

Een Ander discours

Kwalitatieve benadering van ADHD in het Lacaniaans

Over ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) is het laatste woord nog niet gezegd of geschreven. Ook deze bijdrage voegt een emmertje uitspraken toe aan de bestaande woordenstroom, niet vanuit de idee dat er al veel te veel is gepalaverd over deze stoornis, maar vanuit de stelling dat er juist veel te weinig wordt gesproken als het over ADHD gaat. Met name het spreken van de ADHD'er zelf wordt nogal eens stiefmoederlijk behandeld. In dit artikel argumenteren we dat de detectie en de behandeling van ADHD het beste via het spreken verlopen, en wel omdat het als taalprobleem kan worden beschouwd (Gault, 2004). We verdedigen dat dit standpunt een kwaliteitsvolle aanvulling kan zijn op de gangbare evidence based benaderingen. Vooraleer deze alternatieve stellingen uit te werken, geven we eerst een korte en beperkte review van de recente wetenschappelijke literatuur over ADHD.

■ Objectief

Velen zullen reserves hebben tegenover het definiëren van ADHD als taalprobleem, omdat de DSM-IV (APA, 1994) ADHD typeert als een stoornis in cognitie (aandacht) en gedrag (hyperactiviteit en impulsiviteit). De aard van ADHD wordt dus niet in verband gebracht met taal. Hetzelfde geldt voor de mogelijke oorzaken.

Het is trouwens zo dat de psychiatrische diagnostiek van handboeken zoals de DSM bewust strikt beschrijvend is en elke etiologische hypothese verwerpt, tenzij ze (neuro)biologisch is (Roy & Roy, 2004, p. 31). Zo komt men tot het beschouwen van ADHD als te wijten aan de ontregeling van dopamine en norepinephrine circuits in de hersenen. Dat kan immers de effectiviteit verklaren van psychostimulantia²

¹ Dries Roelandts is klinisch psycholoog en werkzaam als psychopedagogisch consultant in het Vrij Centrum voor Leerlingenbegeleiding te Torhout.

² Meer bepaald zijn dat methylfenidaathydrochloride, het actieve bestanddeel van bijvoorbeeld Rilatine® en Concerta®, amfetamines of pemolines. In mindere mate - en met minder succes en meer bijwerkingen - worden ook tricyclische antidepressiva of MAO-inhibitoren toegeediend (Biederman & Faraone, 2005, p. 241-243).

die de synaptische beschikbaarheid van deze neurotransmitters bevorderen (Roy & Roy, 2004; Biederman & Faraone, 2005, p. 241). Ook onderzoeken waarbij apen en ratten met laesies in de dopamine 'pathways' ADHD-achtige verschijnselen vertonen, bevestigen dit (Biederman & Faraone, 2005). Andere onderzoeksresultaten situeren de oorzaak van ADHD dan weer in de ontregeling van frontale subcorticale circuits of in subcorticale structuren zoals het rijk aan dopaminerge synapsen zijnde striatum. Ook daar is de argumentatie doorgaans gebaseerd op dierenproeven of de redenering dat ADHD-medicatie effecten heeft op dezelfde locaties in de hersenen (Biederman & Faraone, 2005).

Vrij algemeen wordt aanvaard dat, ondanks de vele research, een duidelijke oorzaak van ADHD nog niet is geïdentificeerd (Roy & Roy, 2004, p. 31). Als er al gewag wordt gemaakt van een etiologie die ruimer is dan het neurobiologische, dan beperkt men zich tot statistische gegevens waaruit een multicausaal model wordt afgeleid. Daarin kunnen biologische (zwangerschaps- en geboortecompliaties), genetische, omgevings- en

zogenaamde psychosociale (lage sociale klasse, de grootte van gezinnen, criminaliteit van ouders, psychische stoornissen van ouders, enz.) elementen als risicofactoren voor het ontwikkelen van ADHD gelden (Biederman & Faraone, 2005; Orr, Miller & Polson, 2005). Bovendien zijn de meeste auteurs het erover eens dat de stoornis meestal niet geïsoleerd optreedt, maar geassocieerd met andere stoornissen (Arcelus & Vostanis, 2005; EINAQ & ATC, 2003; Roy & Roy, 2004).

Deze comorbiditeit en de onzekere etiologie maken het moeilijk om ADHD als klinische entiteit af te lijnen: is het een symptoom, syndroom, stoornis of ziekte? Impliciet schijnt geredeneerd te worden dat de vragen over statut en oorzaak niet zoveel aandacht behoeven, omdat men over een efficiënte behandeling beschikt (Roy & Roy, 2004, p. 32-33). In de lijn van het voorgaande is deze meestal medicinaal, vaak in combinatie met het leren omgaan met de ziekte door zich bewust te zijn van de uitingen en moeilijkheden ervan (psycho-educatie)³ (Biederman & Faraone, 2005; EINAQ & ATC, 2003; Gol & Jarus, 2005).

³ Desnoods moeten obstakels voor deze behandeling eerst uit de weg worden geruimd. Zo vermelden Beck, Cataldo, Slifer, Pulbrook en Guhman (2005) dat één van de problemen van medicatietoediening in pediatrische populaties de moeilijkheid is om pillen door te slikken. Er is een gedragstraining nodig die dat euvel oplost. Hun onderzoek wees uit dat een 'pillenslikprotocol', waarbij pillen van toenemende grootte werden toegediend, goede resultaten opleverde.

Ook het diagnostische proces dat wordt doorlopen om tot ADHD te besluiten, volgt consequent de bovenstaande redeneringen. Idealiter worden vragenlijsten over de aandacht en het gedrag van de potentiële ADHD-er ingevuld door verschillende personen (ouders, leerkracht, enz.). In het beste geval wordt een experimentele diagnostiek gevolgd waarbij men een periode medicatie toedient en een periode niet en waarbij men de observaties/vragenlijsten uit beide perioden vergelijkt. Het resultaat van zo een onderzoek is dan de bevestiging of falsificatie van de hypothese dat het kind ADHD heeft, afgeleid uit de bevinding dat de medicatie (al dan niet) invloed heeft (Chan, Hopkins, Perrin, Herrerias & Homer, 2005; EINAQ & ATC, 2003; Havey, Olson, McCormick & Cates, 2005; Jarratt, Riccio & Siekierski, 2005; Pelham, Fabiano & Massetti, 2005).

In deze diagnostische richtlijnen gaat het steeds om een externe observator, wat ongetwijfeld de objectiviteit bevordert, maar ervoor zorgt dat het subject in kwestie er zelf letterlijk geen zeg in heeft. Het gevaar dat een externe observator meer reveleert over de

eigen interne oordelen over hoe een kind zich hoort te gedragen, probeert men in de bovenstaande diagnostiek te ondervangen door verschillende observatoren de vragenlijsten te laten invullen. Dit komt echter nog niet tegemoet aan het feit dat ook de vragenlijsten door subjecten zijn opgesteld en dat de items ervan vooral verwijzen naar criteria van sociale aanpassing (Roy & Roy, 2004, p. 33)⁴.

Eenzijds is de diagnose dus gebaseerd op een subjectieve interpretatie van het gedrag (Rauws, 2003, p. 28), steunend op een normen- en waarden-set, die een ideaal bevat van wat een kind zou moeten zijn (Roy & Roy, 2004, p. 34). Maar anderzijds weert men dit subjectieve door verschillende objectieve externen toe te voegen. Op die manier dreigt men in een impasse te verzeilen of levert dit op zijn minst een mengeling op van pertinente klinische noteringen en morele oordelen⁵ (Roy & Roy, 2004). Ook zelfrapportage moet op zijn minst genuanceerd worden bekeken (Biederman e.a., 2007). In deze zelf in te vullen vragenlijsten moet men zich namelijk ook voegen naar wat een ander op voorhand heeft bedacht dat het probleem zou kunnen

⁴ Enkele voorbeelden: "slaagt er niet in voldoende aandacht te geven aan ...", "situaties waar verwacht wordt dat ...", "situaties waarin dit ongepast is", enz. (APA, 1994).

⁵ Precies omwille van deze moeilijke mix van subjectiviteit en objectiviteit, en omwille van de bovvermelde verhoudingen van biologische, psychische en sociale componenten van ADHD, stellen Leuzinger-Bohleber, Staufenberg en Fischmann (2007) dat de psychoanalyse met haar conceptualisering die psychische realiteiten begrijpt als producten van complexe verknoppingen tussen onbewuste en realiteitsfactoren, kan worden beschouwd als een van de beste hedendaagse psychotherapeutische benaderingen om theoretisch en therapeutisch met ADHD-kinderen om te gaan.

zijn, ook al is dat dan via gestreng wetenschappelijk onderzoek gebeurd.

Deze impasses reflecteren ons inziens voor een stuk de moeilijkheid om het subjectieve in de objectieve standaarden van het kwaliteitsdenken en de *evidence based practices* te integreren, om het individu gerepresenteerd te krijgen in een benadering die juist de algemene toepasbaarheid (voor zoveel mogelijk cliënten) van diagnostische en therapeutische processen voorstaat. Over wat precies de kwaliteit van zorg is, lopen de meningen bijvoorbeeld uiteen. De meeste definitives van kwaliteit vermelden de aspecten doeltreffendheid, doelmatigheid en cliëntgerichtheid. Van de eerste twee heeft men vaak een vrij goed beeld, onder andere omwille van het gegeven dat diagnostiek en behandeling gefundeerd zijn op gegeneraliseerde data uit wetenschappelijk onderzoek. Maar het aspect cliëntgerichtheid blijft vaak een eerder theoretisch begrip. Soms is het maar in een voetnoot dat auteurs stellen dat naast de wetenschappelijke evidentie in best practices toch best ook een plaats wordt toegekend aan de cliënt.

Tegen beter weten in zou men zelfs kunnen veronderstellen dat achter de beschreven voordelen van richtlijnen en protocollen (ze zorgen voor uniformiteit van handelen, ze komen de

beroepsgroep ten goede en ze ondersteunen de individuele therapeut, omdat ze duidelijke voorschriften bieden), niet het belang van de cliënt, maar de consensus onder therapeuten primeert (Aflalo, 2005). Men kan daarin uliem zelfs de inperking van de verantwoordelijkheid van de therapeut ontwaren, die immers steeds kan terugvallen op standaardprocedures. Deze beschermen hem tegen klachten, maar beperken zijn 'therapeutisch vrijheid' (Nizzoli, 2003, p. 113-114).

In elk geval blijft het een uitdaging om het subjectieve en individuele van de cliëntgerichtheid heel concreet een (formele) waarde toe te kennen in een diagnostisch en therapeutisch proces.

■ Subject(ief)

Om te vermijden dat het subjectieve wordt uitgerangeerd, moet men ons inziens het subject zelf aan de praat krijgen, zonder het een voorgekauwd spreken aan te bieden (of dat nu vanuit de eigen idealen of de idealen van de objectieve wetenschappen voortkomt), waar het enkel kan antwoorden met wat in de vraag al gegeven is.

Deze kliniek van het spreken, zetten lacanianen⁶ tegenover de beschreven diagnostiek van de blik waar men kijkt

⁶ De Franse psychiater Lacan formaliseerde Freuds theorieën met behulp van de structurele linguïstiek.

naar het gedrag, het ziektebeeld dus identificeert via het observeerbare en het bijgevolg ook niet nodig is dat het subject 'uitlegt' wat het probleem is (Roy & Roy, 2004, p. 28-33). Als men een kind om uitleg over ADHD vraagt, dan blijkt vaak dat het niet weet wat dit betekent. Minstens is het zo dat het voor elk kind iets anders betekent. Een jongetje zei dat het inhield dat hij niet kon opletten in de klas, een ander dat het betekende dat hij gewoon stout was, nog een ander dat hij onhandig was en altijd alles liet vallen⁷, enz. Dit illustreert dat de betekenis van woorden kan verschuiven, dat ze niet vastligt. Nochtans gaat men daar in een psychiatrische benadering van diagnostiek wel van uit. Men redeneert namelijk dat een symptoom altijd naar een vastliggende kennis verwijst. Zo zegt het diagnostisch handboek (APA, 1994) dat ADHD van het gecombineerde type altijd minstens zes welomschreven symptomen van aandachtstekort en minstens zes symptomen van 'hyperactiviteit-impulsiviteit' impliceert. Omgekeerd kan men dan ook uit de aanwezigheid van deze zaken bij een kind afleiden dat het ADHD heeft. In de praktijk schrijven kinderen echter andere betekenissen aan ADHD toe. Als zij daar al een tegenvoorbeeld kunnen zijn, dan is dat nog meer het geval bij hun ouders. Zeker als men voorzichtig de diagnose in vraag durft

te stellen. Dan volgt er wel eens een geaffecteerd betoog pro ADHD, waarin ouders zonder het te willen woorden als 'schuld', 'slechte opvoeding' of 'ongewenste zwangerschap' in de mond nemen.

Een dergelijke benadering veronderstelt dat de kennis over symptomen en stoornissen niet vastligt in handboeken en dat deze dus ook niet voor de diagnosticus of therapeut beschikbaar is, dat deze met andere woorden niet 'wetend' is. Sommige theorieën in de psychoanalyse en de gezinstherapie maken van deze 'not-knowing'-positie van open reflectie een methodiek (Larner, 2000). De therapeut legt zijn oor te luisteren bij de kennis die de cliënt over zichzelf heeft. Dit is niet altijd letterlijk op te vatten, omdat men niet altijd mag uitgaan van de veronderstelling dat de cliënt zelf wel weet wat het beste is voor hem (Nizzoli, 2003). Integendeel, de betekenis van symptomen zit juist vaak verscholen in het spreken van ouders en het gedrag van hun kinderen. De betekenis zit zowel voor de cliënt als voor de therapeut verborgen in sprekend gedrag. Het is de taak van de laatste om de boodschap te ontcijferen. Op het idee dat een bepaald gedrag iets wil zeggen, heeft de psychoanalyse uiteraard geen monopolie. Watzlawicks axioma dat elk gedrag communicatie is, ver-

⁷ Deze en verdere gevalsfragmenten zijn afkomstig uit mijn praktijkervaring in een OBC, in een secundaire school en in een CLB.

wijst bijvoorbeeld naar hetzelfde. Elk gedrag is drager van een betekenis, stelt hij (Declercq, 1995, p. 95).

Je kunt daar terecht tegen inbrengen dat de 'uitleg', de betekenisverlening van het gedrag afhankelijk is van degene die interpreteert. Het is precies daarom dat een psychoanalytisch therapeut die luistert naar het spreken (of het sprekende gedrag) niet de betekenis, maar juist de afwezigheid ervan viseert. Ultiem beschouwt hij het spreken niet als communicatie die informatie meedeelt, maar als een aaneenrijging van klanken zonder betekenis, bijna alsof hij naar een vreemde taal zou luisteren, of - met andere woorden - in een toestand van niet-wetende verkeert. Om alle betekenissen open te laten, probeert hij te horen zonder te begrijpen. Dit omdat de betekenis, zoals gezegd, kan verschuiven en woorden op zich 'leeg' zijn.

Hoewel dit in theorie misschien niet zo gek klinkt, is het praktisch gezien niet evident. Wanneer betekenissen leeg of afwezig zijn, zijn onzin en nonsens niet veraf. Voor psychoanalytische therapeuten is precies dat het zogenaamde onbewuste spreken, dat zich op de grens van betekenisloosheid en betekenis beweegt. Mogelijk verklaart dit waarom psychoanalytische casussen soms zo gek of zelfs ridicul lijken. Een andere vaak gehoorde bedenking is dat zulke voorbeelden vergezocht zijn. Nochtans probeert de analytische the-

rapeut net zo dicht mogelijk bij het spreken van de cliënt te blijven.

Omwille daarvan legt de lacaniaanse psychoanalyse zo een nadruk op de rol van de taal en het spreken. Het is een benadering die - net zoals de strikt neurobiologische - toelaat een concrete, materiële opvatting van de psyche aan te hangen. Maar, anders dan de objectieve, natuurwetenschappelijke neurobiologie, heeft ze een uitgesproken subjectieve, psychologische dimensie. Om deze optiek verder te concretiseren lichten we Lacans visie op het subject toe.

■ Het subject van het onbewuste

Er zijn vele invalshoeken om dit te doen. In functie van de redenering kiezen we er hier één van. Het woord 'subject' verwijst naar het Latijnse *subjectum*, datgene dat onderworpen is. Het is onder andere onderworpen aan zijn onbewuste. Dit is op zich een radicale stelling, die indruist tegen de hele westerse filosofie die een autonomie van het bewustzijn vooropstelt (Miller, 2002, p. 10). Freud beroofde het ik van zijn meesterschap over het eigen huis.

Het subject is voor Lacan ook onderworpen aan wat hij 'de Ander' noemt. Men kan dat begrijpen vanuit de

vraag hoe een baby of kind tot de ontwikkeling van een 'identiteit' of een 'zelf' komt, of hoe een subject subject wordt. Voor het zover is, kan men niet aannemen dat het kind zich als een geheel beschouwt, al was het maar omdat het niet in of naar zichzelf kan kijken. Daartoe heeft het een beeld buiten zichzelf nodig, een spiegelbeeld bijvoorbeeld, waarmee het zich moet identificeren. Op die manier komt Lacan tot de radicale conclusie dat de mens fundamenteel vervreemd is, dat 'ik' eigenlijk niet 'ik' ben, maar iets buiten mijzelf, iets anders (Lacan, 1966 [1949]).

Een min of meer gelijkaardige beweging gebeurt bij de introductie van het kind in de taal. Deze komt immers ook van buiten het kind, van de anderen. Als een baby huilt, dan geven de ouders daar betekenis aan. De behoefte van de baby wordt geïnterpreteerd ("Hij heeft honger"), of dat nu een correcte vertaling is of niet. Op die manier wordt het kind langzaam maar zeker in een talige wereld binnengeleid, een wereld die een afspiegeling is van de échte wereld van échte dingen. Het kind is dus een tweede keer vervreemd, aangewezen op en onderworpen aan de Ander. Anders gesteld valt een menselijk wezen door de taaloperatie uiteen in een subject en een object, respectievelijk in een talig en niet-talig deel, met daartussen een onoverbrugbare kloof.

Het is daarom dat de taal, voor Lacan, niet zozeer een communicatieve func-

tie heeft, dan wel een soort oplapmiddel is voor de geslagen kwetsuur. De paradox wil echter dat hoe meer men de kloof vult met gebabbel, des te verder het subject zich van zijn object verwijderd. Als spreekwezen lijdt de mens voor de lacanianen dan ook maar aan één ziekte, namelijk diegene die de parasiet van het woord in een levend wezen introduceert. Het subject is effect van de taal en scheurt zich daarmee los van zijn biologische roots. Het is overgeleverd aan een talige kanker die de (biologische) functies in de war stuurt (Gault, 2004, p. 37).

■ Het onbewuste is het discours van de Ander

Deze theorie benadert de kern van Freuds denken, dat onder andere de vraag stelt naar de verhouding tussen psyche en soma, of de dualiteit onderzoekt van een binnen en een buiten (bv. Freud, 1985 [1911]). Een onderscheid tussen de interne wereld van een persoon en de buitenwereld als realiteit is immers niet eenvoudig te maken, zoals de opbouw van een subject aan de hand van identificaties met anderen illustreert. Het leidt Lacan ertoe de uitspraak "L'inconscient c'est le discours de l'Autre" te doen (Lacan, 1975 [1953-1954], p. 100; 1966 [1957], p. 439). Deze stelling is multi-interpretabel in het licht van de voorgaande redeneringen.

Ten eerste impliceert de uitspraak dat het onbewuste een *discours* is. Dat wil zeggen dat het spreekt, dat het meespreekt in dagelijkse gesprekken. Ten tweede is dit discours dat van een *Ander*. Daaraan kunnen we opnieuw verschillende betekenissen toekennen. Het is niet een zélf dat aan het woord is, maar juist iets excentrisch aan zichzelf. Niets bewusts kan er vat op hebben. Logisch volgt daar ook de intersubjectiviteit uit: omdat het zelf ervan losgesneden is, kan men van het spreken van het onbewuste enkel iets vernemen via een *Ander*. Een therapeut neemt dus de positie in van de *Ander*, waarlangs de cliënt zijn eigen onbewuste kan horen. Dit betekent vreemd genoeg dat het onbewuste, dat men als het meest intieme van de mens kan beschouwen, eigenlijk buiten hem ligt. Het onbewuste wordt door Lacan als een exterieure, parasitaire instantie gedacht (Nasio, 1987). Ten slotte kunnen we deze uitspraak ook interpreteren in de geschetste ontwikkelingsvisie, waarbij het eigen onbewuste van een ander afkomstig is.

Deze misschien wat filosofisch-abstract aandoende theorieën komen tegemoet aan de voorafgaande vragen die in de courante behandeling van ADHD worden 'overgeslagen' om meteen aan de slag te gaan. Zonder na te gaan wat de oorzaak zou kunnen zijn, bestrijdt men meteen de ziekte ADHD met medicatie en 'doelgerichte' psychosociale behandeling (Biederman &

Faraone, 2005). Men detecteert ADHD aan de hand van externe beoordelaars, schijnbaar zonder zich af te vragen waar de grens tussen intern en extern ligt. Men hanteert daarbij normatief gekleurde criteria, zonder een begrip van normaal of abnormaal in rekening te brengen. Men definieert ADHD als een beperking in de ontwikkeling, zonder iets over de aard of richting van die ontwikkeling te vermelden. Psychoanalyse probeert deze vragen niet te vermijden door theorie niet meteen te verhuizen.

Bovendien - en dit is misschien het belangrijkste - hebben deze theorieën belangrijke praktische consequenties voor het dagelijkse werk. Aan de hand van de stelling dat het onbewuste het discours van de *Ander* is, zijn de volgende conclusies met betrekking tot kinderen met de diagnose ADHD mogelijk.

Ten eerste impliceert de stelling dat het onbewuste *spreekt* dat men er ook naar moet luisteren. Zelfs als er geen spreken is in de letterlijke zin, of zéker wanneer enkel het gedrag spreekt, moet er worden geluisterd. De ervaring leert namelijk dat probleemgedrag steeds erger wordt naarmate men het minder juist weet te interpreteren. Wanneer men a priori vragen aanbiedt of een ander laat spreken voor het subject, dan wordt het onbewuste spreken in de kiem gesmoord. De bedoeling van een analytische the-

rapie is het subject te laten spreken zonder te snel te begrijpen. Concreet zal de therapeut enkel bepaalde woorden benadrukken door ze vragend te herhalen of te vragen wat de cliënt precies met die woorden bedoelt.

Ten tweede kunnen de verschillende interpretaties van het onbewuste als het discours van de *Ander* in de volgende concrete acties worden vertaald. Het onbewuste kan alleen worden gehoord door en via een ander. De taak van de therapeut bestaat er dan ook in om het subject naar zijn eigen discours te laten luisteren (Boudard, 2000). Dit kan opnieuw door een woord of een zin te herhalen of door een gespreksessie af te sluiten op een terugkerend of particulier woord van het subject.

Als het subject het gedrag als spreekbuis heeft 'gekozen', kan het ook nodig zijn een duiding van dat ageren te doen om op die manier het subject te laten luisteren naar wat het zelf zegt. Het volgende fragment kan dit verduidelijken:

Het viel begeleiders op dat een jongetje in de instelling waar het verbleef een grote onhandigheid bij het eten vertoonde. Er ging bijna geen maaltijd

voorbij of hij had wel een aardappel, een vork, een bord of een glas laten vallen. Ook op school en in andere situaties liet hij zoveel dingen uit zijn handen glijpen dat men gewaagde van een verstoorde motoriek. Bovendien observeerden begeleiders dat de jongen buitengewoon vaak van de trap viel of van zijn fiets donderde. De meningen over de oorzaken van deze onhandigheden waren verdeeld. Sommigen meenden dat het deel uitmaakte van het hyperkinetische aspect van ADHD. De school benoemde het zoals gezegd als een motorisch probleem. Anderen beschouwden het als pure onwil en stelden dat hij de dingen en zichzelf bewust liet vallen.

Op het moment dat de moeder haar beklag doet over de verwaarlozing van de jongen door diens vader, en wel met de woorden dat hij hem *laat vallen*, krijgt het gedrag echter nog een andere dimensie. Het verschuiven van figuurlijke en letterlijke betekenissen tonen aan dat het gedrag van de jongen onbewust gebruikmaakt van een woordspelletje. Om dit agerend spreken tot een letterlijk spreken te maken, is een duiding van dat gedrag nodig die inspeelt op dat taalspel. Een interventie zoals: "Je laat je vallen zoals je vader je laat vallen"⁸, pro-

⁸ Deze interpretatie is te onderscheiden van een vermanende boodschap zoals: "Wees voorzichtiger, zodat je niet valt", en de vraag "Waarom laat je zoveel vallen?". De eerste interventie zal vermoedelijk resulteren in nog meer valpartijen, omdat de ongehoorde boodschap die in het gedrag schuilgaat luider of vaker moet klinken. Het subject zal het antwoord op de tweede tussenkomst schuldig moeten blijven, omdat het niet wéét waarom zoveel wordt gevallen.

beert naar binnen te duwen⁹ wat het subject ervaart als vreemd aan zichzelf, als extern (toeval).

Dit voorbeeld illustreert meteen ook een laatste toepassing van Lacans uitspraak. Als het onbewuste het discours van de Ander is, kan men redeneren dat het moeilijk is met kinderen of adolescenten te werken zonder ook hun ouders erbij te betrekken. Zij zijn namelijk in grote mate het discours van de Ander, waaruit het spreken van het kind is opgetrokken. Ook bij de ouders is het eerste doel hen te laten spreken over hun kind, zodat zij een (re)constructie van een geschiedenis, een familieroman kunnen maken, om na te gaan hoe het kind daarin is ingeschreven. Zoals vermeld wordt er namelijk van uitgegaan dat de informatie over de problemen met het kind bij dat kind en zijn ouders zelf te zoeken is. De therapeut weet er niets over. Als hij met de subjecten wil werken, kan hij dat enkel met het spreken van kind en ouders.

■ ADHD móet wel bestaan (Kelly)

Op die manier kan ADHD (net zoals andere ziektebeelden, maar ook zoals

de symptomen van de normale mens) worden beschouwd als het probleem van de intrede van het woord in het lichaam. Het is een taalprobleem en als dusdanig niet fundamenteel te isoleren als pathologie. Bovendien is de taal niet alleen de oorzaak, maar ook het medium voor de behandeling.

Om deze stellingen te illustreren, sluiten we dit artikel af met een fragment over Kelly, een meisje dat de diagnose ADHD had gekregen. Hopelijk illustreert dit verder hoe men is bepaald door het discours van de Ander en onderstreept dit het belang van het luisteren ernaar.

Kelly dient zich in de gesprekken aan als een welbespraakt iemand. Ze beschikt over een ruime woordenschat en kan duidelijk haar zienswijzen formuleren. Opvallend is echter dat ze op een aantal heikele punten 'blijft steken', dat haar anders zo vlotte discours uitdunt tot enkele weinigzeggende woorden. Heel snel wordt op die punten een nieuw spreken aangesneden, dat alweer net iets te vlot is.

Een eerste thema dat een groot deel van de gesprekken in beslag neemt, is Kelly's afkeer van de leefgroep. Al van bij het begin klaagt ze erover te worden gepest in de leefgroep, dat ze

⁹ De afwezigheid van een eenvoudige aflijning tussen binnen en buiten, tussen subject en ander, markeert een verschil met de vragenlijstendiagnostiek, waar men impliciet of expliciet wel een eenvoudige grens hanteert; de buitenstaander observeert wat binnen in de te onderzoeken persoon zit.

zich tussen delinquenten bevindt en er dus niet op haar plaats is. Bovendien doen de begeleiders volgens Kelly niets aan de pesterijen tegen haar. Ze voelt zich machteloos en hopeloos bekocht. Waar mogelijk gaat Kelly dan ook op de vlucht voor de groep. Als ze op gesprek komt bijvoorbeeld, rekt ze de tijd door aan het einde nog wat verder te praten. En meerdere keren zweert Kelly dat ze op het punt staat om weg te lopen. De informatie die begeleiders verstrekken, spreekt haar verhaal echter wat tegen of vult het op zijn minst aan. Het klopt dat Kelly wordt gepest, maar vaak is zij daarin de uitlokkende factor.

Op die manier vlucht Kelly niet alleen uit de leefgroep, maar ook voor de waarheid waarin ze niet louter slachtoffer, maar ook uitlokker is. Het is een vlucht uit de leefgroep en in een verdraaide versie van de feiten, in een rol waarin zij het machteloze slachtoffer is.

En toch krijgt de therapeut de indruk dat Kelly ergens wel weet dat ze een eigen aandeel heeft in de problemen in de leefgroep. Wanneer ze het namelijk heeft over een groepsgenote die ook wordt gepest, kan je er niet naast kijken dat haar beschrijving ook op zichzelf van toepassing is: "Het is mij beu in de groep. Met die Sarah nu ook. Die werkt iedereen op de zenuwen. Ze lokt het uit. En dan is ze verwonderd dat ze slaag krijgt... Bij mij is het anders. Sarah daagt uit. Ze geeft

hen reden om gepest te worden." Het projecteren van deze eigenschappen op een andere persoon is een mogelijke eerste stap. Er wordt gesproken over het probleem, alleen is de persoon in kwestie verschoven.

Naast de problemen in de leefgroep is Kelly eigenlijk ontgoocheld in de hele instelling. Men had haar namelijk gezegd dat ze naar het centrum kwam om "getest te worden op ADHD". En daar komt volgens Kelly niets van in huis. Herhaaldelijke keren kaart ze dit aan in de gesprekken, tot de therapeut haar vraagt waarom ze denkt dat de instelling niet onderzoekt of ze nu een aandachtsstoornis heeft of niet. Als de therapeut haar vertelt dat de leefgroep niet alleen een opvangruimte is, maar ook een plaats waar haar gedrag wordt geobserveerd en dat ook de gesprekken tot doel hebben een zicht te krijgen op haar problemen, lijkt Kelly van haar stuk gebracht. Ze argumenteert dat een psychiater (een Ander) haar ooit zei dat je een maand Rilatine[®] moet nemen en een maand niet om uit te maken of je ADHD hebt. Daarop wordt haar gevraagd of ADHD dan datgene is dat je hebt als Rilatine[®] werkt en vice versa. Verder stelt de therapeut haar de vraag wat de relevantie voor haar persoonlijk zou zijn om te weten of zij al dan niet een aandachtsstoornis heeft. Hierop weet Kelly geen antwoord te produceren. Ze beaamt dat de kwestie ADHD eigenlijk minder belangrijk is dan ze liet uitschijnen.

Hoewel dit gesprek Kelly doet wankelen, is ze uiteraard niet zomaar overtuigd. Haar verontwaardiging verschuift naar een nieuwe verontwaardiging. Ze legt nu opnieuw de klemtoon op de pesterijen uit de leefgroep. Het gevoel van Kelly dat haar iets is beloofd waarin ze werd bedot, is namelijk op zich al een verschuiving. Het is niet de instelling die haar op de mouw spelde dat hier aan ADHD-onderzoek wordt gedaan, maar iemand anders. Het zijn andere personen die haar deze belofte deden en waarbij zij zich bekocht voelt. Bovendien is deze overtuiging zo krachtig dat het absoluut niet uitgesloten lijkt dat voor Kelly ook andere beloftes niet werden nagekomen.

Ook hier lijkt het alsof Kelly een notie heeft van het feit dat de hele ADHD-discussie eigenlijk rond iets anders draait. Ze lijkt een soort weten te bezitten dat zichzelf niet weet. Dat weten draait rond een thema dat een ander groot deel van de gesprekken beheerst. Het gaat om de vraag of moeder haar al dan niet thuis wil.

Al van bij het begin zegt Kelly dat ze liever thuis bij haar moeder zou zijn. Dat verklaart meteen ook waarom de discussie rond ADHD zo prangend is. Het is aannemelijker voor Kelly dat haar moeder haar naar hier stuurde om zo'n onderzoek te ondergaan, eerder dan dat moeder haar voor een andere, duistere reden zou wegstop-

pen. Dit zou namelijk kunnen impliceren dat zij haar liever buitenshuis heeft.

Daarom zoekt Kelly haar toevlucht in een soort minder bedreigende 'vertalingen' van haar plaatsing. Ettelijke keren vraagt ze of ze nu onder toezicht staat van het Comité Bijzondere Jeugdzorg of van de Jeugdrechtbank, welke beslissingsbevoegdheden die dan wel hebben, in hoeverre eigen keuze mogelijk is, enz. De onderliggende vraag van dit alles is onmiskenbaar: "Is het mijn moeders beslissing om mij hier te plaatsen?"

Ook hier menen we te zien dat Kelly wel degelijk twijfelt aan haar moeder en het feit of ze haar wel thuis wil. In plaats van daar rationeel over na te denken, wordt ze echter overspoeld door emoties. De dreiging dat het wel eens waar zou kunnen zijn dat moeder haar liever niet thuis heeft, is zodanig groot dat Kelly de feiten naast zich neerlegt en haar toevlucht zoekt in twijfels over het Comité Bijzondere Jeugdzorg, de Jeugdrechtbank, al dan niet ADHD hebben, enz.

Kelly wéét ook hier weer dat ze redenen tot twijfel heeft. Ze vertelt zelf dat ze eerst naar een andere instelling moest. Ook daarover stelt ze met klem dat het om medische redenen was (om te vermageren en omwille van astma). Daarna moest ze op internaat. Daarover is ze vrij duidelijk: "Mijn moeder

zei: 'Probeer het eens.' Samen met mijn broer heeft ze mij wijsgemaakt dat ik op het einde van het schooljaar weg mocht." Dit was echter niet het geval. Nu moest Kelly naar dit centrum komen. Het was dus de derde keer dat ze tegen haar zin naar een instelling of internaat moest. Wanneer het echt begint te knagen en Kelly vreest zelfs langer in het centrum te moeten verblijven, gaat ze tijdens het weekend te rade bij haar moeder: "Ik heb het aan mijn moeder gevraagd en ze antwoordde dat ik weg mag als ze mij hier geschikt bevinden om naar school te gaan, ... of zoiets." Kelly ziet hierin de bevestiging dat moeder haar inderdaad graag thuis wil en vraagt zich niet af waarom moeder het oordeel aan anderen overlaat. Het antwoord van moeder zou ook de twijfels kunnen aanscherpen in plaats van ze weg te nemen, maar in Kelly's interpretatie van haar moeders woorden geldt enkel de tegengestelde betekenis.

In het spreken van Kelly zelf, worden de twijfels echter weerspiegeld in te sterke zekerheden, rationalisering en ambivalente uitlatingen: "Ik schiet goed op met mijn moeder. Ze werkt veel, en daardoor zit ze vaak onder de stress ... Maar ze is niet altijd zenuwachtig. Alleen als ze echt moe is. Ik denk dat dit normaal is. Als ze veel gewerkt heeft en ik vraag iets, dan krijgt ze zenuwen. Dat is normaal als je moe bent."

Hoe meer Kelly spreekt, hoe meer verdeeldheid erin doorklinkt. Het is op dergelijke punten dat het discours stopt. Maar het is ook dan dat een ander discours de lege ruimte opvult. Het is een discours waarin Kelly haar toevlucht zoekt, maar dat af en toe uitgesproken kronkels vertoont die verwijzen naar het gevoel te zijn misleid door haar moeder. Het discours dat Kelly als toevluchtsoord dient, is het medische. De perikelen rond ADHD waren daar al een voorbeeld van, maar ook het feit dat Kelly al verschillende psychiaters en instellingen bezocht die haar medische problemen (astma, niet mogen sporten omwille van een ongeval met een scooter, enz.) objectief bevestigden, bood de kans de familiale problemen wat onderdrukt te houden. Dat het precies dit medische taalgebruik is dat als bliksemafleider fungeert, is niet toevallig. Ook andere gezinsleden en vooral Kelly's moeder hanteren het immers. Kelly zegt bijvoorbeeld: "Mijn moeder haar rug is versleten door te hard te werken. De drie of vier onderste ruggenwervels zijn versleten. Ze kunnen daar niets aan doen. Ze kunnen wel opereren, maar dat is heel gevaarlijk [...] Ja, dat is altijd ongeluk hebben, hé. Ik vind dat toch. Mijn broer ook soms, die heeft ook vaak pech. Bij mij is het alleen mijn voet. Of soms mijn rug. Dat is van vroeger, van een te zware boekentas te dragen [...] Vroeger hadden we een scooter. Ik zat erop met mijn broer en we zijn eens

samen aangereden. En dan heeft hij nog een ander ongeval gehad, ook met een scooter. En hij heeft vaak last van zijn been [...] Ik weet niet hoe het komt dat we zoveel ongeluk hebben. Iedereen heeft wel eens ongeluk, maar bij ons is het iets meer. Het is niet dat wij onvoorzichtig zijn of zo."

Het lijkt waarschijnlijk dat er in de geschiedenis van het gezin meer te ontdekken valt dan medische problemen en het feit dat ze allemaal pechvogels zouden zijn. Het grote leeftijdsverschil van Kelly met haar broer, de verhouding tussen moeder en Kelly, het feit dat de broer van Kelly aan moeders zijde staat in de plaatsing van Kelly, het schitteren door afwezigheid van de vader, ... het zijn allemaal elementen die heel wat opheldering kunnen gebruiken. Kelly of haar moeder overtuigen om over die zaken te spreken, is echter geen sinecure.

Zoals ook bleek uit de discussie over ADHD zijn het onkrachten van de argumenten waarmee Kelly komt aandraven en haar (of haar moeder) proberen te overtuigen met rationele bewijsgronden, geen efficiënte therapeutische middelen. Ze zijn zeker niet opgewassen tegen een onredelijk onbewuste. De therapeut zal verder geraken door te luisteren naar haperingen, als accidenten vermomde faalhandelingen en als ADHD uitgedoste familieproblemen. De interventies zullen soms nonsens lijken en erop gericht

zijn de ratio aan het wankelen te brengen. Zo bestond een tussenkomst van de therapeut erin (na een passage waarin Kelly zichzelf als pechvogel beschreef omdat ze van school was *gevloegen* nadat medeleerlingen op haar waren *gevloegen*), de opmerking te maken dat ze veel *vlucht*gegevens aanbracht. Het minimale effect was dat ze eventjes niet louter slachtoffer bleek van een stom toeval, waar zij als subject geen uitstaans mee had.

Het mag duidelijk wezen dat deze gesprekken preliminair zijn aan een mogelijke finaliteit die veel verder gaat. Uliem viseert een spreekuur het enigmatische terrein waarvoor geen taal meer is, die gebieden waar men als subject niet bij kan. Vooraleer dit ooit aan de horizon verschijnt, zou Kelly nog heel wat andere discours-watertjes moeten doorzwemmen. In dit preliminaire kan het volstaan het spreken te subjectiveren, ervoor te zorgen dat het subject af en toe hetgeen het zelf zegt als van zichzelf afkomstig aanvaardt, en dus de verdeeldheid van dat subject te onderstrepen.

■ Conclusie

Het hanteren van dit andere discours over ADHD heeft geenszins de bedoeling om polemiek aan te scherpen en epistemologische posities verder te polariseren. Integendeel, we proberen

een aanvulling te brengen bij de courante evidence based praktijken en het kwaliteitsparadigma. Het blijft ons inziens een moeilijke oefening om manieren te concipiëren waarop het individu of subject zijn rechtmatige plaats in algemeen toepasbare standaarden, richtlijnen en protocollen kan innemen.

In deze protocollen en richtlijnen, gebaseerd op een psychiatrische diagnostiek, viseert men de detectie van ADHD, waarna de standaard behandeling wordt ingezet. Op die manier wordt het subjectieve verhaal vaak afgesloten. Een psychoanalytische therapie begint bij de klacht en vertrekt van daaruit om deze steeds verder te openen, uit te breiden, in principe tot in het oneindige. Betekenissen blijven immers eeuwig verglijden. Dat laatste is trouwens het fundamentele verschil tussen menselijke en dierlijke taal. Dieren communiceren via tekens waarbij een bepaalde klank of een zeker gedrag altijd dezelfde betekenis heeft. Met haar dansje zegt een honingbij altijd dat er nectar te vinden is op een bepaalde plaats. Zo beschouwd is ook het psychiatrische discours, met de vaste betekenis van bepaalde symptomen, inderdaad een biologisch gegeven en geen discours op mensenmaat.

Willen we de maat der mensen respecteren, dan zijn we verplicht rekening te houden met dat wat de mens onderscheidt van andere wezens, met dat

wat een subject tot een subject maakt, met datgene waarmee het dus afstand neemt van puur neurobiologische factoren en deze overstijgt. Als we echter louter steunen op abstracte objectiveringen en andere wetenschappelijke principes die vreemd zijn aan de psychische logica van een subject, dan krijgt dit geen enkele kans (Lacan, 1966 [1953]). Het is dus nodig om het soms al te strikt wetenschappelijk hulpverleningsdiscours wat menselijke adem in te blazen (Tomkiewicz, 2004; Willi, 2002).

Kelly's klacht bijvoorbeeld verdient het au sérieux te worden genomen. Het is terecht dat zij insisteert. De betekenis van haar ADHD is niet in de eerste plaats dat ze aandachtsstoornissen vertoont of hyperactief en impulsief is. Voor haar verschuift de betekenis van haar klacht voortdurend. Ultiem verwijst het naar de prangende vraag welke plaats ze inneemt in het verlangen van haar moeder.

■ Referenties

Aflalo, A. (2005). Questionnaires et scientisme. http://forumdespsychiatres.org/index.php?option=com_content&task=view&id=72&Itemid=46 (14 mei 2007)

APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arcelus, J., & Vostanis, P. (2005). Psychiatric comorbidity in children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 429-434.

Beck, M.H., Cataldo, M., Slifer, K.J., Pulbrook, V., & Guhman, J.K. (2005). Teaching children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and autistic disorder (AD) how to swallow pills. *Clinical Pediatrics*, 44, 515-526.

Biederman, J., & Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366, 237-248.

Biederman, J., Petty, C.R., Fried, R., Fontanella, J., Doyle, A.E., Seidman, L.J., & Faraone S.V. (2007). Can self-reported behavioral scales assess executive function deficits? A controlled study of adults with ADHD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 240-246.

Boudard, B. (2000). Des quatre discours dans le travail avec les parents. *Les Feuilles du Courtil*. <http://www.courtil.be>

Chan, E., Hopkins, M.R., Perrin, J.M., Herrerias, C., & Homer, C.J. (2005). Diagnostic practices for attention deficit hyperactivity disorder: A national survey of primary care physicians. *Ambulatory Pediatrics*, 5, 201-208.

Declercq, F. (1995). De paranoïede logica van de betekenis: Psychoanalyse en communicatie. *Psychoanalytische Perspectieven*, 27, 87-100.

EINAQ & ATC (2003). Multimodal assessment. Multimodal treatment. http://www.einaq.org/cme_case_studies.php3 (14 mei 2007)

Freud, S. (1985 [1911]). Formuleringen over de twee principes van het psychisch gebeuren. *Psychoanalytische Theorie 1* (pp. 9-24). Meppel-Amsterdam: Boom.

Gault, J.-L. (2004). Psychoanalyse d'une hyperactivité. *La Cause freudienne*, 58, 37-48.

Gol, D., & Jarus, T. (2005). Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47, 539-545.

Havey, J.M., Olson, J.M., McCormick, C., & Cates, G.L. (2005). Teacher's perceptions of the incidence and management of attention-deficit hyperactivity disorder. *Applied Neuropsychology*, 12, 120-127.

Jarratt, K.P., Riccio, C.A., & Siekierski, B.M. (2005). Assessment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) using the BASC and BRIEF. *Applied Neuropsychology*, 12, 83-93.

Lacan, J. (1966 [1949]). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. *Écrits* (pp. 93-100). Paris: Seuil.

Lacan, J. (1966 [1954]). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. *Écrits* (pp. 237-322). Paris: Seuil.

Lacan, J. (1966 [1957]). La psychanalyse et son enseignement. *Écrits* (pp. 437-458). Paris: Seuil.

Lacan, J. (1975 [1953-1954]). *Le Séminaire, livre I : Les écrits techniques de Freud*. Texte établi par J.-A. Miller. Paris: Seuil.

Larner, G. (2000). Towards a common ground in psychoanalysis and family therapy: On knowing not to know. *Journal of Family Therapy*, 22, 61-82.

Leuzinger-Bohleber, M., Staufenberg, A., & Fischmann, T. (2007). ADHD-indication for psychoanalytic treatments? Some clinical, conceptual, and empirical considerations based on the "Frankfurt Prevention Study". *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 356-385.

Miller, J.-A. (2002). Le dernier enseignement de Lacan. *La Cause freudienne*, 51, 7-32.

Nasio, J.D. (1987). *Les yeux de Laure, Transfert, objet a, et topologie dans la théorie de J. Lacan*. Paris: Flammarion.

Nizzoli, U. (2003). Qualité des services ou qualité des soins? *Psychotropes*, 9, 109-117.

Orr, J.M., Miller, R.B., & Polson, D.M. (2005). Toward a standard of care for child ADHD: implications for marriage and family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 191-205.

Pelham, W.E., Fabiano, G.A., & Massetti, G.M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 449-476.

Rauws, G. (2003). ADHD, gedragsvragenlijsten en tests. *Caleidoscoop*, 15, 28.

Roy, D. & Roy, M. (2004). Hyperactiviteit: orde et désordres. *La Cause freudienne*, 58, 28-36.

Tomkiewicz, S. (2004). Taxinomie et classification: avantages et dangers à l'ère de la mondialisation et du DSM IV. *Nord/Sud*, 19, 47-73.

Willi, J. (2002). La psychiatrie risque-t-elle de perdre la psychothérapie? *Psychothérapies*, 22, 271-278.

NIEUW :

Acuris van Siemens brengt weer diepte in het gehoor

Siemens ontwikkelt al sinds 1878 hoortoestellen en heeft een reputatie als leverancier van innovatieve oplossingen die de levenskwaliteit verhogen. Siemens is wereldwijd marktleider in hoortoestellen.

Siemens introduceert vandaag het hoorsysteem Acuris, een geheel nieuwe generatie hoortoestellen.

Zoals er twee ogen nodig zijn om diepte te kunnen zien, zijn er ook twee oren nodig om ruimtelijk te kunnen horen. Bovendien zorgt de samenwerking tussen twee oren voor een betere geluidskwaliteit.



De spectaculaire **ACURIS Life** hoortoestellen zijn **opvallend** onopvallend.

De hoortoestellen zijn nauwelijks zichtbaar, dankzij de kleine behuizing en de "open-aanpas" benadering! Uw oren voelen zich open en vrij, waardoor geluiden en uw eigen stem zeer natuurlijk klinken.

ACURIS Life hoortoestellen leveren uitstekende prestaties, dankzij de ACURIS technologie. Het linker- en rechterhoortoestel communiceren draadloos met elkaar en functioneren als één gezamenlijk systeem, zonder dat u er iets van merkt. ACURIS Life zorgt zo voor een optimaal luistercomfort in iedere situatie!

ACURIS Life hoortoestellen zijn zeer gebruiksvriendelijk, aangezien ze geen bedieningsregelaars hebben. Optioneel bestaat de afstandsbediening, waardoor u controle krijgt over de volumeregeling, de keuze van luisterprogramma en de batterijstatus van uw toestellen.

Wenst U meer te weten over deze nieuwe technologie aarzel dan niet en neem contact op met :

**VERANNEMAN AUDIOLOGIE
GALERIJ RAVENSTEIN 37
1000 BRUSSEL
02/512.67.37
www.veranneman-audio.be**