelen bij het ontstaan van ADHD, maar welke processen vervolgens verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van de symptomen is nog onduidelijk” (Verhulst, 2020).

ADHD gaat over	Mensen met de ADHD classificatie voldoen vaak na enige tijd niet meer aan de gedragskenmerken van de classificatie (Molina et al., 2009; Nieweg, 2010). ADHD is dus niet chronisch.	Uit het MTA-onderzoek bleek dat mensen met ADHD na enige tijd niet meer aan de classificatie voldeden. “ADHD symptomatologie neemt af met toename van de leeftijd...” (Verhulst, 2020).	ADHD is een chronisch hersendefect dat je je hele leven lang blijft behouden.
ADHD heeft niet altijd bestaan	ADHD is een naam voor gedrag die voor het eerst in de DSM-III (1980) genoemd werd. Voorheen werd wel over druk en dwars gedrag geschreven, maar werd het niet gezien als een ‘psychiatrisch stoornis’ enkel als ongemanierd gedrag bij kinderen (Batstra, 2023; Kawa & Giordano, 2012).).	ADHD is een naam voor gedrag die voor het eerst in 1980 in de DSM-III genoemd werd. Er wordt al twee eeuwen over druk en dwars gedrag geschreven, maar de term ADHD is pas met de DSM-III geïntroduceerd aan de wereld.	“ADHD komt in alle culturen voor en is er bovendien altijd al geweest” (Van Lieshout & Van Deth, 2018). Er wordt al twee eeuwen geschreven over ADHD, dus het stoornis heeft altijd al bestaan.
Normaliseren van gedrag en versterken van de omgeving en de drie subcodes “Normaliseren”, “Versterken omgeving” en “Nadelen behandeling medicatie”	Normaliseren van gedrag en het versterken van de opvoed-, school-, enzovoort omgeving is de beste behandeling voor druk, impulsief en dromerig gedrag (Batstra, 2023; Batstra et al., 2014). Wanneer de nadelen van medicatie als behandeling voor ADHD beschreven worden, dan wordt deze code ook gebruikt. De nadelen van medicatie als behandeling voor ADHD zijn dat ADHD-medicatie op lange termijn niet effectief is (Schworen, 2016; Swanson et al., 2017), het negatieve gevolgen voor de gezondheid van het kind heeft (Hennissen et	De beste behandeling voor ADHD is om de opvoedomgeving en de schoolomgeving optimaal af te stemmen op wat het drukke kind nodig heeft. <i>Subcode “Versterken omgeving”</i> . Of ADHD-medicatie is op lange termijn niet effectief in het verminderen van het ADHD-gedrag. <i>Subcode “Nadelen behandeling medicatie”</i> . “Kinderen en jeugdigen die een saaie, niet-motiverende taak voorgeschoteld krijgen, hebben meer moeite met goed presteren dan wanneer zij een	Uit vele onderzoeken is gebleken dat de beste behandeling voor ADHD-medicatie blijft. ADHD-medicatie is zeer effectief in het verminderen van de ADHD-symptomen.

	al., 2017; Solleveld et al., 2017; Swanson et al., 2017), het leidt tot het onjuiste idee dat we de oplossing hebben gevonden en dat het ervoor zorgt dat men niet leert om te gaan met het gedrag van het kind (Batstra et al., 2014). Omdat deze code alomvattend is, worden er drie subcodes gehanteerd, namelijk de subcodes “Normaliseren”, “Versterken omgeving” en “Nadelen behandeling medicatie”. De subcode “Normaliseren” houdt in dat in het tekstfragment de concentratieproblemen, hyperactief en impulsief gedrag genormaliseerd wordt. De subcode “Versterken omgeving” houdt in dat in het tekstfragment gezegd wordt dat de beste behandeling het versterken van de opvoed-, school-, enzovoort omgeving is. De subcode “Nadelen behandeling medicatie” houdt in dat de nadelen van een behandeling voor ADHD met enkel medicatie besproken worden in de tekst.	interessante, motiverende taak krijgen” (Verhulst, 2020). <i>Subcode “Normaliseren”</i>. “Beweeglijkheid, korte aandachtsspanne en impulsiviteit horen bij de kindertijd, vooral bij jonge kinderen” (Verhulst, 2020). <i>Subcode “Normaliseren”</i>.	De ADHD-symptomen zijn abnormale en ernstige gedragingen die onmiddellijk behandeld moeten worden om verdere schade aan het kind te voorkomen.
Het relative age effect	Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat vroege leerlingen eerder een ADHD-classificatie krijgen. Dit wordt het “relative age effect” genoemd (Elder, 2010; Evans et al., 2010; Krabbe et al., 2014; Whitely et al., 2019).	Uit onderzoek blijkt dat vroege leerlingen een grotere kans op een ADHD-classificatie hebben.	Gelukkig zijn leerkrachten en ouders beter geworden in het herkennen van de symptomen van ADHD op jonge leeftijd, zodat de kinderen snel geholpen kunnen worden met dat stoornis.

Armoede	Armoede is van invloed op het krijgen van een ADHD-classificatie (Hjern, 2010; Russell et al., 2014; Russell et al., 2018).	Armoede blijkt ook van invloed te zijn op het krijgen van de ADHD-classificatie.	Mogelijke gevolgen van het stoornis ADHD zijn een laag opleidingsniveau, laaggeletterdheid en armoede. Of Voor ouders is het zwaar om een kind met het stoornis ADHD te hebben. Het leidt vaak tot veel stress bij de ouders, met mogelijk als gevolg ontslag en armoede.
---------	---	--	--

Tabel 6*Definitie van de algemene code*

Algemene code	Definitie	Voorbeeld wat wel onder de code valt	Voorbeeld wat niet onder de code valt
Overige bevindingen	Alles wat relevant is voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, maar dat niet onder de codes uit de codelijst valt. Hieronder valt hoe iets geschreven is in de tekst, onderwerpen die niet in de codelijst staan maar wel in die tekstpassage relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, enzovoort.	“Oudertraining vermindert niet de kernsymptomen van ADHD, maar vooral van geassocieerde problemen die het normaal functioneren van kind of jeugdige behoorlijk kunnen belemmeren (Verhulst, 2020). Dit tekstfragment is mogelijk relevant, omdat het een voorbeeld is van hoe er geschreven wordt over oudertraining in het academische studieboek.	“Uit diverse familie-, tweeling- en adoptieonderzoeken valt dus te concluderen dat ADHD voor een groot deel wordt veroorzaakt door genetische factoren” (Verhulst, 2020). Dit tekstfragment valt onder de code “ADHD als zeer erfelijk”, dus kan het niet ook onder de code “Overige bevindingen” vallen.

De overige aandachtspunten bij het coderen zijn:

- Zowel correcte als incorrecte informatie over de onderwerpen (de codes) worden gecodeerd. Dus ongeacht of de informatie die gegeven wordt over een bepaald onderwerp correct of incorrect is, het wordt gecodeerd onder de code over dat onderwerp. Bijvoorbeeld ongeacht of correcte of incorrecte informatie wordt gegeven over het thema erfelijkheid bij ADHD, alles wordt gecodeerd onder de code “ADHD als zeer erfelijk”.
- Er wordt één zin, meerdere zinnen of hele alinea’s apart gecodeerd. Dus wanneer twee alinea’s over hetzelfde onderwerp gaan, worden beide alinea’s apart gecodeerd met die code.
- Figuren en tabellen worden niet gecodeerd, omdat deze moeilijk te coderen zijn en in de tekst bij de figuren en tabellen vaak al uitgelegd wordt wat daarin staat.
- Na het coderen van de academische studieboeken zal ook geanalyseerd worden hoe over de onderwerpen (codes) geschreven wordt in de studieboeken. Gedurende het coderen kan er al met de code “Overige bevindingen” tekstfragmenten geselecteerd worden voor dit onderdeel van het onderzoek. Enkel de eerste onderzoeker analyseert dit en zal dus met de code “Overige bevindingen” coderen.

Bijlage 3 – Ontwikkelingslogboek coderingsschema: Aanpassingen aan coderingsschema op basis van oefenfase

Donderdag 12 april: Geoefend met het coderingsschema op H6 Verhulst (2020)

Op basis van het oefenen kwam ik tot de volgende ideeën voor aanpassingen aan het coderingsschema:

- a) De code “Maatschappelijke discussie” is toegevoegd. Deze code is op zichzelf staand en valt dus niet onder beide visies (de biomedische en de orthopedagogische visie). De code houdt in dat de discussie tussen de biomedische en de orthopedagogische visie besproken wordt. Voorbeelden zijn dat overdiagnostiek bij ADHD, veelvuldige medicatiegebruik, of de oorzaak van ADHD biomedisch of eerder orthopedagogisch is, enzovoort besproken wordt. In H6 uit Verhulst (2020) staat bijvoorbeeld op blz. 73 “ADHD is geëvolueerd van een onbekend stoornis tot een term die te pas en te onpas wordt gebruikt. Men vreest dat gewone opvoedingsproblemen het etiket ADHD

krijgen – reden om bezorgd te zijn over de toename van de diagnose ADHD en de maatschappelijke trend om gewone pedagogische problemen te labelen als medische ziekte” (Verhulst, 2020).

- b) Aan de code “Normaliseren van gedrag en versterken van de opvoedomgeving als behandeling” is het thema schoolomgeving toegevoegd. Vanaf nu heet de code “Normaliseren van gedrag en versterken van de opvoed- en schoolomgeving als beste behandeling”. Dit is gedaan omdat in het hoofdstuk ook veel schoolinterventies werden besproken die anders buiten de code zouden vallen, terwijl het wel onder de orthopedagogische visie bij behandeling valt.
- c) Aan de codes van de orthopedagogische visie is de code “Invloed omgeving” toegevoegd. Aan de codes van de biomedische visie is daar tegenovergesteld de code “Geen invloed omgeving” toegevoegd. De code “Invloed omgeving” houdt in dat de invloed van de omgeving op het ontstaan van concentratieproblemen, hyperactief en impulsief gedrag wordt besproken. In H6 Verhulst (2020) staat bijvoorbeeld op blz. 74 “ADHD-symptomen zijn minder duidelijk te zien wanneer kinderen of jeugdigen in een goed gestructureerde omgeving verkeren – vooral in een omgeving waarin ze beloond worden voor gewenst gedrag – of wanneer ze bezig zijn met nieuwe, voor hen interessante activiteiten, vooral activiteiten met externe stimuli zoals via een beeldscherm” (Verhulst, 2020). De code “Geen invloed omgeving” houdt in dat de invloed van de omgeving op het ontstaan van concentratieproblemen, hyperactief en impulsief gedrag juist ontkracht wordt. Het is belangrijk om hierbij deze code en de codes “ADHD als hersendefect” en “ADHD als zeer erfelijk” uit elkaar te houden. De code “Geen invloed omgeving” wordt enkel gebruikt wanneer met een andere reden dan de hersenen en de genen de invloed van de omgeving op concentratieproblemen, hyperactief en impulsief gedrag ontkracht wordt. In H6 Verhulst (2020) staat bijvoorbeeld op blz. 84 “Oudertraining vermindert niet de kernsymptomen van ADHD, maar vooral van geassocieerde problemen die het normaal functioneren van kind of jeugdige behoorlijk kunnen belemmeren” (Verhulst, 2020).

Vrijdag 13 april: Feedback van begeleider op coderingsschema

Het coderingsschema en de analysemethode zijn aangepast naar deze feedback:

- a) Mijn advies is om duidelijk te maken dat zowel correcte als incorrecte informatie gecodeerd zal worden. Dus ongeacht of de informatie die gegeven wordt over een bepaald thema correct of incorrect is, het wordt gecodeerd onder de code over dat thema. Bijvoorbeeld ongeacht of correcte of incorrecte informatie wordt gegeven over het thema hersenen bij ADHD, alles valt onder de code “ADHD als hersendefect”.
- b) Mijn advies is om duidelijk te maken dat na het coderen van beide studieboeken je ook gaat analyseren hoe over de thema's (codes) geschreven wordt. Een voorbeeld is dat je kijkt naar hoe er over de hersenen (code “ADHD” als hersendefect) geschreven wordt in de studieboeken.

Maandag 16 april: Bespreking met medeonderzoeker over de oefenfase

In de bespreking is vergeleken hoe er gecodeerd is (welke tekstfragmenten, welke codes, de grootte van het geselecteerde tekstfragment, enzovoort) en overlegd over de verschillen. Op basis van de bespreking zijn de onderstaande definitieve aanpassingen aan het coderingsschema besloten:

- a) Er is besloten om de code “Maatschappelijke discussie” niet te gebruiken. In plaats daarvan wordt de code “Overige bevindingen” gebruikt voor alles wat relevant is voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, maar dat niet onder de codes uit het coderingsschema valt. Hieronder valt bijvoorbeeld hoe iets geschreven is in de tekst, onderwerpen die niet in de codelijst staan maar wel in die tekstpassage relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, enzovoort.
- b) De naam van de code “Normaliseren van gedrag en versterken van de opvoed- en schoolomgeving als behandeling” is veranderd naar “Normaliseren van gedrag en versterken van de omgeving” omdat de codenaam te groot was. Daarnaast zijn er drie subcodes aan deze hoofdcode toegevoegd, namelijk de subcodes “Normaliseren”, “Versterken omgeving” en “Nadelen behandeling medicatie”. De subcode “Normaliseren” houdt in dat in het tekstfragment de concentratieproblemen,

hyperactief en impulsief gedrag genormaliseerd worden. De subcode “Versterken omgeving” houdt in dat in het tekstfragment gezegd wordt dat de beste behandeling voor ADHD het versterken van de opvoed-, school-, enzovoort omgeving is. De subcode “Nadelen behandeling medicatie” houdt in dat de nadelen van een behandeling met enkel ADHD-medicatie besproken worden in de tekst.

- c) Er is besloten om de codes “Invloed omgeving” en “Geen invloed omgeving” niet te gebruiken. Het beschrijven van de invloed van de omgeving op het ontstaan van concentratieproblemen, hyperactief en impulsief gedrag is namelijk het normaliseren van dat gedrag. Om deze reden is gekozen om hiervoor de subcode “Normaliseren” te gebruiken.
- d) Wanneer over de nadelen van ADHD-medicatie geschreven wordt, zal de subcode “Nadelen” van de hoofdcode “Normaliseren van gedrag en versterken van de omgeving” gebruikt worden. Er is besloten om geen extra code voor de nadelen van medicatie te gebruiken, omdat er binnen de orthopedagogische visie mede voor orthopedagogische interventies gekozen worden gezien de nadelen van medicatie als behandeling. Dus valt dit onderwerp eigenlijk onder de hoofdcode “Normaliseren van gedrag en versterken van de omgeving”. Daarnaast doet een medestudent onderzoek naar de nadelen van medicatiegebruik, waarbij deze code al gebruikt wordt.
- e) Figuren en tabellen worden niet gecodeerd, omdat deze moeilijk te coderen zijn en in de tekst bij de figuren en tabellen vaak al uitgelegd wordt wat daarin staat.
- f) Onder de code “ADHD als oorzaak” valt enkel tekst waarin gezegd wordt dat concentratieproblemen, hyperactief en impulsief gedrag komen door ADHD. Tekst waarin de classificatie ADHD als verklaring voor bijkomende problemen, zoals schoolproblemen, problemen thuis, verslavingsproblematiek, angstproblematiek, enzovoort gebruikt wordt, valt niet onder deze code. Een voorbeeld van tekst dat niet onder de code “ADHD als oorzaak” valt is het volgende citaat uit H6 Verhulst (2020): “Kinderen en jeugdigen met ADHD hebben een verhoogd risico op een groot aantal latere problemen, onder andere middelenmisbruik (tabak, alcohol, drugs), antisociaal gedrag (agressie en geweld, veroordelingen, opname in justitiële instellingen), psychiatrische stoornissen zoals angst en depressie, problemen in de relationele sfeer,

laag opleidingsniveau door falen op school of vervroegd verlaten van school en een laag beroepsniveau” (Verhulst, 2020).

Bijlage 4 – Logboek data-analyse

Zaterdag 20 april – 2025

Van 11:30-12:40 het psychiatrisch academisch studieboek blz. 1-5 gecodeerd.

Maandag 21 april – 2025

Van 14:50-16:40 het psychiatrisch academisch studieboek blz. 5-13 gecodeerd.

Afspraken gemaakt met medestudent over de manier waarop we zinnen selecteren.

Van 20:45-21:50 blz. 1-10 uit het pedagogisch studieboek gecodeerd.

Hierbij inductief de codes “ADHD heeft altijd bestaan” onder de biomedische en “ADHD heeft niet altijd bestaan” onder de orthopedagogische visie toegevoegd.

Zaterdag 26 april – 2025

Van 11:00 -12:00 blz. 10-14 van het pedagogisch studieboek gecodeerd.

Van 14:40-15:15 blz. 14-19 van het pedagogisch studieboek gecodeerd.

Van 16:00-16:36 blz. 19-22 van het pedagogisch studieboek gecodeerd.

Van 18:10-18:50 blz. 22-26 van het pedagogisch studieboek gecodeerd.

Zondag 27 april – 2025

Van 10:50-11:35 blz. 26-39 van het pedagogisch studieboek gecodeerd.

Donderdag 1 mei – 2025: Doornemen gecodeerde hoofdstukken

Van 9:30-10:30 coderingen blz. 1-9 van het psychiatrisch studieboek doorgenomen blz. 1-9, om te kijken of ik alle stukken wel gecodeerd heb en om de “twijfel” codes op te lossen.

Van 13:30-13:45 coderingen blz. 9-13 van het psychiatrisch studieboek doorgenomen.

Van 13:45-14:35 coderingen blz. 1-10 van het pedagogisch studieboek doorgenomen.

Van 15:25-15:50 coderingen blz. 11-17 van het pedagogisch studieboek doorgenomen.

Van 20:30-21:30 coderingen blz. 18-39 van het pedagogisch studieboek doorgenomen.

Vrijdag 2 mei – 2025

Van 10:00-13:20 bespreking met medestudent over de coderingen, gezien aanzienlijke verschillen in aantallen doordat er een verschillende manier van het selecteren van tekst gebruikt is. In het overleg zijn ook coderingen aangepast wanneer de ene onderzoeker het met de andere onderzoeker eens was.

Bijlage 5 – Berekening Proportie Overeenstemming

Aantal aanwezige coderingen bij de onderzoeker = totaal aantal coderingen per code in Atlas bij elkaar opgeteld (behalve de code overige bevindingen) = 243

Aantal aanwezige coderingen bij medeonderzoeker = totaal aantal coderingen per code in Atlas bij elkaar opgeteld (de code overige bevindingen is niet door hem/haar gecodeerd) = 232

Vervolgens is per code gekeken hoeveel coderingen de onderzoeker en de medeonderzoeker daaronder hadden.

Code “Normaliseren van gedrag en versterken van omgeving_Versterken omgeving”

De onderzoeker had 53 coderingen.

De medeonderzoeker had 57 coderingen. Verschil = $57 - 53 = 4$ coderingen meer bij medeonderzoeker. Dus de onderzoeker heeft 4 coderingen afwezig.

Code “Medicatie als behandeling”.

De onderzoeker had 52 coderingen. Verschil = $52 - 43 = 9$ coderingen meer bij onderzoeker.

Dus de medeonderzoeker heeft 9 coderingen afwezig.

De medeonderzoeker had 43 coderingen.

Code “ADHD als hersendefect”

De onderzoeker had 43 coderingen. Verschil = $43 - 42 = 1$ codering meer bij de onderzoeker.

Dus de medeonderzoeker heeft 1 codering afwezig.

De medeonderzoeker had 42 coderingen.

Code “Normaliseren van gedrag en versterken van omgeving_Nadelen behandeling medicatie”.

De onderzoeker had 24 coderingen. Verschil = $24 - 23 = 1$ codering meer bij de onderzoeker.

Dus de medeonderzoeker heeft 1 codering afwezig.

De medeonderzoeker had 23 coderingen.

Code “Normaliseren van gedrag en omgeving_Normaliseren”.

De onderzoeker had 21 coderingen. Verschil = $21 - 17 = 4$ coderingen meer bij de onderzoeker. Dus de medeonderzoeker heeft 4 coderingen afwezig.

De medeonderzoeker had 17 coderingen.

Code “ADHD als zeer erfelijk”.

De onderzoeker had 13 coderingen.

De medeonderzoeker had 13 coderingen.

Verschil = $13 - 13 = 0$ coderingen verschil.

Code “ADHD als oorzaak”.

De onderzoeker had 8 coderingen. $\text{Vershil} = 8 - 7 = 1$ codering meer bij de onderzoeker. Dus de medeonderzoeker heeft 1 codering afwezig.

De medeonderzoeker had 7 coderingen.

Code “Belang van (vroeg) diagnose ADHD”.

De onderzoeker had 7 coderingen.

De medeonderzoeker had 7 coderingen.

$\text{Vershil} = 7 - 7 = 0$ coderingen verschil.

Code “ADHD als gedrag dat slecht past bij de eisen van de samenleving”.

De onderzoeker had 5 coderingen.

De medeonderzoeker had 5 coderingen.

$\text{Vershil} = 5 - 5 = 0$ coderingen verschil.

Code “ADHD als chronisch”.

De onderzoeker had 4 coderingen.

De medeonderzoeker had 4 coderingen.

$\text{Vershil} = 4 - 4 = 0$

Code “Armoede”.

De onderzoeker had 3 coderingen.

De medeonderzoeker had 3 coderingen.

$\text{Vershil} = 3 - 3 = 0$.

Code “ADHD gaat over”.

De onderzoeker had 2 coderingen.

De medeonderzoeker had 2 coderingen.

Verschil = $2 - 2 = 0$.

Code “ADHD als naam voor gedrag”.

De onderzoeker had 1 codering.

De medeonderzoeker had 2 coderingen. Verschil = $2 - 1 = 1$ codering meer bij de medeonderzoeker. De onderzoeker heeft dus 1 codering afwezig.

Code “ADHD heeft altijd bestaan”.

De onderzoeker had 1 codering.

De medeonderzoeker had 1 codering.

Verschil = $1 - 1 = 0$.

Code “Het relative age effect.

De onderzoeker had 1 codering.

De medeonderzoeker had 1 codering.

Verschil = $1 - 1 = 0$.

Code “Nadelen van diagnostische classificatie”.

De onderzoeker had 1 codering.

De medeonderzoeker had 1 codering.

Verschil = $1 - 1 = 0$.

Code “Nauwelijks bewezen genetische basis van ADHD”.

De onderzoeker had 1 codering.

De medeonderzoeker had 1 codering.

Verschil = $1 - 1 = 0$.

Totaal aantal coderingen bij de onderzoeker afwezig = $4 + 1 = 5$.

Totaal aantal coderingen bij medeonderzoeker afwezig = $9 + 1 + 1 + 4 + 1 = 16$.

De onderzoeker heeft 243 coderingen, waarvan 16 niet gedeeld. Dus 227 coderingen gedeeld.

De medeonderzoeker heeft 232 coderingen, waarvan 5 niet gedeeld. Dus 227 coderingen gedeeld.

Het aantal gedeelde coderingen is dus 227.

Het aantal niet-gedeelde coderingen is dus $16 + 5 = 21$

Totaal = $227 + 21 = 248$

Po (Proportie overeenstemming) = $227 : 248 = 0,915322581$ is ongeveer 0,92 dus ongeveer 92%.