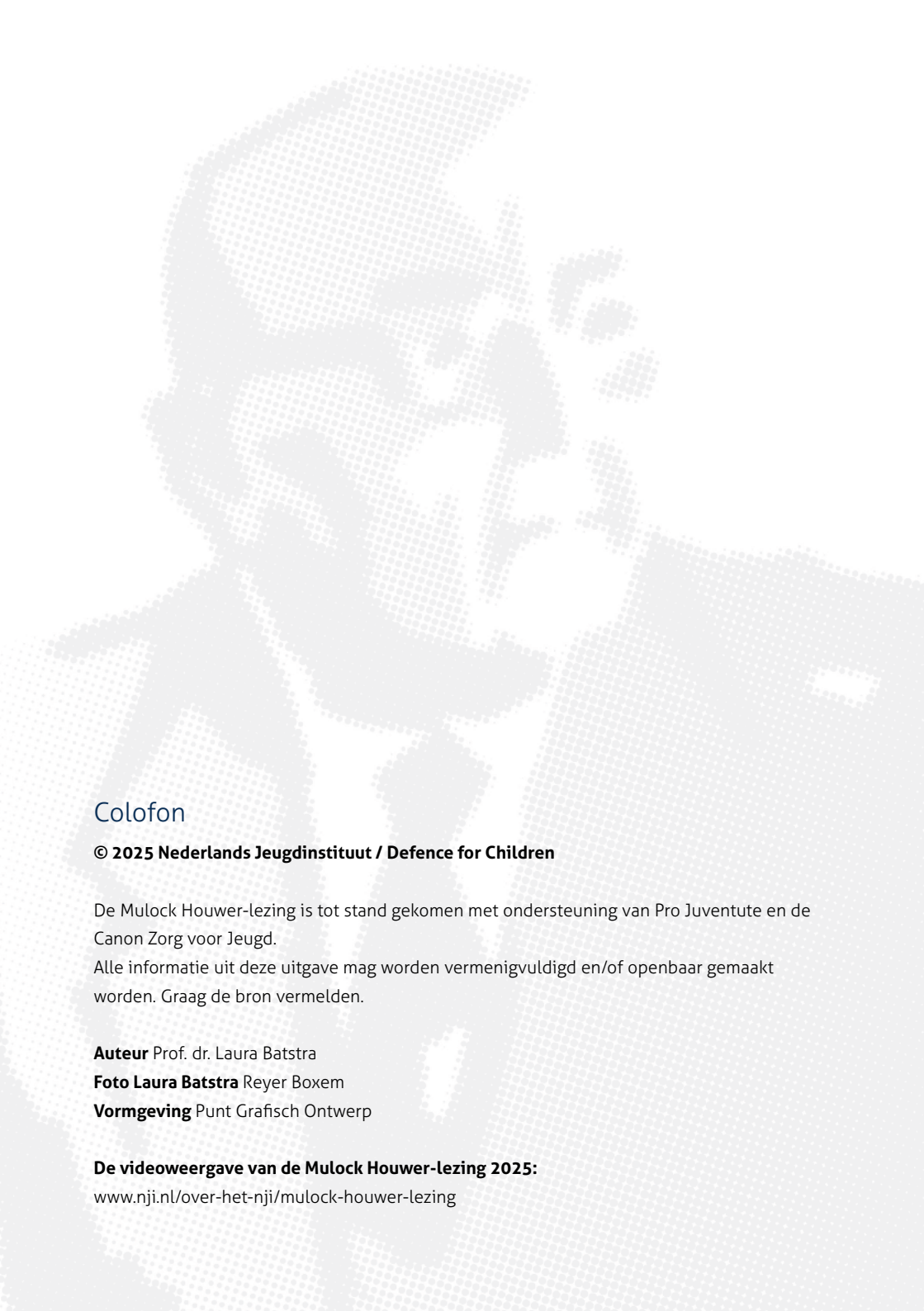


# Ruimte maken voor verschillen

Prof. dr. Laura Batstra  
25 november 2025



Mulock Hower-lezing 2025



## Colofon

© 2025 Nederlands Jeugdinstituut / Defence for Children

De Mulock Houwer-lezing is tot stand gekomen met ondersteuning van Pro Juventute en de Canon Zorg voor Jeugd.

Alle informatie uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden. Graag de bron vermelden.

**Auteur** Prof. dr. Laura Batstra

**Foto Laura Batstra** Reyer Boxem

**Vormgeving** Punt Grafisch Ontwerp

**De videoweergave van de Mulock Houwer-lezing 2025:**

[www.nji.nl/over-het-nji/mulock-houwer-lezing](http://www.nji.nl/over-het-nji/mulock-houwer-lezing)



# Inhoud

|                                             |           |
|---------------------------------------------|-----------|
| <b>Woord vooraf</b>                         | <b>4</b>  |
| <b>Ruimte maken voor verschillen</b>        | <b>5</b>  |
| <b>Inleiding</b>                            | <b>6</b>  |
| <b>Hoe zijn we hier beland?</b>             | <b>8</b>  |
| Psychiatrie: van anti naar biologisch       | 8         |
| Biomedische misvattingen                    | 10        |
| De DSM: etiketten of etiquette?             | 14        |
| <b>Hoe effectief is het geweest?</b>        | <b>17</b> |
| De omgekeerde wereld                        | 17        |
| De treatment prevalence paradox             | 18        |
| <b>Waarom veranderen langzaam gaat</b>      | <b>20</b> |
| Padafhankelijkheid                          | 20        |
| Hardnekkige voorlichting                    | 21        |
| De prevalentie-inflatie hypothese           | 23        |
| <b>Hoe keren we het medicaliserend tij?</b> | <b>24</b> |
| Stepped Diagnosis                           | 24        |
| DSS-I                                       | 25        |
| Ruimte voor orthopedagogen                  | 26        |
| Ter afsluiting                              | 28        |
| <b>Literatuur</b>                           | <b>29</b> |



# Woord vooraf

Op dinsdag 25 november 2025 werd de Mulock Houwer-lezing uitgesproken door Laura Batstra. Dit jaar stond in de lezing, getiteld 'Ruimte maken voor verschillen', het stoppen met labels centraal.

Het aantal behandelingen voor ADHD, autisme, depressie en dyslexie is de afgelopen decennia flink toegenomen. Terwijl het bewijs dat dit kinderen op lange termijn helpt, ontbreekt, aldus Batstra. Laura Batstra liet zien dat in de afgelopen 50 jaar het belang van het kind niet voorop stond. En welke hardnekkige misvattingen hier het gevolg van zijn. In de lezing ging Batstra in op een aantal vragen: Waar komt het stoornisdenken vandaan? En wat heeft dat de maatschappij gebracht? Meer en meer kinderen en volwassenen worden behandeld, maar mentale problemen nemen eerder toe dan af. Hoe komt het dat we doorgaan op dit pad? En zijn er alternatieven?

Volgens Batstra zijn we het verleerd om verschillen tussen kinderen te accepteren en waar-deren: 'Als een kind nu niet meekomt in de maatschappij, dan krijgt het al snel een stoornislabel en proberen we het door middel van allerlei behandelingen in te passen in onze systemen. We denken te weinig na over hoe we systemen kunnen aanpassen aan de waardevolle diversiteit van kinderen die er is. Laten we stoppen met labels en de oplossingen zoeken in de context van het kind, niet in het kind zelf.'

De tekst van de lezing is vastgelegd in deze publicatie.

## Over de Mulock Houwer-lezing

De Mulock Houwer-lezing werd voor de veertiende keer gehouden, en draagt de naam van Daniël Mulock Houwer, pionier in de modernisering van de jeugdzorg. Hij had veel aandacht voor het kind en zijn omgeving en daarmee is zijn gedachtegoed actueler dan ooit. Het Nederlands Jeugdinstituut, Defence for Children, Pro Juventute en Canon zorg voor jeugd organiseren de lezing.

### Over Laura Batstra

Prof. Dr. Laura Batstra is adjunct-hoogleraar orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen. Zij richt zich in haar onderzoek op het normaliseren en de-medicaliseren van als uitdagend ervaren kindgedrag. Binnen het project Druk & Dwars ontwikkelt ze samen met het betrokkenen cursussen voor ouders, leerkrachten en pedagogisch medewerkers. Ze is auteur van het boek 'ADHD: Macht en Misverstanden', waarin ze pleit voor een niet-problematiserende aanpak van druk en ongeconcentreerd kindgedrag.





# Ruimte maken voor verschillen

Prof. dr. Laura Batstra  
25 november 2025



# Inleiding

Het is me een hele eer dat ik dit jaar de Mulock Houwer-lezing mag verzorgen. Ten eerste natuurlijk vanwege de bijzondere figuur van Daan Mulock Houwer, een invloedrijke ervaringsdeskundige in de jeugdzorg. Daarnaast is het ook een eer dat ik in de voetsporen mag treden van zeer gewaardeerde voorgangers, van wie er maar liefst drie collega van me zijn geweest bij de Groningse afdeling Orthopedagogiek waar ik met steeds meer trots werk: Carla van Os, Tom van Yperen en Bert Wienen. Maar ook andere pedagogen die ik zelf al lange tijd volg, zoals Micha de Winter en Ido Weijers, verzorgden eerder de Mulock Houwer-lezing. Ik sta vandaag een beetje op de schouders van al deze fantastische mensen, wat jullie zullen gaan merken in mijn verwijzingen naar hun werk.

## *'Een opvoeding waarbij het schuurt leert ons dingen'*

De titel van mijn verhaal luidt 'Ruimte maken voor verschillen'. Niet de meest spectaculaire titel, maar elk woord erin doet ertoe. Allereerst **Ruimte**: ik ga pleiten voor meer ruimte voor kinderen én meer ruimte voor pedagogen en orthopedagogen. Die ruimte moeten we actief **Maken**. Opereren naast het dominante stoornisparadigma is niet genoeg; als we dat achterhaalde gedachtengoed niet ontmantelen, dan blijven we als pedagogen bescheiden rommelen in de marge. En daarmee doen we kinderen tekort. **Voor**, het derde woord in de titel, is ook van belang, want ik ga in mijn lezing weliswaar tekeer tegen van alles, maar dat staat in teken van een oproep vóór het omarmen van verschillen en verscheidenheid. **Verscheiden** is het sleutelwoord. Verscheiden tussen kinderen zijn er, bijvoorbeeld in de mate waarin het opgroeien niet vanzelf gaat. En verschillen zijn waardevol, een opvoeding waarbij het schuurt leert ons dingen (Wienen, 2025).

Maar ook als dat niet zo is, dan is het – in de woorden van Mulock Houwer zelf – ‘éénvoudig een plicht van de gemeenschap om haar in moeilijkheden verkerende kinderen tijdig te helpen’. Met dit citaat begon Bert Wienen zijn lezing in 2021. Hij hield een pleidooi voor een nieuw kinderrecht, namelijk het recht om te falen. Een terecht recht, laten we ophouden elkaar op te hitsen om uit alle macht het ‘het beste’ uit onszelf én uit onze kinderen te halen. In de woorden van cabaretier Theo Maassen in zijn huidige theatershow *Onbegonnen Werk*: ‘Het beste van jezelf, dat kun je toch juist beter laten zitten?’

Overigens had Mulock Houwer, zelf opgegroeid in tehuizen en pleeggezinnen, het overwegend over kinderen die geen thuis meer hadden of niet meer thuis konden wonen. Mijn betoog gaat over de snelst gegroeide en meest voorkomende vorm van jeugdzorg, namelijk de ambulante jeugdhulp (CBS, 2024). Ambulante jeugdhulp betekent dat de jongere thuis woont, en hulp krijgt voor psychische of gedragsproblemen, en/of dat de ouders hulp krijgen bij de opvoeding. Een groot deel van deze kinderen krijgt ook een diagnostisch label zoals ADHD, autisme, depressie of dyslexie (Universiteit Utrecht, n.d.).

Ik denk dat vrijwel iedereen het er wel mee eens is dat het ‘een plicht van de gemeenschap is om haar in moeilijkheden verkerende kinderen tijdig te helpen’. Over de vraag hoe dat helpen het beste kan, zijn de meningen echter verdeeld. De halve eeuw die achter ons ligt heeft in teken gestaan van helpen middels het in toenemende mate sleutelen aan individuele kinderen en hun ouders. In deze lezing schets ik hoe we in deze behandelcultuur beland zijn en vervolgens hoe effectief al het gelabel en ge-behandel geweest is. Ik kan u alvast verklappen, dat valt nogal tegen. Hoewel dat steeds duidelijker wordt, blijkt het lastig te zijn om dingen fundamenteel anders te doen. Ik ga kort met u bespreken wat verandering zo lastig maakt. Ik sluit af met een aantal suggesties die kunnen helpen het nog altijd dominante medicaliserende stoornistij te keren. Hierbij versta ik onder medicalisering niet alleen medicatie voorschrijven, maar vooral ook het spreken over eigenschappen en gedrag in stoornistaal.



# Hoe zijn we hier beland?

Hoe zijn we beland in de huidige situatie van een samenleving waarin ruim een op de zeven kinderen tot 18 jaar een vorm van jeugdzorg ontvangt (CBS, 2025)?

In de afgelopen decennia is het beroep op jeugdzorg enorm toegenomen, zoals Tom van Yperen al liet zien in zijn Mulock Houwer-lezing in 2023. Hij beschreef in die lezing hoe pogingen om hier een rem op te krijgen strandden doordat verschillende partijen hun eigen belangen lieten prevaleren boven de belangen van kinderen. In het verleden maakte ik hierover nog weleens een vergoelijkende opmerking als 'Dat is ook wel begrijpelijk, organisaties

*'Het is genoeg geweest!'*

en instellingen moeten hun eigen posities ook verdedigen'. Maar eerlijk gezegd denk ik nu 'Het is genoeg geweest!'. We hebben de plicht – om andermaal Daan Mulock Houwer te citeren – om met elkaar deze kinderen op een goede manier te helpen en daarvoor móeten we hún belang eerste prioriteit maken.

Ik ga u meenemen in de ontwikkelingen van de afgelopen 50 jaar, waarin we zullen zien dat 'the best interest of the child' vaker niet leidend was. Ik wil u vertellen over zeer prevalentie en hardnekkige misvattingen die hier het gevolg van zijn. Hierbij zal ik vaak het voorbeeld van de bekende stoorniscategorie ADHD gebruiken, maar wat ik vertel, gaat in grote mate ook op voor andere classificaties, zoals autisme, depressie en dyslexie.

## **Psychiatrie: van anti naar biologisch**

Vroeger was niet alles beter. In de eerste helft van de vorige eeuw waren mensen met ernstige psychische problemen zeer slecht af. Men labelde ze als krankzinnig of zwakzinnig, sloot ze op in gestichten waar de nadruk niet lag op herstel en integratie maar op beheersing. Dit gebeurde met de meest verschrikkelijke middelen: fixatie, isolatie en lobotomie zijn enkele voorbeelden.

Kinderen met ernstige gedragsproblemen kwamen terecht in internaten, tuchthuizen en heropvoedingsgestichten. Ook daar gold een hardhandige aanpak, gericht op straf en vernedering om kinderen te disciplineren. Een kind dat in bed had geplast, moest bijvoorbeeld met het natte laken om zichtbaar voor de andere kinderen een tijd in de tuin staan, ook in de winter. In de allereerste Mulock Houwer-lezing in 2011 beschreef Ido Weijers dat Mulock Houwer gruwde van dit soort wat hij noemde *paedagogische monstrositeiten*. Hij pleitte voor meer aandacht voor de belevingswereld van kinderen en voor het investeren in relaties en vertrouwensbanden met hen.

Dit is in lijn met wat de antipsychiatrie, die vanaf de jaren 60 en 70 opkwam, voorstond. Binnen deze beweging zette men zich ook af tegen monstreuze interventies door autoritaire psychiaters en pleitte men voor begrip, contact en medemenselijkheid in plaats van onderdrukking (e.g. Laing, 1961). Sommigen van u kennen wellicht het in Nederland wereldberoemde boek van Jan Foudraïne (1971) dat hierover ging. De titel '*Wie is van hout.*' verwijst naar de ontmenselijking binnen de psychiatrie. Mensen werden behandeld alsof ze van hout waren: levenloos, gevoelloos, zonder innerlijke wereld.

De antipsychiatrische beweging won aan populariteit, onder andere doordat ze aansloot bij brede maatschappelijke bewegingen als studentenprotesten en het feminisme, welke zich ook afzetten tegen autoriteit en controle. Bestsellerboeken zoals die van Jan Foudraïne (1971), Thomas Szasz (1961) en Michel Foucault (1965) en de filmkaskraker *One flew over the cuckoo's nest* (Forman, 1975) schilderden de psychiatrie af als een onderdrukkend systeem en wakkerden de publieke kritiek erop aan. De psychiatrie had weinig om zich hiertegen te verdedigen: haar behandelingen hielpen doorgaans inderdaad nauwelijks.

Het veelbesproken experiment van David Rosenhan (1973) zette de betrouwbaarheid en validiteit van psychiatrische diagnoses nog meer op losse groeven. Rosenhan en een groep vrijwillige 'pseudo-patiënten' deden alsof ze stemmen hoorden en lieten zich opnemen in verschillende psychiatrische ziekenhuizen in Amerika. Zodra ze opgenomen waren, gedroegen ze zich weer normaal. Ondanks dat kregen ze allerlei verschillende diagnoses en bleef het personeel hen behandelen als psychiatrisch patiënt. Hoewel er, zoals bij veel wereldberoemde experimenten, later vraagtekens zijn gezet bij de kwaliteit van de studie (Slater, 2004), heeft ze enorme impact gehad en de positie van de psychiatrische discipline flink aan het wankelen gebracht. De psychiatrie moest iets doen om haar geloofwaardigheid te redden. Dat iets werd de DSM-III, oftewel de derde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, het psychiatrisch handboek waarin alle stoornissen die we hebben beschreven staan. De DSM-III kwam uit in 1980 en verschilde fundamenteel van haar voorgangers. De DSM-I en II definieerden stoornissen namelijk vooral als dynamische reacties op innerlijke conflicten of externe omstandigheden. De DSM-III daarentegen liet alle ideeën over oorzakelijke factoren

## *'Kwantificering wekt vaak de schijn van objectiviteit, zo ook met DSM-definities.'*

los en zette in op het zo nauwkeurig mogelijk definiëren van stoornissen. Dat deed ze middels telbare symptoomcriteria. Iemand kon de classificatie depressie bijvoorbeeld krijgen wanneer diegene voldeed aan vijf van de negen omschreven symptomen. Kwantificering wekt vaak de schijn van objectiviteit, zo ook met DSM-definities. Men zag stoornisdefinities opeens veel meer als objectief vast te stellen aandoeningen, en ging er van alles aan ophangen, zoals medische keuringen en vergoedingen voor behandeling.

Door de als precies ervaren DSM-III-definities konden wetenschappers ook beter homogene patiëntengroepen selecteren voor neurobiologisch en farmacologisch onderzoek (Suris et al., 2016). Dit stimuleerde studies naar hersenstructuren, neurotransmitters en medicamenteuze behandelingen. De DSM-III positioneerde de psychiatrie op deze manier meer nadrukkelijk als medische discipline. De verwachtingen van het onderzoek op basis van de DSM-III waren hoog: omdat men op groepsniveau al kleine hersenverschillen zag tussen groepen met en zonder diagnose, dacht men dat het vaststellen van biologische oorzaken voor psychische stoornissen slechts een kwestie van tijd was.

Vele miljarden, van zowel de farmaceutische industrie als overheden, zijn besteed aan hersen- en genonderzoek met steeds geavanceerdere apparatuur. De treurige uitkomst van al dit onderzoek is dat in 45 jaar voor geen enkele stoornis in de huidige DSM achterliggende hersenkenmerken of genvariaties zijn gevonden (Kupfer et al., 2002; Scull, 2021; Schleim, 2022). Wat al dit onderzoek en de aandacht ervoor helaas wel heeft opgeleverd is een disproportionele focus op het individu en diens hersenen, ten koste van aandacht voor de context waarin emoties en gedragingen zich voordoen of als probleem ervaren worden (Batstra & Frances, 2025).

### **Biomedische misvattingen**

In de voorlichting over stoornissen zie je twee denkfouten veelvuldig terugkomen: cirkelredeneringen en de ecologische fout. Deze denkfouten werken reïficatie in de hand, wat vervolgens kan bijdragen aan de heersende vroegsignaleringsmanie.

## **Cirkelredeneringen**

We zeggen vaak dingen als 'Marietje is druk door haar ADHD' of 'Ik heb moeite met spellen wegens mijn dyslexie' of 'Robin is autistisch en daardoor erg gevoelig voor prikkels'. Hier zit een heel vreemde cirkelredenering in. We hebben in 1980 de naam Attention Deficit Hyperactivity Disorder, afgekort ADHD, aan druk en ongeconcentreerd gedrag gegeven. Vervolgens gaan we die naam, ADHD, opvoeren als oorzaak van de gedragingen die die naam omschrijft.

Stel we noemen de ernstige stress die sommige ouders ervaren bij het opvoeden van hun kinderen OpvoedStress, afgekort OS. Als we vervolgens tegen die ouders zeggen 'U heeft OS, dat verklaart waarom u zo gestrest bent', dan is vrij duidelijk dat we in een kringetje praten. En dan komen we daar niet mee weg. Door het een naam te geven weten we nog helemaal niets over waarom iemand opvoedstress ervaart. Dat kan komen door wonen in een onveilige buurt, of door niet op één lijn zitten met de medeopvoeder, of door uitdagend gedrag van de kinderen, of door weinig draagkracht vanwege bijvoorbeeld een lichamelijke kwaal, enzovoort. Het meest waarschijnlijk is dat er een combinatie van factoren speelt die voor iedere ouder met OS weer anders is.

Ditzelfde geldt voor ADHD, autisme, depressie, dyslexie enzovoort: we beschrijven er eigenschappen of gedragingen mee die we afwijkend vinden, maar we verklaren er die eigenschappen en gedragingen niet mee. Een kind kan om allerlei verschillende redenen druk gedrag vertonen en dat gedrag kan ook om allerlei verschillende redenen als probleem ervaren worden. Voor ieder kind, iedere volwassene, verschilt het palet aan oorzakelijke factoren. Het gevaar nu van het verwarren van 'naming' met 'explaining' is dat we, als we denken dat we met het label de oorzaak van de problemen te pakken hebben, niet meer verder kijken. En daarmee missen we oorzakelijke factoren die mogelijk wél beïnvloedbaar zijn.

*'Het gevaar nu van het verwarren van 'naming' met 'explaining' is dat we, als we denken dat we met het label de oorzaak van de problemen te pakken hebben, niet meer verder kijken.'*

Het aanzien van een naam voor een oorzaak wordt nog versterkt als we en masse geloven dat iets als ADHD een hersendefect is. Over OS, of opvoedstress, is ons nooit wijsgemaakt dat het linksachter of rechtsvoor in de hersenen zit, maar over ADHD en depressie bestaan dit soort hersenmythen wel.



### De ecologische fout

In de zojuist getoonde video zagen we wat het NOS Journaal op zeker ogenblik aan heel Nederland vertelde: 'Onderzoek toont nu aan dat je ADHD kunt zien op hersenscans'. Deze boodschap nam de NOS over van een nieuwsbericht van een Nederlandse universiteit (Radboud-universiteit Nijmegen, 2017). Ook stelt men vaak dat er bij ADHD een tekort is aan de neurotransmitters dopamine en noradrenaline (Parnassia, n.d.), zoals bijvoorbeeld op deze website van een grote Nederlandse zorginstelling:

### Waardoor ontstaat ADHD?

ADHD is een neurobiologische stoornis. ADHD is vaak erfelijk en komt in families voor. Het gaat bij ADHD om de combinatie van erfelijke aanleg en omgevingsfactoren. De hersenen functioneren iets anders bij ADHD. Er lijkt een tekort aan zogeheten neurotransmitters (dopamine en noradrenaline), want de medicijnen die voor ADHD effectief zijn, verhogen deze stoffen in de hersenen. Deze neurotransmitters zorgen ervoor dat informatie tussen de ene zenuwcel snel en goed wordt doorgegeven aan een andere zenuwcel. De symptomen lijken te ontstaan door een tekort aan neurotransmitters, omdat de ernst ervan afneemt bij gebruik van ADHD medicatie.

De redenering dat de werkzaamheid van medicatie die dopaminespiegels verhoogt zou bewijzen dat er dus eerst een tekort aan dopamine was, is logisch onhoudbaar. Ter vergelijking: bij veel mensen die kampen met verlegenheid, zie je dat die verlegenheid wat afneemt na consumptie van een aantal glazen bier of jenever. Als mensen minder verlegen worden van alcohol, bewijst dat dan dat ze voordat ze gingen drinken een alcoholtekort in hun brein hadden?

Het gaat mij nu echter vooral om de beweringen dat mensen met ADHD kleinere hersenen of een tekort aan dopamine in hun brein zouden hebben. Wetenschappers of zorgprofessionals die dit zeggen, maken de zogenoemde ecologische fout. Dat betekent dat ze bevindingen die gedaan zijn op groepsniveau klakkeloos generaliseren naar het individu. En dat kan niet, zeker niet als de groepsverschillen – zoals in ieder hersenonderzoek naar psychische stoornissen – piepklein zijn.

Stel ik zou het publiek bij deze lezing in twee groepen verdelen: mensen met blauwe ogen en mensen met bruine ogen. Vervolgens ga ik met vragenlijsten allerlei eigenschappen van u in kaart brengen. Na mijn statistische toetsing concludeer ik dat de blauwogige groep significant hoger scoort op competitiviteit dan de bruinogige groep. Kan ik dan tegen iedere blauwogige die ik tegenkom zeggen: 'Jij bent competitief'? Nee natuurlijk.

Toch vertellen we kinderen met de classificatie ADHD dit wel: Jij hebt een tekort aan dopamine. En kinderen met autisme horen nog steeds dat ze grotere hersenen hebben en mensen met een depressie dat ze een tekort aan serotonine hebben wat antidepressiva recht kunnen trekken. In al deze gevallen is sprake van de ecologische fout, en generaliseert men piepkleine verschillen op groepsniveau ten onrechte naar individuen. Zoals gezegd, 45 jaar lang peperduur hersenonderzoek heeft vooral aangetoond dat psychische stoornissen niet te zien zijn in de hersenen van individuen (Kupfer et al., 2002; Scull, 2021; Schleim, 2022). Natuurlijk hebben de hersenen van alles te maken met onze emoties en gedragingen, maar het is niet mogelijk om concrete hersenenkenmerken per stoornis aan te wijzen. Al onze hersenen verschillen van elkaar, of je nou psychische problemen ervaart of niet.

*'45 jaar lang peperduur hersenonderzoek heeft vooral aangetoond dat psychische stoornissen niet te zien zijn in de hersenen van individuen.'*

## Het nut van vroegsignalering

Kierelredeneringen en hersenmythes versterken reïficatie. Reïficatie betekent letterlijk 'tot ding maken'. In dit geval ziet men abstracte stoornisdefinities dan ten onrechte aan voor concrete ziekte-entiteiten en gaat men het medisch model toepassen op gedrag.

Bij veel lichamelijke ziekten past behandelen via het medisch model: je wil dan de oorzaak van het lijden zo snel mogelijk opsporen om een passende behandeling in te zetten. Koorts kan bijvoorbeeld een symptoom zijn van een ontsteking in het lichaam, en die behandel je dan met antibiotica om erger te voorkomen. Veel dorst en wazig zien kunnen symptomen zijn van een chronisch hoog bloedsuikergehalte, wat we dan diabetes noemen en behandelen met insuline. Vroegdiagnostiek kan in deze voorbeelden heel verstandig zijn; hoe eerder je een infectie of diabetes behandelt, hoe beter.

Sommige zorgverleners en wetenschappers passen het medisch model ook toe op de abstracte definities in de DSM. Dat is vrij onzinnig, want terwijl bij diabetes het symptoom veel dorst het gevolg is van een fysiek aantoonbaar hoog bloedsuikergehalte, ligt er bij ADHD aan het 'symptoom' 'vaak voor de beurt praten' geen lichamelijke oorzaak ten grondslag. Daarom is het eigenlijk ook heel verwarrend dat de DSM steeds spreekt van symptoomcriteria (Meerman, te, et al., 2022). Het woord symptoom is medisch jargon en veronderstelt een onderliggende lichamelijke afwijking, maar die is bij ADHD en andere psychische stoornissen nooit aangetoond.

Toch blijven veel wetenschappers het medisch model hardnekkig hanteren voor stoornisdefinities. Ze willen dan ADHD en autisme zo vroeg mogelijk diagnosticeren en behandelen, soms zelfs al bij baby's en peuters (Rooijen, van, 2022). Zij en de subsidieverstrekken die dergelijk onderzoek financieren lijken – heel reïficerend – te denken dat stoornissen al van jongs af aan 'huizen' in kinderen. Ze vergeten dat ADHD en autisme geen ziekte-entiteiten zijn, maar slechts namen voor gedrag dat zich ontwikkelt in een context die van grote invloed is op dat gedrag.

## De DSM: etiketten of etiquette?

In de DSM staan dus geen ziekte-entiteiten beschreven maar eigenschappen en gedragingen. In veel lezingen vraag ik het publiek of ze weten hoe deze gedragingen in de DSM komen. Als ik vertel dat DSM-classificaties ook wel BOGSAT-diagnoses worden genoemd – Bunch of Guys Sitting Around a Table – dan moet men vaak erg lachen. Maar dit is hoe stoornissen tot stand komen: een groep van overwegend mannelijke psychiaters zit aan een tafel en discussieert en stemt over welke gedragingen in de DSM zullen worden opgenomen en dus voortaan een stoornis zullen heten.

Dit discussiëren en stemmen doen ze natuurlijk op basis van argumenten, kennis en ervaring. Maar de normen en waarden in de samenleving spelen ook een belangrijke rol. Bijvoorbeeld, tot 1973 stond homoseksualiteit als stoornis in de DSM. En homoseksualiteit werd niet uit de DSM gehaald omdat er nieuwe onderzoeksgegevens waren die bewezen dat het hier geen stoornis betreft. Het waren protesten vanuit de maatschappij die druk legden op de DSM-taakgroep om dit te beslissen. Nog niet zo lang geleden heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie spijt betuigd voor de verschrikkelijke manieren waarop men in het verleden homoseksualiteit probeerde weg te behandelen (NVvP, 2023).

De invloed van normen en waarden zien we ook aan gedragingen die niet in de DSM staan. De geschiedenis laat bijvoorbeeld zien dat gehoorzaamheid desastreuze gevolgen kan hebben, maar 'extreme gehoorzaamheid' staat niet als stoornis in de DSM en er is geen psychiater die het vroeg wil diagnosticeren en behandelen. Of wat dacht u van competitiviteit, de blauwogigen in het eerder verzonnen experiment 😊. Competitiedwang kan op allerlei manieren lijden veroorzaken, maar het staat niet in de DSM (Hyper Competitive Disorder, HCD). Eigenschappen als gehoorzaamheid en competitiviteit waarderen we namelijk in onze samenleving! In een klas met dertig kinderen ben je allang blij als er een paar gehoorzamen tussen zitten. En competitief zijn hangt samen met succesvol zijn, en succes is de norm in onze prestatie maatschappij.

De DSM zegt kortom ook iets over wat wij als samenleving vinden. Het is – in de woorden van mijn Groningse collega Trudy Dehue (Tijhaar, 2024) – misschien meer een *etiquette* handboek dan een *etiketten* handboek. Het beschrijft immers in rijen van symptoomcriteria welke gedragingen en eigenschappen we lastig vinden en waar we – in de woorden van het typetje Frank van de Putten van de fenomenale Van Kooten en De Bie – 'voor behandeld moeten worden'.

Dit vinden we kennelijk van steeds meer eigenschappen, want ons handboek van stoornissen wordt steeds dikker. De DSM-I uit 1952 omschreef ongeveer honderd stoornissen, in de DSM-5 uit 2013 waren dat er iets van vierhonderd. De laatste DSM-update verscheen in 2022, en daarin is slechts één nieuwe stoornis toegevoegd: de persistente rouwstoornis (prolonged grief disorder). Voor deze categorie kom je in aanmerking als je een jaar na het verlies van een dierbare diegene nog steeds intens mist en het moeilijk vindt om de draad van het leven op te pakken. Over deze 'stoornis' is veel discussie geweest.

## 'Als we rouw pathologiseren, pathologiseren we dan niet ook de liefde?'

De voorstanders van het opnemen van rouw als stoornis in de DSM hadden goede argumenten: in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen is het namelijk nog steeds zo dat je behandeling pas vergoed kan krijgen als er eerst een DSM-classificatie vastgesteld is. En soms wil je mensen die helemaal vastlopen in hun rouw natuurlijk graag helpen.

De tegenstanders van de rouwstoornis stellen dat rouw iets is waar we allemaal mee te maken krijgen, het hoort in die zin bij het leven. En hevig rouwen, dat doe je als je heel veel van iemand houdt, als je – met andere woorden – het geluk hebt dat je grote liefde in je leven gekend hebt. Rouw heeft daarmee ook iets diep waardigs. Als we rouw pathologiseren, pathologiseren we dan niet ook de liefde?

Ook over andere stoornisclassificaties in de DSM is veel discussie geweest. Is het bijvoorbeeld zinvol om de voor velen herkenbare vergeetachtigheid bij het ouder worden *Mild Neuro-cognitive Disorder* te dopen? Of de driftbuien die veel jonge kinderen laten zien *Disruptive Mood Disregulation Disorder*? Let wel, critici van deze stoorniscategorieën stellen niet dat deze problemen onecht zijn en dat we ze niet serieus moeten nemen. De vraag is alleen of het hier psychiatrische problematiek betreft, die medisch-psychiatrische behandeling behoeft. Moeten we alles wat lastig is in het leven wel weg willen poetsen, en kunnen we dat?



# Hoe effectief is het geweest?

In 2010 nam ik ontslag bij de kinderpsychiatrische polikliniek waar ik werkte, omdat ik het steeds minder eens was met het gemak waarmee kinderen labels en medicijnen toebedeeld kregen. Bovendien werd mijn kritiek hierop de kop ingedrukt. Ik moest zelfs op het matje komen bij mijn leidinggevenden, die dreigden met maatregelen als ik niet zou stoppen met mijn publieke kritische noten. Zij hadden beter eerst even met mijn moeder kunnen bellen: *'Zeg nóóit tegen Laura dat ze iets niet moet doen!'*

## De omgekeerde wereld

Na mijn ontslag kampte ik met zorgen en schuldgevoel. Ik liet de vele leuke kinderen en ouders die ik had leren kennen immers achter bij een beleid dat in mijn ogen niet deugde. Vanuit mijn nieuwe baan bij Orthopedagogiek bleef ik in artikelen, de media en een boek actief kritisch op het al te snel labelen en behandelen van kinderen. Een reactie die daar veelvuldig op terugkwam was: *'Laura, kom eerst maar eens met bewijs voor jouw aanname dat kinderen beter af zijn zonder classificatie en behandeling.'*

Dat heb ik altijd een heel bijzondere omkering van zaken gevonden. Volgens mij moet je juist als je ingrijpt op kinderlevens, ijzersterk bewijs hebben dat deze kinderen daarmee beter af zullen zijn. En het is schokkend, maar het in toenemende mate labelen en behandelen van kinderen is al die decennia gebeurd in complete afwezigheid van evidentie dat dit die kinderen op de lange duur verder zou helpen (Roest et al., 2023).

*'Het in toenemende mate labelen en behandelen van kinderen is al die decennia gebeurd in complete afwezigheid van evidentie dat dit die kinderen op de lange duur verder zou helpen.'*

## *'Onderzoek naar het nut en de risico's van diagnostiek en behandeling had moeten plaatsvinden vóórdat miljoenen kinderen eraan werden blootgesteld.'*

Hoewel diagnoses voor erkenning en begrip kunnen zorgen en interventies op korte termijn kunnen helpen, tonen recente studies aan dat ze op de lange termijn de meeste kinderen geen voordeel bieden maar wel risico's met zich meebrengen. Het gaat dan om risico's als uitsluiting van opleidingen en banen (Ringbom et al., 2022), middelenmisbruik (Copeland et al., 2022), lager zelfbeeld en minder prosociaal gedrag (O'Connor et al., 2020), minder zelfvertrouwen en minder ervaren leervermogen (Kazda et al., 2022), en lage verwachtingen van leerkrachten, die daadwerkelijk onderprestatie tot gevolg kunnen hebben: het zogenoemde Golem-effect (Franz et al., 2023)

Deze studies laten zien dat kinderen op de lange termijn beter af kunnen zijn zonder labels en interventies, ook als ze gedrag vertonen dat aan de criteria voor een DSM-stoornis voldoet. Dit roept ernstige ethische vragen op over kinderrechten en zorg: onderzoek naar het nut en de risico's van diagnostiek en behandeling had moeten plaatsvinden vóórdat miljoenen kinderen eraan werden blootgesteld.

### **De treatment prevalence paradox**

De ineffectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg wordt ook geïllustreerd door de Treatment Prevalence Paradox (TPP) oftewel de Behandel Prevalentie Paradox (Ormel et al., 2022): hoewel het aantal medicamenteuze en gedragsbehandelingen sinds de jaren 80 enorm is toegenomen, neemt het aantal stoornissen in de samenleving niet af.

Nou is het wel zo dat de prevalentie van stoornissen en de effectiviteit van behandelingen doorgaans bepaald worden middels vragenlijsten of interviews die stoorniscriteria uitvragen. Het kan natuurlijk zo zijn dat de mate van ADHD, angst of depressie door een behandeling niet verdwijnt, maar dat men wel leert om er beter mee om te gaan. Volgens arts, psychotherapeut en schrijver Flip Jan van Oenen moeten we af van de hulp-helpt-mythe en eerlijker benoemen

dat therapie hooguit kan ondersteunen bij het beter verdragen van psychisch leed (Oenen, van, 2025). Voor het oplossen ervan moeten we andere manieren vinden.

Naast de hulp-helpt-mythe is de opvoeden-is-leuk-mythe minstens even hardnekkig. Kinderen opvoeden is prachtig, maar óók worstelen, verdragen en incasseren. Zaken die je zelden terug-ziet op de sociale media of in de bladen. Het zou wellicht al enorm schelen als we met elkaar erkennen dat opvoeden niet alleen maar leuk is.

Ik vat even samen wat we tot nu besproken hebben:

- 45 jaar hersenonderzoek heeft voor geen enkele stoorniscategorie in de huidige DSM een oorzaak of corresponderend mechanisme in de hersenen gevonden
- Het psychisch labelen en behandelen van kinderen, wat we in de afgelopen decennia in toenemende mate zijn gaan doen, heeft de meeste kinderen en gezinnen op de lange termijn niet verder geholpen.

Desalniettemin blijven we investeren in meer hersenonderzoek en meer jeugdzorg. Vorig jaar nog reikte de toenmalige minister Dijkgraaf 23,23 miljoen euro aan belastinggeld uit aan onderzoekers die claimden dat hen zou lukken wat andere wetenschappers in 45 jaar niet gelukt is: het lokaliseren van psychische stoornissen in de hersenen. Deze enorme subsidie is vooral voordelig voor de carrières van de veel-belovende (als in zij die veel beloven) onderzoekers, en het is ergens begrijpelijk dat zij veel beloven: met realistisch-bescheiden voorstellen haal je geen subsidies binnen.

Toch deugt dit overbeloven niet, want de kans dat de belastingbetalende burger iets van dit onderzoek gaat merken is uitermate klein (Batstra et al., 2024). DSM-classificaties zijn en blijven vage definities, waardoor de problematiek van mensen met eenzelfde stoornislabel zeer verschillend is. De aanname dat onder die diverse problemen eenzelfde pathofysiologie zou liggen is even onverwoestbaar als onlogisch.

Naast blijvende investeringen in vruchteloos en peperduur hersenonderzoek, nemen ook de kosten voor en het aantal aanbieders van individuele hulptrajecten toe (NZa, 2025; CBS, 2025). Waarom gaan we maar door met hersenonderzoek en individuele zorg terwijl dit zo weinig oplevert?



# Waarom veranderen langzaam gaat

In dit derde deel van de lezing bespreek ik drie mechanismen die maken dat veranderen moeizaam gaat: padafhankelijkheid, voorlichting en prevalentie-inflatie.

## Padafhankelijkheid

Sharon Stellaard laat in haar proefschrift Boemerangbeleid (2023) overtuigend zien hoe beleidskeuzes uit het verleden vaste structuren, routines en belangen hebben gecreëerd, wat het bijna onmogelijk maakt om nog radicaal van richting te veranderen, ook al is dat hard nodig. Dit noemt Stellaard padafhankelijkheid.

We zijn in 1980 een pad ingeslagen waarbij de DSM, hersenonderzoek en individuele behandelingen zeer leidend waren. Rondom dit pad zijn sindsdien allerlei belangen ontstaan. Er zijn instituten gebouwd, leerstoelen bekleed en wetenschappelijke carrières omheen gevormd. De geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulpverlening zijn ingericht rondom het diagnosticeren en behandelen van stoornissen. DSM-categorieën zijn ook leidend bij veel opleidingen, cursussen en patiëntverenigingen. Laten we ook de vragenlijstindustrie niet vergeten. De uitgever van de wereldwijd gebruikte Child Behavior Checklist (CBCL) bijvoorbeeld verkoopt niet alleen vragenlijsten, maar ook handleidingen, handscoringsprofielen en computerscoringsprogramma's.

*'Niemand met invloed durfde of kon  
écht een ander pad creëren.'*

Ik kan nog heel lang doorgaan met het opnoemen van belangen, systemen en verdienmodellen die zijn gegroeid rondom het stoornisdenken. Die belangen belemmeren verandering. Eigenlijk laat de ontvangst van het proefschrift Boemerangbeleid zelf zien hoe dit gaat. Het boek sloeg in als een bom, en Stellaard werd overal uitgenodigd om erover te presenteren. Iedereen was onder

de indruk van haar rake analyses, maar niemand met invloed durfde of kon écht een ander pad creëren. Met als gevolg dat men nu goed geïnformeerd en met volle bewustzijn dysfunctionele patronen herhaalt.

Stellaards proefschrift was een joekelse steen in de vijver, maar de systemen zitten zo rotsvast dat er wezenlijk niets veranderde. Zo zal dat ook gaan met deze lezing, een klein steentje in de vijver dat hopelijk voor enige rimpeling zal zorgen, waarna iedereen weer verder gaat met de systemische orde van de dag. De troost is dat vele grote en kleine stenen samen uiteindelijk verandering kunnen brengen. Hoe hopeloos het soms ook lijkt, we moeten blijven bouwen aan nieuwe manieren van werken, terwijl we de oude ineffectieve benaderingen ontmantelen. Dat laatste is van groot belang, want als we het oude bekende ongemoeid laten, dan valt men daar steeds in terug en ontstaat er geen ruimte voor nieuwe paden.

Deze ruimte kan wel ontstaan als we het even achterhaalde als hardnekkige biomedische stoornisdenken tegengaan.

## Hardnekkige voorlichting

Dat tegengaan is wel makkelijker gezegd dan gedaan, want medicaliserende misinformatie is overal. Ik kan legio voorbeelden geven en heb dat – heel bewust – in deze lezing ook al volop gedaan. Hier voeg ik nog enkele toe: zelftesten, studieboeken, kinderboeken en TikTok.

Op internet wemelt het van de zelftesten voor stoornissen. Ik heb aardig wat van die testen in zitten vullen en... het gaat blijkbaar niet goed met me. Uit de test van Mind bleek bijvoorbeeld dat ik matig depressief ben en hierop volgde het advies om contact op te nemen met de huisarts. Uit onderzoek van onze promovenda Eva van Dijk weten we dat huisartsen die een dergelijke hulpvraag krijgen, in de paar minuten die ze hebben vaak doorverwijzen naar de specialistische zorg (Dijk, van et al., 2022). Mind reikte me bovendien vanwege mijn uitslag een voorlichtingsfolder aan waar de volgende achterhaalde (Moncrieff et al., 2023) misinformatie in staat: 'Het is duidelijk dat bij een depressie verschillende processen in de hersenen verstoord zijn. Met name bepaalde stoffen die zorgen voor de overdracht van signalen tussen hersencellen, de zogeheten neurotransmitters, spelen een rol bij een depressie. Of dat gaat om een tekort aan deze stoffen of meer om een probleem bij de signaaloverdracht is nog niet bekend.'

Tweede voorbeeld: mijn collega Sanne te Meerman liet in zijn promotieonderzoek zien dat academische studieboeken, waarmee de toekomstige zorg- en onderwijsprofessionals van ons land opgeleid worden, de stoorniscategorie ADHD overwegend neerzetten als een hersendefect (Meerman, te, 2019), bijvoorbeeld: *"In general, researchers now know that the*

*overall volume of the brain in those with this disorder is slightly smaller (3% to 4%) than in children without this disorder (...)"*

Het internationaal goed gedocumenteerde en voor de praktijk zeer relevante *relative age effect* daarentegen kwam in bijna geen enkel boek voor. In heel veel studies is aangetoond dat kinderen die bij de jongsten in hun klas horen, de vroege leerlingen dus, een sterk verhoogde kans hebben om de classificatie ADHD te krijgen (Whitely et al., 2022). Kinderen in een schoolklas kunnen wel bijna een jaar schelen in leeftijd. De jongste kinderen zijn vaak van nature beweeglijker, impulsiever en minder taakgericht dan hun oudere klasgenoten. Leerkrachten interpreteren dit 'jonge' gedrag ten onrechte als tekenen van ADHD.

Ook de factor armoede krijgt relatief weinig aandacht in studieboeken, terwijl bekend is dat kinderen uit arme gezinnen een 2x grotere kans hebben op een ADHD classificatie dan kinderen uit rijkere gezinnen. Armoede is sowieso een sterke voorspeller van allerlei psychisch en lichamelijke leed.

Linda Foget en Caroline van Haeringen (2017) analyseerden Nederlandse kinderboeken over ADHD en concludeerden dat kinderen in vrijwel alle boeken de boodschap krijgen dat ze een hersenstoornis hebben waar een medicijn voor is.

Wietske de Vries bekeek honderd TikTok-filmpjes over ADHD en het bleek dat meer dan de helft van de uitgebeelde of genoemde gedragingen helemaal geen ADHD-criterium zijn (Vries, de, et al., 2025). Door zaken als tijdblindheid, besluiteloosheid en problemen met emotieregulatie ook onder ADHD te scharen, wordt de definitie van ADHD opgerekt, waardoor weer meer mensen zich erin kunnen herkennen. Dit heet *concept creep*, en het behoeft denk ik geen toelichting dat het verbreden van stoornisconcepten verdere medicalisering van menselijke emoties en gedragingen in de hand werkt.

*'Door zaken als tijdblindheid, besluiteloosheid en problemen met emotieregulatie ook onder ADHD te scharen, wordt de definitie van ADHD opgerekt, waardoor weer meer mensen zich erin kunnen herkennen.'*

*'Door jongeren de hele tijd maar te vertellen dat het slecht met ze gaat, beschouwen zij zichzelf ook eerder als mentaal ziek.'*

### **De prevalentie-inflatie hypothese**

Een laatste medicaliserende vorm van voorlichting die ik apart wil benoemen is de continue boodschap die door onze samenleving gonst: Het gaat slecht met de mentale gezondheid van jongeren!

Er is reden om aan te nemen dat dit misschien wel een beetje meevalt. Levi van Dam, die vorig jaar de Mulock Houwer-lezing uitsprak, bracht hier net deze maand samen met collega's een artikel over uit. Hierin beschrijven de auteurs dat uit epidemiologische cijfers blijkt dat het aantal jongeren dat aan de criteria voor een mentale stoornis voldoet al decennialang stabiel is of zelfs licht daalt. Jongeren *rapporter*en mentale klachten echter wel eerder en zoeken er ook vaker hulp voor (Dam, van, et al., 2025).

Dit zou je kunnen opvatten als een goed teken en een gezond copingmechanisme van jongeren. Praten over problemen is vaak beter dan er in je eentje mee blijven rondlopen. Ik denk alleen wel dat in combinatie met de dominante biomedische voorlichting in onze samenleving een toxische reactie kan ontstaan. Jongeren zijn zich dan bewuster van hun opgroeiworstelingen, zoeken informatie en herkennen zichzelf in de biomedische stoornisinformatie die op veel plekken rondgaat. Het gevaar bestaat dan dat sommige jongeren ook milde klachten gaan interpreteren als een stoornis, met als gevolg dat ze daadwerkelijk meer klachten krijgen omdat ze de stoornis internaliseren. Dit noemen onderzoekers de prevalentie-inflatiehypothese: door jongeren de hele tijd maar te vertellen dat het slecht met ze gaat, beschouwen zij zichzelf ook eerder als mentaal ziek (Foulkes & Andrews, 2023). Het gevolg is méér beroep op de jeugdhulpverlening, waardoor deze nog verder overbelast raakt en kinderen met de meest ernstige problemen op wachtlijsten komen te staan.



# Hoe keren we het medicaliserend tij?

Omdat heel veel factoren medicalisering en psychiatisering in stand houden, zijn tegenbewegingen op allerlei manieren en niveaus nodig. Hier bespreek ik er slechts drie.

## Stepped Diagnosis

Een mogelijk alternatief voor het medisch model bij psychische klachten is Stepped Diagnosis. Dit is een model dat ik samen met Allen Frances, de voorzitter van de DSM-IV, heb ontwikkeld (Batstra & Frances, 2012a-b). Allen Frances maakt zich grote zorgen over hoe medicaliserend ook 'zijn' DSM-versie uitgepakt heeft en hij probeert op verschillende manieren dit in te dammen. Ons Stepped Diagnosismodel geeft zorgverleners handvatten om voorzichtig terughoudend te zijn met classificaties en behandelingen, door bij hulpvragers met milde klachten een aantal stappen toe te passen waaronder normaliseren, *watchful waiting* en oplossingen zoeken in de context.

Dankzij investeringen van de gemeenten Groningen en Nijmegen konden wij recentelijk onderzoek opstarten naar de ervaringen met terughoudend handelen van zorgprofessionals, onderwijsprofessionals en mensen met ervaringskennis. Dit is bij mijn weten het eerste onderzoek naar wat het moeilijk en mogelijk maakt om diagnostiek en behandeling niet altijd in te zetten.

*'We weten dat factoren als armoede, uitsluiting, discriminatie, intolerantie, marginalisatie, wonen in een onveilige buurt, slecht onderwijs, enzovoort grote impact hebben op mentale problemen.'*

# 'Ouders moeten weten dat ADHD niet een ziekte is die huist in het kind en die je kan 'herkennen'.'

## DSS-I

Een tweede alternatieve route is een boek. Met de sinds 1980 groeiende populariteit van het handboek van stoornissen, de DSM, is de focus enorm op het individu komen te liggen en zijn contexten waarin problemen ontstaan, verergeren, maar soms ook weer opgelost kunnen worden, helemaal naar de achtergrond verschoven (Batstra & Frances, 2025). Dit terwijl we weten dat factoren als armoede, uitsluiting, discriminatie, intolerantie, marginalisatie, wonen in een onveilige buurt, slecht onderwijs, enzovoort grote impact hebben op mentale problemen (Kirkbride et al., 2024). Toch besteden we miljarden aan de achterkant aan therapieën voor mensen in de knoei, en laten we de problemen aan de voorkant, waardoor mensen in de knoei komen, relatief ongemoeid. Om de focus wat van het individu af te halen en te verschuiven richting de contexten waarin problemen ontstaan, zou een nieuw handboek kunnen helpen: een *Diagnostic and Statistical Manual of Societal Problems that make people sick*. Misschien is het iets voor het NJi om deze handschoen op te pakken 😊.

## Medicaliserende Misinformatie

Een voorbeeld van zo'n *societal problem* is de wijdverbreide misleidende voorlichting waar ik het de hele tijd, en niet voor niets, al over heb. Als we de huidige stroom aan waninformatie niet actief tegengaan, dan zal het aantal classificaties en behandelingen waarschijnlijk niet afnemen. In het filmpje eerder in de lezing kwam de dreigende taal die ouders naar de hulpverlening lokt al even voorbij: 'Als ADHD niet wordt herkend kan dit grote gevolgen hebben voor je kind'. Ouders moeten weten dat ADHD niet een ziekte is die huist in het kind en die je kan 'herkennen'. Ze moeten ook weten dat labels en behandelen de meeste kinderen op de lange termijn niet helpen maar wel risico's met zich meebrengen en dat opvoedstress tot op zekere hoogte normaal is. Daarmee wil ik niet zeggen dat professionele hulp nooit geïndiceerd is. Maar met eerlijke informatie kunnen ouders en jeugdigen betere keuzes maken. Wie interesse heeft in een goed overdacht overzicht van eerlijke voorlichting over ADHD, verwijs ik graag naar de Richtlijn Voorlichting ADHD (2024), opgesteld door een groep Nederlandse ADHD-experts onder leiding van mijn collega Sanne te Meerman.

## *'Mee kunnen doen aan het gewone leven is voor veel kinderen de beste behandeling die er is'*

### **Geldstromen**

Een ander voorbeeld van een sociaal probleem voor in de DSS-I zijn de perverse prikkels in de jeugdhulpverlening. Men kan veel geld verdienen aan het diagnosticeren en behandelen van zoveel mogelijk milde klachten, terwijl instellingen verlies lijden bij moeilijk behandelbare complexe hulpvragen. Gevolg is dat degenen die het hardst hulp nodig hebben van kastje naar muur gestuurd worden. Dit is tenenkrommend schrijnend, maar het kan veranderen als de geldstromen aangepast worden. Geef één instelling bijvoorbeeld een vast bedrag en laat niet honderden aanbieders met elkaar concurreren.

### **De Onderwijsinspectie**

Laatste voorbeeld: ik hoor regelmatig van scholen terug dat het opnemen van kinderen met moeilijkheden een school behoorlijk in het nauw kan brengen. De Onderwijsinspectie rekent scholen namelijk af op leerlingprestaties en met het includeren van te veel kinderen waarbij problemen spelen, riskeert de school een label 'zwakke school'. De inspectie wil bijdragen aan inclusiever onderwijs maar stimuleert op deze wijze juist het uitsluiten van kinderen. Laten we scholen alsjeblieft punten gaan geven voor het aan boord houden van leerlingen. Mee kunnen doen aan het gewone leven is voor veel kinderen de beste behandeling die er is (Greven, 2023).

### **Ruimte voor orthopedagogen**

Naast Stepped Diagnosis en een nieuw handboek is een laatste tegenwicht aan medicalisering dat ik hier wil noemen: meer ruimte geven aan orthopedagogen. Zij zijn gespecialiseerd in het optimaliseren van opgroei- en opvoedcontexten en richten zich op het aanpassen van de omgeving aan het kind, in plaats van het kind aan het systeem. De orthopedagoog is Advocaat van het Kind dat vaak onvoldoende in de positie is om de eigen belangen te verdedigen (Koppies, 2018).

Ik heb de orthopedagogiek leren kennen als een bescheiden beroepsgroep, die zich wat lijkt te laten overschreeuwen door de psychiatrie en psychologie. Dit bedoel ik niet polariserend – ik

## *'De orthopedagoog is Advocaat van het Kind dat vaak onvoldoende in de positie is om de eigen belangen te verdedigen'*

ben zelf opgeleid als psycholoog – maar ik roep wel op tot een betere balans tussen aandacht voor het individu (de expertise van psychiaters en psychologen) en aandacht voor de context (de expertise van orthopedagogen).

In zijn Mulock Houwer-lezing pleitte Micha de Winter in 2015 voor 'competente rebellen' in de pedagogiek: professionals die dogma's doorbreken en opkomen voor wat waardevol en weerloos is. Dat is precies wat kinderen zijn, waardevol in hun diversiteit en weerloos tegen psychiatriserende en psychologiserende labels.

Daan Mulock Houwer was een competente rebel en een hedendaags voorbeeld van een competente rebel is mijn Groningse collega Jelle Drost, die werkt met jongeren die we 'licht verstandelijk beperkt' of 'zwakbegaafd' noemen. Onvermoeibaar benadrukt Jelle – zoals op

poster hiernaast – hun vele positieve eigenschappen, zoals vrolijkheid, eerlijkheid, enthousiasme en vriendelijkheid. Hier kunnen velen nog van leren en we kunnen dan ook beter spreken van *anders* begaafd in plaats van het negatieve zwakbegaafd.

Naast zijn werk met deze jongeren geeft Jelle Drost veel onderwijs aan orthopedagogiekstudenten. Daarbij draagt hij zijn eigen competente rebellie over aan nieuwe generaties orthopedagogen, die het op hun beurt weer kunnen overdragen aan generaties daarna, zoals in het bekende Droste-effect. Ik heb gelukkig meer competent rebelse collega's, maar ze hebben niet allemaal zo'n toepasselijke achternaam. Het 'Jelle Droste-effect' kan de orthopedagogiek blijvend op de kaart zetten.



## Ter afsluiting

Ik kan mijn lezing samenvatten in vier zinnen:

- Sinds de jaren 80 zijn we steeds meer kinderen gaan classificeren en behandelen
- Inmiddels weten we dat dit de meeste kinderen op de langere termijn niet helpt
- We gaan er toch mee door omdat er te veel belangen gegroeid zijn rondom dit pad
- Het is meer dan tijd om het belang van het kind en dus het optimaliseren van opgroei-contexten eerste prioriteit te maken.

Kinderen zijn vaak nauwelijks in de positie om zich te verzetten tegen labels en behandelingen die de problemen bij hén leggen. Maar het zit niet in het kind, het zit in falend armoedebeleid, overbelaste onderwijssystemen en eigenbelangen binnen de jeugdhulpverlening.

Laten we met elkaar ophouden met het dienen van zieke systemen die kinderen benadelen. Systemen zijn krachtig, maar ze zijn geen excuus. Ze kunnen namelijk niet bestaan zonder de mensen die er – misschien wel overly obediënt – in meedraaien.

Mulock Houwer riep lang geleden al op om te investeren in relaties met kinderen. En dat, lieve mensen, kunnen we allemaal vanaf morgen doen of beter doen. Niet alleen ouders, leerkrachten en zorgverleners, maar ook opa's oma's ooms tantes burens sportcoaches wijkagenten enzovoort, kunnen ervoor zorgen dat kinderen en jongeren zich meer gezien en gewaardeerd voelen in onze samenleving, ook als ze een beetje anders zijn dan anderen. Ik besluit mijn lezing met een oproep aan Orthopedagogen. Want juist in moeilijke opgroeisituaties, hebben kinderen recht op een advocaat, een beroepsgroep die expliciet hún belangen prioriteert en behartigt. Dus Orthopedagogen, laat je expertise gelden, neem je ruimte. En maak op die manier Ruimte voor Verschillen tussen Kinderen.



# Literatuur

- Batstra, L., & Frances, A. (2012a). [Holding the line against diagnostic inflation in psychiatry](#). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 5-10.
- Batstra, L. en Frances, A. (2012b). 'Diagnostic inflation: Causes and a suggested cure'. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 200(6):474-9
- Batstra, L. e.a. (2024, 8 april). [Opinie: Hersenatlas is flitsend project, maar helpt de samenleving niet verder](#). de Volkskrant.
- Batstra, L., & Frances, A. (2025). [Diagnosing the context is as important as diagnosing the individual](#). *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1698878.
- CBS (2024). [Jeugdzorg – Jaarrapport Landelijke Jeugdmonitor 2024](#). CBS Longreads.
- CBS (2025). [Jeugdhulp 1e halfjaar 2025](#).
- Copeland, W.E., Tong, G., & Shanahan, L. (2022). [Do 'Real World' Childhood Mental Health Services Reduce Risk for Adult Psychiatric Disorders?](#) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(8), 1041–1049.e7.
- Dam, L. van, Os, J. van, Stams, G. J. & Ormel, H. (2025). [Alarm bells or echoes of hope? A new perspective on the global youth mental health crisis](#). *Psychological Medicine*, 55, e332.
- Dijk, E.L. van., Tol, D.G. van, Diemers, A.D., Wienen, A.W. & Batstra, L. (2022) [Sick or Sad? A Qualitative Study on How Dutch GPs Deal With Sadness Complaints Among Young Adults](#). *Front. Sociol.* 6:765814.
- Foget, L., van Haeringen, C., Meerman, S. te, & Batstra, L. (2017). Wat leert de jeugd van educatieve kinderboeken en ADHD? *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 56(9-10), 170-182
- Forman, M. (Director). (1975). *One flew over the cuckoo's nest* [Film]. United Artists.
- Foucault, M. (1965). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason* (R. Howard, Trans.). Random House. (Original work published 1961)
- Foudraïne, J. (1971). *Wie is van hout... Een gang door de psychiatrie*. Ambo.
- Foulkes, L., & Andrews, J.L. (2023). Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 69, 101010.10.1016/j.newideapsych.2023.101010
- Franz, D.J., Richter, T., Lenhard, W. et al. (2023). [The Influence of Diagnostic Labels on the Evaluation of Students: A Multilevel Meta-Analysis](#). *Educ Psychol Rev* 35, 17.
- Greven, A. (2023). *De ongewone reisgids voor het gewone leven: Vanuit een brede blik werken met jonge mensen (1e druk)*. Gompel & Svacina.
- Jonkman, K.M., Hartog, C. den, Sloot, B., Begeer, S., Back, E. & Scheeren, A. M. (2025). [Experiences of Autistic Individuals, Caregivers and Healthcare Providers with ABA-Derived Therapies: A Sequential Exploratory Mixed Methods Study](#). *Journal of autism and developmental disorders*, 10.1007/s10803-025-06958-x. Advance online publication.

- Kazda, L., McGeechan, K., Bell, K., Thomas, R., Barratt, A. Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis With Adolescent Quality of Life. JAMA Netw Open. 2022 Oct 3;5(10):e2236364.
- Kirkbride, J.B., Anglin, D.M., Colman, I., Dylxhoorn, J., Jones, P.B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S.L. (2024). [The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations](#). World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 23(1), 58–90.
- Koppies, H. (2018, 10 oktober). De orthopedagoog als advocaat van het kind. Ik Kan Het. Geraadpleegd op 12 november 2025.
- Kupfer, D.J., First, M.B. en Regier, D.A. (2002). A research agenda for DSM-V (pp. xv-xxiii). Washington: American Psychiatric Association.
- Laing, R.D. (1961). Self and others. Tavistock Publications.
- Meerman, S. te, Freedman, J.E., & Batstra, L. (2022). [ADHD and reification: Four ways a psychiatric construct is portrayed as a disease](#). Frontiers in Psychiatry, 13, 1055328.
- Meerman, S. te (2024). [New Guidelines on How to Accurately Convey ADHD Information - Mad In America](#)
- Moncrieff, J., Cooper, R.E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M.A. (2023). [The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence](#). Molecular Psychiatry, 28(8), 3243 3256.
- NVvP (2023, maart). [Statement of Regret](#) [Spijtbetuiging aan de LHBTIQ+ gemeenschap].
- NZA (2025) [Kerncijfers ggz](#).
- O'Connor, C., McNicholas, F. What Differentiates Children with ADHD Symptoms Who Do and Do Not Receive a Formal Diagnosis? Results from a Prospective Longitudinal Cohort Study. Child Psychiatry Hum Dev. 2020 Feb;51(1):138-150
- Oenen, F.J. van (2025). Verdragen: Over de hulp helpt-mythe. Boom.
- Ormel, J., Hollon, S.D., Kessler, R.C., Cuijpers, P. & Monroe, S.M. [More treatment but no less depression: The treatment-prevalence paradox](#). Clinical psychology review 2022;91:102111.
- Parnassia. [ADHD medicatie](#). Gezien in november 2025.
- Radboudumc. (2017, 16 februari). ADHD op vijf plekken in de hersenen zichtbaar. Geraadpleegd van <https://www.radboudumc.nl/nieuws/2017/adhd-op-vijf-plekken-in-de-hersenen-zichtbaar>
- Ringbom, I., Suvisaari, J., Kääriälä, A., Sourander, A., Gissler, M., Ristikari, T., & Gyllenberg, D. (2022). [Psychiatric disorders diagnosed in adolescence and subsequent long-term exclusion from education, employment or training: longitudinal national birth cohort study](#). The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 220(3), 148-153.
- Roest, A.M., Vries, Y.A. de, Wienen, A.W., & Jonge, P. de (2023). [Editorial Perspective: Are treatments for childhood mental disorders helpful in the long run? An overview of systematic reviews](#). Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 64(3), 464-469.
- Rooijen, M. van (2022). [Bij piepjonge kinderen is ADHD of autisme al te ontdekken: bij snelle behandeling wordt het leefbaar](#). De Gelderlander.
- Rosenhan, D.L. (1973). [On being sane in insane places](#). Science, 179(4070), 250–258.
- Schleim, S. (2022) Why mental disorders are brain disorders. And why they are not: ADHD and the challenges of heterogeneity and reification. Front. Psychiatry 13:943049. doi: 10.3389/fpsy.2022.943049

- Scull, A. (2021). American psychiatry in the new millennium: a critical appraisal. *Psychological Medicine*, 51(16), 2762–2770. <https://doi.org/10.1017/s0033291721001975>
- Slater, L. (2004). *Opening Skinner's box: great psychological experiments of the twentieth century*. New York: W.W. Norton.
- Stellaard, S. (2023). Boemerangbeleid: Over aanhoudende tragedie in passend onderwijs- en jeugdzorgbeleid. *Boom Bestuurskunde*.
- Surís, A., Holliday, R., & North, C.S. (2016). [The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. Behavioral sciences](#). *Behavioral Sciences*, 6(1), 5.
- Szasz, T.S. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper & Row.
- Tijhaar, L. (2024, 16 februari). ['Labels vertellen iets over onze normen'](#). NEMO Kennislink. Geraadpleegd op 27 oktober 2025.
- Universiteit Utrecht (z.j.). [Labels bij kinderen: the good, the bad and the contested](#). Dynamics of Youth, Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland.
- Vries, W. de., Batstra, L., & Assen, A. van (2025). [Exploring concept creep: Youth's portrayal of ADHD on TikTok](#). *SSM – Mental Health*, 8, 100489.
- Winter, M. de (2015). [Mulock Houwer en het Maagdenhuis: over de opvoeding van competente rebellen](#) (5<sup>e</sup> Mulock Houwer-lezing). Nederlands Jeugdinstituut.
- Weijers, I. (2011). [Mulock Houwer: Criticus en pionier van de residentiële jeugdzorg](#) (1<sup>e</sup> Mulock Houwer-lezing, 17 november 2011, Kinderrechtenhuis, Leiden). Nederlands Jeugdinstituut.
- Wienen, B. (2021). [Nieuw kinderrecht: het recht om te falen. Hedendaagse kinderarbeid in Nederland – en hoe we die afschaffen](#) (10<sup>e</sup> Mulock Houwer-lezing). Nederlands Jeugdinstituut/Defence for Children.
- Wienen, B. (2025, 12 november). Zonder ongemak geen onderwijs, zonder onderwijs geen inclusie [Lezing]. Hermen J. Jacobslezing, Dieren, Nederland.
- Yperen, T. van (2023). [Kan de jeugdzorg veranderen? Een hoopvolle kijk op de toekomst van een werkveld](#) (12<sup>e</sup> Mulock Houwer-lezing). Nederlands Jeugdinstituut/Defence for Children.

Met de jaarlijkse Mulock-Houwer-lezing willen het Nederlands Jeugdinstituut en Defence for Children meer aandacht vragen voor het werk en de betekenis van pioniers, vernieuwers en invloedrijke denkers en doeners uit de geschiedenis van de jeugdzorg. Daan Mulock Houwer (1903-1985) is een markante figuur uit de geschiedenis van de jeugdzorg. Opgegroeid in tehuisen zou hij op latere leeftijd een fervent pleitbezorger worden van modernisering in de jeugdzorg en de kinderscherming, waarbij het kind het uitgangspunt moest zijn.

De initiatiefnemers van de Mulock Houwer-lezing willen dat het werk en de betekenis van pioniers, vernieuwers en invloedrijke denkers en doeners uit de geschiedenis van de zorg voor de jeugd meer aandacht krijgen in de huidige zorg voor de jeugd en kinderscherming. De naam van de lezing verwijst naar de invloedrijke doener en denker Daniël Quirijn Robert Mulock Houwer (1903-1985), die in de geschiedenis van de kinderscherming en de zorg voor de jeugd een grote rol speelde en veel aandacht had voor het kind en zijn sociale omgeving. Wie zich verdiept in het gedachtegoed van Daan Mulock Houwer zal verrast zijn door de actuele betekenis van zijn werk.

