

UNIVERSITEIT GENT  
FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN  
ACADEMIEJAAR 2012 – 2013

# **ADHD en langdurig medicatiegebruik**

## **Belevingsonderzoek bij ouders van kinderen met ADHD**

Masterproef ingediend tot het behalen van de graad van Master in de Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek.

Naam: Heleen Willems (00903953)

Promotor: Prof. Dr. Wouter Vander Plasschen

Begeleiding: Laura Stevens

## ABSTRACT

Hedendaags wordt de behandeling met psychofarmaca bij kinderen met ADHD veelvuldig ingezet. Deze behandelingsmethode leidt echter tot controversiële reacties op diverse samenlevingsniveaus. Ouders zijn de sleutelfiguren in het starten met en het continueren van een behandeling met psychofarmaca voor het kind met ADHD. Gedurende het behandelingsproces ervaren ouders twijfels en kennen zij bezorgdheden omtrent de psychofarmaca. Actueel is onderzoek dat peilt naar de beleving van ouders van kinderen met ADHD die langdurig een behandeling met psychofarmaca volg(d)en, afwezig. Deze studie bevraagt 17 ouders aan de hand van een semi-gestructureerd interview, waarvan de kinderen minstens twee jaar een behandeling met psychofarmaca volg(d)en. Hierbij staat de beleving van de ouders centraal en hun specifieke bezorgdheden. Uit de resultaten blijkt dat ouders voornamelijk bezorgdheden kennen omtrent de bijwerkingen van de psychofarmaca en omtrent het thema psychofarmaca als drugs. Daarnaast stellen ouders zich de vraag welke invloeden de psychofarmaca hebben op de ontwikkeling van hun kind op langere termijn en zijn zij hierover bezorgd. De berichtgevingen in de media zijn de voornaamste bron van informatie in het ontstaan van bezorgdheden bij de ouders. Ook informatie verkregen van personen die beschikken over een expertise over ADHD, de ouderlijke observaties bij het kind en het lezen van de bijsluiter zijn belangrijke bronnen die bijdragen tot het ontstaan van bezorgdheden. Ouders communiceren over de behandeling met psychofarmaca voornamelijk met de psychiater. Ook wordt dit thema besproken met hun partner, kind of personen die beschikken over een bepaalde expertise.

## **DANKWOORD**

Graag wil ik iedereen bedanken die hielpen bij het verwezenlijken van mijn masterproef. Vooreerst ben ik doctoraatsstudente L. Stevens dankbaar voor de overlegmomenten die erg zinvol en waardevol waren. Daarnaast ben ik Prof. Dr. Vander Plasschen als promotor dankbaar voor de vrijheid die ik kreeg in de uitwerking van dit onderzoek en de feedback.

Een speciaal woord van dank aan Caroline De Weerd, Lieselotte Seghers, Hilde Vandevoorde, Anne Verbist, Annelies Van Erp, Gielle Van Gansbeke, Sofie Van Den Wouwer, Mark Willems, Liesbeth Vrolix en Fleur Mercelis. Dankzij hen kreeg het onderzoek vooruitgang en kon ik verder aan de slag.

Graag wil ik ook de respondenten van de interviews bedanken voor hun vrijwillige deelname, de tijd die zij vrijmaakten voor de interviews en hun gastvrijheid. Ik heb ontzettend veel geleerd uit de gesprekken met hen.

Ik vergeet ook niet mijn ouders en mijn grootouders die me de kans gaven om verder te studeren. Ten slotte nog een extra dankwoord aan mijn lieve broer voor de vele leuke werkmomenten in de bibliotheek.

Bedankt!

# INHOUDSOPGAVE

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>2</b>
<b>DANKWOORD .....</b>	<b>3</b>
<b>INHOUDSOPGAVE.....</b>	<b>4</b>
<b>INLEIDING.....</b>	<b>7</b>
<b>HOOFDSTUK 1: LITERATUURSTUDIE.....</b>	<b>10</b>
<b>1. ADHD: Conceptualisering en situering .....</b>	<b>10</b>
1.1. Definiëring ADHD.....	10
1.2. Prevalentie .....	11
1.3. Etiologie .....	11
1.3.1. Genetische factoren .....	11
1.3.2. Neurobiologische en cognitieve modellen.....	11
1.3.3. Omgevingsfactoren .....	12
<b>2. Behandelingen voor kinderen met ADHD .....</b>	<b>12</b>
2.1. Non- farmacologische behandelingen .....	13
2.2. Farmacologische behandelingen .....	13
2.2.1. Gevolgen van psychofarmaca op korte termijn .....	14
2.2.2. Gevolgen van psychofarmaca op lange termijn .....	15
<b>3. Belevingen omtrent behandeling met psychofarmaca voor kinderen met ADHD .....</b>	<b>16</b>
3.1. Controerse in de samenleving.....	16
3.2. Factoren in het belevingsproces van ouders .....	17
3.2.1. Beleving ouders bij het opstarten van de behandeling met psychofarmaca .....	17
Media .....	19
Andere factoren .....	20
3.2.2. Beleving ouders tijdens behandeling met psychofarmaca.....	20
<b>HOOFDSTUK 2: METHODOLOGIE.....</b>	<b>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</b>
<b>1. Inleiding .....</b>	<b>21</b>
<b>1. Onderzoeksdoelstelling en methodologische achtergrond.....</b>	<b>21</b>
<b>2. Rekrutering.....</b>	<b>22</b>
2.1. Respondenten.....	22
2.2. Kenmerken van de steekproef.....	23
<b>3. Onderzoeksprocedure .....</b>	<b>23</b>
3.1. Het interview .....	23
3.1.1. Semi-gestructureerd interview .....	23
3.1.2. Inhoud van de interviews.....	24
3.1.3. Afname van de interviews.....	24
3.2. Data-analyse .....	25

## **HOOFDSTUK 3: RESULTATEN ..... 26**

<b>1. Bezorgdheden die ouders rapporteren tijdens de langdurige behandelingsperiode met psychofarmaca .....</b>	<b>26</b>
1.1. Existentie bezorgdheden bij ouders.....	26
1.2. Voornaamste bezorgdheden betreffende psychofarmaca gedurende behandelingsperiode .....	26
1.2.1. Bijwerkingen van psychofarmaca .....	26
1.2.2. Psychofarmaca als drugs .....	27
1.2.3. Invloed van psychofarmaca op authenticiteit van het kind.....	27
1.2.4. Dilemma's betreffende de medicatiedosis.....	28
1.3. Voornaamste bezorgdheden over de invloed van psychofarmaca op langere termijn .....	28
1.3.1. Gebrek aan wetenschappelijke kennis over gevolgen van psychofarmaca op langere termijn .....	28
1.3.2. Mogelijkheid tot een toekomst zonder psychofarmaca? .....	28
1.3.3. Starten van alternatieve drugs ter vervanging van psychofarmaca .....	28
<b>2. Ontstaansredenen bezorgdheden ouders omtrent een behandeling met psychofarmaca.....</b>	<b>29</b>
2.1. Informatiebronnen die leiden tot bezorgdheden bij ouders .....	29
<b>3. Geruystellende factoren in de behandeling met psychofarmaca.....</b>	<b>30</b>
3.1. Geruystellende informatiebronnen .....	30
<b>4. Communicatie .....</b>	<b>33</b>
4.1. Psychiater.....	33
4.1.1. Frequent besproken thema's met psychiater .....	33
4.1.2. Overleg en besluitvorming met psychiater betreffende psychofarmaca .....	33
4.1.3. Vertrouwensrelatie met psychiater.....	34
4.2. Partner .....	34
4.3. Kind.....	35
4.4. Sociaal netwerk.....	35
4.5. School .....	36
4.6. Andere .....	37
<b>5. Verschil beleving vader en moeder .....</b>	<b>37</b>

## **HOOFDSTUK 4: DISCUSSIE EN CONCLUSIE ..... FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.**

<b>1. Terugkoppeling van de resultaten naar de onderzoeksvragen.....</b>	<b>38</b>
1.1. Primaire bezorgdheden die ouders kennen omtrent een behandeling met psychofarmaca .....	38
1.1.1. 'Bijwerkingen van de psychofarmaca' .....	38
1.1.2. 'Psychofarmaca als drugs' en 'de drang naar alternatieve middelen' .....	39
1.1.1. Andere .....	39
1.2. Media en het beschikken over een bepaalde expertise als bron voor het ontstaan van bezorgdheden .....	40
1.3. Psychiater en ouders als hoofdrolspelers in het overleg en de besluitvorming omtrent psychofarmaca .....	41
<b>2. Beperkingen van het onderzoek .....</b>	<b>42</b>
<b>3. Klinische implicaties .....</b>	<b>44</b>
<b>4. Toekomstig onderzoek.....</b>	<b>46</b>

## **BIJLAGEN..... 47**

<b>Bijlage 1: Tabel 1 en Tabel 2 .....</b>	<b>48</b>
<b>Bijlage 2: Informed consent .....</b>	<b>50</b>
<b>Bijlage 3: Vragenlijst interview.....</b>	<b>52</b>

<b>Bijlage 4: Boomstructuur .....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFIE .....</b>	<b>60</b>

## INLEIDING

ADHD is het laatste decennium één van de meest bestudeerde ontwikkelingsstoornissen in de psychologische en pedagogische wereld (American Psychiatric Association, 2000; Tannock, 1998). De stoornis kent internationaal een hoge prevalentie, en dit zowel op kinderleeftijd als op volwassenenleeftijd (De Ridder et al., 2008; Faraone et al., 2004; Fayyad et al., 2007). In de aanpak van ADHD zijn diverse behandelingen voorhanden, gaande van bijvoorbeeld gedragstherapie tot de eliminatie van bepaalde voedingsstoffen. Hedendaags wordt voornamelijk gekozen voor de behandelingsvorm met medicatie vanwege het bestaan van wetenschappelijke evidentie hiervoor (Barkley, 1997; Hoagwood et al., 2000). Deze behandeling wordt in de samenleving sterk onder vuur genomen en dit zowel op micro- en meso- als macroniveau (Bussing & Gary, 2001; Daley, 2006; Taylor, O'Donoghue, & Houghton, 2006). Het VN-Comité, verscheidene organisaties, de politiek, professionals en burgers uiten allen hun bezorgdheid betreffende dit thema. Ook verschenen de afgelopen jaren in de media regelmatig verontrustende berichtgevingen over korte termijnstudies die de bijwerkingen van psychofarmaca in kaart brengen. Actueel handelen deze berichtgevingen meestal over het hoge medicatiegebruik bij minderjarigen en over de meer globale voor- en nadelen van psychofarmaca. In het tijdschrift *Knack* (2013) verscheen dan weer recent een artikel waarin psychofarmaca betrokken worden op het samenlevingssysteem dat sterk economisch gericht is.

De ouders die aan het kind medicatie geven, worden in dit maatschappelijk debat vaak bekritiseerd en beschuldigd van een gemakzuchtige opvoedingsstijl of van het 'meelopen' met de prestatiedruk aanwezig in de huidige samenleving (Taylor et al., 2006). De keuze voor de behandeling met psychofarmaca, het opstarten en het verderzetten hiervan is voor hen nochtans geen sinecure. Daarbij blijkt uit onderzoek dat de overtuigingen van ouders van kinderen met ADHD verschillen van ouders van kinderen zonder deze diagnose (Johnston, Freeman, & Barth, 1997). Deze aannames over de ouders van kinderen met ADHD hebben ongetwijfeld een invloed op hun beleving. Weinig aandacht gaat echter uit naar deze ouderlijke beleving, en dit zowel vanuit de samenleving als vanuit het wetenschappelijk onderzoek (Johnston et al., 2005). Toch mogen deze belevingen niet uit het oog verloren worden. Als eerste hebben de ervaringen van ouders een invloed op hun dagdagelijkse handelen en op de interacties met hun kind (Huizink & Mulder, 2006; Mick et al., 2002; Millichap, 2008). Bovendien zijn zij de sleutelfiguren in het nemen van beslissingen betreffende het al dan niet overgaan tot een behandeling voor hun kind met ADHD. De ouders van kinderen met ADHD vormen het centrale punt waar alle informatie samenkomt en dragen de grootste verantwoordelijkheid in het nemen van beslissingen rond de behandeling met psychofarmaca (Charach et al., 2006; Rodney, Roberts, & Barone, 2000; Sayal et al., 2002). Hun ervaringen en belevingen bepalen mede deze besluiten. Het is dan ook noodzakelijk dat deze ouders als 'stakeholders' betrokken worden in het onderzoek van ADHD (Davis & Claudius, 2012).

Ouders dienen hedendaags een grote verantwoordelijkheid op te nemen in het bepalen van een behandeling voor hun kind. Er is een ruim keuzeaanbod aan behandelingen voorhanden, waaruit zij vrij kunnen. Ouders kijken naar de voor-en nadelen van de behandelingsvormen, wanneer zij actief op zoek gaan naar een oplossing voor de gedragsmoeilijkheden van hun kind. Ouders nemen het besluit om een behandeling met psychofarmaca te starten bij het kind dus zeker niet zonder nadenken; ze nemen dit weloverwogen en zorgvuldig (Brinkman et al., 2009). Dit besluitvormingsproces ervaren ouders dan ook als moeilijk en niet vanzelfsprekend. Gevoelens van twijfel, onzekerheid en angst komen hierbij kijken (Bussing & Gary, 2001; Charach et al., 2006).

Onderzoeken die peilen naar de effecten van de psychofarmaca op korte termijn zijn talrijk, terwijl resultaten over lange termijnstudies eerder afwezig zijn. Toch wordt de behandeling met psychofarmaca voor kinderen met ADHD reeds enkele decennia toegepast. Het laatste decennium is er zelfs een sterke stijging in het aantal personen die deze behandelingsvorm volgen. Het totale aantal gebruikers van *Rilatine* wordt zo in 2010 geschat op meer dan 66.000 en voor *Concerta* op ongeveer 4.000 (Senaat 03.05.2011 nr. 5-473). De desbetreffende persoon die de medicatie inneemt, is het kind. Gedurende het behandelingsproces dient dan ook aandacht uit te gaan naar de beleving en het perspectief van het kind. In deze masterproef worden deze thema's niet verder uitgediept. Voor informatie hieromtrent verwijzen we naar een onderzoeksrapport dat de beleving van jongeren met een gedragsstoornis in kaart brengt (De Ganck & Vansielegem, 2011).

Vanuit de vaststelling dat de behandeling met psychofarmaca leidt tot vele controversiële reacties in de samenleving en dit een invloed heeft op de beleving van de ouders van kinderen met ADHD, ontwikkelde ik mijn probleemstelling. Meer specifiek wil ik hierbij de beleving van de ouders centraal stellen, waar onderzoek vaak weinig aandacht voor heeft. Gezien de afwezigheid van studies die zich richten op het langdurig volgen van deze behandelingsvorm, wens ik ook voor dit aspect aandacht te hebben. Ik spits mij specifiek toe op de behandeling met psychofarmaca bij kinderen met ADHD. Mijn algemene onderzoeksvraag luidt dan ook: 'Wat zijn de bezorgdheden die ouders rapporteren tijdens de behandeling met psychofarmaca gedurende een periode van minstens twee jaar bij hun kind met ADHD?'. Deze algemene onderzoeksvraag laat zich verder opsplitsen in volgende deelvragen: (1) 'Welke bezorgdheden ervaren ouders tijdens de langdurige behandelingsperiode met psychofarmaca?', (2) 'Wat zijn de ontstaansredenen van de specifieke bezorgdheden?', (3) 'Met wie communiceren ouders over de behandeling met psychofarmaca?' Bij deze onderzoeksvragen staan de belevingen van de ouders centraal en is er aandacht voor zowel het perspectief van de vader als van de moeder.

Het eerste hoofdstuk van deze masterproef richt zich op de literatuur die met deze onderwerpen verbonden is. Hier wordt allereerst een algemeen beeld van ADHD geschetst en worden de prevalentie en de etiologie besproken. Als tweede worden de behandelingsmethoden van ADHD toegelicht. Zowel de non-farmacologische behandelingen als de farmacologische behandelingen komen hier aan bod. Deze farmacologische behandelingen worden nauwkeuriger besproken. Vervolgens wordt stilgestaan bij de invloed van de controversiële reacties, die leven in de samenleving over het psychofarmacagebruik, op de ouders van kinderen met ADHD. Ook wordt de wijze waarop de ouders het proces van de behandeling met



psychofarmaca bij hun kind beleven behandeld. Voornamelijk wordt informatie gegeven over de beleving van de ouders tijdens de eerste maanden van het opstarten van de behandeling, vanwege de aanwezigheid van wetenschappelijk onderzoek. In het tweede hoofdstuk komt de onderzoeksmethodologie van de studie van deze masterproef aan bod. De gehanteerde methodologie wordt verduidelijkt om een antwoord te verkrijgen op de algemene onderzoeksvraag en de bijhorende deelvragen. Gekozen wordt voor het hanteren van een semi-gestructureerd interview vanuit een kwalitatieve onderzoeksbenadering. Daarnaast worden de rekrutering van de respondenten besproken en de kenmerken van de steekproef. Ten slotte komt de data-analyse aan bod. In het derde hoofdstuk kan u de resultaten lezen die voortkomen uit het semi-gestructureerd interview. Het vierde en laatste hoofdstuk handelt over het formuleren van een antwoord op de drie onderzoeksvragen, waarbij de resultaten vergeleken en bediscussieerd worden met de bevindingen uit de literatuur. Dit hoofdstuk beschouwen we dan ook als de conclusie van de masterproef. Vervolgens worden de klinische implicaties, de beperkingen van het onderzoek en een aantal aanbevelingen naar verder onderzoek geformuleerd.

### **Begripsdefiniëring en – afbakening**

Om verwarring over de gehanteerde begrippen te voorkomen, worden in deze paragraaf eerst nog een aantal termen nader gedefinieerd.

Onder psychostimulantia wordt in dit onderzoek voornamelijk verwezen naar methylfenidaat, meer specifiek naar de merknamen *Rilatine* en *Concerta*.

Het onderzoek richt zich op de ouders van kinderen met ADHD. De leeftijd van zes tot 18 jaar wordt beschouwd als kinderleeftijd.

Onder de diagnose van ADHD wordt zowel het gecombineerde, het overwegend onoplettende als het hyperactieve<sup>2</sup>/impulsieve type gerekend.

# HOOFDSTUK 1: Literatuurstudie

## 1. ADHD: Conceptualisering en situering

### 1.1. Definiëring ADHD

ADHD is de afkorting voor 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder'. In het Nederlands wordt dit begrip vertaald als 'aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit'. De DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2000) en de ICD-10- International Classification of Diseases (World Health Organisation, 1994) zijn de twee internationale classificatiesystemen die criteria voor ADHD omschrijven. De DSM- IV benoemt deze stoornis als ADHD en stelt als criteria dat de symptomen van hyperactiviteit, impulsiviteit en een tekort aan aandacht. Deze symptomen moeten minstens zes maanden aanwezig zijn en interfereren met het (psychosociaal) functioneren van het kind. De symptomen komen voor in minstens twee contexten en voor de leeftijd van zeven jaar. ADHD wordt verder onderverdeeld in drie subtypes: het onoplettendheidstype, het hyperactieve- impulsieve type en het gecombineerde type (Cormier, 2008; Floet, Scheiner, & Grossman, 2010; Schweitzer, Cummins, & Kant, 2001). Naast het classificatiesysteem van de DSM-IV hanteert de ICD-10 het begrip hyperkinetische stoornis (WHO, 1994). De criteria van de ICD-10 zijn restrictiever en maken geen onderscheid in subtypes (Milich, Balentine, & Kant, 2001). In het verdere verloop van deze masterproef zal term de ADHD gehanteerd worden volgens de definiëring van de DSM-IV-TR (APA, 2000).

ADHD is een persistente stoornis en kent een vroege 'onset' in de kindertijd met een mediane ontstaansleeftijd van zeven jaar (Arns et al., 2009; Taylor et al., 2004). Naarmate het kind ouder wordt kunnen de symptomen zich anders manifesteren en leert hij/zij deze hanteren (Cantwell, 1996; El – Sayed et al., 2003). Beperkingen in het sociaal en academisch functioneren bij kinderen met ADHD komen veelvuldig voor (Danckaerts et al., 2010; Rutter et al., 2009). Daarbij is het risico op middelengebruik, criminaliteit en de kans op een lager opleidingsniveau hoger bij deze populatie (Kessler et al., 2006; Biederman et al., 1998; Gjervan et al., 2012; Satterfield & Schell, 1997).

De comorbiditeit bij ADHD is hoog in alle leeftijdscategorieën. Ongeveer 50 tot 80 procent van kinderen en jeugdigen met de diagnose ADHD voldoet aan criteria voor een bijkomende diagnose (Verhulst, 2006) en deze kunnen zowel internaliserend als externaliserend van aard zijn (Rutter et al., 2009). Vaak voorkomende comorbide stoornissen zijn angststoornissen, stemmingsstoornissen, specifieke leerstoornissen, stoornissen in de coördinatie van de motoriek, ticstoornissen en gedragsstoornissen). ADHD is een betrouwbare voorspeller voor ODD (oppositieel- opstandige gedragsstoornis) en CD (antisociale gedragsstoornis) (Buitelaar, Montgomery, & Zwieten-Boot, 2003; Burns & Walsh, 2002).

## **1.2. Prevalentie**

ADHD is een stoornis die internationaal een hoge prevalentie kent op alle leeftijden. Uit diverse onderzoeksgegevens blijkt dat heel wat variatie zit op de prevalentiecijfers van ADHD. Een meta-regressie analyse van Polanczyk et al. (2007) geeft een internationale geschatte prevalentie weer van 5.29 procent bij kinderen tot en met 18 jaar. Voor volwassenen ligt dit cijfer tussen de één en zeven procent (Faraone et al., 2004; Fayyad et al., 2007). De prevalentie van ADHD bij volwassenen in België wordt geschat op 4.1 procent (De Ridder et al., 2008). Concrete cijfergegevens voor kinderen in België met de diagnose ADHD zijn afwezig. Bij het mannelijke geslacht blijkt ADHD drie tot vier keer meer voor te komen bij kinderen dan bij het vrouwelijke geslacht (Kooij, Goedkoop, & Gunning, 1996). In de volwassenenpopulatie blijkt deze verhouding afwezig te zijn (Boonstra, Sergeant, & Kooij, 1999; Scahill & Schwab-Stone, 2000). Een onderdiagnose van het vrouwelijke geslacht op kinderleeftijd is mogelijk omwille van selectiebias of genderverschillen (Rowland, Lesesne, & Abramowitz, 2002). Uit een onderzoek van Fayyad et al. (2007) blijkt ADHD meer voorkomend te zijn in Westerse landen (4.2 procent) dan in ontwikkelingslanden (1.9 procent) en bij mensen met een lager opleidingsniveau. Ook liggen de prevalentiecijfers lager in studies die de ICD-10- criteria hanteren dan studies die de DSM- IV criteria hanteren (Polanczyk et al., 2007).

## **1.3. Etiologie**

Hedendaags is de etiologie van ADHD nog onduidelijk (Cantwell, 1996; Daley, 2006). Wel wijst onderzoek reeds uit dat de oorzaak terug te vinden is in een complexe interactie tussen biologische, genetische en omgevingsfactoren (Eubig, Aguiar, & Schantz, 2010).

### ***1.3.1. Genetische factoren***

Genetische factoren zijn dominant in de etiologie van ADHD en verklaren ongeveer 75 procent van de ADHD-gerelateerde variantie. Uit tweelingenstudies blijkt een gemiddelde erfelijkheidsfactor van 80 procent (Faraone, 2004; Faraone & Biederman, 1998). Ook wordt ADHD tot vijf keer meer vastgesteld in families waar personen de diagnose ADHD kregen, dan in andere families (Tannock, 1998). Waarschijnlijk spelen meerdere genen een rol in de etiologie van ADHD. Kandidaat- genstudies wijzen op zeven kandidaatgenen die geassocieerd zijn met ADHD, waaronder vijf genen betrokken in de catecholaminerge neurotransmissie (vb. Dopamine, noradrenaline) en twee genen gerelateerd aan serotonerge neurotransmissie (Durstun & Konrad, 2007; Swanson et al., 2007 in Aguiar et al., 2010).

### ***1.3.2. Neurobiologische en cognitieve modellen***

Neurobiologische modellen wijzen op structurele hersenafwijkingen bij ADHD in: voornamelijk de frontale cortex (prefrontaal), de basale ganglia en het cerebellum (Kieling et al., 2008; Nigg & Nikolas, 2008 & Valera et al., 2007 in Aguiar et al., 2010). Via functionele MRI is een hypoactiviteit in het frontale hersengebied, de cortex van de gyrus cinguli, de nucleus caudatus en de thalamus vastgesteld (Dickstein et al., 2006; Koehler et al., 2009). De meeste van deze onderzoeken kennen echter een lage specificiteit doordat zij uitspraken doen over groepsgemiddelden en dus onvoldoende gecontroleerd worden voor comorbiditeit.

Op cognitief niveau veronderstelt de theorie van Barkley (1997; 1998) een dysfunctie in het inhibitiesysteem bij kinderen met ADHD wat leidt tot problemen in de executieve functies. Uit onderzoek blijkt dat deze problemen in de executieve functies ook teruggevonden worden bij kinderen met andere stoornissen of zonder stoornissen (Corbett et al., 2009). Cognitieve theorieën vertrekkend vanuit de motivationele processen spreken over een atypische beloningsgevoeligheid bij kinderen met ADHD (Demurie et al., 2011). De 'delay-aversion hypothese' veronderstelt dat individuen met ADHD een uitgesproken aversie voor wachttijden en uitstel hebben (Sonuga-Barke et al., 2005). Nog een andere cognitieve invalshoek baseert zich voornamelijk op het informatieverwerkingsmodel. ADHD wordt in dit model beschreven als een cognitief-energetisch probleem waarbij problemen in het activatiesysteem centraal staan (M. Thys, nieuwsbrief, december, 2004).

### ***1.3.3. Omgevingsfactoren***

Naast de overwegend erfelijke factoren worden omgevingsinvloeden, zowel pre- peri- als postnatale, in verband gebracht met de complexe etiologie van ADHD. Mogelijke pre- en perinatale factoren zijn nicotinegebruik, alcoholgebruik, blootstelling aan kleine hoeveelheden lood, prematuriteit en een laag geboortegewicht (Kieling et al., 2008; Swanson et al., 2007;). Daarnaast spelen postnatale factoren een rol. Het onderzoek naar de invloed van voeding op het gedrag en cognitief functioneren van personen met ADHD wint aan belangstelling. Toch is hierover nog geen eenduidigheid (Blanchflower, Oswald, & Stewart-Brown, 2012; Durga et al., 2007; Warsama et al., 1996). Ook factoren in het opvoedingsmilieu als een lage sociaal- economische status, een instabiel gezinsklimaat, een gebrek aan regelmaat en structuur kunnen de kans op de aanwezigheid van ADHD- symptomen verhogen (Biederman et al., 1995). Het opvoeden van een kind met ADHD veronderstelt van de ouders vaak een extra inspanning en uitdaging in hun ouderlijke vaardigheden en opvoedingscapaciteiten. Studies leveren controversiële resultaten op omtrent de impact van de omgeving op het ADHD- gedrag (Huizink & Mulder, 2006; Mick et al., 2002; Millichap, 2008). Ongunstige omgevingsfactoren kunnen dus mogelijks bijdragen aan het versterken van de symptomatologie. Anderzijds kan de aanwezige symptomatologie ongunstige omgevingsfactoren veroorzaken.

## **2. Behandelingen voor kinderen met ADHD**

Na het stellen van de diagnose ADHD wordt voor het kind een behandeling opgestart die tot doel heeft om de kernsymptomen van ADHD, het psychosociale functioneren en de school- of werkprestaties te verbeteren. Uit een recent overzichtsartikel (Pritchard et al., 2011) blijkt dat kinderen die geen behandeling volgden voor ADHD een hoger risico lopen op het ervaren van moeilijkheden op sociaal, academisch, beroepsmatig en praktisch niveau. In de literatuur wordt in de behandelingen voor ADHD voornamelijk een onderscheid gemaakt tussen farmacologische behandelingen en non-farmacologische behandelingen.

## 2.1. Non- farmacologische behandelingen

Een non- farmacologische behandeling is een behandeling waarbij geen psychofarmaca worden toegediend aan het kind met ADHD. Het omvat de psychosociale interventies die hoofdzakelijk gebaseerd zijn op gedragstherapeutische benaderingen en waarbij gezocht wordt naar manieren om positief gedrag te bekrachtigen zodat probleemgedrag afneemt (Zimmerman, 2003). Een voorbeeld hiervan is psycho-educatie. Hierbij wordt informatie omtrent ADHD en de effecten en mogelijkheden van de behandeling aangereikt aan het kind en de ouders (Corkum et al., 1999). Een tweede veelvuldig toegepaste psychosociale interventie bij ADHD is oudertraining. Ouders worden aangemoedigd om positieve interacties met hun kinderen aan te gaan en aan hen worden specifieke technieken aangeleerd om met het gedrag van hun kind om te gaan (Katragadda & Schubiner, 2007). Andere non- farmacologische behandelingen zijn cognitieve interventies, sociale vaardigheidstraining, schoolgerichte interventies, neuro- feedback en de alternatieve therapieën als voedingsinterventies (vb. Eliminatie-dieet), bewegingstherapie, meditatietherapie en bachbloesemtherapie.

De evidentie voor een non- farmacologische aanpak is miniem. Enkel gerandomiseerd onderzoek omtrent gedragstherapie is beschikbaar. Hieruit blijkt dat gedragstherapie weinig effectief is indien deze enkel gericht is op het kind (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, 2010; Bjornstad & Montgomery, 2005; Keen & Hadjikoumi, 2008). Psycho-educatie als aanvullend deel in de behandeling en gedragstherapeutische educatieve programma's gericht op de ouders blijken wel doeltreffend (Montoya, Colom, & Ferrin, 2011; Pelham & Fabiano, 2008; Young & Amarasinghe, 2010). Uit een onderzoek van Johnston et al. (2005) blijkt dat 73 procent van de ouders gedragstherapeutische interventies toepassen over een periode van twee jaar en 65 procent past deze strategieën frequent toe. De motivatie en inzet van het kind, ouders en het school bepalen mede de effectiviteit van de gedragstherapie (Kazdin & Wassell, 2000; Hoza et al., 2001).

## 2.2. Farmacologische behandelingen

De farmacologische behandeling voor ADHD bestaat uit het toedienen psychostimulantia of non-psychostimulantia. Tot de groep non- psychostimulantia of niet stimulerende middelen behoren onder meer atomoxetine (*Strattera*), Clonidine (*Dixarit*), tricyclische antidepressiva (TCA) en neuroleptica (Ledbetter, 2006; Wilens et al., 2003). Het meest gekende psychostimulantium of stimulerend middel in de behandeling voor ADHD is methylfenidaat. Het werkt in op de neurotransmitters dopamine en/of noradrenaline (Wolraich et al., 2005; Culpepper, 2006). *Rilatine* en *Concerta* zijn hiervan de twee gekendste middelen. *Rilatine* heeft een werkingsduur van twee tot vier uur en dient meerdere malen per dag ingenomen te worden. Daar aas bestaan stimulantia die slechts één maal per dag ingenomen dienen te worden. Hiertoe behoren *Rilatine* MR, die een werkingsduur heeft van zes tot acht uur en *Concerta* met een werkingsduur van acht tot twaalf uur. Vergelijkende studies geven geen eenduidige resultaten omtrent de effectiviteit van een behandeling met methylfenidaat (BCFI, 2010). De farmacologische interventie kreeg veel internationale aandacht door de 'Multimodal Treatment Study of Children with ADHD' (MTA). Deze studie toonde aan dat een intensieve

medicamenteuze behandeling met methylfenidaat en een combinatiebehandeling (gedragstherapie en medicatie) bij kinderen met ADHD superieur bleken op andere vormen van behandelingen over een periode van 12 maanden (Barkley, 1997; Nieweg, 2010). Weinig aandacht ging naar de opvolgingsstudies die drie en acht jaar later werden uitgevoerd. Uit deze studies bleek dat het verschil tussen de effectiviteit van de behandelingen verdwenen was (Molina et al., 2009; Nieweg, 2010).

De laatste jaren is er een sterke toename van het gebruik van methylfenidaat in België (Bogaert, 2012). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de positieve resultaten uit de eerste MTA- studie, de terugbetaling van *Rilatine* en de toename van het aantal diagnosestellingen van ADHD (De Kimpe, Kuylen, & De Lepeleire, 2012). Het totaal aantal gebruikers in 2010 van *Rilatine* werd geschat op meer dan 66.000, voor *Concerta* bedroeg de schatting ongeveer 4000 (Senaat 03.05.2011 nr. 5-473). De leeftijdscategorie die het meest medicatie innemen zijn kinderen tussen de 10 en 11 jaar. Het gebruik neemt af wanneer de kinderen naar het secundair onderwijs gaan (Visser et al., 2010). Een studie van McCharty et al. (2012) toont aan dat kinderen die op jonge leeftijd starten met een behandeling met medicatie deze langer continueren dan kinderen die op latere leeftijd starten. *Rilatine* is het enige middel in de behandeling met psychofarmaca bij ADHD dat in aanmerking komt om terugbetaald te worden. Hiervoor worden bepaalde voorwaarden opgesteld. Het kind dient bijvoorbeeld tussen de zes en 17 jaar oud te zijn en jaarlijks op controle te gaan bij de (kinder)psychiater/neuroloog (De Kimpe et al., 2012). Ondanks het hoge medicatiegebruik zijn in België geen klare richtlijnen voorhanden over de opvolging van medicatiegebruik bij personen met ADHD.

Hedendaags wordt een behandelingscombinatie van psycho-educatie, farmacotherapie en gedragstherapie aangeraden (Pelham, Wheeler, & Chronis, 1998; Raggi & Chronis, 2006). Het is zinvol dat de interventie zich richt op zowel het kind als zijn/haar context met aandacht voor diverse factoren zoals de protectieve en risico- factoren, comorbiditeit en intensiteit van de stoornis (Biederman & Faraone, 2005; Daly et al., 2007; Kutcher et al., 2004). Argumenten om aan te nemen dat een behandeling de basisproblematiek beïnvloedt, zijn afwezig (BCFI, 2010; Keen & Hadjikhomi, 2008). Uit een analyse van Shaw et al. (2012) blijkt dat verder onderzoek naar de lange termijneffecten van behandelingen voor ADHD nodig is, aangezien de effecten op korte termijn geen voorspellers zijn voor de effecten op lange termijn.

### ***2.2.1. Gevolgen van psychofarmaca op korte termijn***

De laatste twee decennia wordt veel onderzoek verricht naar de gevolgen van een behandeling met psychofarmaca bij ADHD. De literatuur omtrent de diverse behandelingsvormen voor ADHD handelt voornamelijk over de behandeling met psychofarmaca. Zo zijn de gevolgen en bijwerkingen op korte termijn bij het gebruik van psychofarmaca bij kinderen met ADHD gekend. Het gebruik van een behandeling met psychofarmaca op korte termijn wordt over het algemeen positief beoordeeld in het verminderen van de ADHD-symptomen. Uit de studie van Wigal (2009) blijkt dat het gebruik van een methylfenidaat leidt tot een afname van het aandachttekort, de hyperactiviteit en de impulsiviteit bij 70 tot 80 procent van de kinderen. Daarnaast heeft de medicatie een positief effect op het algemeen gedrag, het interpersoonlijk functioneren, het sociaal functioneren en het emotioneel welbevinden (vb. zelfcontrole over de stemmingswisselingen). Dit alles zorgt voor meer stabiliteit en rust in de leefomgeving van het kind waardoor aan het kind de

mogelijkheid geboden wordt om nieuwe leerervaringen op te doen (Cverle, 1999). Ook blijkt uit onderzoek dat de schoolprestaties verbeteren waardoor het zelfvertrouwen van het kind stijgt (Katragadda & Schubiner, 2007; Murphy, Barkley, & Bush, 2002; Santosh & Taylor, 2000).

Bij sommige kinderen voldoet de behandeling met psychofarmaca daarentegen niet aan de verwachtingen. De studie van Toomey et al. (2012) geeft weer dat 21 procent van de kinderen stoppen met het nemen van ADHD- medicatie tijdens het eerste behandelingsjaar omwille van het ontbreken van een effect op de ADHD- symptomen of bijwerkingen. Deze bijwerkingen kunnen zowel psychisch als fysisch van aard zijn zoals een verminderde eetlust, groeistoornissen, slaapstoornissen, een verhoogde alertheid, gevoelens van euforie en een verhoogd risico op suïcidale gedachten (SIGN, 2009). Voornamelijk bij de kortwerkende versie van psychostimulantia kan het rebound- effect als bijwerking optreden. Dit effect wordt veroorzaakt door het uitwerken van de medicatie en wordt gekenmerkt door het optreden van hevige ADHD- symptomen. Het ervaren van bijwerkingen leidt niet steeds tot het stopzetten van de behandeling met psychofarmaca. Uit een studie van Charach et al. (2006) blijkt dat ouders de medicatie blijven geven aan hun kind zelfs wanneer bijwerkingen worden ervaren. Deze mogelijke effecten van de psychofarmaca op korte termijn zijn geen evidentie voor het voorspellen van de effecten op langere termijn (DosReis & Myers, 2008; Jensen et al., 2007).

### ***2.2.2. Gevolgen van psychofarmaca op lange termijn***

Weinig informatie is gekend over de gevolgen op lange termijn van een behandeling met psychofarmaca bij ADHD en de optimale behandelingsduur. Hiervoor is nood aan verder wetenschappelijk onderzoek (Taylor et al., 2004). Vele studies kennen methodologische tekortkomingen, rapporteren heterogene uitkomsten en vertonen publicatiebias. In Randomized Controlled Trials (RCT's) zijn de effecten en bijwerkingen op lange termijn (>twee jaar) niet onderzocht (BCFI, 2010; Molina et al., 2009). Over de effectiviteit van een behandeling met psychofarmaca na een periode van twee jaar geeft een review van de literatuur positieve resultaten weer (Hechtman & Greenfield, 2003). Een analyse op een nationale (USA) longitudinale onderwijsstudie die kinderen met ADHD (n=594) van de kleuterklas tot de vijfde graad volgden, uitgevoerd door Scheffler et al. (2009), sluit hierop aan. Hieruit blijkt dat kinderen die medicatie namen significant betere resultaten scoorden op wiskunde en op lezen vergeleken met kinderen die deze behandeling niet volgden. Uit een langdurig onderzoek van Biederman et al. (2010) bij 112 jongens met ADHD blijkt dat jongens die psychostimulantia namen minder hun schooljaar dienden over te doen. Reeds werd vermeld dat ADHD een persistente stoornis is. Een behandeling met psychofarmaca leidt wel tot een vermindering ADHD- symptomen op korte termijn maar maakt deze niet ongedaan op langere termijn (Whalen et al., 2006). Aangeraden wordt dan ook om deze behandeling aan te vullen met interventies op gezins- en schoolniveau (Carr, 2008). Bijwerkingen die beschreven worden op langere termijn zijn een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen, een nefast effect op de ontwikkeling van het brein en groeivertragingen (Brands, Sproule, & Marshman, 1998; Cortese et al., 2013). Bij laatstgenoemde is het onduidelijk of deze samenhangen met de stoornis of deze op latere leeftijd ingehaald kunnen worden (Nieweg, 2010; Swanson et al., 2007).

### **3. Belevingen omtrent behandeling met psychofarmaca voor kinderen met ADHD**

Het gebruik van psychofarmaca in de behandeling voor kinderen met ADHD leidt tot controverse in de samenleving. Verschillende visies leven hierover op diverse samenlevingsniveaus. In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de invloed van deze opinies op de beleving van de ouders van kinderen die een behandeling met psychofarmaca volgen.

#### **3.1. Controverse in de samenleving**

Psychostimulantia worden reeds meer dan 70 jaar gebruikt in de behandeling voor ADHD (Bradley, 1937). Samengaan met het stijgend aantal diagnoses van ADHD het laatste decennium, nam ook het aantal behandelingen met psychofarmaca toe. Het gebruik van psychofarmaca in de behandeling voor kinderen met ADHD is de meest omstreden behandeling bij deze ontwikkelingsstoornis die leidt tot controversiële reacties in de samenleving, zowel nationaal als internationaal (Bussing & Gary, 2001; Daley, 2006; Jackson & Peters, 2008; Singh, 2005). Het thema krijgt aandacht op alle niveaus in de samenleving. Het 'VN-comité voor de Rechten van het Kind' formuleerde bijvoorbeeld in 2010 aanbevelingen voor het gebruik van psychofarmaca door minderjarigen in België. Ook vele andere organisaties, de politiek, ethici en professionals uiten hun mening over dit thema en zijn bezorgd over het toenemend gebruik van psychofarmaca door kinderen. Op microniveau blijkt de aanwezigheid van dit thema door de populaire informatie- en studiedagen, het gebruik van ADHD-fora op het internet, het beroep dat mensen doen op ADHD-organisaties en de gesprekken die hierover gevoerd worden aan de ontbijttafel en de schoolpoort. De resultaten uit wetenschappelijke studies die de effecten van medicatie nagaan en die cijfers weergeven over het psychofarmacagebruik bij kinderen, worden onder de aandacht gebracht op microniveau door de verontrustende berichtgevingen in het nieuws. Deze thema's leiden op hun beurt tot stof van discussie en zorgen voor verontwaardigde reacties en opiniestukken via diverse mediakanalen (Hoge Gezondheidsraad, 2012; Metaforum K.U. Leuven, 2011; Vanobbergen, 2006).

De personen die het nauwst betrokken zijn bij de praktijken van psychofarmacagebruik bij kinderen en de grootste verantwoordelijkheid dragen in het nemen van besluiten omtrent een behandeling met psychofarmaca voor het kind zijn de ouders (Charach et al., 2006; Rodney, Roberts, & Barone, 2000). De reacties op de verschillende samenlevingsniveaus zetten hen dan ook aan tot denken en leiden tot het ontstaan van bezorgdheden en twijfels. Uit onderzoek van Taylor et al. (2006) blijkt dat ouders misnoegd zijn dat hun ouderlijke vaardigheden publiek bediscussieerd worden en er kwaad over hen gesproken wordt door personen die slechts een gering contact hebben met het kind. Echter, wordt vanuit de samenleving en het wetenschappelijk onderzoek weinig aandacht besteed aan deze beleving van de ouders. Nochtans zijn zij een interessante bron van informatie. Hun overtuigingen en attributies verschillen immers van die van ouders van kinderen zonder gedragsproblemen (Freeman, Johnston, & Barth, 1997).



### **3.2. Factoren in het belevingsproces van ouders**

Tot op heden werd slechts gering onderzoek uitgevoerd naar de beleving van ouders van kinderen met ADHD waarvan deze kinderen een behandeling met psychofarmaca volgen. Onderzoek dat zich hierbij toespitst op ouders van kinderen die langdurig een behandeling volgen, is afwezig. Dit is niet onbelangrijk aangezien vele kinderen hedendaags gedurende enkele jaren psychofarmaca gebruiken. De beperkte wetenschappelijke evidenties worden hier besproken.

#### ***3.2.1. Beleving ouders bij het opstarten van de behandeling met psychofarmaca***

Ouders van kinderen met ADHD staan voor uitdagingen in de opvoeding. De gedragsproblematiek kent een invloed op het functioneren van het gezin. Vaak zijn de onderlinge relaties verstoord en ervaren de ouders opvoedingsstress (Danckaerts et al., 2010; DosReis et al., 2010). Hedendaags dienen ouders een grote verantwoordelijkheid op te nemen in het bepalen van een behandeling voor hun kind. Er is een ruim keuzeaanbod voorhanden waaruit zij vrij kunnen kiezen en bij consultaties laten hulpverleners ruimte voor inspraak van de ouders. Het uiteindelijke besluit om een behandeling met psychofarmaca te starten nemen ouders niet zonder na te denken; dit nemen ze weloverwogen en zorgvuldig (Brinkman et al., 2009). Ouders van kinderen met ADHD doorlopen een proces voordat zij overgaan tot het nemen van het besluit te starten met een behandeling met psychofarmaca. In een eerste fase merken ouders de gedragsproblemen bij het kind op en gaan ze actief op zoek naar een kader om dit gedrag te plaatsen. Hieruit volgt meestal een diagnosestelling van ADHD door een professional. In deze tweede fase dienen de ouders de diagnose dan ook te aanvaarden. De derde fase bestaat uit het kiezen van een behandeling voor het kind met ADHD (Bussing et al., 2003). Een onderzoek van Charach et al. (2006) geeft weer dat ouders tijd nodig hebben om de informatie omtrent de diagnose van hun kind te verwerken en om diverse behandelingsopties te overwegen. Ze ervaren een sterke drang om te doen wat het best is voor hun kind. In hun behandelingskeuze houden ouders rekening met de wensen van hun kind. Verder blijkt uit deze studie dat het starten van een behandeling met psychofarmaca het begin is van het nemen van een reeks besluiten met betrekking tot het medicatiegebruik.

Over het algemeen ervaren ouders het proces om een behandeling met psychofarmaca te starten als moeilijk en is dit voor hen geen vanzelfsprekendheid (Bussing & Gary, 2001; Charach et al., 2006). Uit onderzoek van DosReis et al. (2003) blijkt dat 55 procent van de ouders van kinderen met ADHD weigerachtig staat tegenover deze behandelingsvorm, wat aansluit bij bevindingen uit andere studies (Jackson & Peters, 2008; Taylor et al., 2006). Ouders voelen zich schuldig over en verantwoordelijk voor de belemmeringen die het kind met ADHD over het algemeen ervaart en over/voor het geven van deze behandeling. Bevindingen uit een studies van Singh (2005) en van Taylor et al. (2006) geven gelijkaardige belevingen van ouders weer. Ouders ervaren namelijk gevoelens van verwarring en onzekerheid. Ook beseffen zij dat zij de enige zijn die instaan voor het levenslange welzijn van hun kind. Uit de studie van Brinkman et al. (2009) blijkt dat ouders terughoudend staan tegenover de medicatie omdat vele over het algemeen niet graag medicatie aan hun kind toedienen. Ook zijn ze van mening dat medicatie de gedragsproblemen niet oplost, hebben zij angst voor het ontstaan van een verslavingsproblematiek en voor de bijwerkingen op korte en lange termijn. Andere twijfels die ouders kennen omtrent de psychofarmaca

handelen onder meer over de effectiviteit, het mogelijke stigmatiserende effect en de invloed op de eigenwaarde van het kind (Bussing et al., 2005; DosReis et al., 2003; DosReis & Myers, 2008; Hansen & Hansen, 2006; Olaniyan et al., 2007; Singh, 2003). Het kennen van twijfels en ervaren van gevoelens van angst door ouders over de behandeling met psychofarmaca komt in deze studies sterk naar voren. De bevindingen rond de beleving van deze ouders die participeerden aan bovenstaande onderzoeken, handelen zowel over de periode van de opstart als over de eerste maanden van de behandeling. Daarnaast zijn er ook factoren die de besluitvorming faciliteren. Deze zijn het falen van alternatieve behandelingsmethoden, het ouderlijk bewustzijn van de effecten op lange termijn van ADHD en het aanzien van een behandeling met psychofarmaca als een permanente en stabiele behandeling (Bussing & Gary, 2001). Het opzetten van een testperiode met medicatie nemen eveneens angstgevoelens en twijfels bij de ouders weg.

Ouders informeren zich via allerlei bronnen over de behandeling met psychofarmaca (Taylor et al., 2006). Deze bronnen beïnvloeden de ouders in het proces van hun besluitname en worden ofwel als ondersteunend ofwel als kritiek ervaren (Brinkman et al., 2009; Jackson & Peters, 2008; Singh, 2005; Taylor et al., 2006). Uit de studie van Johnston et al. (2005) blijkt dat ouders concrete argumenten aangeven waarom ze kiezen voor een behandeling met psychofarmaca. De bronnen waar ouders informatie vinden, zijn voornamelijk boeken en gesprekken met psychiater en de huisdokter. Ook andere professionals, het sociaal netwerk (familie en vrienden), media en schoolpersoneel bieden verheldering. Lezingen en oudercursussen zijn minder voorkomend. Vervolgens wordt dieper ingegaan op de invloed van deze bronnen op de belevingen van de ouders omtrent het psychofarmacagebruik bij het kind.

### ***Sociaal netwerk***

Ouders ervaren veel kritiek uit hun sociaal netwerk over de psychofarmaca die zij aan hun kind met ADHD toedienen (Bussing & Gary, 2001). Ze hebben het gevoel dat ze zich continu moeten verantwoorden en verdedigen tegenover hun omgeving (Jackson & Peters, 2008). Uit het onderzoek van Taylor et al. (2006) blijkt dat de familieleden van de ouders het sterkst hun mening geven over ADHD. Ouders zeggen dat deze opinies het moeilijkst te veranderen zijn en erg gemeen van aard kunnen zijn. Over de reacties van andere personen uit het sociaal netwerk is weinig gekend.

### ***Psychiater***

Vele ouders zijn weinig enthousiast om een behandeling met psychofarmaca te starten. Ze proberen eerst alternatieve behandelingen uit. Wanneer deze weinig resultaat opleveren, is de behandeling met psychofarmaca hun laatste hoop. Een onderzoek van Olaniyan et al. (2007) geeft weer dat ouders pas vaak een psychiater contacteren wanneer hun inspanningen om de gedragsproblemen op te lossen niet slagen of wanneer zij de situatie als uitzichtloos ervaren. Uit deze studie blijkt ook dat velen vinden dat artsen te snel overgaan tot het toedienen van medicatie. Studies van DosReis et al. (2003; 2006) tonen aan dat ouders de medicatie als veilig aanschouwen wanneer deze voorgeschreven wordt door een psychiater. Het plaatsvinden van een grondig diagnostisch proces en het hebben van vertrouwen in de bekwaamheid van de arts verminderen bij vele ouders de twijfels om het een behandeling met psychofarmaca te starten (Bussing & Gary, 2001). Ook het inzetten van een testperiode met medicatie kan bij ouders ertoe leiden toch de stap naar deze behandeling te zetten (Charach et al., 2006). Uit onderzoek van Singh (2005) blijkt dat ouders een psychiater verkiezen die een houding aanneemt als gids in de besluitvormingen. Wanneer artsen werken

vanuit deze visie krijgen ouders een grotere verantwoordelijkheid in het nemen van definitieve beslissingen over de medicatie. Singh (2005) concludeert in haar onderzoek dat van ouders niet verwacht kan worden dat zij het medicatiegebruik van hun kind objectief observeren en inschatten. Van artsen vraagt het immers al een inspanning om situaties van kinderen met ADHD voldoende objectief te beoordelen. Zowel artsen als ouders geven hoofdzakelijke een medische verklaring aan de etiologie van ADHD. Dit leidt tot het verkiezen van een behandeling met psychofarmaca en deze als aanvaardbaar te aanzien (Conrad, 2006). De resultaten uit het onderzoek van Brinkman et al. (2009) sluiten hierbij aan, namelijk het geloof in het biomedische model faciliteert de stap naar een behandeling met psychofarmaca.

### ***School***

De school is vaak de context waarin professionals de gedragsproblemen van het kind opmerken en bespreekbaar maken met de ouders. Het is de omgeving waar de eerste stap naar de diagnosestelling en behandeling plaats vindt. Vanuit de school ervaren de ouders druk om te interveniëren in het gedrag van hun kind (Brinkman et al., 2009). Zij geven aan dat weinig leerkrachten de dilemma's begrijpen die zich voordoen bij het kiezen van een behandeling (Taylor et al., 2006). De moeilijkheden op school dragen ertoe bij dat ouders sneller opteren voor een behandeling met psychofarmaca (Brinkman et al., 2009). Uit onderzoek van Charach et al. (2006) blijkt dat ouders vanuit de school uiteenlopende reacties krijgen betreffende de behandeling met psychofarmaca aan het kind. Sommige leerkrachten zijn voorstander, andere tegenstander. Dit leidt bij ouders tot gevoelens van verwardheid. Onderzoek van Malacrida (2004) geeft weer dat wanneer ADHD een gemedicaliseerd fenomeen is in de samenleving de leerkrachten eerder de ouders aanmoedigen om een behandeling te starten met psychofarmaca. Deze leerkrachten besteden dan weinig aandacht aan het opzetten van alternatieve mogelijkheden om het gedrag van het kind in de school te handhaven. Vele moeders hebben het gevoel dat er weinig communicatie plaatsvindt met de leerkrachten over de mogelijkheden van gedragsaanpak van hun kind. Ook veronderstellen leerkrachten dat de prestaties van het kind sterk zullen verbeteren door de psychofarmaca. De oorzaak van de ADHD van het kind schrijven de leerkrachten vaak toe aan familiepathologie. Dit heeft een invloed op de relatie tussen de ouders en de leerkrachten wanneer overleg plaatsvindt over behandelingsopties (Malacrida, 2001).

### ***Media***

De media plaatsen een behandeling met psychofarmaca voor kinderen hoofdzakelijk in een negatief daglicht. Uit onderzoek van Charach et al. (2006) blijkt dat dit voor de ouders het nemen van beslissingen over een behandeling met medicatie bemoeilijkt. Zij aanzien de media dan ook als een grote verantwoordelijke in het ontstaan van de stigma's over kinderen met ADHD (Taylor et al., 2006). Voor vele ouders vormt deze stigmatisering een barrière om te starten met medicatie (Brinkman et al., 2009). Ouders staan afkeurend tegenover de berichtgevingen die de media verspreiden. Zij vinden dat dit onderwerp een zaak is tussen ouders en hulpverleners en de media geen uitspraken hierover dient te doen. Uit studies blijkt dat vooral de berichtgevingen die handelen over psychofarmaca als drugs en de berichtgevingen die vermelden dat ouders de medicatie toedienen om het gedrag van hun kind te controleren de ouders kwetsen (Hansen & Hansen, 2006; Jackson & Peters, 2008; Taylor et al., 2006).

### ***Andere factoren***

Naast bovenstaande omschreven zaken tonen onderzoeken aan dat ook andere factoren de besluiten van ouders omtrent een behandeling met psychofarmaca beïnvloeden. Uit de studie van Charach et al. (2006) blijkt dat de visie die ouders vooraf hebben op psychofarmaca het besluit om over te gaan tot een behandeling met psychofarmaca sterk beïnvloeden. Wanneer ouders dus negatief staan tegenover psychofarmaca zullen ze hiermee minder snel starten. Ook sociaal-culturele factoren beïnvloeden het besluitvormingsproces (Leslie et al., 2007). Zo ervaren ouders die een laag inkomen hebben of in de stad wonen bijvoorbeeld meer twijfels en emoties (DosReis et al., 2003; DosReis et al., 2006; Olaniyan et al., 2007). Het geslacht van de ouders is een andere beïnvloedende factor. Vaders en moeders hebben een verschillende beleving omtrent een behandeling met psychofarmaca. Het perspectief van de vaders in wetenschappelijk onderzoek rond ADHD is vaak afwezig. Singh (2004) focuste in haar onderzoek op het verschil in deze beleving. Hieruit blijkt dat moeders minder angstgevoelens ervaren en zich beter voelen wanneer hun kind medicatie neemt. Ook hebben ze het gevoel dat de relatie met hun zoon en met hun echtgenoten verbetert, en voelen ze meer vrijheid om te participeren aan sociale activiteiten met hun zoon. Vaders geven aan dat wanneer hun zoon *Rilatine* neemt hun vrouw minder angstig is en het gezinsleven aangenamer. Uit een andere studie van Singh (2005) blijkt dat vaders meer weerstand kennen tegenover de medische benadering van het gedrag van het kind met ADHD en terughoudender staan tegenover een behandeling met psychofarmaca dan moeders. Als laatste blijkt uit de studie van Johnston et al. (2005) dat beslissingen en keuzen in behandelingen veranderen doorheen de tijd. Voornamelijk invloeden van de school en familieleden zijn hierbij bepalend.

#### ***3.2.2. Beleving ouders tijdens behandeling met psychofarmaca***

De meeste ouders zijn van mening dat medicatie het kind kan helpen en beoordelen een behandeling met psychofarmaca als effectief. De symptomen van hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtstekort nemen af (Johnston et al., 2005; Olaniyan et al., 2007). Vele ouders zetten de behandeling met psychofarmaca dan ook verder (Marcus et al., 2005). Toch blijven zij dagelijks morele dilemma's ervaren. Deze handelen voornamelijk over de medicatiedosis en of de behandeling met psychofarmaca wel de 'juiste' keuze is (Charach et al. 2006; Singh, 2005). Uit het onderzoek van Charach et al. (2006) blijkt dat vele kinderen stoppen en/of herstarten met de behandeling met psychofarmaca doorheen de jaren. Deze stopperiodes geven de ouders een beter inzicht in de behandeling waardoor zij hierover beter beslissingen kunnen nemen. Ook blijkt dat ouders meer gehoor hebben voor de mening van hun kinderen omtrent psychofarmaca naarmate zij de adolescentieleeftijd bereiken (Brinkman et al., 2009). Als laatste blijkt uit de studie van DosReis et al. (2009) dat de overtuigingen die ouders hebben betreffende de onderwerpen die samenhangen met een behandeling met psychofarmaca, bepalen in welke mate ouders de behandeling aanvaarden en volhouden.

## **HOOFDSTUK 2: Methodologie**

### **1. Inleiding**

In dit deel wordt de keuze voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering in het beantwoorden van de onderzoeksvragen verantwoord. Ook de rekrutering van de respondenten, de onderzoeksprocedure en de data-analyse worden verder toegelicht.

### **1. Onderzoeksdoelstelling en methodologische achtergrond**

De doelstelling van dit onderzoek is het verkrijgen van een inzicht in de bezorgdheden van ouders van kinderen met ADHD die langdurig een behandeling met psychofarmaca volg(d)en. Daarnaast wordt gepoogd een antwoord te verkrijgen op de drie deelvragen: (1) 'Welke bezorgdheden ervaren ouders tijdens de langdurige behandelingsperiode met psychofarmaca?', (2) 'Wat zijn de ontstaansredenen van de specifieke bezorgdheden?' en (3) 'Met wie communiceren ouders over de behandeling met psychofarmaca?'. Gekozen wordt voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering om op een adequate en haalbare wijze een antwoord te kunnen verkrijgen op de onderzoeksvragen.

'Kwalitatief' of 'interpretatief' onderzoek is een vorm van empirisch onderzoek. Vertrokken wordt vanuit een holistische invalshoek waarbij het onderzoeksdesign in staat moet zijn om het onderzoeksontwerp op een systematische, alomvattende en geïntegreerde manier te benaderen (Mortelmans, 2007). Kwalitatief onderzoek onderscheidt zich van kwantitatief onderzoek door de wijze van informatieverzameling, het soort analyse, het onderzoeksopzet, het onderwerp van het onderzoek en de rol van de onderzoeker. Het is geen zoektocht naar de ultieme waarheid over de werkelijkheid die weergegeven wordt in oorzaak-gevolgrelaties. Wel tracht men standpunten en ervaringen van mensen systematisch te beschrijven (Maso & Smaling, 2004; Smaling & van Zuuren, 1992). In het verleden botste de kwalitatieve benadering vaak op kritiek aangezien de graad van wetenschappelijkheid in vraag werd gesteld. Vele onderzoekspraktijken tonen ondertussen aan dat het kwalitatief onderzoek zeker een meerwaarde is binnen de wetenschap. Hedendaags wordt het kwalitatief onderzoek op een empirische wijze uitgevoerd en tracht men de ervaringen van respondenten correct weer te geven. Rekening houdend met de vooropgestelde onderzoeksvragen, waarin de exploratie van de bezorgdheden van ouders van kinderen met ADHD die langdurig psychofarmaca hanteren centraal staat, biedt kwalitatief onderzoek de meest geschikte ingangspoort om toegang te krijgen tot deze subjectieve betekenisverlening van en door de respondenten. Meer specifiek wordt gekozen voor een belevingsonderzoek waarbij de sociale processen en de betekenisgeving vanuit de leefwereld van de onderzochte centraal staan (Mortelmans, 2007). Zo wordt gestreefd naar het zo goed mogelijk tot het recht laten komen van de belevingen en de ervaringen van de ouders.

## 2. Rekrutering

### 2.1. Respondenten

Om de doelstelling te operationaliseren worden 17 Nederlandstalige respondenten gerekruteerd woonachtig te Vlaanderen (Provincies: West-Vlaanderen, Antwerpen, Limburg). Vertrekkend vanuit een kwalitatieve onderzoeksbenadering wordt gekozen voor een doelgerichte steekproef (purposive sampling). De onderzoekseenheden worden geselecteerd op bepaalde inhoudelijke, voor de populatie representatieve kenmerken die relevant zijn voor de studie (Boeije, 2005). Selectiecriteria worden voor de steekproef opgesteld en gehanteerd (Mortelmans, 2007). Het eerste criterium is ouders van kinderen waarvan bij het kind de diagnose ADHD is gesteld. In dit onderzoek wordt gekozen om de kinderen zelf niet te bevragen. Er wordt hierbij vertrokken vanuit de visie dat bij deze groep het cognitief vermogen om belevingen te verwoorden zich nog verder dient te ontwikkelen. Dit zou een invloed kunnen hebben op de onderzoeksresultaten.

De leeftijd van de kinderen dient tussen de zes en de 18 jaar te zijn (criterium 2). Zij volg(d)en een behandeling met psychofarmaca voor ADHD gedurende een periode van minstens twee jaar (criterium 3). De kinderen nemen of namen twee jaar medicatie zodat informatie verkregen wordt over bezorgdheden die ouders ervaren gedurende een langere periode. Indien mogelijk worden zowel de vader als de moeder geïnterviewd (criterium 4). Uit de literatuur blijkt immers een verschil te bestaan in de beleving van vaders en moeders (Singh, 2005). De voorwaarde dat de ouders nog samenwonend zijn, wordt niet gesteld.

De rekrutering van de respondenten gebeurt via diverse kanalen, namelijk fora op het internet, het uithangen van een oproep in een medische praktijk en een broodjeszaak (Antwerpen), het contacteren van personen via schoolsettings (Antwerpen en Limburg), het contacteren van een verantwoordelijke van een praatgroep voor ouders van kinderen met ADHD (Brugge) en het rechtstreeks contacteren via e-mail van ouders van kinderen met ADHD (Antwerpen, Brugge, Limburg). Aan iedere respondent wordt via e-mail gevraagd of hij/zij bereid is tot een deelname aan het onderzoek, waarbij de nadruk ligt op de vrijwilligheid (Bijlage 1). Na bevestiging van bereidheid tot deelname legt de onderzoeker een datum vast voor de interviewafname. De respondent doet een voorstel voor de locatie. Aanvankelijk wordt het principe van sneeuwbalrekrutering (snowball sampling) gehanteerd, waarbij via de bereikte respondenten nieuwe respondenten worden verworven. Dit heeft echter een minimaal resultaat waardoor er, wegens een gebrek aan tijd en middelen, een overschakeling plaatsvindt naar het hanteren van een gemakkelijkssteekproef (convenience sample). De onderzoeker kon de respondenten voornamelijk bereiken via het contacteren per e-mail.

Het beperkte aantal respondenten komt enerzijds voort uit de geringe beschikbare tijd voor de uitvoering van het onderzoek en anderzijds de moeilijkheid van het bereiken van respondenten omwille van het naleven van de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Na het afnemen van 12 interviews wordt geen nieuwe relevante informatie aangereikt door de respondenten. De grootte van de proefgroep blijkt voldoende om tegemoet te komen aan het criterium van 'theoretische verzadiging' (Mortelmans, 2007).

## **2.2. Kenmerken van de steekproef**

Het totale aantal ouders (respondenten) die deelnemen aan het onderzoek is 17 (n=17). Er nemen zowel ouderparen als alleenstaande ouders deel. Daarnaast heeft één ouderpaar twee kinderen die aan de selectiecriteria voldoen. Deze aspecten leiden ertoe dat de inhoud van de interviews gebaseerd is op 12 verschillende kinderen die langdurig een behandeling met psychofarmaca volg(d)en. Bij zes kinderen nemen beide ouders deel aan het interview, wat leidt tot een totaal van 12 ouders (n=12). Daarnaast nemen nog vijf alleenstaande ouders deel (n=5). Het totaal bedraagt dus 17 (n=12+5=17) ouders die geïnterviewd worden, waarbij de inhoud van de interviews gebaseerd is op 12 verschillende kinderen. Het geslacht is bij 10 van deze kinderen mannelijk en bij twee vrouwelijk. Deze twee meisjes zijn zussen en dus kinderen van één ouderpaar.

Hoewel in dit onderzoek zowel het perspectief van de vader als van de moeder bekeken wordt, nemen ook alleenstaande moeders deel aan het interview. Dit heeft tot doel om de representativiteit van de steekproef te verhogen, zodat de groep 'alleenstaande moeders' niet weerhouden wordt uit het onderzoek. In tabel 1 in bijlage (Bijlage 1) wordt per respondent het aantal kinderen dat aan de selectiecriteria voldoet vermeld en de eventuele deelname van de partner aan het onderzoek. Tabel 2 in bijlage (Bijlage 1) handelt over de gevolgde behandelingen met psychofarmaca van het kind met ADHD. Zowel de psychofarmaca die het kind in het verleden gebruikte als hedendaags gebruiken worden vermeld. Daarnaast wordt in deze tabel de behandelingsperiode met de psychofarmaca weergegeven. De namen van de kinderen zijn vervangen door fictieve namen.

## **3. Onderzoeksprocedure**

### **3.1. Het interview**

Om een passend antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag vanuit een kwalitatieve benadering, is als dataverzamelingwijze gekozen voor het interview. Meer specifiek wordt een semi- gestructureerd interview afgenomen. De belevingen van de ouders staan centraal in dit onderzoek.

#### ***3.1.1. Semi-gestructureerd interview***

De gehanteerde data-verzamelingwijze is een semi-gestructureerd interview. Bij een semi- gestructureerd interview stelt men een lijst met specifieke vragen op, waardoor de standaardisering van het interview over de respondenten heen groter is (Mortelmans, 2007). Daarnaast is er ruimte voor de respondent om zijn/ haar eigen verhaal te brengen en wordt hij/zij beschouwd als expert van zijn/haar situatie (King in Cassel, Symon, 2004). Flexibiliteit is toegestaan. De vragen en antwoorden staan vooraf nog niet volledig vast en de volgorde van de thema's kan gewisseld worden indien tijdens het gesprek hiertoe aanleiding wordt gegeven. Bij onduidelijkheid heeft de interviewer de mogelijkheid om door te vragen (Baarda et al., 2005). Met deze onderzoeksmethode kan via een bepaalde structuur toch de beleving van de ouders centraal gesteld worden

en dieper ingegaan worden op thema's die aangehaald worden door de respondent zelf. Een goede relatie tussen de interviewer en de respondent is dan ook essentieel om voldoende informatie vanuit de respondent zelf te verkrijgen (Mortelmans, 2007). De interviewer tracht dit te bereiken via het tonen van een oprechte interesse in de beleving van de ouders en aandacht te besteden aan de communicatie met de ouders zowel voorafgaand en tijdens als na de interviews.

### ***3.1.2. Inhoud van de interviews***

In het opstellen van het semigestructureerd interview wordt een zekere opbouw en structuur gehanteerd. Zo wordt enerzijds een antwoord verkregen op de onderzoeksvraag en anderzijds voldoende ruimte gelaten voor de beleving van de respondenten. De interviews bestaan uit eenzelfde topiclijst die bestaat uit thema's die aan bod komen in het literatuuronderzoek en die de onderzoeker tijdens het interview bevroegt bij de respondenten (Baarda et al., 2005). Deze hoofdtopics zijn: algemene informatie omtrent de psychofarmaca, bezorgdheden van de ouders, gedrag van het kind, levenskwaliteit van het kind en communicatie. Hierbij staat de beleving van de ouders centraal betreffende het medicatiegebruik van hun kind(eren). Deze hoofdtopics worden verder onderverdeeld in thema's.

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, namelijk 'Welke bezorgdheden ervaren ouders tijdens de langdurige behandelingsperiode met psychofarmaca?' werden onderwerpen als de initiatie van de behandeling met psychofarmaca, de huidige behandeling met psychofarmaca, de stopperiodes, de psychische en fysieke gevolgen van de medicatie, de authenticiteitsontwikkeling, en labeling geëxploreerd. De keuze van de onderzoeksvraag komt voort uit de literatuurstudie die hiervoor in dit werk besproken wordt. Om de onderzoeksvraag 'Wat zijn de ontstaansredenen van de specifieke bezorgdheden?' te beantwoorden, wordt gevraagd naar de personen met wie de ouders communiceren over psychofarmaca en de informatiebronnen die zij raadplegen. De keuze voor deze onderzoeksvraag komt voort uit een poging om een overzicht te verkrijgen in de aspecten die de bezorgdheden doen ontstaan bij de ouders. De laatste vraag, namelijk 'Met wie communiceren ouders over de behandeling met psychofarmaca?' wordt de communicatie met de gezinsleden, het sociaal netwerk, arts en psychiater, het kind zelf en de leerkracht en school verkend. Met deze onderzoeksvraag wordt beoogd een inzicht te verkrijgen in het al dan niet verder zetten van de behandeling met psychofarmaca en de hiermee samenhangende motieven. De volgorde van het aan bod komen van deze topics staat niet vast en is afhankelijk van het gespreksverloop. De subthema's bij de topiclijst (Bijlage 2) zijn uitgebreid zodat bij alle respondenten gelijkaardige thema's aan bod komen, waarbij er toch ruimte wordt gelaten voor de beleving van de respondenten.

### ***3.1.3. Afname van de interviews***

De afname van de interviews vinden voornamelijk plaats bij de respondenten thuis. Eén interview wordt gedaan in een taverne van een treinstation en één in een klaslokaal van een school. Indien beide ouders deelnemen aan het onderzoek worden deze afzonderlijk geïnterviewd in een andere ruimte. Hierbij wordt gestart met het interviewen van de vaders. Bij aanvang van het interview informeert de onderzoeker de respondent over het onderzoeksdoel, de inhoud van hun bijdrage, de tijdsduur en werkwijze. De onderzoeker benadrukt dat het om een belevingsonderzoek gaat, waarbij de onderzoeker hoofdzakelijk geïnteresseerd is in de ervaringen en percepties van de respondent. Ook wordt meegedeeld dat er ruimte is



voor het vermelden van bepaalde informatie die voor de respondenten zinvol lijkt. Als zaken uit het interview niet van toepassing zijn op de respondent, kan de respondent dit aangeven. Aan iedere respondent wordt schriftelijk toestemming tot participatie gevraagd via de informed consent (Bijlage 3). Vervolgens gaat het interview van start. De tijdsduur van een interview bedroeg gemiddeld één uur en vijftien minuten.

De betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek worden tijdens de afname van de interviews niet uit het oog verloren. Om voldoende informatie van de respondenten zelf te kunnen verkrijgen worden vragen eerst globaal gesteld en wordt daarna hier dieper op ingegaan. Daarnaast is er aandacht voor een eenduidige vraagstelling zodat verlegenheid bij de respondenten voorkomen wordt. De interviewer besteedt aandacht aan gespreksvaardigheden, rolname, het inschatten van zijn/haar aanwezigheid als onderzoeker, het vinden van een balans in de afwisseling van betrokkenheid en distantie en de cues die de respondent uitzendt. Deze onderzoeker poogt een situatie te creëren waarin de respondenten vrijuit en ongestoord hun verhaal kunnen doen. Onduidelijkheden en tegenstrijdigheden worden bevestigd en het verhaal van de respondent wordt regelmatig geparafraseerd. Op deze wijze tracht de onderzoeker de informatie zo eenduidig mogelijk te interpreteren. Tijdens het interview wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de beleving bij de initiatie van de behandeling met psychofarmaca en de huidige beleving (De Mol & Buyse, 2008; Maso & Smaling, 2004; Mortelmans, 2007; Smaling & van Zuuren, 1992). Ook houdt de onderzoeker het onderzoeksdoel voor ogen (Baarda et al., 2005). Onmiddellijk na de afname van de interviews noteert de onderzoeker enkele indrukken betreffende het gesprek met de respondent. Deze indrukken kunnen mogelijks zinvol zijn bij het analyseren van de resultaten (Mortelmans, 2007).

### **3.2. Data-analyse**

De interviews werden opgenomen via een recorder. Om de betrouwbaarheid van onderzoek te bewaren, werd de data-analyse uitgevoerd aan de hand van het doorlopen van een stappenproces (Plochg & van Zwieten, 2007). Eerst werden de interviews onmiddellijk na de afname letterlijk uitgetypt (Maso & Smaling, 2004). Hierna werden de betekenissen die ouders gaven geanalyseerd. Voor deze analyse werd gebruik gemaakt van Nvivo. Dit softwareprogramma wordt gehanteerd bij het analyseren van kwalitatief onderzoeksmateriaal zodat de onderzoeker meer methodisch, doordacht en aandachtiger te werk kan gaan. Een eerste stap in de analyse was het meerdere malen doornemen van de interviews zodat de inhoud van de interviews werd gekend. Daarna maakte de onderzoeker codes aan. Hierbij werd vertrokken vanuit de onderzoeksdoelstelling en de belangrijke tekstuele fragmenten die gedestilleerd werden uit de interviews (Bryman, 2008). Deze codes werden ondergebracht in een boomstructuur die bestaat uit vijf delen: bezorgdheden, geruststelling, communicatie, behandelingsmotieven en verschil beleving vader en moeder (Bijlage 4) (Mortelmans, 2007; Mortelmans & Van Looy, 2009). Na het controleren op fouten in de gecodeerde data, werden de onderzoeksvragen voor ogen gehouden en werden systematisch aantekeningen gemaakt met de bedoeling om bruikbare verbanden te vinden. De onderzoeker interpreteert hier de gecodeerde fragmenten in functie van de onderzoeksvragen. Het resultaat hiervan wordt vermeld in het volgende deel van deze verhandeling. Aangezien enkele interviews handelen over eenzelfde kind, werd een afzonderlijke code aangemaakt voor het verschil in beleving tussen ouders van eenzelfde ouderpaar.

## **HOOFDSTUK 3: Resultaten**

De bevindingen uit de interviews worden in dit deel besproken. De gedestilleerde thema's, verwoord als codes, fungeerden daarbij als analyse-eenheid. Deze codes worden geïllustreerd aan de hand van letterlijke citaten. Om de anonimiteit van de geïnterviewde ouders en de kinderen te respecteren, werden de interviews genummerd en werden fictieve namen gebruikt voor de kinderen. Dit onderzoek heeft niet tot doel om de uitspraken van deze beperkte groep te generaliseren naar alle ouders die kiezen voor een behandeling met psychofarmaca voor hun kind met ADHD. Evenmin is de intentie van dit onderzoek om te oordelen of psychofarmaca al dan niet ingezet dienen te worden als behandelingsvorm voor kinderen met ADHD. Dit onderzoek beoogt wel een weergave te geven van de betekenisgeving van ouders van kinderen met ADHD die langdurig een behandeling met psychofarmaca volgen of volgden.

### **1. Bezorgdheden die ouders rapporteren tijdens de langdurige behandelingsperiode met psychofarmaca**

#### **1.1. Existentie bezorgdheden bij ouders**

Tekstfragmenten werden aan de categorie 'bezorgdheden' toegekend wanneer ouders tijdens de langdurige behandelingsperiode gevoelens van ongerustheid en twijfels ondervonden betreffende de behandeling met psychofarmaca. Alle respondenten vertellen twijfels te hebben gehad bij het opstarten van de behandeling met psychofarmaca. Het merendeel van hen geeft aan dat zij ook de hierna volgende maanden en jaren nog bezorgdheden kennen. Twee respondenten vermelden expliciet dat ze momenteel geen bezorgdheden meer hebben over deze behandeling. In de loop van het interview geven zij wel thema's aan waarbij zij de afgelopen jaren stil stonden. Zoals blijkt uit volgend citaat verschuiven bezorgdheden meer naar de achtergrond in de beleving van de ouders naarmate de continuering van de behandeling. Wel blijven de zorgen dus aanwezig.

*“Bezorgdheden? Nu niet nee. Toen we ermee begonnen wel ja...Er zijn geen zorgen bijgekomen. Ik ben er een beetje onverschillig komen tegen te staan eigenlijk.” (Interview 14)*

#### **1.2. Voornaamste bezorgdheden betreffende psychofarmaca gedurende behandelingsperiode**

##### **1.2.1. Bijwerkingen van psychofarmaca**

Respondenten delen tijdens de interviews mee dat zij doorheen de jaren bezorgdheden kenden over de bijwerkingen van de medicatie. De voornaamste gerapporteerde bezorgdheden handelen over het

wijzigende eetpatroon, groeistoornissen en slaapstoornissen. Wanneer de bijwerking echter niet wordt vastgesteld bij het kind, neemt de bezorgdheid af. De bezorgdheid groeit als de bijwerking wel optreedt. Uit volgend citaat blijkt dat deze respondent een bezorgdheid kende bij het initiëren van de behandeling rond eetproblemen, maar deze afnam.

*“Bij fysieke gevolgen had de dokter ook gezegd dat het de eetlust remt. En hij at al niet veel en was heel erg mager...Maar dat gevolg is van voorbijgaande aard.”* (Interview 17)

### **1.2.2. Psychofarmaca als drugs**

Een belangrijk deel van de respondenten vertellen dat zij van mening zijn dat psychofarmaca tot de categorie van drugs behoren. In de samenleving worden drugs niet getolereerd en wordt druggebruik gelinkt aan negatieve gevolgen. Psychofarmaca als drugs is dan ook een thema waar ouders vele bezorgdheden over kennen. Enkele ouders geven aan dat de symptomen die hun kinderen vertonen tijdens of na de inname van het pilletje, overeenkomen met die van druggebruik. Uit volgend citaat blijkt dat deze respondent een bezorgdheid kent dat haar kind haar ooit zou verwijten dat zij als moeder aan hem een drug toediende. Het starten met medicatie was voor haar de allerlaatste optie in de aanpak van de gedragsproblemen die het kind stelt.

*“Als mijn kind vraagt later waarom hij medicatie diende te nemen en dan zou zeggen jullie hebben mij zomaar amfetamines gegeven en verwijten krijgen, dat ik dan uit de grond van mijn hart kan zeggen ‘wij hebben alles geprobeerd om dat te vermijden’. Dat was ook heel belangrijk voor mij.”* (Interview 6)

### **1.2.3. Invloed van psychofarmaca op authenticiteit van het kind**

Enkele respondenten vermelden dat zij hun kind zien veranderen wanneer deze medicatie heeft ingenomen. Ze stellen dat de medicatie de emoties van het kind onderdrukt, de gelaatsuitdrukking van het kind verandert en tot gevolg heeft dat het lijkt dat het kind in een eigen wereld zit. Zij maken hierbij de vergelijking met de momenten waarop de medicatie uitwerkt of de momenten waarop het kind geen medicatie ingenomen heeft. Uit onderstaande citaten blijkt dat een aantal respondenten ervaren dat het kind in zijn/haar totaliteit verandert wanneer deze psychofarmaca heeft genomen:

*“Want als hij een pilletje nam, gingen zijn ogen helemaal anders staan. Dat zag je. Dat kind veranderde wel. Zijn manier van doen, de blik in zijn ogen, hoe hij zijn oogjes trok... En dan was hij echt anders.”* (Interview 15)

Voor enkelen is dit de hoofdreden om in het weekend, tijdens de vakanties of in de thuisomgeving geen medicatie toe te dienen zodat het kind momenten beleeft waar hij/zij zichzelf kan zijn. Daarnaast vinden sommigen het belangrijk dat zij en het kind leren omgaan met het ADHD-gedrag zonder het inschakelen van medicatie. Ouders kennen ook bezorgdheden over de invloed van de medicatie op de algehele ontwikkeling van het kind als individu. Zij vragen zich af of een behandeling met psychofarmaca dan wel de ‘juiste’ keuze is.

*“Ik vind het lastig dat ik niet kan onderzoeken wat de invloed van de medicatie op de hersenen en het lichaam is, want je weet niet hoe het kind had gefunctioneerd/ ontwikkeld zonder medicatie. Hij krijgt nu weer medicatie, eigenlijk leggen we weer zijn systeem plat. Ik vraag me af hoe hij nu geweest had, moest hij de medicatie nooit hebben genomen... Dat moet toch ergens een invloed hebben op de ontwikkeling van het kind.” (Interview 12)*

#### **1.2.4. Dilemma's betreffende de medicatiedosis**

De medicatiedosis is een thema dat een groot deel van de respondenten aanhalen. Doorheen de jaren stelden zij vast dat de dosis regelmatig werd verhoogd door de psychiater. Uit het volgende citaat mag blijken dat ouders de medicatiedosis nauwlettend mee opvolgen:

*“Ik had liever niet dat ze verhoogd werd... Ik heb thuis uitgerekend hoeveel de dosis zou verhogen door de toename van zijn gewicht. Het stelt me gerust als de dosis niet te veel verhoogt.” (Interview 8)*

Twee respondenten vertellen over een negatieve ervaring die zij verklaarden vanuit het verhogen van de medicatiedosis. De volgende jaren hadden zij angst dat dit opnieuw zou voorvallen. Één ouder stopte voor deze reden de medicatie omdat dit volgens haar aantoont dat de medicatie ‘gevaarlijk’ is.

### **1.3. Voornaamste bezorgdheden over de invloed van psychofarmaca op langere termijn**

#### **1.3.1. Gebrek aan wetenschappelijke kennis over gevolgen van psychofarmaca op langere termijn**

Een groot deel van de respondenten vertellen dat ze zich vragen stellen over wat de invloed van de psychofarmaca op het kind zal zijn wanneer deze volwassen is. Naar de toekomst toe stellen ze zich de vraag of gevolgen op lange termijn zich zullen voordoen en of deze negatief zijn. De afwezigheid van wetenschappelijk onderzoek leidt tot gevoelens van bekommernis. Enkele respondenten stellen expliciet dat zij wensen hierbij niet stil te staan omdat dit hen en het kind niet vooruit helpt.

*“Nu is hij bijna 18 jaar, maar wat gaat hij binnen 30 jaar misschien ondervinden? Gaat hij geen hartritmestoornissen krijgen of hartkwalen, of lever of maag, ... ? Dat moet zich nog gaan uiten eigenlijk.” (Interview 15)*

#### **1.3.2. Mogelijkheid tot een toekomst zonder psychofarmaca?**

Ongeveer de helft van de respondenten stelt zich de vraag of het kind op volwassenen leeftijd nog afhankelijk zal zijn van psychofarmaca om te kunnen functioneren in de maatschappij. Zij hopen van niet en wensen de behandeling op termijn te stoppen. Een kind stopte de behandeling met psychofarmaca na enkele jaren op aanraden van de psychiater. De ouder vertelt dat het kind ‘goed’ functioneert.

*“Maar ik hoop dat er een moment zal komen dat het niet meer nodig is he. Dat hoop ik echt.” (Interview 7)*

#### **1.3.3. Starten van alternatieve drugs ter vervanging van psychofarmaca**

Tijdens de interviews citeren respondenten dat ze enige bezorgdheid kennen over het gebruiken van alternatieve middelen in de toekomst door het kind. Kinderen zouden op zoek gaan naar een vervangend middel voor de psychofarmaca dat gelijkaardig effecten kent. De puberteit als experimenteerperiode baart hen dan ook zorgen.

*“Ook wel heb ik schrik, en dat is een nadeel van mijn opleiding, dat er drugs of drank in de adolescentie gaan opduiken die hem in een roes gaan brengen die hij nu heeft van de Rilatine en Concerta. Dus dat hij gaat afstappen van de medicatie en in andere zaken rust gaat vinden.”* (Interview 6).

Eén kind van een respondent startte reeds met het gebruik van cannabis en stopte de behandeling met psychofarmaca. Deze ouder is ervan overtuigd dat de medicatie een rol speelde in de nood aan een vervangend middel.

## **2. Ontstaansredenen bezorgdheden ouders omtrent een behandeling met psychofarmaca**

### **2.1. Informatiebronnen die leiden tot bezorgdheden bij ouders**

Vele respondenten geven als bron voor het ontstaan van hun bezorgdheden diverse mediakanalen weer zoals het internet, het nieuws, kranten en artikels in tijdschriften. Dit blijkt uit volgende citaten:

*“Het komt vooral van de media. Het komt ook regelmatig terug in de media hé. Internet, het nieuws, de Humo, De Morgen enz... komt het toch wel enkele keren per jaar in de media. En wordt meestal in relatie met drugs gebracht... Dus ja, je maakt je daarover wel een stukje ongerust over. Maar ik probeer me ook te informeren op het internet enz. over wat er nu van waar is en niet waar is .”* (Interview 9)

De respondenten vertellen dat zij informatie verkrijgen over de mogelijke negatieve gevolgen van een behandeling met psychofarmaca uit hun omgeving, meer bepaald familie en het sociaal netwerk. Dit zet ouders aan tot nadenken en leidt tot bezorgdheden en dilemma's bij hen. Enkele respondenten delen mee dat zij zich weinig aantrekken van de belevingen die leven in het sociaal netwerk over dit thema. Zij ervaren hun belevingen als commentaar en benadrukken dat het om personen gaat die zelf geen ervaring hebben met kinderen met een ADHD-problematiek. Deze personen zijn volgens hen niet bevoegd hierover te oordelen.

*“Mijn ma had zoiets van nee je moet dat niet doen. Ze had van alle verhalen gehoord. Wij hadden het al honderd keer aan de psychiater gevraagd en ze zei dan nee, dat is niet waar. Je vindt dat dan zo dubbel.”* (Interview 2)

Naast informatie uit de familie en het sociaal netwerk als bron voor het ontstaan van bezorgdheden, zijn voor ouders de gesprekken met de psychiater ook een plaats waar bezorgdheden kunnen ontstaan. Uit onderstaand citaat blijkt dat de psychiater bij het opstarten van de behandeling met psychofarmaca informatie geeft over de mogelijke bijwerkingen hiervan. Daarnaast wordt tijdens de behandelingsperiode vaak de dosis verhoogd, wordt overgeschakeld op andere medicatie of wordt de medicatie gestopt. Ook hier geeft de psychiater uitleg over mogelijke neveneffecten wat vaak leidt tot het ontstaan van bezorgdheden bij ouders.

*“Bij fysieke gevolgen had de dokter ook gezegd dat het de eetlust remt. En hij at al niet veel en was heel erg mager. Dus ik probeerde ook altijd dingen te kopen die hij lekker vindt. Maar dat gevolg is van voorbijgaande aard.”* (Interview 17)

Als vierde blijkt uit de interviews dat het waarnemen van neveneffecten van de psychofarmaca bij het kind een mogelijke bron is. De respondenten geven zowel voorbeelden die handelen over het eerste jaar van de behandelingsperiode als het verdere verloop van de behandeling. In het interview vertelt een ouder dat haar kind depressieve symptomen vertoont en zij hierover bezorgd is. De psychiater informeerde haar dat *Concerta* en *Rilatine* depressie in de hand kunnen werken. Als laatste informatiebron vermelden ouders het doornemen van de bijsluiter van psychofarmaca. Enkelen verwoordden dat dit hen erg verontrust. Anderen melden van niet omdat deze overeenkwam met informatie waarover zij al kennis hadden. Sommigen hebben de bijsluiter doorlezen, maar besteden weinig aandacht aan hetgeen hierin wordt vermeld. De redenen die om de bijsluiter niet door te nemen, zijn 'nog geen tijd hiervoor te hebben gehad', 'hier tegenop kijken' en 'het voorkomen van nieuwe bezorgdheden'.

*“Ja! Daar staat zo veel in, dan krijg je helemaal schrik. Maar als ik dat dan voorlegde aan de dokter of aan de kinderpsychiater, dan vroegen die mij ook of ik al eens de bijsluiter van een aspirine had gelezen? Dus ja, dan ben je ook uitgepraat natuurlijk hé”* (Interview 15)

### **3. Geruststellende factoren in de behandeling met psychofarmaca**

#### **3.1. Geruststellende informatiebronnen**

Het merendeel van de respondenten delen mee hun bezorgdheden bespreekbaar te maken bij de psychiater die beschikt over expertise. De psychiater biedt hen verduidelijkende informatie die hen geruststelt. Daarnaast worden ouders gerustgesteld door informatie die zij ontvangen van instanties die beschikken over expertise over ADHD. Eén respondent vertelt dat zijn bezorgdheden afnemen wanneer hij informatie leest in een nieuwsbrief van een ADHD-organisatie. Een andere respondent stelt dat informatie op een studiedag twijfels bij haar doet afnemen. Eén ouder haar kind verblijft in een voorziening. Zij vertelt dat deze voorziening voornamelijk het psychofarmacagebruik van het kind nauwlettend opvolgde. Wanneer zij zorgen kende, besprak zij deze met de voorziening en stelden deze haar gerust. De moeder benadrukte dat er

steeds een goed overleg plaatsvond tussen haar, de voorziening en de psychiater. Zij had het volste vertrouwen in de informatie en acties vanuit de voorziening.

*“We gingen er vanuit dat die (psychiater) wist waarover hij sprak als hij het over de medicatie had... We waren er echt wel in vertrouwd dat hij correcte informatie gaf eigenlijk.”* (Interview 9)

Eén andere ouder geeft duidelijk weer dat de informatie die haar partner en personen uit haar sociaal netwerk geven, haar kunnen geruststellen. Zij beschikken over betrouwbare kennis. Enkele andere respondenten vertellen dat gesprekken met andere ouders van kinderen met ADHD die een behandeling met psychofarmaca volgen, hen kunnen geruststellen. Dit omwille van gelijkaardige ervaringen en te weten hoe het is om te leven met kinderen met ADHD. Ook het niet meer vaststellen van zaken bij het kind die leidden tot enige bezorgdheid, kunnen voor ouders geruststellend zijn.

*“Nu maak ik me er minder druk over omdat ik zie dat hij er niet afhankelijk van is door die medicatie.”* (Interview 5)

Alle ouders citeren meerdere keren tijdens de interviews dat ze vinden dat bepaalde ADHD-symptomen afnemen door de behandeling met psychofarmaca. Als reden voor het opstarten van de behandeling met psychofarmaca geven ze het kind niet goed functioneren van het kind binnen de schoolcontext. De ouders werden aangesproken door de school. Dit vormde vaak het startpunt van het stellen van de diagnose ADHD en het op zoek gaan naar een behandeling. Opvallend in de interviews is dat de respondenten het positievere functioneren van het kind in de schoolcontext en de betere schoolresultaten vermelden als belangrijkste factoren om de behandeling te continueren.

*“Vooral zijn concentratie op school. Dat heeft de grote doorslag gegeven... Hij kreeg continu onder zijn voeten op school... Enkel eigenlijk het schoolse, dat lukt veel beter.”* (Interview 8)

Eén respondent stelt dat de capaciteiten waarover het kind beschikt dankzij de medicatie beter tot uiting komen. Dit sluit aan bij wat twee andere respondenten citeren, namelijk dat hun kind zonder de behandeling met psychofarmaca hoogstwaarschijnlijk had moeten overschakelen naar het buitengewoon onderwijs.

*“Geruststellend is dat hij nu staat waar hij staat. Dat had nooit gelukt zonder die medicatie. Hij studeert nu ook industriële wetenschappen. In het begin van zijn schoolcarrière moest hij normaal eerst naar een type 3-school of type 7-school, daar wilden ze hem eerst stoppen eigenlijk. Uiteindelijk doet hij nu wetenschappelijke studies, waar heel wat wiskunde achter zit... Hij staat veel verder dan dat we ooit hadden durven denken.”* (Interview 9)

Wanneer het kind ook in de thuiscontext psychofarmaca neemt, geven de respondenten te kennen dat dit leidt tot een beter functioneren van het gezin. Wanneer de medicatie uitwerkt, vertellen ouders dat er meer chaos heerst in het gezin. Sommige kinderen namen psychofarmaca in hun vrije tijd, andere niet. Afhankelijk van de context waarin de kinderen zich bevinden, komen de ADHD-symptomen in meerdere of mindere

mate tot uiting. Andere positieve elementen die de ouders weergeven omtrent de behandeling met psychofarmaca zijn het doorbreken van de negatieve vicieuze cirkel, een kind dat zich beter voelt, de toename van de positieve reacties vanuit de omgeving naar het kind, verbeterde sociale contacten met leeftijdsgenoten en het afnemen van frustratiegevoelens.

*“Ik denk dat die voor de medicatie in een negatieve spiraal zat school. Dan kwam hij thuis met slechte rapporten en kreeg hij nog eens naar zijn voeten. En op de duur werkte dat allemaal op zijn gemoed en was het allemaal negatief. Sinds die medicatie zijn er heel wat positievere dingen... Awel betere punten, betere opmerkingen krijgen. Het werd allemaal beter. Minder ruzie met de vrienden enz. verder.”* (Interview 5)

Meerdere respondenten vertellen dat ze overdag meer gerustgesteld zijn wanneer hun kind medicatie heeft ingenomen. Bepaalde moeilijkheden, zoals klachten vanuit de omgeving, worden zo voorkomen.

Tegenstrijdig met deze positieve en geruststellende elementen, is dat ouders stellen liever niet te hadden gestart met een behandeling met psychofarmaca. Het niet hebben van een andere keuze is het argument dat zij aanhalen voor het toch opstarten van de behandeling. Het uitproberen van alternatieve behandelingen voor de behandeling met medicatie is populair. Ook tijdens de behandeling met medicatie blijven ouders op zoek gaan naar alternatieve methoden. In de praktijk worden alternatieve behandelingen in combinatie met de behandeling met psychofarmaca toegepast. Enkele voorbeelden die de respondenten geven zijn psycho-educatie en gedragstherapeutische interventies. Uit de interviews blijkt dat ouders de medicatie niet aanzien als een permanente oplossing. Ze vinden het belangrijk dat het kind leert functioneren zonder medicatie. Een andere ouder vertelt expliciet dat zij angst heeft dat de medicatie een gewoonte zal worden doordat deze werd opgestart op jonge leeftijd. Zij is bezorgd dat het kind hierdoor afhankelijk zal zijn van de medicatie op latere leeftijd.

Als derde antwoorden de ouders op de vraag wat voor hen een ideale behandeling zou zijn in de aanpak van de ADHD van hun kind dat dit liever geen medicatie is. Ze zouden willen overschakelen op een alternatieve behandeling zonder medicatie die gelijkaardige effecten bewerkstelligt als de medicatie. Zij zijn dan ook van mening dat de huidige behandeling met medicatie zou dient aangevuld te worden met andere therapieën en voorzieningen zoals gedragstherapie, structuur en een goed gezinsfunctioneren. Enkel psychofarmaca als behandelingsvorm is volgens hen onvoldoende.

*“Algemeen vind ik dat je volgens de regels van de wet, om het zo te zeggen, je op de drie poten moet blijven staan van psycho-educatie en gedragstherapie en u medicatie. Uw medicatie vind ik liefst zo weinig mogelijk. Je moet gewoon de drie blijven doen, want anders denk ik dat je geen resultaat gaat halen... En mensen die alleen maar medicatie geven en denken dat het daarmee opgelost is, die zijn verkeerd bezig.”* (Interview 7)



## 4. Communicatie

Onder 'communicatie' wordt in dit onderzoek 'een direct contact tussen personen waarbij overleg plaatsvindt' verstaan. Het betreft thema's omtrent de behandeling met psychofarmaca. Hiertoe behoren niet enkel bezorgdheden die ouders bespreekbaar maken, maar ook andere onderwerpen.

### 4.1. Psychiater

#### 4.1.1. Frequent besproken thema's met psychiater

Uit de interviews blijkt dat ouders voornamelijk praten met de psychiater over de behandeling met psychofarmaca bij hun kind. Daarnaast bespreken zij ook vele andere thema's, die erg uiteenlopend kunnen zijn. Ouders trekken dus met hun bezorgdheden naar de psychiater en bespreken deze. Veel aangehaalde thema's zijn de neveneffecten van de medicatie en het psychofarmacagebruik en drugs. Dit blijkt uit volgend citaat:

*“Nee, want de dokter heeft echt gezegd dat de Rilatine niet verslavend werkt. Je neemt het in. Het werkt zijn 4u-5u en dan is het uitgewerkt.” (Interview 17)*

Het dagdagelijkse functioneren van het kind en de algemene ontwikkeling van hem/haar zijn thema's die het merendeel van de respondenten vermelden tijdens de interviews. De zaken die hierover besproken worden, zijn het functioneren van het kind op school en thuis en de sociale omgang met leeftijdsgenoten. Eén respondent haalt expliciet aan dat zij niet steeds over de medicatie praat bij de psychiater. Eén andere respondent vertelt dat ze de conflicten die ze heeft met haar kind bespreekt.

*“Om eerlijk te zijn, hebben we de vorige keer niet over de medicatie gesproken. We hebben het eigenlijk vooral gehad over het feit dat hij meer zelfstandig moet worden. En de afspraak was dat we het in mei over de medicatie zouden hebben.” (Interview 16)*

#### 4.1.2. Overleg en besluitvorming met psychiater betreffende psychofarmaca

Enkelen vertelden dat ze het gevoel ervaarden zelf de beslissing te hebben genomen om te starten met deze behandeling. Twee andere respondenten geven aan dat ze druk ervaarden van de psychiater om de behandeling te starten. Het merendeel deelt mee het gevoel te hebben dat de besluitvorming omtrent de behandeling in overleg met de psychiater gebeurt en de psychiater hierbij informatie uitwisselt. Ouders voelen zich goed bij deze werkvorm. Ook vertellen enkele respondenten dat de psychiater in het verleden voorstelde om een bepaalde medicatie uit te testen en de volgende keer het verloop hiervan te bespreken. Zo krijgen ouders de tijd ervaringen in de praktijk te beleven en hierover een opinie te vormen. Zo kan de ouder besluiten nemen omtrent de medicatie. Uit diverse citaten blijkt dat ouders zich bewust zijn van het feit dat zij het laatste woord hebben in de behandeling van hun kind. De adviezen die de psychiater geeft, trachten zij op te volgen. Toch komt in de interviews naar voren dat zij deze niet steeds consequent toepassen. Argumenten hiervoor zijn om het kind te laten bewijzen dat hij zonder het pilletje goed gedrag

stelt, dat ouders van mening zijn dat de medicatie overbodig is in een bepaalde situatie en de kans bieden aan het kind om zichzelf te zijn.

*“In het weekend neemt hij minder, we slapen dan langer. Ik geef hem dan eentje... Als hij voelt dat hij er eentje nodig heeft om vier uur dan neemt dien bij.”* (Interview 8)

#### **4.1.3. Vertrouwensrelatie met psychiater**

Uit de interviews blijkt dat de vertrouwensrelatie met de arts essentieel is om thema's omtrent een behandeling met psychofarmaca bespreekbaar te maken. Ze verwachten begrip en steun van deze professional. Enkele respondenten benadrukken dat ze het goed vinden dat zij ieder ogenblik contact kunnen opnemen met de psychiater, wanneer zij te maken krijgen met een bezorgdheid. Een psychiater beschikt over een bepaalde deskundigheid, die de ouder en andere informatiebronnen niet hebben, waardoor de informatie als betrouwbaar wordt aanschouwt. Indien het vertrouwen bij een psychiater afwezig is, gaan ouders op zoek naar een andere psychiater. Uit twee interviews blijkt dat één misplaatste zin tijdens een consultatie, de vertrouwensrelatie kan schaden. Onderstaand citaat van een respondent geeft weer dat ouders het belangrijk vinden dat de psychiater een goede kennis heeft van het dossier van hun kind:

*“En hij zei 'Kristof' tegen 'Wouter'. En dan hadden wij iets van... Wij zijn al zo lang vertrouwelijk met u, hij komt hier al zolang en je geeft hem medicatie maar je zegt er 'Kristof' tegen. Dan zei hij dat hij een verkeerd dossier had.”* (Interview 14)

#### **4.2. Partner**

Naast de psychiater spreken ouders voornamelijk over de behandeling met medicatie met hun partner. Indien ouders een nieuwe partner hebben, bespreken zij dit met hem/haar. Twee respondenten hadden geen partner. Slechts één respondent met partner, vermeldt dat zij in het verleden hierover wel met haar partner kon praten, maar actueel niet meer.

*“We kunnen niet samen praten. We staan lijnrecht tegenover elkaar. Dus hij heeft zijn mening over opvoeden en over hoe Wouter aan te pakken en ik heb er mijn mening over.”* (Interview 2)

Het onderstaande citaat toont aan dat het thema voornamelijk tussen de ouders wordt besproken bij de psychiater zelf, indien beide ouders aanwezig zijn bij de consultatie. Uit de interviews blijkt dat vaak ook enkel de moeder op consultatie gaat bij de psychiater en nadien verslag uitbrengt bij de vader.

*“Als we bij de psychiater zaten dan zaten we daar met drie en werd dat daar besproken. Maar eigenlijk we vonden dat nogal een vanzelfsprekende zaak waardoor we er niet lang bij stil hebben gestaan eigenlijk.”* (Interview 7)

### 4.3. Kind

Kinderen zijn op de hoogte van de medicatie die zij innemen of innamen en de reden hiervoor. De respondenten delen mee dat zij dit belangrijk achten, aangezien het kind de persoon is die de medicatie inneemt. Deze informatieoverdracht naar het kind vond plaats bij de psychiater. Ongeveer de helft van de ouders citeren dat ze op regelmatige basis met het kind praten over de medicatie, de andere helft geeft aan hier weinig over te praten met het kind. De besproken thema's zijn of het kind al dan niet een pilletje diende te nemen op een bepaald moment en hoe het kind zich voelt bij de behandeling met medicatie.

*“Ik probeer dat altijd wel te vragen, nu we aan het testen zijn, vraag ik wel Johannes vind je het fijn als je medicijntjes neemt? En soms zegt ie ‘nee, ik wil geen medicijntjes’ en soms zegt hij ‘ja, mama ik wil nu wel’...Hij zegt soms ook heel duidelijk: neen mama, vandaag geen medicijntjes. Dus blijkbaar voelt hij het toch, dat het anders is als hij het niet neemt.” (Interview 11)*

Uit de interviews blijkt dat naarmate de leeftijd van het kind toeneemt, deze meer inspraak heeft in het nemen van de beslissingen betreffende de behandeling met psychofarmaca. De respondenten delen mee dat wanneer het kind jong was, zij beslissingen namen in overleg met de psychiater. Ook gaven zij de medicatie aan het kind. Hoe ouder het kind, hoe meer beslissingen het kind zelf maakte en deze de medicatie zelf innam. Sommige ouders volgen het gebruik van de medicatie nog nauwlettend op als het kind ouder wordt, anderen hechten hieraan minder belang.

*“Die waren heel klein, dus dat was gewoon van ‘we gaan u een pilletje geven’. Ze wisten wel waarom ze dit kregen... We hebben nog een heel pak pillen liggen. Echt een hele lade vol. Maar ik weet of hij ervan neemt of niet.” (Interview 13)*

Drie kinderen beslisten de behandeling met medicatie te stoppen. Hun ouders brengen hiervoor begrip op. Uit de interviews blijkt dat twee van deze moeders wensen dat hun kind dit toch eens zou bespreken met de psychiater of een organisatie. Twee andere kinderen vertellen expliciet aan de ouders dat ze de medicatie niet willen innemen om te bewijzen dat de medicatie niet nodig is. Eén respondent vermeldt expliciet dat zij het belangrijk vindt dat haar kind zelfstandig leert omgaan met zijn behandeling met psychofarmaca.

### 4.4. Sociaal netwerk

De meeste respondenten spreken over het psychofarmacagebruik en hun bezorgdheden met personen uit hun omgeving die ook kinderen met ADHD hebben en een behandeling met psychofarmaca volgen. Een belangrijke factor hierin is het begrip dat de ouders ervaren bij deze personen. Vrienden, collega's, burens en mensen uit groepstherapieën zijn de lotgenoten die ouders vermelden. Eén respondent haar vriendengroep bestaat hoofdzakelijk uit artsen. Een andere respondent heeft een vriendin die apotheker is. Hun expertise leidt ertoe dat deze mama's hun bezorgdheden omtrent het psychofarmacagebruik met hen bespreekt.

*“Eén vriendin is apotheker en kent dus zeer goed de effecten en de nood van medicatie. Ze staat veel meer achter medicatie dan mij. Ze steunt mij daarin.”* (Interview 6)

#### **4.5. School**

Uit de interviews blijkt dat ouders voornamelijk met de school over de psychofarmaca communiceerden bij het initiëren van de behandeling. Deze gesprekken handelden over het op punt stellen van de medicatiedosis en over het maken van afspraken over de medicatietoediening op school.

*“In het begin heb ik daar wel vaak over gepraat omdat ze dit moesten toedienen. En ook vaak omdat ze positieve dingen zagen gebeuren.”* (Interview 13)

De school bespreekt de gedragsproblemen en het functioneren van het kind in de schoolcontext en linkt deze aan de medicatiedosis. Enkele respondenten vertellen dat wanneer het kind gedragsproblemen op school stelt, de leerkracht vraagt of hij/zij nog medicatie neemt of de dosis nog voldoende is. Naarmate het kind ouder wordt, vinden er met de school minder gesprekken plaats.

*“Nee, dat was vooral in het lager. Alleen als er een probleem is, heb ik er contact mee... In het lager wel ja, want dan moest hij zijn pilletje altijd bij de juf gaan nemen hé... In het derde middelbaar dat hij zelf zijn medicatie neemt.”* (Interview 10)

Meerdere ouders stellen dat de houding van de leerkracht ten opzichte van het psychofarmacagebruik bepaalt of het kind al dan niet zijn medicatie neemt in de school. Sommige leerkrachten volgen de medicatie goed op, andere ouders halen echter aan dat de leerkracht hierin geen energie wil steken. Enkele respondenten vertellen dat wanneer het kind persoonlijke begeleiding krijgt op school, hij/zij goed functioneert. Deze volgde de medicatie en het gedrag van het kind op en voert gesprekken met het kind. Ook vindt er meerdere malen per jaar overleg met de ouders plaats.

*“Ja, in het vierde leerjaar. Dan was het een attente leerkracht. En op het bord stond een teken zodat hij wist dat hij een pilletje moest nemen. In het vijfde vond de leerkracht zelf dat dat niet nodig was. En heeft ze het heel vaak niet gegeven. Dan waren we wel boos. Omdat het niet zij was die moest beslissen... En het eerste lege doosje dat ik moest terugkrijgen bij de herfstvakantie, kwam met Kerstmis leeg terug. Dus ze keek er echt niet naar.”* (Interview 17)

Uit de interviews blijkt dat psychiaters geen rechtstreeks contact hebben met de school omtrent de behandeling met psychofarmaca. Slecht één psychiater van een deelnemend ouderpaar aan de interviews ging het kind observeren in de school.

#### **4.6. Andere**

Een andere professional is de huisarts. Deze wordt in mindere mate vermeld in de interviews. Hij/zij is hoofdzakelijk op de hoogte van het medicatiegebruik en bezorgt de voorschriften voor de medicatie. De respondent die weinig vertrouwen had in de psychiater, vertelt dat zij het psychofarmacagebruik wel nauwgezet bespreekt met de huisarts. Slechts een gering aantal respondenten bespreekt thema's omtrent de behandeling met psychofarmaca met de familie. Wanneer deze toch besproken worden, is dit hoofdzakelijk met hun ouders. Uit de interviews blijkt dat de vele negatieve reacties in het verleden over het gebruik van psychofarmaca vanuit de familie en het ervaren van schaamtegevoelens door de respondenten de voornaamste redenen zijn om hierover weinig te communiceren.

### **5. Verschil beleving vader en moeder**

Zowel bij het opstarten van de behandeling als gedurende de behandelingsperiode, blijkt uit de interviews geen eenduidig patroon aanwezig te zijn in een verschil in beleving tussen de vader en moeder betreffende de behandeling met psychofarmaca bij het kind. Losstaand van de beleving, is het opvallend dat wanneer beide partners overgaan tot het geven van toestemming om de behandeling te starten, deze behandeling meerdere jaren gecontinueerd wordt. Naarmate de duur van de behandeling is de vader vaak minder aanwezig bij de gesprekken met de psychiater.

## **HOOFDSTUK 4: Discussie en conclusie**

### **1. Terugkoppeling van de resultaten naar de onderzoeksvragen**

Aan de hand van dit kwalitatief semi-gestructureerd interview naar de bezorgdheden die ouders rapporteren bij een langdurige behandeling met psychofarmaca bij hun kind met ADHD, wordt geconcludeerd dat deze bezorgdheden voornamelijk handelen over de bijwerkingen van de psychofarmaca en het thema psychofarmaca als drugs. Daarnaast vormen de mogelijke gevolgen van de psychofarmaca op lange termijn een hoofdbezorgdheid. De media vormen voor de ouders een belangrijke bron in het ontstaan van hun bezorgdheden betreffende het medicatiegebruik. Ook informatie verkregen van personen die beschikken over enige expertise over ADHD, de ouderlijke observaties bij het kind en het lezen van de bijsluiter dragen hiertoe bij. De ouders maken de behandeling met psychofarmaca vooral bespreekbaar bij de psychiater. Ook wordt dit thema besproken met hun partner, hun kind of met personen die beschikken over een bepaalde expertise.

#### **1.1. Primaire bezorgdheden die ouders kennen omtrent een behandeling met psychofarmaca**

##### ***1.1.1. 'Bijwerkingen van de psychofarmaca'***

Gedurende de langdurige behandelingsperiode met psychofarmaca ervaren ouders bezorgdheden over de bijwerkingen van de medicatie. Deze bezorgdheden handelen zowel over de gevolgen op korte termijn als over de gevolgen op langere termijn. De afwezigheid van wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van de psychofarmaca op lange termijn ervaren ouders als een tekortkoming en verontrust hen. Deze bevinding sluit aan bij de resultaten uit diverse andere studies die peilden naar de beleving en de ervaringen van ouders waarvan het kind recent startte met een behandeling met psychofarmaca. Uit deze studies blijkt dat ouders zorgen kennen over de korte en lange termijneffecten van de medicatie. Dit verklaart mede waarom ouders een negatieve houding aannemen ten aanzien van het opstarten van een behandeling met psychofarmaca (Busing & Gary, 2001; Marcus et al., 2005). Een recente studie van Toomey et al. (2012) geeft weer dat 21 procent van de kinderen stoppen met het nemen van ADHD- medicatie tijdens het eerste behandelingsjaar vanwege het optreden van bijwerkingen veroorzaakt door de medicatie. Geconcludeerd hieruit wordt dat ouders zowel bij het opstarten van een behandeling met psychofarmaca als tijdens de jaren daarna bezorgdheden kennen over de bijwerkingen van de psychofarmaca, en dit zowel over de gevolgen op korte termijn als op lange termijn.

### ***1.1.2. 'Psychofarmaca als drugs' en 'de drang naar alternatieve middelen'***

Ouders zijn sterk van mening dat de psychofarmaca drugs zijn. Dit baart hen zorgen. Ouders gaan dan ook actief op zoek naar informatie omtrent dit thema. Bovendien ervaren ouders dat dit onderwerp vaak ter sprake komt in de samenleving. Deze overtuiging weerhoudt ouders om een behandeling met psychofarmaca te starten. Daarnaast kennen ouders een bezorgdheid naar de toekomst toe omtrent dit thema, namelijk dat hun kind een verslavingsproblematiek zou ontwikkelen aan een ander middel. Het ontstaan van een verslaving kan belicht worden vanuit twee perspectieven. Enerzijds kan dit ontstaan gerelateerd worden met de ontwikkelingsstoornis ADHD, anderzijds met het psychofarmacagebruik voor ADHD. Bij dit laatste gaat de persoon op zoek naar een middel ter vervanging van de behandeling met psychofarmaca en naar een middel dat gelijkaardige effecten bewerkstelligt als deze psychofarmaca. Over de behandeling met psychofarmaca bij ADHD in relatie tot het ontstaan van een verslavingsproblematiek is weinig gekend. Over het andere perspectief, namelijk de relatie tussen ADHD en het ontstaan van een afhankelijkheidsproblematiek, tonen studies wel aan dat ADHD tot drie keer meer voorkomt in populaties met een verslavingsproblematiek dan in de totale bevolking. Toch is de specifieke aard van de relatie tussen ADHD en middelenmisbruik nog steeds onduidelijk (Wilens et al., 2003; Arias et al., 2008).

### ***1.1.1. Andere***

Een ander thema dat minder aan bod kwam dan bovenstaande thema's tijdens de interviews van de studie uitgevoerd in deze masterproef, is de bezorgdheid van de ouders betreffende de invloed van de medicatie op de authenticiteits(ontwikkeling) van het kind. Hier wordt het ethische aspect met betrekking tot het psychofarmacagebruik betrokken (Perring C., 1997; Verhaeghe, 2012). Ouders staan eerder negatief tegenover de invloed van de medicatie op de authenticiteitsontwikkeling. Uit de studie van Singh (2005) blijkt echter dat moeders de invloed van de medicatie op de authenticiteitsontwikkeling als positief ervaren: het is een middel om de ware 'zelf' van het kind tot uiting te laten komen. Vaders staan in de studie van Singh enerzijds positief, maar anderzijds negatief hiertegenover. Het onderdrukken van de emoties door de psychofarmaca is een andere bezorgdheid die ouders aanhalen in de studie besproken in deze masterproef. Daarnaast kennen ouders een bezorgdheid over de medicatiedosering. Doorheen de jaren volgen ouders deze nauwlettend op en hebben zij liever niet dat deze verhoogd wordt. Betreffende bezorgdheden op lange termijn, blijkt uit deze studie dat naarmate de continuering van de behandeling vele bezorgdheden meer op de achtergrond komen te staan in de beleving van de ouders. Ouders geven aan minder bewust stil te staan bij hun bezorgdheden en dat de uitvoering van de behandeling een routine wordt.

De ouders halen in dit onderzoek, naast de bezorgdheden over het psychofarmacagebruik, argumenten aan die hen gerust stellen. Deze geruststellende factoren leiden tot het continueren van de behandeling. Ouders wegen deze positieve elementen af tegenover de bezorgdheden die zij kennen. Op basis hiervan maken zij de beslissing om de behandeling al dan niet verder te zetten (Charach et al., 2006). Het onderzoek uitgevoerd in deze masterproef werd gedaan bij ouders van wie het kind langdurig medicatie neemt. Het criterium 'langdurigheid' impliceert dat ouders voordelen ondervinden van de behandeling, aangezien zij deze anders in het verleden reeds stop zouden hebben gezet. De voordelen die ouders aanhalen met betrekking tot de behandeling met psychofarmaca, zijn gelijkaardig aan de bevindingen uit andere studies. Een eerste voordeel is de afname van de ADHD-symptomen, wat leidt tot meer stabiliteit en rust in de

leefomgeving van het kind. Ook het sociaal functioneren en het emotioneel welbevinden van het kind neemt toe. Bovendien verbeteren de schoolprestaties en is er een positief effect op het zelfvertrouwen van het kind (Katragadda & Schubiner, 2007; Murphy et al. , 2002; Santosh & Taylor, 2000). Opvallend is dat ouders deze voordelen steeds plaatsen in de schoolcontext. Door de medicatie functioneert het kind beter op school, waardoor het kind meer positieve (leer)ervaringen opdoet en de opmerkingen van leerkrachten op het gedrag van het kind afnemen. Het welzijn van het kind stijgt zo op school.

De school is de instelling die de ouders voornamelijk wijst op het probleemgedrag van het kind binnen hun context en verwacht dat de ouders dit gedrag aanpakken. Als hoofdreden om de behandeling met psychofarmaca te starten en te continueren, duiden de ouders dan ook de school aan. Contradictorisch aan dit gegeven wensen ouders liever niet dat hun kind medicatie neemt. Zij beschouwen deze behandelingsmethode niet als de geschikte oplossing in de aanpak van ADHD en hopen dat het kind in de toekomst geen medicatie meer zal dienen te nemen. Ouders hopen op de komst van een alternatieve behandeling voor de psychofarmaca die gelijkaardige effecten bewerkstelligt en zonder de neveneffecten van de psychofarmaca. Dit verklaart waarom zij blijven verder zoeken naar alternatieve behandelingen en waarom de behandeling met psychofarmaca regelmatig gecombineerd wordt met een alternatieve behandeling. Uit studies blijkt dat kinderen met ADHD regelmatig behandelingen combineren. De studie van Stubberfield & Parry (1999) geeft weer dat ongeveer 54 procent van de kinderen met ADHD een alternatieve behandeling volgt. Ouders kiezen hiervoor omwille van uiteenlopende redenen zoals een voorkeur voor natuurlijke producten en therapieën, angst voor het ontstaan van een verslaving aan de medicatie, het zich niet goed voelen bij het vooruitzicht op een langdurige behandeling met medicatie en het niet tevreden zijn met de traditionele behandelingsopties (Chan et al., 2003; Larzelere, Campbell, & Robertson, 2010).

### **1.2. Media en het beschikken over een bepaalde expertise als bron voor het ontstaan van bezorgdheden**

Ouders beschouwen niet alle informatie die zij verkrijgen over ADHD en psychofarmaca als betrouwbaar en conform de realiteit. Een factor die hierbij een belangrijke rol speelt, is de bron van informatie. De informatie die wordt vernomen uit deze bron, kan leiden tot het ontstaan van bezorgdheden. Voor de ouders zijn berichtgevingen in de media de voornaamste informatiebron, maar zij aanzien deze echter niet onmiddellijk als waarheid. Via diverse andere bronnen gaan zij zich verder informeren over deze onderwerpen. Daarnaast is de psychiater een belangrijke informant die beschikt over een bepaalde expertise. Expertise heeft ook betrekking op het beschikken over ervaringen met kinderen met ADHD in de praktijk. Informatie van lotgenoten met kinderen met ADHD uit het sociaal netwerk en de eigen ouderlijke observaties van de neveneffecten van de medicatie bij het kind, zijn situaties die bij de ouders vaak leiden tot het ontstaan van bezorgdheden. Als laatste vermelden vele ouders het lezen van de bijsluiter en de reacties uit de familie als zaken die leiden tot bezorgdheden. Ouders gaan dan ook actief op zoek naar informatie die hen verduidelijking biedt en hen geruststelt. Dit doen ze door het raadplegen van (wetenschappelijke) literatuur of een beroep te doen op ADHD-organisaties. ADHD-literatuur in folders, artikels en boeken en het internet worden veelvuldig geraadpleegd.



### **1.3. Psychiater en ouders als hoofdrolspelers in het overleg en de besluitvorming omtrent psychofarmaca**

Het laatste decennium kregen ouders meer inspraak in het hulpverleningsproces (Deven et al., 2009, p.381). Ouders bespreken de behandeling met psychofarmaca voornamelijk bij de psychiater. Hun bezorgdheden, die optreden tijdens de behandelingsperiode, halen zij in deze gesprekken aan. Naast deze bezorgdheden wordt het algemeen functioneren van het kind besproken en worden besluiten genomen met betrekking tot het psychofarmacagebruik. Beslissingen worden dus genomen in overleg met de psychiater, wat aantoont dat de psychiater de uiteindelijke besluiten die de ouders nemen omtrent de behandeling beïnvloedt. Uit de studie van Brinkman et al. (2009) blijkt dat de media, de reacties uit de context, emoties van de ouders en hun persoonlijke levensgeschiedenis eveneens een invloed hebben op het besluitvormingsproces van de ouders. Constructief overleg kunnen plegen met de psychiater en het gevoel ervaren op ieder moment een beroep te kunnen doen op deze professional, zijn voor de ouders belangrijke elementen in de vertrouwensrelatie. Uit het onderzoek besproken in deze masterproef blijkt de therapietrouw vaak erg laag is. De ouders zelf zijn de personen die verantwoordelijk zijn voor de opvolging en de realisatie van de behandeling met psychofarmaca in de praktijk. Zij zijn zich bewust van het feit hierbij het laatste woord te hebben en wijken soms af van de besluiten die werden genomen in overleg met de psychiater. De aangehaalde argumenten hiervoor komen sterk overeen met hun visie op het medicatiegebruik. Enkele voorbeelden die ouders geven zijn dat het kind moet leren functioneren zonder medicatie en dat de psychofarmaca niet als ideaal worden aanzien in de behandeling voor ADHD.

Naast de psychiater, communiceren ouders met hun partner, het kind zelf, de school en het sociaal netwerk over de behandeling met psychofarmaca. Dit sluit aan bij bevindingen uit de studie van Johnston et al. (2005). In deze gesprekken worden minder beslissingen genomen omtrent de behandeling dan in de gesprekken met de psychiater. De inhoud van deze gesprekken beïnvloeden de beleving van de ouders, wat op zijn beurt de besluitvorming van de ouders bepaalt. Over de communicatie met de partner wijden de ouders niet uit in de interviews en wordt weinig informatie verkregen. Het gegeven dat bij zes ouders ook de partner participeert aan de interviews, vormt mogelijks een drempel om informatie omtrent de communicatie met de hem/haar vrij te geven. Daarnaast betreft het informatie over de persoonlijke levenssfeer. Uit de studie van Singh (2005) blijkt dat er een verschil is in de beleving tussen de vader en de moeder betreffende het medicatiegebruik bij ADHD. Via de deelname van enkele ouderparen aan de interviews in dit onderzoek van de masterproef, wordt getracht hierin enigszins een inzicht te verkrijgen. Zowel bij het opstarten van de behandeling als gedurende de behandelingsperiode wordt, na het analyseren van de interviews, geen eenduidig patroon gevonden in een verschil in beleving tussen de vader en de moeder betreffende de behandeling met psychofarmaca bij het kind. Sommige ouderparen hebben gelijkaardige ervaringen en gevoelens, andere ouderparen hun gevoelens en ervaringen verschillen meer. Het lage aantal respondenten kan hiervoor een mogelijke verklaring bieden.

Ouders ervaren zowel kritiek als begrip vanuit het sociaal netwerk voor hun keuze voor de behandeling met psychofarmaca (Bussing & Gary, 2001). Uit de bevindingen van de interviews in deze studie blijkt dat de

communicatie met het sociaal netwerk voornamelijk plaatsvindt met ouders die ook kinderen opvoeden met ADHD die een behandeling met psychofarmaca volgen, of met personen die beschikken over expertise hierover. Reeds werd aangehaald dat het school een belangrijke factor vormt in het opstarten van een behandeling met ADHD. Ouders communiceren vooral in de beginperiode met de school over het op punt stellen van de medicatiedosis en over wie op welke tijdstippen de medicatie aan het kind geeft. Na verloop van tijd blijkt dat de behandeling met psychofarmaca nog maar een weinig besproken onderwerp is met de school. De behandeling met psychofarmaca wordt enkel aangehaald indien het kind op school niet goed functioneert. Overleg over concrete oplossingen voor de gedragsproblemen vindt weinig plaats. Daarbij verwacht de school dat de ouder zorgt dat de situatie verandert. Contact tussen de psychiater en de school is zo goed als afwezig, en dit zowel bij het opstarten als in het verdere verloop van de behandeling. Slechts één psychiater van een deelnemend ouderpaar aan de interviews ging het kind enkele malen observeren in de schoolcontext. Opvallend in deze studie is dat het kind beter functioneert in de school wanneer het hier persoonlijk begeleid wordt. In de praktijk vindt dit echter weinig plaats. Een mogelijke verklaring voor deze vaststelling is het gebrek aan tijd en middelen vanuit de school. De middelen die een school kan inzetten, worden immers vastgelegd op hoger beleidsniveau.

Uit het onderzoek uitgevoerd in deze masterproef blijkt dat hoe jonger de leeftijd van het kind dat de medicatie neemt, hoe minder hij/zij inspraak heeft bij de besluiten (Singh, 2005). Wel observeren ouders het gedrag van het jonge kind en vragen aan het kind hoe het zich voelt bij de behandeling met psychofarmaca. Deze zaken houdt de ouder in het achterhoofd bij het nemen van besluiten over de medicatie, wat aantoont dat er rekening wordt gehouden met de ervaringen van het kind (Charach et al., 2006). De besluiten waarbij het oudere kind betrokken wordt, handelen over het al dan niet volgen van een behandeling met medicatie, de medicatiedosis, de tijdstippen van de inname... Ook neemt het kind op oudere leeftijd meestal zelf de medicatie in en dient hij/zij hiervoor geen toestemming aan een volwassene te vragen. Hoe ouder het kind, hoe meer bekwaam deze wordt aanzien en hoe meer inspraak deze krijgt in de besluitvorming. Ook verwachten ouders dat het kind meer verantwoordelijkheid opneemt. Uit deze studie blijkt daarnaast dat de mate waarin er overleg plaatsvindt en de ouder de behandeling met psychofarmaca opvolgt, afhankelijk is van het belang dat de ouder hieraan hecht en de houding van het kind om over dit onderwerp te praten. Sommige kinderen stoppen de behandeling op eigen houtje. Dit wordt niet overlegd met de psychiater. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het kind in het verleden te weinig betrokken werd bij de besluitvorming over de medicatie met de psychiater, wat tot gevolg heeft dat de vertrouwensrelatie tussen het kind en de psychiater werd geschaad.

## **2. Beperkingen van het onderzoek**

Het onderzoek bestaat hoofdzakelijk uit kwalitatieve gegevens. Een tekort van deze studie is de afwezigheid van kwantitatieve gegevens. Kwantitatieve resultaten bevatten een hogere betrouwbaarheid en hogere validiteit (Smeyers & Depaepe, 2007). Door het volledige onderzoeksproces zo nauwkeurig mogelijk te omschrijven in de masterproef wordt getracht tegemoet te komen aan het validiteitscriterium van het

kwalitatief onderzoek. Via het hanteren van het softwareprogramma Nvivo worden de subjectieve onderzoekseffecten van de onderzoeker geminimaliseerd en verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek. De onderzoeker analyseert de interviews meerdere malen om zo een objectievere kijk te verkrijgen op de data. Tijdens het verwerken en het interpreteren van de interviews, worden de gegevens van de ouderparen afzonderlijk bekeken. Er wordt geen rekening gehouden met het feit dat de gegevens uit twaalf van de gesprekken handelen over zes verschillende kinderen, en niet twaalf verschillende kinderen. Dit besluit wordt eerst en vooral genomen, omdat het om een beleving van personen gaat. Als tweede is dit belangrijk voor een vlotte analyse van de data. Dit alles heeft een invloed gehad op de onderzoeksresultaten en kan aanzien worden als een beperking van het onderzoek. In dit kwalitatieve onderzoek neemt de onderzoeker de interviews af en interpreteert deze in het licht van de onderzoeksvraag. De onderzoeker is dus waarnemings- en analyse-instrument en heeft een centrale rol in het onderzoek. Doorheen heel de studie is de onderzoeker zich hiervan bewust en tracht hij/zij het onderzoek regelmatig vanop een afstand te bekijken om zo de objectiviteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen (Smaling & van Zuuren, 1992).

Een andere kritiek op het kwalitatief onderzoek is het tekort van representatieve informatie, aangezien slechts een indicatie wordt gegeven van wat leeft in een bepaalde groep. In dit onderzoek bestaat deze groep uit ouders van kinderen met ADHD die langdurig een behandeling met psychofarmaca volg(d)en. Representativiteit is echter niet het doel van kwalitatief onderzoek, waarin de onderzoeker tracht de belevingswereld van personen te begrijpen en doordringen (Mortelmans, 2007). Daarnaast is het aantal respondenten die participeerden aan deze studie klein, waardoor de representativiteit van het onderzoek beïnvloedt wordt. Bij de rekrutering van de respondenten nemen sommige ouders zelf contact op met de onderzoeker, andere ouders worden gecontacteerd. De meeste ouders die worden gecontacteerd wensen deel te nemen aan het onderzoek. Van enkelen wordt geen antwoord verkregen. De reden hiervoor is ongekend. Enerzijds is het positief voor de steekproef dat respons wordt verkregen van de meeste respondenten. Dit impliceert dat respondenten met bepaalde kenmerken niet weerhouden worden uit het onderzoek. Een andere sterkte van de steekproef is dat de respondenten uit diverse regio's in België komen en de leeftijd en behandelingsduur van de kinderen van de respondenten uiteenlopend zijn. De verhouding meisjes en jongens is niet evenredig in deze studie. Deze is zelfs lager dan in de literatuur wordt weergegeven (Kooij, Goedkoop, & Gunning, 1996).

Voordat de interviewafname van start gaat, besteedt de interviewer veel aandacht aan het contact met de respondenten en wordt het onderzoek en het verloop van de interviews verduidelijkt. Een goed contact tussen de interviewer en de respondent is immers belangrijk voor een vlot verloop van het interview (Maso & Smaling, 2004). De kans bestaat dat enkele vragen onvolledig worden beantwoord door de respondent of dat hij/zij hierop geen antwoord wenst te geven omwille van het in gedrang komen van de persoonlijke levenssfeer. In de studies van Hansen & Hansen (2006) en (Jackson & Peters, 2008) halen ouders aan dat zij vanuit de samenleving reacties krijgen dat zij medicatie toedienen aan hun kind vanuit gemakzuchtigheid en om het gedrag van het kind te controleren. Deze zaken worden door de ouders niet aangehaald in de interviews. Hieruit besluiten dat dit niet aanwezig is in de beleving van de ouders zou wat kort door de bocht zijn. Het is mogelijk dat ouders dit onderwerp niet aanhelen in het gesprek, omdat zij dit aanzien als een

kritiek op hun eigen opvoedingsstijl. Ook over de communicatie met de partner geven vele respondenten geen antwoord. De aanwezigheid van de partner in hetzelfde gebouw vergroot dat de kans dat de respondent zich geremd voelt om over dit thema te praten. Een andere mogelijke verklaring is dat de ouders hierover niet wensen te spreken, omdat de behandeling met psychofarmaca een stressfactor is binnen hun relatie.

De vragen van het interview hebben betrekking op de beleving van de ouders. Ouders halen zaken uit het heden en verleden aan. Een sterkte van de studie is dat de onderzoeker oog heeft voor het tijdsaspect in de antwoorden van de respondent. Gedurende de interviews is het opmerkelijk dat de interviewer de subthema's van de vragenlijst bij de respondenten dient aan te halen. De reden hiervoor is het soms moeilijk op gang komen van het gesprek. De onderzoeker beslist tijdens de afname van het eerste interview om de subthema's bij elke respondent te vermelden. De data uit de interviews kunnen zo eenduidiger geïnterpreteerd worden en beter worden vergeleken. Ook wordt tijdens de analyse rekening gehouden met tegenstrijdigheden in de data per interview (Maso & Smaling, 2004). De onderzoeker beoogt hiermee het doel om juistere conclusies te trekken. Aan de respondenten wordt in de interviews meegedeeld dat zij kunnen aangeven indien een thema niet van toepassing is voor hen.

### **3. Klinische implicaties**

In de huidige samenleving wordt nog vaak vertrokken vanuit een medische invalshoek, waar een causale verklaring wordt geboden voor 'deviant' gedrag. De behandeling bestaat hierbij uit het reduceren van symptomen via een standaardinterventie, waarvoor wetenschappelijke evidentie bestaat. Voor kinderen met de diagnose ADHD betreft dit de behandeling met psychofarmaca, al dan niet aangevuld met gedragstherapie en psycho-educatie. Een valkuil van het inzetten van standaardinterventies is het voorbij gaan aan de unieke context en de beleving van het individu. De vraag hoe het kind zich voelt bij de behandeling en de mogelijke bijwerkingen die hij/zij hiervan ondervindt, dienen in de praktijk niet uit het oog verloren te worden. Via het 'Quality Of Life- concept' (QOL) kan aan deze aspecten voldoende aandacht worden besteed. Een eenduidige definitie voor het concept QOL is afwezig. De meest gehanteerde begripsomschrijving is deze van de World Health Organisation (WHO), namelijk: "*An individual's perception of their position in life, in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.*" (WHOQOL Group, 1995 geciteerd in Skevington, Sartorius, Amir & The WHOQOL-Group, 2004). Thema's die betrekking hebben op de QOL zijn interpersoonlijke relaties, sociale inclusie, persoonlijke ontwikkeling, fysiek welzijn, zelfdeterminatie, materiaal welzijn, emotioneel welzijn, omgeving, familie, recreatie en hobby's en veiligheid (Schalock, 2004). De ouders, als personen die het nauwst betrokken zijn bij hun kind, spelen een essentiële rol in het inschatten van de QOL van het kind. Over de behandeling met psychofarmaca concluderen studies dat deze een positieve invloed heeft op de QOL van het kind, maar dit niet steeds het geval is (Bastiaansen, 2005; Frazier et al., 2010; Danckaerts et al., 2010). In het uitvoeren van een behandeling met psychofarmaca is het dan ook wenselijk voldoende aandacht te hebben voor zijn/haar QOL.

In de huidige samenleving is het niet steeds haalbaar om alternatieve behandelingen consequent toe te passen omwille van het gebrek aan tijd en middelen. Een voordeel van deze behandelingsvorm is dat deze niet tijdrovend is. Uit dit uitgevoerde onderzoek blijkt dat ouders het essentieel vinden om de behandeling met medicatie aan te vullen met het bieden van ondersteuning aan het kind op andere terreinen en dat ouders ervaren dat deze bijkomende ondersteuning een positieve invloed heeft op het functioneren van het kind (Biederman & Faraone, 2005; Daly et al., 2007; Kutcher et al., 2004). Ook het 'VN-Comité voor de Rechten van het Kind' benadrukte in 2010 het belang van het aanvullen van de behandeling met psychofarmaca met andere sociale en pedagogische methodieken (Metaforum K.U. Leuven, 2011). Het is dus aangewezen om bijkomende ondersteuning op te zetten, zowel in de thuis- als de schoolcontext, naast de behandeling met psychofarmaca. Hier vormt het gebrek aan middelen vaak een struikelblok voor de ouders. In de behandelingen voor ADHD vindt actueel immers enkel een terugbetaling van *Rilatine* plaats. Daarnaast is het belangrijk dat ouders kennis hebben van de instanties waar een expertise aanwezig is betreffende de diverse behandelingsvormen in de aanpak van ADHD. Zo kan gezocht worden naar een individuele ondersteuning voor het kind die aansluit bij zijn noden en behoeften met als doel zijn/haar functioneren in het dagdagelijkse leven te faciliteren. 'ZitStil' is een organisatie die kan worden voorgesteld aan de ouders. Als laatste blijkt uit de bevindingen van deze studie dat enkele psychiaters weinig aandacht hebben voor bijkomende ondersteuning in de behandeling met psychofarmaca. Aanbevolen wordt om dit thema steeds bespreekbaar te maken met de ouders. Psychiaters zijn immers een belangrijke informant, die door de ouders als betrouwbaar aanzien worden.

Uit de bevindingen van deze studie blijkt het belang van overleg op verschillende niveaus, zodat de opvolging voor het kind met ADHD gegarandeerd wordt. Eerst en vooral is een goed contact tussen de ouders en de school belangrijk. Uit het onderzoek blijkt dat dit afwezig is, voornamelijk naarmate de continuering van de behandeling. Nochtans is de school het doorslaggevende argument om de behandeling met psychofarmaca te starten en is dit de omgeving waar het kind de medicatie inneemt. Daarnaast is een multi- disciplinair overleg tussen de school, de psychiater en andere betrokken professionals van belang om de behandeling voldoende te laten aansluiten op de ondersteuningsbehoeften van het kind. Het betrekken van de ouders hierbij is essentieel. Een goede vertrouwensrelatie tussen de professional en de ouders is aangewezen voor het plaatsvinden van dit constructief overleg. Hierbij mag het kind niet vergeten worden. Het overleg tussen het kind en de professional dient vanaf de opstartfase van de behandeling plaats te vinden. Dit kan door het kind inspraak te geven in de behandeling met psychofarmaca en te betrekken bij de besluitvorming. Hij/zij dient het gevoel te ervaren steeds een beroep te kunnen doen op de professional. Op deze wijze wordt ruimte gecreëerd om de moeilijkheden, die het kind kent in het dagdagelijkse leven als gevolg van zijn/haar ADHD, te blijven bespreken (Danckaerts et al., 2010; Gjervan et al., 2012; Satterfield & Schell, 1997). Zo kan voorkomen worden dat het kind in de puberteit op eigen houtje beslist de behandeling met psychofarmaca te stoppen en bijvoorbeeld te experimenteren met alternatieve drugs.

De ouders spelen een belangrijke rol in het opstarten van de behandeling voor het kind met ADHD. Niet alle kinderen in deze samenleving hebben ouders die beschikken over de middelen om op te komen voor de belangen van hun kind. Ook deze kinderen mogen niet uit het oog verloren worden. De school als

maatschappelijk instituut kan een essentiële rol spelen door hiervan melding te maken bij de integrale jeugdhulpverlening. Deze kan de situatie verder onderzoeken en opvolgen.

#### **4. Toekomstig onderzoek**

Op basis van bovenstaande bevindingen worden enkele suggesties geformuleerd voor toekomstig onderzoek.

Een belangrijk aspect in de hedendaagse hulpverlening is het preventief werken. Het voorkomen van secundaire stoornissen veroorzaakt door een behandeling met psychofarmaca dient uitgesloten te worden. Onderzoek op lange termijn naar de mogelijke complicaties van een behandeling met psychofarmaca is dan ook essentieel (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009). Ouders van kinderen met ADHD zijn bezorgd over de invloed van de psychofarmaca op hun kind op lange termijn. Het tekort aan informatie hierover vormt voor vele ouders een drempel om de behandeling met psychofarmaca op te starten. Daarnaast is er nood aan onderzoek dat de relatie nagaat tussen het stoppen van het gebruik van psychofarmaca en de start van het gebruik van alternatieve drugs ter vervanging van deze psychofarmaca.

Wetenschappelijke evidentie voor het verminderen van de ADHD-symptomen door de behandeling met psychofarmaca is aanwezig (Wigal, 2009). Uit deze studie blijkt ook de positieve invloed van de medicatie op de ADHD-symptomen. De ouders geven weer dat dit voordeel van de behandeling gepaard gaat met nadelen, bijvoorbeeld het reboundeffect. Daarnaast geven zij aan geen voorstander te zijn voor een behandeling met psychofarmaca in de aanpak van kinderen met ADHD. Toch kiezen zij ervoor om de behandeling te continueren, aangezien het kind beter functioneert en dit voornamelijk binnen de schoolcontext. Ouders zijn op zoek naar een alternatieve behandeling die gelijkaardig effecten bewerkstelligt als de psychofarmaca, maar waarbij de nadelen veroorzaakt afwezig zijn die veroorzaakt worden door de psychofarmaca. Hedendaags bestaat geen alternatieve behandeling die wetenschappelijk onderbouwd is. In het belang van de kinderen met ADHD en hun ouders is verder onderzoek nodig naar zowel de reeds aanwezige alternatieve behandelingen als het opzetten van nieuwe behandelingsvormen.

Als laatste blijkt uit deze studie de rol van de school in het starten en het continueren van de behandeling met psychofarmaca. Verder onderzoek dat zich toespitst op de relatie tussen de school en de behandeling met psychofarmaca is noodzakelijk.

# Bijlagen

**Bijlage 1:** Tabel 1 en Tabel 2

**Bijlage 2:** Informed consent

**Bijlage 3:** Vragenlijst interview

**Bijlage 4:** Boomstructuur

## Bijlage 1: Tabel 1 en Tabel 2

Tabel 1: Kenmerken respondent

Respondent (n=17)	Selectiecriteria: Aantal kinderen + Geslacht	Deelname partner aan onderzoek (ja/nee)
Interview 1: Papa van Tine en Elien	2: Meisje 11 jaar Meisje 8 jaar	Ja
Interview 2: Mama van Tine en Elien	2: Meisje 11 jaar Meisje 8 jaar	Ja
Interview 3: Mama van Benjamin	1: Jongen 17 jaar	Nee
Interview 4: Mama van Jonas	1: Jongen 13 jaar	Nee
Interview 5: Papa van Roel	1: Jongen 11 jaar	Ja
Interview 6: Mama van Roel	1: Jongen 11 jaar	Ja
Interview 7: Mama van Kobe	1: Jongen 17 jaar	Nee
Interview 8: Mama van Ibrahim	1: Jongen 14 jaar	Nee
Interview 9: Papa van Joachim	1: Jongen 15 jaar	Ja
Interview 10: Mama van Joachim	1: Jongen 15 jaar	Ja
Interview 11: Mama van Johannes	1: Jongen 8 jaar	Nee
Interview 12: Papa van Sam	1: Jongen 16 jaar	Ja
Interview 13: Mama van Sam	1: Jongen 16 jaar	Ja
Interview 14: Papa van Wouter	1: Jongen 17 jaar	Ja
Interview 15: Mama van Wouter	1: Jongen 17 jaar	Ja
Interview 16: Papa van Ruben	1: Jongen 12 jaar	Ja
Interview 17: Mama van Ruben	1: Jongen 12 jaar	Ja



Tabel 2: Farmacologische en non- farmacologische behandelingen van het kind

<b>Kind</b>	<b>Methylfenidaat verleden</b>	<b>Methylfenidaat recent</b>	<b>Periode behandeling met methylfenidaat</b>
<b>Tine</b>	Rilatine	Geen	5 jaar- recent gestopt
<b>Elien</b>	Rilatine	Rilatine	6 jaar- recent
<b>Benjamin</b>	Rilatine	Rilatine	8 jaar- recent
<b>Jonas</b>	Rilatine	Geen	7 jaar- 11 jaar
<b>Roel</b>	Rilatine, Concerta	Concerta	9 jaar- recent
<b>Kobe</b>	Rilatine, Concerta	Geen	11 jaar- 16 jaar
<b>Ibrahim</b>	Rilatine	Rilatine	11 jaar- recent
<b>Joachim</b>	Rilatine, Concerta	Concerta	7 jaar- recent
<b>Johannes</b>	Rilatine	Rilatine	4 jaar- recent
<b>Sam</b>	Rilatine, Concerta,	Geen	6 jaar- 15 jaar
<b>Wouter</b>	Rilatine, Concerta	Enkel examens	6 jaar- recent
<b>Ruben</b>	Rilatine	Geen	9 jaar- 11 jaar

## **Bijlage 2: Informed consent**

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN UGENT

Vakgroep Orthopedagogiek

### **GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING**

Geachte heer, mevrouw,

Je bent uitgenodigd om deel te nemen aan een thesisonderzoek. Voor je beslist hieraan deel te nemen, vragen wij je beleefd de volgende tekst grondig te lezen en alle nodige vragen te stellen, zodanig dat je goed begrijpt wat jouw deelname precies inhoudt.

#### **Waarom wordt dit onderzoek uitgevoerd?**

Aan de hand van dit onderzoek trachten wij een beter inzicht te verkrijgen in de levenskwaliteit van kinderen met een ADHD-diagnose die langer dan 2 jaar een psychofarmaca gebruiken (met of zonder stopperiodes). Het onderzoek vertrekt vanuit de visie dat de ouders sterk betrokken zijn bij het medicatiegebruik van hun kind en dat hun stem een essentiële factor vormt in het debat. Een beter inzicht in de belevingen en ervaringen van de ouders leidt tot waardevolle informatie omtrent de levenskwaliteit van deze kinderen.

#### **Hoe wordt dit onderzoek uitgevoerd?**

De onderzoekster of jijzelf neemt contact op via email of telefoon. Tijdens dit gesprek wordt informatie gegeven over de opzet van het onderzoek. Er wordt een datum en een plaats afgesproken waar het interview zal doorgaan.

Het interview neemt ongeveer 1 uur in beslag. Indien beide ouders deelnemen aan het onderzoek wordt het interview eerst bij de vader afgenomen, daarna bij de moeder. Tussen beide interviews wordt een korte pauze voorzien.

Aan de hand van open vragen zullen we jouw ervaringen, belevingen en opinies omtrent het medicatiegebruik van uw kind in kaart proberen te brengen. Alle antwoorden die in je opkomen, kunnen zinvol zijn en kunnen worden meegedeeld. De interviewer zal bijvragen stellen.

Het interview wordt opgenomen met een recorder.

#### **Welke voordelen kan ik van dit onderzoek verwachten?**

Wij verwachten dat dit onderzoek nieuwe kennis oplevert over de beleving van de ouders van kinderen die gedurende een langere periode psychofarmaca nemen. Deze nieuwe kennis stelt ons mogelijk in staat aandachtspunten met betrekking tot de behandeling van kinderen met ADHD in kaart te brengen. Jij of anderen hebben hier mogelijk baat bij.

## **Wat gebeurt er als ik niet aan de studie wens deel te nemen of tijdens de studie mijn medewerking wil stoppen?**

Niets. Jouw deelname aan deze studie is geheel vrijwillig.

## **Wat gebeurt er met de onderzoeksgegevens die betrekking hebben op mijn persoon?**

De verzamelde informatie bestaat uit belevingen en opinies van personen.

De gegevens van de deelnemers worden samengevoegd en kwalitatief verwerkt om zo bepaalde gelijkenissen en verschillen in kaart te brengen. De verwerking van deze gegevens gebeurt volledig anoniem en in overeenstemming met de wetten op het privéleven. Ze zullen niet langer bewaard worden dan voor de looptijd van het onderzoek noodzakelijk is (max. tot eind 2014). In geen enkele publicatie of verslag zullen oorspronkelijke namen vermeld worden.

Tenslotte willen we vermelden dat dit onderzoek geheel in overeenstemming verloopt met de wetgeving op het Beroepsgeheim (Art. 458 van het Strafwetboek) en de Wet ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer (08/12/1992, gewijzigd op 11/12/1998).

## **Bij wie kan ik terecht als ik vragen heb?**

Met vragen kan je steeds terecht bij de onderzoekster (Heleen Willems, Waalhofstraat 30, 2100 Deurne, Tel.: 0498/43.71.17) of bij de coördinatoren (Laura Stevens – Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent, Henri Dunantlaan 1, Lokaal 100.011, B-9000 Gent, Tel.: 09/331 03 08 en Wouter Vanderplasschen, Henri Dunantlaan 1, Lokaal 100.010, B-9000 Gent, Tel.: 09/ 331 03 12).

Door dit formulier te ondertekenen, bevestig je dat men je dit onderzoek voldoende uitgelegd heeft, dat je op de hoogte gebracht werd van jouw wettelijke rechten, dat men al jouw vragen heeft beantwoord en dat je uitgebreid geïnformeerd werd over de manier waarop en het doel waarvoor deze gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden. Ook stem je toe dat de inhoud van het interview opgenomen wordt met een recorder.

Door jouw handtekening aanvaard je dat je vrijwillig deelneemt aan dit onderzoek, bevestig je dat je een kopie van het toestemmingsformulier gekregen hebt en stem je in met de verzameling, de verwerking en het gebruik van de gegevens. De professionelen betrokken in het onderzoek, krijgen hierdoor ook de toestemming de verzamelde gegevens in te kijken.

Voor akkoord,

(handtekening deelnemer)

(datum)

Heleen Willems

(naam van de persoon die het toestemmingsformulier heeft voorgelegd)

(handtekening)

(datum)

## Bijlage 3: Vragenlijst interview

BELEVINGSONDERZOEK OUDERS VAN KINDEREN MET ADHD DIE LANGDURIG MEDICATIE NEMEN.

### 1. Algemeen:

0 Papa

0 Mama

Leeftijd ouder:

0 Jongen

0 Meisje

Leeftijd kind:

**1.1 Welke medicatie neemt uw kind?**

**1.2 Combineert u de medicinale behandeling met een andere behandeling?**

Psycho- educatie, gedragstherapie, cognitieve therapie, alternatieve therapie, eliminatiedieet, gezinstherapie

**1.3 Op welke leeftijd startte uw kind met het nemen van de medicatie?**

**1.4 Op welke tijdstippen neemt uw kind de medicatie?**

0 Ochtend 0 Middag 0 Avond

**1.5 Zijn er periodes dat er een stopperiodes wordt ingelast waarin uw zoon/dochter geen medicatie neemt?**

Vakanties, weekends, ziekte kind

**1.6 Wat is de reden om wel/ geen stopperiodes in te lassen?**

**Wel:**

- Arts bepaalt dit.
- Afhankelijkheid van de medicatie doorbreken.
- Kind zichzelf laten zijn.
- Overbodigheid van de medicatie.
- Kind dient geen les te volgen.
- Kind dient zich niet te concentreren.
- Kind dient niet naar school te gaan.
- Kostprijs van de medicatie.

**Geen:**

- Stopperiodes biedt geen voordelen.
- Stopperiodes is overbodig.
- Structuur voor het kind valt gedeeltelijk weg.
- Angst voor bijwerkingen.
- ADHD-symptomen duiken weer op.
- Het vermoeden dat het gedrag van het kind problemen zou veroorzaken.
- Nog nooit nagedacht over een stopperiodes.

- Stopperiode nog nooit bespreekbaar gemaakt.

## 2. Bezorgdheden

### **Uw zoon/dochter neemt nu een x aantal jaren medicatie.**

#### **2.1 Maakt u zich zorgen over de medicatie die uw kind inneemt?**

(Onder "zorgen" wordt verstaan: zaken omtrent de medicatie waarover u ongerust bent en twijfels ervaart.)

#### ***Indien ja, waarover bent u bezorgd?***

- Gevolgen: fysiek, psychisch, authenticiteitsontwikkeling, verandering persoonlijkheid, kwaliteit van het leven, opmerkingen sociaal netwerk/leerkrachten, ontwikkelen verslaving(sproblematiek)...
- Angst voor de bijwerkingen of de gevolgen wanneer de medicatie zou afgebouwd wordt of stopgezet wordt.
- Reboundeffect wanneer de medicatie uitwerkt.
- Kind zal zichzelf als buitenbeentje beschouwen.
- Kind zal gepest worden door leeftijdsgenoten.
- Labeling: kind met ADHD dat medicatie neemt.
- Ontstaan crimineel gedrag.
- Toename kans op depressie.
- De medicatie is een drug.
- De medicatie speelt een grote rol in het dagdagelijkse leven van het kind en het gezin.
- Mode-diagnose en mode-behandeling (behandeling die rechtstreeks volgt op deze diagnose) en maatschappelijke druk
- Dien ik de medicatie gebeurtenis specifiek in te zetten (vb. Weekend, vakantie)?
- Zorgen over de medicatietoediening in dosissen (vb. Aantal dagdosissen).
- Is dit de meest gepaste behandeling voor mijn kind?
- Dien ik de medicinale behandeling te combineren met een andere behandeling (vb. Psycho-educatie, gedragstherapie, cognitieve therapie, alternatieve therapie, eliminatiedieet, gezinstherapie).
- Verantwoording voor de keuze van de medicinale behandeling naar de omgeving
- Bezorgdheid omtrent de eigen ouderlijke capaciteiten.
- Ouderlijke verantwoordelijkheid om de problemen van het kind op te lossen..
- Afname van de verantwoordelijkheid voor het gedrag van het kind; het pilletje bepaalt het gedrag van het kind.
- Status van het kind (status kind verhoogt doordat hij/zij beter functioneert dankzij de medicatie, afname status kind doordat het kind medicatie dient te nemen).
- Vooral aandacht voor de symptoomreductie, maar niet de quality-of-life.
- Gevoelens van controle te willen uitoefenen op het kind.
- Versnippering zorgaanbod (paramedici waarbij men terecht komt, transparantie, dossierbeheer, diversiteit in aanbod en aanpak).

### **Indien nee, welke zaken stellen u gerust?**

- Informatie: (wetenschappelijke) kennis van paramedici, uit de media, van het sociaal netwerk, internetrelaties, ADHD-organisaties.
- Het veranderde en verbeterde gedrag van het kind, bijvoorbeeld het kind is rustiger, kent een hogere taakspanning.
- Aanvaarding van de medicinale behandeling door media, sociaal netwerk, school...
- Mode-diagnose en mode-behandeling (behandeling die rechtstreeks volgt op deze diagnose) en maatschappelijke druk
- Afstemming zorgaanbod.

### **2.2 Welke gevoelens ervaart u wanneer u de medicatie toedient?**

#### **2.2.1 Zijn deze gevoelens veranderd doorheen de jaren dat uw kind medicatie neemt?**

#### **2.2.2 Wat zit er achter dit gevoel? Wat is de achterliggende reden van dit gevoel?**

- Schuldgevoelens, onzekerheid, schaamtegevoelens, gespannen, frustraties, inadequaatheidsgevoelens, verwardheidsgevoelens, bezorgdheid, teleurstelling...
- Geruststelling, vreugde, opluchting, goede ouder, verantwoordelijkheid opnemen, optimisme, zekerheid, geruststelling, behulpzaamheid...
- Verantwoordelijkheidsgevoelens: toediening van de medicatie, dat het kind de medicatie inneemt, een oplossing/hulpmiddel zoeken voor het kind met ADHD
- De medicatie speelt een grote rol in het dagdagelijkse leven van het kind en gezin.
- Angstgevoelens voor afkeuring door sociaal netwerk.
- Angstgevoelens voor afkeuring door kind zelf.

### **2.3 Het medicatiegebruik bij kinderen met ADHD is een onderwerp dat regelmatig besproken wordt.**

#### **2.3.1 Welke personen of zaken leiden ertoe dat u zich wel/geen zorgen maakt over het medicatiegebruik van uw kind?**

#### **2.3.2 Met wie praat u over u zorgen?**

- Niemand
- Partner
- Sociaal netwerk (vrienden, collega's, burens,...)
- Familie
- Huisarts
- Media (internet, kranten, fora op het internet...)
- School en/of leerkrachten
- CLB
- Collega's
- Lotgenoten
- ADHD-organisaties
- Professionals
- Bijsluiter van de medicatie

- Medicalisering van de maatschappij
- Gedrag van mijn kind
- Welzijn van mijn kind
- Ik luister niet naar wat anderen zeggen, maar doe wat ik denk dat het beste voor mijn kind is.

## **2.4 Vindt u dat uw zorgen veranderd zijn doorheen de jaren dat uw kind medicatie inneemt?**

### **2.4.1 Maakte u zich zorgen omtrent het innemen van de medicatie tijdens het eerste jaar?**

Indien ja, waarover was u bezorgd?

Indien nee, welke zaken stelden u gerust?

### **2.4.2 Maakte u zich zorgen omtrent het medicatiegebruik na het tweede jaar?**

Indien ja, waarover was u bezorgd?

Indien nee, welke zaken stelden u gerust?

## **2.5 Wat is voor u als ouder de meest aanvaardbare behandeling voor uw kind?**

- Gedragstherapie
- Cognitieve therapie
- Gezinstherapie
- Medicinale behandeling
- Alternatieve behandeling
- Eliminatie-dieet
- Combinatiebehandeling
- Mediatetherapie.
- Ikzelf ben niet veel bezig met de behandeling voor het kind. Mijn partner houdt zich voornamelijk bezig met dit thema.

## **3. Gedrag**

### **3.1 Vindt u dat het gedrag van uw kind veranderd is sinds hij/zij medicatie neemt?**

*Onder gedrag verstaat men hier 'gedrag dat onder de ADHD-symptomen valt (vb. concentratiemoeilijkheden, hyperactiviteit en impulsiviteit) EN gedrag dat buiten de ADHD-symptomen valt (vb. opgewekt zijn, boos zijn, slaperig zijn, hoofdpijn hebben, goede contacten met andere personen...)'*

- Verbeterde concentratie, verbeterde aandacht
- Afname hyperactiviteit
- Afname impulsief gedrag
- Toename cognitieve performance
- Grotere zelfstandigheid
- Afname prikkelbaarheid
- Afname vergeetachtigheid
- Afname stemmingswisselingen (betere emotieregulatie)

- Gedrag is stabiel gedurende de dag (zie studiedag ZitStil: emoties schommelen sterk doorheen de dag)
- Kind heeft beter inzicht in eigen gedrag.

### **3.2 Vindt u dat de ADHD-diagnose vaak als oorzaak gebruikt wordt wanneer uw kind moeilijk gedrag stelt?**

#### **3.2.1 Vindt u dat uw omgeving het 'goede' gedrag van uw kind toeschrijft aan de medicatie die hij/zij inneemt?**

#### **3.2.2 Wat ziet u als redenen wanneer u kind 'goed' gedrag stelt?**

- Medicatie.
- Omgeving met weinig prikkels.
- Aanwezigheid van structuur.
- Aanwezigheid van bepaalde personen. Wie?
- Voldoende nachtrust.
- Gezonde voeding en drank (vb. Geen energiedrankjes).

## **4. Levenskwaliteit (Quality of Life)**

### **4.1 Heeft u het gevoel dat de levenskwaliteit van uw kind verhoogd is sinds deze medicatie neemt?**

- Functioneren verbeterde: gezin, klas, school, sportclub, contact leeftijdsgenootjes.
- Toename positieve ervaringen.
- Toename sociale activiteiten.
- Positievare contacten.
- Toename sociale vaardigheden.
- Toename autonomie.
- Toename materieel welzijn.
- Toename sociale inclusie en internaliseren van waarden en normen.
- Toename veiligheid.
- Hebt u het gevoel dat uw kind gelukkiger is?
- Toename zelfstandigheid.
- Toename authenciteit.
- Het kind dient te leven met een label (kind met ADHD dat medicatie inneemt).
- Afname focus op het label en toename focus op de authenciteit van het kind.
- Toename realiseren van doelen en verwachtingen.
- Toename persoonlijke ontwikkeling.
- Toename zelfdeterminatie.
- Betere emotieregulatie.
- Geldbeheer.
- Verhoogd zelfbeeld.



- Toename intimiteit.

#### **4.2 Heeft de medicatietoediening aan uw kind een invloed gehad op het functioneren van het gezin?**

- Meer rust.
- Positievare relaties.
- Afname conflicten en discussies.
- Positiever functioneren van de gezinsleden.
- Toename participatie aan sociale activiteiten.

### **5. Communicatie**

#### **5.1 Met welke gezinsleden praat u over de medicatie die uw zoon/ dochter inneemt?**

Partner, kind zelf, andere kinderen, stiefpapa/stiefmama

#### **5.2 Met welke personen uit uw sociaal netwerk praat u over de medicatie?**

- Niemand
- Sociaal netwerk (vrienden, collega's, burens,...)
- Familie
- School en/of leerkrachten
- Collega's
- Lotgenoten

#### **5.3 Wat bespreekt u met de arts/psychiater over de medicatie?**

- Bespreken afgelopen medicatieperiode, namelijk functioneren van het kind.
- Functioneren: sociale vaardigheden, relaties, ontwikkeling, maatschappelijke participatie
- Bespreken van de opvolging van de medicatie.
- Arts/psychiater schrijft enkel de medicatie voor.
- Vertrouwensrelatie met de arts is belangrijk.
- Bespreken van de zorgen met de arts/psychiater.
- Arts/psychiater geeft informatie over de korte en lange termijneffecten van de psychofarmaca en maakt dit onderwerp bespreekbaar.
- Bespreken van de korte termijnperspectieven.
- Bespreken van de lange termijnperspectieven.
- Bespreken van afspraken rond het afbouwen/ stoppen van de medicatie.
- Bespreken van thema's als mode-diagnose, mode-behandeling en maatschappelijke druk.
- Optie andere behandelingen en aanpakken.
- Arts/psychiater als gids en besluitnemer.
- Arts/psychiater als raadgever die geen besluiten neemt.

- De beslissingen die de ouder dient te nemen omtrent de medicatie worden besproken (overleg en dialoog).

#### **5.4 Weet uw kind dat hij/zij psychofarmaca inneemt?**

##### **JA:**

- = Wie deelde deze informatie aan hem/haar mee?
- = Arts/psychiater, ouders, broers/zussen
- = Spreekt u regelmatig met uw kind over de medicatie?
- = Heeft uw kind mee inspraak in de toediening van de medicatie? (vb. tijdstip, dosis, in welke mate wordt met de mening van het kind rekening gehouden)

##### **NEE:**

- Welke reden(en) geeft u aan om uw kind hierover niet in te lichten?
- Weigering om medicatie in te nemen, kind zou zich 'anders' voelen dan andere kinderen, kind is te jong, kind begrijpt dit niet
- Nam u de beslissing om het kind niet in te lichten zelf of in overleg met anderen?
- Met welke anderen?
- Heeft u kind een vermoeden dat hij/zij medicatie inneemt?

#### **5.5 Spreekt u met de leerkracht/ school over de medicatie?**

- Hebben deze mee inspraak in de besluiten die omtrent de medicatie genomen worden? (vb. tijdstip, dosis)
- De arts/ psychiater heeft contact met de school.
- In welke mate besteedt u belang aan de informatie die de school geeft?
- Het CLB volgt dit mee op.

## **Bijlage 4: Boomstructuur**

### **Bezorgdheden**

- Afgelopen jaren
- Bijsluiter
- Reboundeffect
- Stemningswisselingen
- Toekomst
- Oorzaak ontstaan

### **Geruststelling**

### **Communicatie**

- Verantwoording naar omgeving
- Beleving reacties omgeving
- Wie?
  - Psychiater
  - Huisarts
  - Partner
  - Kind
  - Familie
  - Sociaal netwerk
  - Lotgenoten
  - School
  - Contact School-psychiater
  - ADHD-organisaties
  - Beslissingen

### **Behandelingsmotieven**

- Start reden
- Verderzetting reden
- Definitieve stop
- Overweging andere behandelingen
- Overstap andere psychofarmaca
- Stopperiodes
- Gedragsverandering
- Houding ten opzichte van behandeling met psychofarmaca
- Gezinsleven
- Behandelingsvoorkeur ADHD

### **Verschil beleving vader en moeder**

## Bibliografie

- Aguiar, A., Eubig, P.A., & Schantz, S.L. (2010). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Focused Overview for Children's Environmental Health Researchers. *Environmental Health Perspectives*, 188, 1646-1653.
- Arias, A.J., Gelernter, J., Grace, H., Roger, D.W., Brady, K.T., Farrer, L., & Kvanzler, H.R. (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: Prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 33, 1199-1207.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revised). Washington, DC.
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2e ed.). Houten: Stenfert.
- Barkley, R.A. (1997). Advancing age, declining ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 15, 1323-1324.
- Barkley, R.A. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Scientific American*, 279, 66-71.
- Bastiaansen, D. (2005). *Kwaliteit van het leven van kinderen met psychiatrische aandoeningen* (Doctoraal thesis, Erasmus Universiteit Rotterdam, Nederland). Geraadpleegd op 18 april, 2012, via [http://repub.eur.nl/res/pub/6998/051026\\_Bastiaansen-d.pdf](http://repub.eur.nl/res/pub/6998/051026_Bastiaansen-d.pdf)
- Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (2010). *Transparantiefiche aanpak van ADHD*. Geraadpleegd op 5 mei, 2012, via [http://www.bcfi.be/pdf/tft/TN\\_ADHD\\_Lng.pdf](http://www.bcfi.be/pdf/tft/TN_ADHD_Lng.pdf)
- Biederman, J. (1998). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A life span perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 4-16.
- Biederman, J., Petty, C.R., Evans, M., Small, J., & Faraone, S.V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research*, 177, 299-304.
- Biederman, J., Wozniak, J., Kiely, K., Ablon, S., Faraone, S., Mick, E., Mundy, E., & Kraus, I. (1995). CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured interview-derived diagnosis of mania from those with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 464-471.
- Bjornstad, G., & Montgomery, P. (2005, April 20). Family therapy for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD005042. Retrieved June 16, 2013, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846741>

- Blanchflower, D.G., Oswald, A.J., & Stewart-Brown, S. (2012). *Is psychological well-being linked to the consumption of fruit and vegetables?* (NBER Working Paper No.18469). Warwick: The University of Warwick, Departement of Economics.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Bogaert, S. (2012). *De medicalisering van ADHD. De economische impact op het budget voor gezondheidszorg in België*. (Masterproef). Gent: Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen.
- Boonstra, A.M., Sergeant, J.A., & Kooij, J.J.S. (1999). Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, een typische kinderstoornis, of toch niet?. *De Psycholoog*, 34, 442-447.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.
- Brands, B., Sproule, B., & Marshman, J. (1998). *Drugs and drug abuse. A reference text* (3<sup>rd</sup> ed.). Toronto: Addiction Research Foundation.
- Brinkman, W.B., Sherman, S.N., Zmitrovich, A.R., Visscher, M.O., Crosby, L.E., Phelan, K.J., et al. (2009). Parental angst making and revisiting decisions about treatment of attention- deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatrics*, 124, 580-589.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Oxford University Press Inc.
- Buitelaar, J.K, Montgomery, S.A., & van Zwieten-Boot, B.J. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder: guidelines for investigating efficacy of pharmacological intervention. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 297-304.
- Burns, G.L., & Walsh, J.A. (2002). The influence of ADHD-Hyperactivity/Impulsivity symptoms on the development of oppositional defiant disorder symptoms in a two year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 245-256.
- Bussing, R, & Gary, F.A. (2001). Practice guidelines and parental ADHD treatment evaluations: Friends or foes? Harvard Review of Psychiatry. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 223–233.

- Bussing, R., Gary, F.A., Mills, T.L., & Garvan, C.W. (2003). Parental explanatory models of ADHD: Gender and cultural variations. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 563-575.
- Bussing, R., Koro-Ljungberg, M.E., Gary, F., Mason, D.M., & Garvan, C.W. (2005). Exploring help-seeking for ADHD symptoms: A mixed-methods approach. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 85-101.
- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-87.
- Carr, A. (2008, 23 December). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x. Retrieved June 15, 2013, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x/full>
- Charach, A., Skyba, A., Cook, L., & Beverley, J. Antle (2006). Using Stimulant Medication for Children with ADHD: What Do Parents Say? A brief report. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 15-87.
- Conrad, P. (2006). *Identifying hyperactive children. The medicalization of deviant behavior*. Burlington: Ashgate Publishing Company.
- Corbett, B.A., Constantine, L.J., Hendren, R., Rocke, D., & Ozonoff, S. (2009). Examining executive functioning in children with autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder and typical development, *Psychiatry Research*, 166, 210-222.
- Corkum, P., Rimer, P., & Schachar, R. (1999). Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: Impact on enrolment and adherence to a 12-month treatment trial. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 1043-1049.
- Cormier, E. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder: a review and update. *Journal of Pediatric Nursing*, 23, 345-357.
- Cortese, S., Holtmann, M., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., et al. (2013, 7 January). Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, doi: 10.1111/jcpp.12036. Retrieved June 15, 2013, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23294014>
- Culpepper, L. (2006). Primary care treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 51-58.
- Cverle, P. (1999). Wat met psychiatrische stoornissen op school? (afl.2), ADHD. *Caleidoscoop*, 11, 30-35.

- Daley, D. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. *Child: Care, Health and Development*, 32, 193-204.
- Daly, B.P., Creed, T., Xanthopoulos, M., & Brown, R.T. (2007). Psychosocial treatments for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology Review*, 17, 73-89.
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E.J.S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., et al. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 83-105.
- Davis, C.C., & Claudius, M. (2012). Putting families in the center: Family perspectives on decision making and ADHD and implications for ADHD care. *Journal of Attention Disorders*, 16, 675-684.
- De Ganck, J., & Vansieleghem, N. (2011). *Druk, indruk, herdruk*. (Onderzoeksrapport, Kinderrechtencommissariaat, België). Geraadpleegd op 18 april, 2013, via <http://www.psychanalysis.ugent.be/pages/nl/artikels/artikels%20Julie%20De%20Ganck/Druk.pdf>
- De Kimpe, P., Kuylen, M., & De Lepeleire, J. (2012). Opvolging van langdurig gebruik Methylfenidaat. Een explorierend onderzoek. *Huisarts Nu*, 2, 43-47.
- De Mol, J., & Buysse, A. (2008). The phenomenology of Children's Influence on Parents. *Journal of Family Therapy*, 30, 163-193.
- Demurie, E., Roeyers, H., Baeyens, D., & Sonuga-Barke, E. (2011). Common alterations in sensitivity to type but not amount of reward in ADHD and autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 1164-1173.
- De Ridder, T., Bruffaerts, R., Danckaerts, M., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2008). ADHD in de Belgische volwassen bevolking: een epidemiologische exploratieve studie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 499-508.
- Deven, F., Mostinckx, J., Bosmans, J., Van der Plas, G., Lauwers, M., Ooge, K., et al. (2009). *Welzijn en zorg in Vlaanderen; Wegwijzer voor de sociale sector*. Mechelen: Wolters Kluwer Belgium NV.
- Dickstein, S.G., Bannon, K., Castellanos, X.F., & Milham, M.P. (2006). The neural correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder: An ale meta-analysis. *Journal for Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1051-1062.
- DosReis, S., Barksdale, C.L., Sherman, A., Maloney, K., & Charach, A. (2010). Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatric Services*, 61, 811-816.

- DosReis, S., Butz, A., Lipkin, P., Anixt, J., Weiner, C.L., & Chernoff, R. (2006). Attitudes about stimulant medication for attention-deficit/hyperactivity disorder among African-American families in an inner city community. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33, 423-430.
- DosReis, S., Mychailyszyn, M.P., Evans-Lacko, S.E., Beltran, A., Riley, A.W., & Myers, A.A. (2009). The meaning of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Medication and parent's initiation and continuity of treatment for their child. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19, 377-383.
- DosReis, S., & Myers, M.A. (2008). Parental attitudes and involvement in psychopharmacological treatment for ADHD: A conceptual model. *International Review of Psychiatry*, 20, 135-141.
- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., Soeken, K.L., Mitchell, J.W., & Ellwood, L.C. (2003). Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24, 155-162.
- Durga, J., van Boxtel, M.P.J., Schouten, E.G., Kok, F.J., Jolles, J., Katan, M.B., & Verhoef, P. (2007). Effect of 3-year folic acid supplementation on cognitive function in older adults in the FACIT trial: a randomised, double blind, controlled trial. *Lancet*, 369, 208–216.
- Durston, S., & Konrad, K. (2007). Integrating genetic, psychopharmacological and neuroimaging studies: A converging methods approach to understanding the neurobiology of ADHD. *Developmental Review*, 27, 374-395.
- El – Sayed, E., Larsson, J-O., Persson, H. E., Santosh, P. J., & Rydelius, P-A. (2003). “Maturational lay” hypothesis of attention deficit hyperactivity disorder: An update. *Acta Paediatrica*, 92, 776 – 784.
- Eubig, P. A., Aguiar, A., & Schantz, S. L. (2010). Lead and PCBs as risk factors for attention deficit/hyperactivity disorder. *Environmental Health Perspectives*, 118, 1654-1667.
- Faraone, S.V. (2004). Genetics of adult attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 27, 303-327.
- Faraone, S.V., & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 44, 951–958.
- Faraone, S.V., & Biederman, J. (2005). What is the prevalence of adult attention- deficit hyperactivity disorder? Results of a population screen of 1019 adults. *Journal of Attention Disorders*, 9, 384 –391.
- Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-132.



Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *190*, 402-409.

Floet, A.M., Scheiner, C., & Grossman, L. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics in Review*, *31*, 56-69.

Frazier, T.W., Weiss, M., Hodgkins, P., Manos, M.J., Landgraf, J.M., & Gibbins, C. (2010, 25 October). Time course and predictors of health-related quality of life improvement and medication satisfaction in children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with the methylphenidate transdermal system. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *20*, doi:10.1089/cap.2009.0092. Retrieved June 15, 2013, from <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/cap.2009.0092>

Freeman, W. S., Johnston, C., & Barth, F. M. (1997). Parent attributions for inattentive-overactive, oppositional-defiant, and prosocial behaviours in ADHD children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *29*, 239-248.

Garratt, A., Schmidt, L., Macintosh A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, *324*, 1417-1419.

Gjervan, B., Torgersen, T., Rasmussen, K., & Nordahl, H.M. (2012, 31 May). ADHD symptoms are differentially related to specific aspects of quality of life. *Journal of Attention Disorders*, doi:10.1177/1087054712445183. Retrieved June 15, 2013, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22653810>

Hansen, D.L., & Hansen, E.H. (2006). Caught in a balancing act: Parents' dilemmas regarding their ADHD child's treatment with stimulant medication. *Qualitative Health Research*, *16*, 1267-1285.

Hechtman, L., & Greenfield, B. (2003). Long-term use of stimulants in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatric Drugs*, *5*, 787-794.

Hoagwood, K., Kelleher, K. J., Feil, M., & Comer, D. M. (2000). Treatment services for children with ADHD: A national perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 198-206.

Hoza, B., Pelham, W.E., Waschbusch, D.A., Kipp, H., & Owens, J.S. (2001). Academic task persistence of normally achieving ADHD and control boys: performance, self-evaluations, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 271-283.

Huizink, A.C., & Mulder, E.J.H. (2006). Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *30*, 24-41.

- Jackson, D., & Peters, K. (2008). Use of drug therapy in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Maternal views and experiences. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 2725-2732.
- Jensen, P.S., Arnold, L.E., Swanson, J.M., Vitiello, B., Abikoff, H.B., Greenhill, L.L., et al. (2007). Three-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*, 989-1002.
- Johnston, C., Seipp, C., Hommersen, P., Hoza, B., & Fine, S. (2005). Treatment choices and experiences in attention deficit hyperactivity disorder: Relations to parents' beliefs and attributions. *Child: Care, Health and Development, 31*, 669-677.
- Katragadda, S., & Schubiner, H. (2007). ADHD in children, adolescents, and adults. *Primary Care, 34*, 317-341.
- Kazdin, A.E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research, 2*, 27-40.
- Hoge Gezondheidsraad (2012, maart). *Kinderen en jongeren: gedragsstoornissen in context (samenvatting)*. Geraadpleegd op 25 juni, 2013, via <http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19068846.pdf>
- Keen, D., & Hadjikoumi, I. (2008). ADHD in children and adolescents. *BMJ Clinical Evidence, 10*, 312.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *American Journal of Psychiatry, 163*, 716-723.
- Kieling, C., Goncalves, R.R.F., Tannock, R., & Castellanos, F.X. (2008). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17*, 285-307.
- King, N. (2004). Using interviews in qualitative research. In Cassel, C., Symon G., *Essential guide to qualitative methods in organizational research*. London: Sage.
- Koehler, S., Lauer, P., Schreppe, T., Jacob, C., Heine, M., Borreati-Hümmer, A., et al. (2009). Increased EEG power density in alpha and theta bands in adult ADHD patients. *Journal of Neural Transmission, 116*, 97-104.
- Kooij J.J.S., Goedkoop J.G., & Gunning, W.B. (1996). Aandachttekortstoornis met hyperactiviteit op volwassen leeftijd. Implicaties voor diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 14*, 1848-1851.

Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S.J., Buitelaar, J., van Daalen, E., Fegert, J., et al. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 11-28.

Larzelere, M., Campbell, S., & Robertson, M. (2010). Complementary and Alternative Medicine Usage for Behavioral Health Indications. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 37, 213-236.

Ledbetter, M. (2006). Atomoxetine: a novel treatment for child and adult ADHD. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2, 455-466.

Leslie, L.K., Plemmons, D., Monn, A.R., & Palinkas, L.A. (2007). Investigating ADHD treatment trajectories: Listening to families' stories about medication use. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 179-188.

Maatschappelijke beleidsnota Jeugdzorg. (2010 – 2011), *Parl. St. VI. Parl.*, nr. 1190/1.

Malacrida, C. (2001). Motherhood, Resistance and Attention Deficit Disorder: Strategies and limits. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 38, 141-165.

Malacrida, C. (2004). Medicalization, Ambivalence and Social Control: Mothers' Descriptions of Educators and ADD/ADHD. *Health (London)*, 8, 61-80.

Marcus, S.C., Wan, G.J., Kemner, J.E., & Olfson, M. (2005). Continuity of methylphenidate treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159, doi:10.1001/archpedi.159.6.572. Retrieved June 16, 2013, from [http://apps.who.int/medicinedocs/doc/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=6&SID=S2OAJGB1HjokDPj6dhF&page=1&doc=1](http://apps.who.int/medicinedocs/doc/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=6&SID=S2OAJGB1HjokDPj6dhF&page=1&doc=1)

Maso, I., & Smaling, A. (2004). *Kwalitatief onderzoek: Praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom,

Metaforum K.U. Leuven, Werkgroep 'Psychofarmaca' (2011). *Lessen voor de 21ste eeuw: Het toenemend gebruik van psychofarmaca*. Leuven, K.U. Leuven.

McCarthy, S., Wilton, L., Murray, M.L., Hodgkins, P., Asherson, P., & Wong, I.C.K. (2012, December 5). Persistence of pharmacological treatment into adulthood, in UK primary care, for ADHD patients who started treatment in childhood or adolescence. *BMC Psychiatry*, 12, doi:10.1186/1471-244X-12-219. Retrieved June 8, 2013, from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/219>

- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S.V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 378-385.
- Milich, R., Balentine, A.C., & Lynam, D.R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 463-488.
- Millichap, G.J. (2008). Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 121, 358-365.
- Molina, B.S., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Arnold, L.E., Vitiello, B., Jensen, P.S., et al. (2009). MTA Cooperative Group: The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 484-500.
- Montoya, A., Colom, F., & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic review. *European Psychiatry*, 26, 166-175.
- Mortelmans, D. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- Murphy, K.R., Barkley, R.A., & Bush, T.M.A. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder; subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 147-157.
- Mortelmans, D., Van Looy, D., & Universiteit Antwerpen MTSO-info (2009). *Nvivo (versie 8). Een inleiding*. Geraadpleegd op 20 juni, 2012, via <http://webhost.ua.ac.be/mtso/documenten/MTSO-INFO%2053%20-%20Nvivo.pdf>
- Nieweg, E.H. (2010). Is ADHD-medicatie na 2-3 jaar uitgewerkt? Over de verrassende, maar weinig bekende follow-up van het MTA-onderzoek. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 52, 245-254.
- Olaniyan, O., DosReis, S., Garriet, V., Mychailyszyn, M.P., Anixt, J., Rowe, P.C., et al. (2007). Community perspectives of childhood behavioral problems and ADHD among African American parents. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 226-231.
- Pelham, W.E., & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-Deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184-214.
- Pelham, W.E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
- Perring, C. (1997). Medicating children: The case of Ritalin. *Bioethics*, 11, 228-240.

- Plochg, T., & van Zwieten, M.C.B. (2007). *Kwalitatief onderzoek*. Retrieved April 14, 2012, from [http://www.myravanzwieten.nl/pdf/Handboek\\_Gezondheidszorgonderzoek\\_H6.pdf](http://www.myravanzwieten.nl/pdf/Handboek_Gezondheidszorgonderzoek_H6.pdf)
- Polanczyk, G., De Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., & Rohde, L.H. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 942-948.
- Pritchard, A.E., Nigro, C.A., Jacobson, L.A., & Mahone, M. (2011). The role of neuropsychological assessment in functional outcomes of children with ADHD. *Neuropsychology Review*, *22*, 54-68.
- Raggi, V. L., & Chronis, A. M. (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *9*, 85-111.
- Rodney, E.M., Roberts, M.C., & Barone, V.J. (2000). Mothers' and children's perceptions of medication for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, *30*, 173-187.
- Rowland, A., Lesesne, C., & Abramowitz, A. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *MRDD Research Reviews*, *8*, 162-170.
- Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, H. (2009). *Verslaving: handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., et al. (2009). Disorders of attention and activity. *Wiley Online Library*, doi: 10.1002/9781444300895.ch34. Retrieved June 15, 2013, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781444300895.ch34/summary>
- Satterfield, J.H., & Schell, A. (1997). A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal problems: Adolescent and adult criminality. *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 1726-1735.
- Sayal, K., Taylor, E., Beecham, J., & Byrne, P. (2002). Pathways to care in children at risk of attention-deficit/hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 43-48.
- Santosh, P. J., & Taylor, E. (2000). Stimulant drugs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *9*, 27-43.
- Scahill, L., & Schwab-Stone, M. (2000). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder in school aged children, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *9*, 541-556.
- Schacht, A., Escobar, R., Wagner, T., & Wehmeier, P.M. (2011, October 11). Psychometric properties of the quality of life scale Child Health and Illness Profile-Child Edition in a combined analyses of five atomoxetine

trials, *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3, doi: 10.1007/s12402-011-0066-y. Retrieved June 17, 2013, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3220810/>

Schalock, R. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 203-216.

Scheffler, R.M., Brown, T.T., Fulton, B.D., Hinshaw, S.P., Levine, P., & Stone, S. (2009). Positive association between attention deficit/ hyperactivity disorder. Medication use and academic achievement during elementary school. *Pediatrics*, 123, 1273-1279.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2009). *Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline*. Retrieved May 5, 2012, from <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign112.pdf>.

Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A.G., et al. (2012, July 16). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment, *BMC Psychiatry*, 10, doi:10.1186/1741-7015-10-99. Retrieved June 15, 2013, from <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/10/99/>

Singh, I. (2004). Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Social Science & Medicine*, 59, 1193-1205.

Singh, I. (2003). Boys will be boys: Fathers' perspectives on ADHD symptoms, diagnosis, and drug treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 308-316.

Singh, I. (2005). Will the "Real Boy" Please Behave: Dosing Dilemmas for Parents of Boys with ADHD. *The American Journal of Bioethics*, 5, 34-47

Skevington, S., Sartorius, N., Amir, M., & The WHOQOL-Group (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1-8.

Smaling, A., & van Zuuren, F. (1992). *De praktijk van kwalitatief onderzoek: voorbeelden en reflecties*. Meppel, Boom.

Smeyers, P., & Depaepe, M. (2007). *Educational Research: Networks and Technologies*. Dordrecht: Springer.

Sonuga-Barke, E., Auerbach, J., Campbell, S.B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: multiple pathways from risk to disorder. *Developmental Science*, 8, 141-150.

- Stubberfield, T., & Parry, T. (1999). Utilization of alternative therapies in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 35, 450-453.
- Swanson, J.M., Kinsbourne, M., Nigg, J., Lanphear, B., Stefanatos, G.A., Volkow, N., et al. (2007). Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychological Review*, 17, 39-59.
- Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive neurobiological, and genetic research. *Journal for Child Psychology and Psychiatry*, 39, 65-99.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., et al. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder: First upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 17-30.
- Taylor, M., O'Donoghue, T., & Houghton, S. (2006). To medicate or not to medicate? The decision-making process of Western Australian parents following the child's diagnosis with an attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53, 111-128.
- Toomey, S.L., Sox, C.M., Rusinak, D., & Finkelstein, J.A. (2012). Why do children with ADHD discontinue their medication?. *Clinical Pediatrics*, 51, 763-769.
- Universiteit van Tilburg, Library and IT Services (2010). *Bronvermelding volgens de richtlijnen van de APA*. Geraadpleegd op 18 april, 2012, via <http://drcwww.uvt.nl/its/voorlichting/handleidingen/bibliotheek/apa.pdf>
- Vanobbergen, B. (2006). "Dadelijk kookt hij over lijk een melksoep". De representatie van hyperactiviteit in vrouwenmagazines en praktijktijdschriften voor leerkrachten (1965-heden). *Pedagogiek*, 26, 138-156.
- Verhulst, F.C. (2006). *Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie* (2e druk). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Verhaeghe, P. (2012). Hoe "normaal" is "pathologisch"? Psychiatrie en klinische psychologie als nieuwe disciplineren. *Psychoanalytische Perspectieven*, 30, 409-426.
- Visser, S.N., Bitsko, R.H., Danielson, M.L., Perou, R., & Blumberg, S.J. (2010). Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59, 1439-1443.
- Warsama Jama, J., Launer, L.J., Witteman, J.C.M., den Breeijen, J.H., Breteler, M.M.B., Grobbee, D.E., et al. (1996). Dietary antioxidants and cognitive function in a population-based sample of older persons. The Rotterdam study. *American Journal of Epidemiology*, 144, 275-280.

- Whalen, C., Henker, B., Jamner, L., Ishikawa, S., Floro, J., & Swindle, R., et al. (2006). Toward mapping daily challenges of living with ADHD: maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 115-130.
- Wigal, S.B. (2009). Efficacy and safety limitations of attention-deficit hyperactivity disorder. Pharmacotherapy in children and adults. *CNS Drugs*, 23, 21-31.
- Wilens, T.E., Faraone, S.V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111, 197-185.
- Wolraich, M.L., Wibbelsman, C.J., Brown, T.E., Evans, S.W., Gotlieb, E.M., Knight, J.R., et al. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 6, 1734-1746.
- World Health Organization (1994). *De ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen: klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- World Health Organisation: Kuyken, W. (1995). The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organisation. *Social Science Medicine*, 41, 1403-1409.
- Young, S., & Amarasinghe, M. (2010). Practitioner review: Non- pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 116-133.
- Zimmerman, M.L. (2003). Attention-deficit hyperactivity disorders. *The Nursing Clinics of North America*, 38, 55-66.



