

# Temperament of stoornis?

## Hoogsensitiviteit in relatie tot AD(H)D en PDD-NOS

---

B.D.H. de Jong, 508865

Master thesis

Psychologie en Geestelijke Gezondheid

Differentiatie Kinder- en Jeugdpsychologie

Begeleider: J.C. Glimmerveen MSc

Tweede beoordelaar: Dr. M.J.A. Feltzer

Augustus 2010

## **Samenvatting**

In 1997 introduceerden Aron en Aron het concept hoogsensitiviteit in de wetenschap. Afgaande op de (beperkte) bestaande literatuur, lijkt het erop dat het temperament hoogsensitiviteit veel overeenkomsten vertoont met stoornissen als AD(H)D en PDD-NOS. Om het vage gebied tussen hoogsensitiviteit enerzijds en de stoornissen anderzijds te verhelderen en eventuele toekomstige diagnostiek te vergemakkelijken, is in deze studie onderzocht of hoogsensitieve kinderen meer gedragskenmerken vertonen van ADHD en PDD-NOS ten opzichte van niet hoogsensitieve kinderen. Hiervoor zijn drie vragenlijsten afgenomen bij 309 kinderen. Door middel van de eerste vragenlijst werden de participanten gescheiden in een 'hoogsensitieve' en 'niet hoogsensitieve' groep. Vervolgens werden, met behulp van de tweede vragenlijst, de scores van deze twee groepen op ADHD en ADD met elkaar vergeleken. Tot slot werden, met behulp van de derde vragenlijst, de scores van de twee groepen met elkaar vergeleken op zeven dimensies van PDD-NOS. Uit de resultaten komt naar voren dat hoogsensitieve kinderen hogere scores behalen dan niet hoogsensitieve kinderen op ADHD en ADD en op vijf van de zeven gemeten dimensies van PDD-NOS, waaruit blijkt dat hoogsensitieve kinderen meer gedragskenmerken vertonen van deze stoornissen.

**Inhoudsopgave**

<b><u>Introductie</u></b>	<b>3</b>
<i>Hoogsensitiviteit</i>	4
<i>AD(H)D</i>	8
<i>Overeenkomsten en verschillen tussen hoogsensitiviteit en AD(H)D</i>	9
<i>PDD-NOS</i>	10
<i>Overeenkomsten en verschillen tussen hoogsensitiviteit en PDD-NOS</i>	11
<i>Doel van dit onderzoek en onderzoeksvraag</i>	12
<b><u>Methode</u></b>	<b>13</b>
<i>Participanten</i>	13
<i>Instrumenten</i>	13
<i>Procedure</i>	15
<i>Statistische analyses</i>	15
<b><u>Resultaten</u></b>	<b>17</b>
<b><u>Discussie</u></b>	<b>20</b>
<b><u>Referenties</u></b>	<b>23</b>
<b><u>Bijlage A</u></b>	<b>27</b>
<b><u>Bijlage B</u></b>	<b>28</b>

## Introductie

“Hé, wat maakt dat vogeltje buiten een mooi geluid”. “Wat zijn de lampen toch fel in de klas!”. “Oh, Peter z’n potlood valt”. “Het lijkt wel of de juf zich vandaag niet zo goed voelt”. “Wat praat iedereen toch door elkaar heen, wat een lawaai allemaal!”. Prikkel, prikkel en nog eens prikkel en dan komt pas het besef bij het kind met deze gedachtekronkels dat de juf al drie keer haar naam heeft geroepen om te vragen wat het antwoord was op het gegeven rekensommetje. Dit is slechts een voorbeeld van een kind dat wellicht wat ‘anders’ denkt en reageert op stimuli dan haar klasgenootjes. Daarnaast zijn er kinderen die zeer veel moeite hebben met veranderingen of opstandig worden wanneer er veranderingen in hun sociale omgeving plaatsvinden. Met betrekking tot hun schoolse leven weigeren deze kinderen bijvoorbeeld mee te doen aan groepsactiviteiten of zijn zij erg van slag wanneer andere kinderen huilen of gepest of geslagen worden (Aron, 2009).

Naar aanleiding van deze twee voorbeelden kan gesteld worden dat de kinderen met deze eigenschappen een sterke mate van ‘gevoeligheid’ kennen. De Zwitserse psychoanalyticus Carl Gustav Jung verdiepte zich in het begrip ‘gevoeligheid’ ofwel ‘sensitiviteit’ (*sensitiveness*) en beschreef dit als volgt:

A certain innate sensitiveness produces a special prehistory, a special way of experiencing infantile events, which in their turn are not without influence on the development of the child’s view of the world. Events bound up with powerful impressions can never pass off without leaving some trace on sensitive people.

(Jung, 1913, p. 399)

Wanneer de prikkels en impressies die kinderen ervaren excessief worden, is het niet onlogisch te stellen dat hierdoor problemen ontstaan in hun functioneren en in hun ontwikkeling (Aron, 2009). Op dat moment rijst meteen de vraag wat er dan precies met deze kinderen aan de hand is; welke diagnose kan er gesteld worden om vervolgens voor het zeer gevoelige kind een adequaat behandelplan op te starten? Op het moment dat er een hulpvraag wordt gelanceerd bij de professionele zorginstellingen, zullen deze trachten een passende diagnose te stellen voor het kind aan de hand van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) categorieën (APA, 2002). Aangezien de DSM een handleiding is voor het detecteren en vaststellen van psychiatrische stoornissen, kan het voorkomen dat het zeer gevoelige kind dat problemen in het dagelijks functioneren kent, een label krijgt opgeplakt dat niet of slechts ten dele passend is bij hem of haar en waardoor vervolgens de behandeling zijn

beperkingen zal hebben. Bij de eerder genoemde voorbeelden, waar het kind in de klas last heeft van de vele prikkels, is het heel wel mogelijk dat deze kinderen het label ADD, ADHD en/of PDD-NOS toebedeeld krijgen, welke labels slechts voor een deel de aspecten en eigenschappen verklaren waarmee een zeer gevoelig kind zijn of haar wereld tracht te omarmen.

Geïnspireerd door Jung kwamen Aron en Aron (1997) met een concept dat sindsdien bekend staat als ‘hoogsensitiviteit’. Andere benamingen die hiervoor in de literatuur worden gehanteerd zijn ‘hooggevoeligheid’ of ‘sensory-processing sensitivity’. Aron en Aron (1997) beschreven hoogsensitiviteit als een onderliggende, differentiële eigenschap die bepalend is voor de manier waarop individuen stimuli verwerken. De hoogsensitiviteit heeft tot gevolg dat de individuen sneller een hoge mate van opwinding (‘arousal’) bereiken door de hoge gevoeligheid van het centrale zenuwstelsel en doordat zij diep nadenken over alle mogelijke consequenties van gedrag, alvorens te reageren op stimuli (ofwel: zij hebben een groot reflectief vermogen).

In het volgende gedeelte zal nader worden ingegaan op de concepten hoogsensitiviteit, AD(H)D en PDD-NOS en zal ook duidelijk worden gemaakt waarom er nog een tamelijk grijs gebied is tussen AD(H)D en hoogsensitiviteit en PDD-NOS en hoogsensitiviteit. Dit zal geïllustreerd worden aan de hand van hetgeen reeds bekend is met betrekking tot verschillen en overeenkomsten.

### *Hoogsensitiviteit*

Aron en Aron (1997) gaven gestalte aan het concept hoogsensitiviteit naar aanleiding van een zevental onderzoeken dat zij verrichtten. Het eerste onderzoek bestond uit kwalitatieve interviews met individuen, die zichzelf de eigenschap ‘hoogsensitief’ toedichtten, om na te gaan wat de basiseigenschappen van hoogsensitiviteit nu daadwerkelijk zijn. Naar aanleiding van deze interviews volgden zes kwantitatieve onderzoeken waarbij Aron en Aron (1997) vragenlijsten hanteerden waarin zij hun respondenten onderzochten op hoogsensitiviteit, emotionaliteit en introversie. Na elke kwantitatieve studie werden bij het volgende onderzoek items vervangen of toegevoegd teneinde een meer betrouwbare vragenlijst te ontwikkelen. Het resultaat van deze zeven opeenvolgende studies was een vragenlijst om de eigenschap hoogsensitiviteit te kunnen vaststellen. Deze vragenlijst staat tegenwoordig bekend als de Highly Sensitive Personality Scale (HSP-scale). Smolewska, McCabe en Woody (2006) evalueerden de HSP-schaal als een valide en betrouwbaar meetinstrument voor het construct

hoogsensitiviteit. Daarnaast kwamen Aron en Aron (1997) tot de conclusie dat de HSP-schaal een hoge betrouwbaarheid heeft.

Nu er een wetenschappelijk verantwoorde vragenlijst was ontwikkeld om de aanwezigheid van de eigenschap hoogsensitiviteit te meten, rees de vraag wat de prevalentie is van hoogsensitieve personen. Om er achter te komen hoeveel mensen als hoogsensitief kunnen worden beschouwd, evalueerde Aron (2004) de vele ingevulde HSP vragenlijsten. Aron vond dat zo'n 20 procent van de mensen die de vragenlijst hadden ingevuld hoogsensitief is. Verschillende onderzoeken (o.a. Aron & Aron, 1997; Benham, 2006) hebben uitgewezen dat hoogsensitiviteit (gemeten aan de hand van de HSP-schaal) ietwat vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. Volgens Aron (2004) liggen er culturele waarden aan ten grondslag die bepalen of een bepaalde persoonlijkheidseigenschap bij mannen of vrouwen wel of niet wenselijk is. In het Westen, waar de meeste hoogsensitieve tests aan de hand van de HSP-schaal zijn uitgevoerd, heerst volgens Aron de opvatting dat mannen minder sensitief dienen te zijn. In relatief jonge naties met veel immigranten (zoals de Verenigde Staten) en bedreigde samenlevingen is er een voorkeur voor de afwezigheid van sensitiviteit bij mannen. Aron (2004) meent dat in deze culturen de opvatting heerst dat de taak van mannen ligt in het beschermen van en strijden voor de natie, waarbij reflectie en sensitiviteit ongewenste persoonlijkheidseigenschappen zijn. Dit in tegenstelling tot de opvatting over vrouwen, die de belangrijke taak op zich hebben om kinderen te baren en een sensitieve moeder voor hun kroost te zijn.

Naast het feit dat er een culturele factor van invloed lijkt te zijn op het al dan niet aanwezig zijn van de eigenschap hoogsensitiviteit, hebben Aron en Aron (1997) en Aron (2004) de opvatting dat hoogsensitiviteit aangeboren is. De fysiologische basis die ten grondslag ligt aan hoogsensitiviteit kan verklaard worden aan de hand van Gray's studie naar de relatie tussen gedrag en activiteit in verschillende hersenstructuren, waarbij hij het 'Behavioral Inhibition System' (BIS) ontdekte. De functie van dit systeem is om de huidige situatie te vergelijken met wat men verwacht dat er zal gebeuren gebaseerd op eerdere ervaringen, wat tot het tijdelijk vermijden van acties leidt. Volgens Gray zijn individuele verschillen in de sterkte van het BIS, ofwel de zorg waarmee de vergelijking wordt gemaakt, genetisch bepaald. Het BIS kenmerkt zich als een sensitief systeem dat gevoelig is voor straffen en nieuwe situaties en dat sensaties van frustratie en angst oproept (Aron, 2004). Activiteit in het BIS gaat samen met een subjectieve staat waarin een individu reageert op bedreigingen en onzekerheden. Wanneer er een hoog niveau van fysiologische opwindning ('arousal') wordt bereikt, vermindert de efficiëntie van deze reactie en wordt het individu

extreem waakzaam en richt hij zijn aandacht op zowel relevante als irrelevante stimuli. Dit houdt dus in dat een individu met een meer actief BIS eerder afgeleid is, minder gefocust is, eerder overweldigd wordt door zelfs lage niveaus van stimulatie en te sensitief is voor negatieve stimuli, waardoor hij geneigd is om onnodig te anticiperen op gevaar (Smolewska, McCabe & Woody, 2006). Volgens Aron en Aron (1997) is de primaire rol van het BIS het verwerken van nieuwe stimuli. Degenen die hoog scoren op de HSP-schaal kennen ook een sterk functioneren van het BIS. Hieruit leiden de onderzoekers af dat het BIS de neuropsychologische grondslag is die bepalend is voor het feit of iemand de hoogsensitieve persoonlijkheidseigenschap wel of niet bezit.

Met het oog op het biologische fundament van hoogsensitiviteit, is het interessant te weten of er ook verschillen in hersenactiviteit aangetoond zijn tussen hoogsensitieve en niet hoogsensitieve personen. In een studie van Jagiellowicz et al. (2010) is onderzocht in hoeverre individuele verschillen in hoogsensitiviteit (gemeten aan de hand van de HSP-schaal) gerelateerd zijn aan reacties in de visuele gebieden van de hersenen op subtiele veranderingen in aangeboden foto's. De onderzoekers vonden een significant grotere activiteit in hersengebieden die betrokken zijn bij visuele verwerking van hogere orde (bijvoorbeeld het mediale en bilaterale gebied) en het rechter cerebellum bij individuen die hoog scoorden op hoogsensitiviteit. Hiermee hebben de onderzoekers bewijs weten te leveren voor verschillen in hersenactiviteit tussen hoogsensitieve en niet hoogsensitieve personen.

Een andere recente studie (Aron et al., 2010) borduurde voort op eerder onderzoek van Hedden et al. (2008) waarin werd ontdekt dat de culturele achtergrond van mensen van invloed is op de activiteit in verschillende hersengebieden tijdens het uitvoeren van perceptuele taken. Aron et al. (2010) wilden nagaan of de persoonlijkheidseigenschap hoogsensitiviteit mogelijk een modererende variabele is voor de culturele verschillen tijdens het uitvoeren van perceptuele taken. Bij een groep van tien westerlingen (Europeanen en Noord-Amerikanen) en tien oosterlingen (Japanners en Chinezen) werd de hersenactiviteit gemeten tijdens het uitvoeren van de taken, alvorens zij getest waren op hoogsensitiviteit. Uit het onderzoek bleek dat de hoogsensitieve participanten weinig culturele verschillen lieten zien en dat de niet hoogsensitieve personen sterke culturele verschillen toonden. Een verklaring die Aron et al. (2010) hiervoor geven is dat individuen met een hoogsensitief temperament de eigenschap bezitten om stimuli op een meer verfijnd en diep niveau te verwerken, waardoor de culturele context van de aangeboden stimuli minder aan de oppervlakte ligt en minder invloed heeft op hun reacties.

Naar aanleiding van de introductie van het begrip hoogsensitiviteit door Aron en Aron (1997) is er dus steeds meer onderzoek naar dit temperament gedaan, waardoor het een prominentere positie in de wetenschap heeft weten te verwerven.

Na de uiteenzetting van deze studies is het raadzaam om, aan de hand van enkele voorbeelden, onder de loep te nemen hoe de eigenschap hoogsensitiviteit zich kenmerkt bij kinderen. Aron (2009) beschrijft dat hoogsensitieve kinderen (HSK's) veel *oog voor detail* hebben. Zij zijn zich zeer bewust van wat er in hun omgeving gebeurt en merken (kleine) veranderingen snel op. Daarnaast raken HSK's *makkelijk overprikkeld en (te) geagiteerd*. Hoe meer stimuli, hoe sterker het lichaam wordt geprikkeld er iets mee te doen. Het hoogsensitieve kind dat zich bewust is van subtiele verschillen kan overweldigd worden wanneer er te veel ineens op hem afkomt. Dit 'teveel' kan van buitenaf komen, maar ook van binnenuit het kind (bijvoorbeeld wanneer er fantasieën zijn over iets heel angstaanjagends of opwindends). HSK's kennen *intense innerlijke reacties*. Zij verwerken de informatie die bij hen binnenkomt intenser en vertonen daardoor ook sterkere emotionele reacties. Hoe intenser de nieuwe emotionele situatie en het beeld dat ontstaat naar aanleiding van deze onbekende gebeurtenis wordt ervaren, hoe aanzienlijker de doorwerking. Een andere eigenschap van HSK's is dat zij *zich bewust lijken te zijn van andermans gevoelens*. Er is sprake van een goed inlevingsvermogen en een HSK laat zich dan ook als empathisch en intuïtief beschrijven. Daarbij is een HSK zich bewust van subtiele signalen uit de omgeving: een bepaalde geur kan bijvoorbeeld al een sterke emotie veroorzaken. HSK's zijn *behoedzaam bij nieuwe, mogelijk gevaarlijke situaties*. Zij zien in elke situatie zoveel aspecten dat ze zelfs in bekende situaties nieuwe dingen opmerken. Het is veel voorkomend dat een hoogsensitief kind in eerste instantie schrikt van iets onverwachts of iets nieuws. Doordat HSK's veel subtiele verschillen opmerken, kan het voorkomen dat hun voorzichtigheid neurotische trekjes gaat krijgen. Zij zijn dan zo bang voor onbekende (sociale) situaties dat ze pas na een lange verkenningsrit hun gemak hebben hervonden. Het *'anders zijn' trekt de aandacht*. Wanneer HSK's deze aandacht niet prettig vinden, zullen zij in sommige gevallen hun gedrag bewust proberen te inhiberen om de aandacht van zich af te houden (Aron, 2009).

Wat naar voren komt bij de kenmerken van de persoonlijkheidseigenschap hoogsensitiviteit is dat de kinderen met dit temperament een sterke prikkelgevoeligheid hebben. Door overprikkeling kunnen zij geagiteerd raken, kan hun aandacht verslappen en kunnen zij heftige innerlijke en uiterlijke reacties vertonen (Aron, 2009). Deze gedragskenmerken lijken veel overeen te komen met die van stoornissen als ADHD en PDD-NOS (o.a. APA, 2002; Diamond, 2005; Ermer & Dunn, 1998). In het volgende gedeelte zal



nader in worden gegaan op AD(H)D en PDD-NOS en beschreven worden wat er reeds bekend is over de overeenkomsten en verschillen met hoogsensitiviteit.

### *AD(H)D*

‘Attention Deficit Disorder’ (aandachtstekortstoornis), ofwel ADD is een stoornis die in de DSM onder ‘Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder’ (ADHD) vermeld wordt (APA, 2002). ADD is dus een stoornis die onderdeel is van ADHD, maar dan zonder de dimensies hyperactiviteit en impulsiviteit, wat de ‘H’ doet verdwijnen uit ADHD.

Kinderen met ADD kennen een deficiëntie in het werkgeheugen, waardoor ze de vele prikkels uit hun omgeving niet goed kunnen verwerken, wat zich vervolgens uit in langzame reacties op stimuli. Zij lijken snel te zijn afgeleid, maar hun passieve houding komt meer door verveling en te weinig opwindning (‘arousal’). Het probleem ligt meer in de motivatie dan in de inhibitie van bepaald gedrag (Diamond, 2005). ADD’ers laten zich typeren door een trage reactietijd en een langzame informatieverwerking (Westerberg, Hirvikoski, Forssberg & Klingberg, 2004). Enkele voorbeelden van geobserveerd gedrag bij ADD’ers zijn: een traag werktempo, dromerig, loom en hypoactief (Stanford & Hynd, 1994).

ADHD is de meest voorkomende mentale stoornis bij kinderen (Fletcher & Wolfe, 2008). Nadder et al. (2001) beschrijven het gedrag van kinderen met ADHD aan de hand van drie hoofdkenmerken, namelijk: overactiviteit/rusteloosheid, aandachtstekort en impulsiviteit. Fletcher en Wolfe (2008) geven aan dat ADHD’ers door deze gedragskenmerken meer moeite hebben met hun concentratie en het uitvoeren van taken op school, waarnaast zij vaak moeilijk hanteerbaar zijn op school en thuis, waardoor ze anderen tot last kunnen zijn. De diagnostische criteria die de DSM hanteert voor ADHD zijn in Bijlage A weergegeven. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de criteria die gelden voor ADD vermeld worden in het gedeelte A. (1) **aandachtstekort** en dat de criteria die gelden voor ADHD het totale spectrum van A. tot en met E. omvatten.

*Overeenkomsten en verschillen tussen hoogsensitiviteit en AD(H)D*

Naar aanleiding van observaties en interviews met professionele zorgverleners en ouders beschreef Aron (2009) verschillende overeenkomsten en verschillen tussen hoogsensitiviteit en AD(H)D. Veel hoogsensitieve kinderen hebben volgens haar de diagnose AD(H)D gekregen. AD(H)D en hoogsensitiviteit is volgens Aron echter iets heel verschillends. Bij AD(H)D'ers is er sprake van een meer actief eropaf-systeem en een relatief inactief stop en – checksysteem. Net als kinderen met AD(H)D zijn HSK's snel afgeleid, doordat ze zoveel gadeslaan. AD(H)D'ers hebben moeite om hun aandacht weer terug te brengen naar hetgeen ze mee bezig waren wanneer er een nieuwe prikkel binnenkomt. Een gelijkenis tussen HSK's en AD(H)D'ers is dat wanneer de afleiding lang duurt, er overprikkeling plaatsvindt, waardoor ze overspoeld en geïrriteerd raken (Aron, 2009).

Aron (2010) geeft verder aan dat hoogsensitieve kinderen, in verhouding tot kinderen met ADHD, hun aandacht makkelijker kunnen richten op details. Daarnaast zul je bij HSK's minder snel aantreffen dat zij niet lijken te luisteren wanneer er tegen hen gesproken wordt, instructies niet opvolgen of taken niet afmaken, niet in staat zijn om hun werkzaamheden te organiseren, vermijden om zich voor langere tijd mentaal in te spannen, spullen kwijtraken die nodig zijn voor het uitvoeren van hun taken of vergeetachtig zijn. Aron (2010) legt uit dat een hoogsensitief kind, dat overweldigd wordt door de prikkels in de klas, moeite heeft om de aandacht erbij te houden en opdrachten uit te voeren, waardoor het lijkt dat dit kind een stoornis als ADHD heeft. In de veilige thuisomgeving kan een overprikkeld hoogsensitief kind, net als een kind met ADHD, driftige buien hebben of oppositioneel gedrag vertonen. Deze gedragingen zullen bij een HSK echter niet snel voorkomen op school of in het huis van iemand anders en wanneer de overstimulatie ten einde is, gedraagt het hoogsensitieve kind zich in het algemeen kalm, attent en consciëntieus (Aron, 2010).

Het Landelijk informatiecentrum Hoog Sensitieve Kinderen (LiHSK, 2009) heeft onder leiding van medeoprichter Henk-Jan van der Veen eveneens onderzoek gedaan naar de overeenkomsten en verschillen tussen hoogsensitiviteit en AD(H)D. Het LiHSK is van mening dat wanneer men alle stoornissen analyseert, de conclusie kan worden getrokken dat gedragskenmerken behorend bij ADD hoogstwaarschijnlijk het meest lijken op die van hoogsensitieve kinderen. Van kinderen met ADD kan gezegd worden dat zij erg (prikkel)gevoelig zijn en niet graag op de voorgrond treden. Ze nemen veel informatie uit de directe omgeving in zich op en raken dan snel overprikkeld door alle indrukken die zij opdoen. De prikkelgevoeligheid van kinderen met AD(H)D komt vaak aan de oppervlakte bij prikkels die gepaard gaan met licht, geluid en geuren. Eerdergenoemde kenmerken gelijken

op de kenmerken van hoogsensitieve kinderen. Een verschil tussen AD(H)D'ers en HSK's is dat de eerstgenoemde groep minder goed kan omgaan met impulsen die van binnenuit komen. AD(H)D'ers kampen vaak met een overvol hoofd. In dergelijke situaties kun je als buitenstaander de AD(H)D'er niet of nauwelijks bereiken, waardoor instructies niet tot hen doordringen. Ze voelen zich onder druk gezet en verrichten dan niets meer. Kinderen met AD(H)D vinden het – in tegenstelling tot HSK's – over het algemeen lastig om zaken aan elkaar te linken en hun kennis creatief toe te passen. Kinderen met AD(H)D hebben vaak moeite om zich op een dieper niveau in iemand inleven, in het bijzonder in spannende en stressvolle situaties. Veel hoogsensitieve kinderen blinken op dit gebied juist uit (LiHSK, 2009).

### *PDD-NOS*

Er worden in DSM-IV-TR vier pervasieve ontwikkelingsstoornissen onderscheiden, namelijk de autistische stoornis, het syndroom van Rett, desintegratiestoornis van de kinderleeftijd en het syndroom van Asperger. 'Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified' (Pervasieve Ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven), ofwel PDD-NOS wordt de 'restcategorie' genoemd. Dit houdt in dat wanneer er niet aan de diagnostische criteria van eerder genoemde pervasieve ontwikkelingsstoornissen wordt voldaan, de gediagnosticeerde in aanmerking komt voor de diagnose PDD-NOS. In het volgende citaat is weergegeven wat de DSM vermeldt onder de categorie PDD-NOS:

“Deze categorie moet gebruikt worden als er een ernstige en pervasieve beperking is in de ontwikkeling van de wederkerige sociale interactie of van de verbale en non-verbale communicatieve vaardigheden, of als stereotiep gedrag, interesses en activiteiten aanwezig zijn, terwijl niet voldaan wordt aan de criteria voor een specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie, schizotypische persoonlijkheidsstoornis of ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Zo behoren tot deze categorie ook de 'atypische autisme' beelden die niet voldoen aan de criteria van de autistische stoornis vanwege een begin op latere leeftijd, atypische symptomatologie of te weinig symptomen of deze allemaal.” (APA, 1995, p. 80)

Ermer en Dunn (1998) hebben een profiel opgesteld voor kinderen met autisme of PDD-NOS. Zij concludeerden dat kinderen gediagnosticeerd met de laatste stoornis, hoog scoren op een aantal kenmerken. Allereerst ervaren deze kinderen een zeer hoge zintuiglijke gevoeligheid als het gaat om smaak. Zij zijn bijvoorbeeld zeer kieskeurige eters, vooral wanneer voedingswaren een specifieke structuur hebben. Ook kunnen kinderen met PDD-NOS een

sterke voorkeur hebben voor voeding met een bepaalde geur of smaak. Daarnaast raken zij vaak snel afgeleid en kennen ze een zeer korte aandachtsspanne. Ze antwoorden bijvoorbeeld niet als hun naam wordt geroepen en kijken weg van waar ze mee bezig zijn om andere activiteiten in een ruimte in de gaten te houden.

Veel kinderen met PDD-NOS kennen moeilijkheden als het gaat om aandacht, hyperactiviteit, gedrag richting anderen en zelfcontrole. Daarnaast worden ze gekenmerkt door een gebrek aan sociaal-emotionele wederkerigheid (Luteijn et al., 2000) en hebben ze veel moeite met het verwerken van alle prikkels en informatie die ze binnenkrijgen (Baker, Lane, Angley & Young, 2007).

Zoals reeds in de beschrijving van de DSM is aangegeven, vertonen PDD-NOS'ers minder autistische kenmerken dan kinderen met klassiek autisme en Asperger, vooral als het gaat om het domein 'herhaaldelijke stereotype gedragingen'. Kinderen met PDD-NOS kennen over het algemeen gebreken als het gaat om wederkerige sociale interactie, maar ze functioneren daarin beter dan kinderen met autisme (Walker et al., 2004).

Uit onderzoek van Buitelaar en Van der Gaag (1998) bleek dat kinderen met PDD-NOS, naast 'gebrek aan sociaal-emotionele wederkerigheid' eveneens hoog scoren op kenmerken als 'falen in het ontwikkelen van relaties met leeftijdsgenootjes', 'herhaaldelijk gebruik van bepaalde woorden en zinnen' en 'beperkt interessegebied'.

#### *Overeenkomsten en verschillen tussen hoogsensitiviteit en PDD-NOS*

Wanneer kinderen 'niet normaal' of 'atypisch' gedrag vertonen, wordt er al snel gezocht naar de oorzaak. Het 'anders zijn dan anderen' of het 'niet normale gedrag' wordt in de zorgverlening gediagnosticeerd aan de hand van de DSM categorieën. Wanneer niet voldaan kan worden aan de criteria voor de vier pervasieve ontwikkelingsstoornissen, komt het kind al snel in aanmerking voor een diagnose in de 'restcategorie', ofwel het gevoelige 'andere' kind krijgt diensgevolge het label PDD-NOS opgeplakt.

Tot op heden is er nog weinig onderzoek gedaan naar welke kenmerken van PDD-NOS ook worden vertoond door hoogsensitieve kinderen. Het LiHSK (2009) verrichtte wel onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen tussen hoogsensitiviteit en PDD-NOS. Hiervoor werden professionele zorgverleners (onder andere klinisch psychologen) en ouders met hoogsensitieve kinderen en/of kinderen met PDD-NOS geïnterviewd. Het LiHSK kwam tot de bevinding dat kinderen met PDD-NOS veel gewoonten hebben waar ze niet snel van afwijken. Confrontaties met veranderingen kunnen resulteren in paniek, waardoor PDD-NOS'ers boos of opstandig gedrag kunnen vertonen. Hoogsensitieve kinderen staan echter

meer open voor uitleg en correctie als het gaat om veranderingen, ook al ervaren zij wel moeilijkheden wanneer ze geconfronteerd worden met een andere situatie. Daarnaast hebben HSK's de capaciteiten om zich vrij snel te conformeren naar voor hun lastige situaties.

Kinderen met PDD-NOS en HSK's kunnen snel afgeleid worden door onder andere harde geluiden, kriebelende kleren en lichamelijke ongemakken. De reactie op deze prikkels verschilt echter. HSK's kunnen de situatie duidelijk analyseren en zijn in staat uitleg te geven over 'het hoe en wat' van hun handelen. Communiceren met een HSK is vaak eenvoudiger dan met een kind met PDD-NOS. Deze laatste groep reageert vaak overdreven heftig in relatie tot de situatie, waardoor anderen het kind moeilijk kunnen bijsturen. Ook is het zo dat HSK's sociaal beter zijn ontwikkeld dan kinderen met PDD-NOS, die het moeilijk vinden om contact te leggen. Daarnaast is het voor hen lastig om te gaan met non-verbale communicatie en sociale informatie (LiHSK, 2009).

#### *Doel van dit onderzoek en onderzoeksvraag*

Aangezien er nog weinig onderzoek is gedaan naar de verschillen en overeenkomsten tussen hoogsensitiviteit en stoornissen als AD(H)D en PDD-NOS, is het doel van dit onderzoek om na te gaan op welke dimensies van ADHD en PDD-NOS hoogsensitieve kinderen meer gelijkheid vertonen met deze stoornissen dan kinderen die niet hoogsensitief zijn. Het is van belang om te weten hoe hoogsensitieve kinderen scoren op kenmerken van stoornissen als ADHD en PDD-NOS, omdat dit het vage gebied tussen deze stoornissen en persoonlijkheidseigenschap verheldert en eventuele diagnostiek kan vergemakkelijken.

Vanwege het reeds genoemde belang en het beperkte wetenschappelijke onderzoek naar dit onderwerp luidt de onderzoeksvraag:

*Vertonen hoogsensitieve kinderen meer gedragskenmerken van ADHD en PDD-NOS ten opzichte van niet hoogsensitieve kinderen?*

## Methodie

### *Participanten*

Voor dit onderzoek zijn de ouders en/of verzorgers van kinderen tussen de 6 en 12 jaar (groepen 3 tot en met 8) uit het regulier basisonderwijs geworven door contact te leggen met verscheidene basisscholen in de gemeente Tilburg. De basisscholen werd gevraagd de vragenlijsten mee te geven aan de kinderen, waarvan de ouders deze vragenlijsten thuis konden invullen en vervolgens weer retourneren aan de school.

Ouders en/of verzorgers van 309 kinderen, schoolgaand in de gemeente Tilburg, retourneerden de vragenlijst. Onder de 309 participanten (gemiddelde leeftijd  $M = 9$  jaar,  $SD = 1.72$ ) bevonden zich 145 jongens (gemiddelde leeftijd  $M = 8.83$  jaar,  $SD = 1.66$ ) en 164 meisjes (gemiddelde leeftijd  $M = 9.15$  jaar,  $SD = 1.75$ ).

### *Instrumenten*

Om dit onderzoek uit te voeren zijn drie vragenlijsten gehanteerd. De eerste vragenlijst bestond uit de items van de HSP-schaal die Aron (2002) speciaal ontwierp voor ouders. Voorbeelditems van de HSP-schaal zijn: "Mijn kind houdt over het algemeen niet van grote verrassingen" en "Mijn kind kan slecht tegen een luidruchtige omgeving". Wanneer ouders 13 of meer van de 23 stellingen over het gedrag van hun kind met 'ja' konden beantwoorden, kan het kind als hoogsensitief worden beschouwd. In Bijlage B (op pagina 29) zijn de items van de HSP-schaal weergegeven.

Door afname van deze vragenlijst zijn de respondenten te splitsen in de groepen 'hoogsensitieve kinderen' en 'niet hoogsensitieve kinderen', waarna de scores van deze twee groepen op de andere twee vragenlijsten met elkaar kunnen worden vergeleken.

De HSP-schaal is door Smolewska et al. (2006) geëvalueerd als een betrouwbaar en valide meetinstrument voor hoogsensitiviteit.

De tweede vragenlijst die afgenomen werd, is de AVL (ADHD-vragenlijst) (Scholte & Van der Ploeg, 2005). De AVL bestaat uit 18 items, verspreid over drie subschalen, die van 0 (niet) tot en met 4 (zeer vaak) kunnen worden gescoord. De eerste subschaal is Aandachtstekort, die gedragskenmerken van ADD-problematiek meet. Een voorbeelditem van deze schaal is: "Heeft moeite langere tijd de aandacht bij taken of spel te houden". De tweede subschaal is Hyperactiviteit. Een voorbeelditem hiervan is: "Heeft moeite met blijven zitten als dat nodig is". Ten derde kent de AVL de subschaal Impulsiviteit ("Gooit het antwoord

eruit voordat de vraag is afgemaakt”). Daarnaast is er de hoofdschaal ‘ADHD-totaal’. Deze omvat alle 18 gedragsaspecten. Met behulp van deze schaal kan een indruk worden verkregen van de totale ADHD-problematiek.

De AVL werd door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) beoordeeld met een voldoende criteriumvaliditeit, goede begripsvaliditeit, goede betrouwbaarheid en toereikende normgroepen (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2000).

De derde vragenlijst die in dit onderzoek is gehanteerd, is de VISK (Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen) (Luteijn, Minderaa & Jackson, 2002). De VISK, bestaande uit 49 items die gescoord kunnen worden met 0 (niet van toepassing), 1 (beetje van toepassing) of 2 (duidelijk van toepassing), meet de mate van PDD-problematiek aan de hand van zes subschalen/domeinen (A tot en met F) en een schaal die de totale PDD-problematiek in kaart brengt:

- A: niet afgestemd (niet optimaal afgestemd op de sociale situatie)
- B: neiging tot terugtrekken (verminderde geneigdheid tot sociaal contact en sociale wederkerigheid)
- C: oriëntatieproblemen (in tijd, ruimte en plaats)
- D: niet snappen (sociaal begrip problemen)
- E: stereotiep gedrag (bijvoorbeeld het wiegen van het lichaam)
- F: angst voor veranderingen (en weerstand tegen veranderingen)
- Totale PDD-problematiek

Voorbeelditems van de VISK zijn: “Kan plotseling van stemming veranderen”, “Informatie dringt moeilijk tot hem/haar door” en “Is extra gevoelig voor bepaalde geluiden, bijv. hoort bepaalde geluiden altijd eerder dan anderen”.

De COTAN beoordeelde de VISK met een voldoende betrouwbaarheid en voldoende begripsvaliditeit. De normgroepen werden echter als ontoereikend beoordeeld (Resing, Evers, Koomen & Pameijer, 2002). Wat hierop volgde was een aanpassing van de VISK: in de herziene handleiding van 2007 is de onderzoeksgroep veel groter. Dit wordt met name veroorzaakt door een recente hernormering van de VISK in de algemene bevolking (n=2507). Deze groep kinderen is samengesteld in de periode 2001-2007.

*Procedure*

In de periode oktober 2009 werden verscheidene basisscholen in de gemeente Tilburg benaderd met de vraag of zij ermee instemden om aan elk kind een vragenlijsten mee te geven voor de ouders en/of verzorgers. Twee basisscholen, met in totaal 820 leerlingen in de leeftijdscategorie 6 tot en met 12 jaar, gingen akkoord met het verzoek. In totaal werden er van de 820 uitgedeelde vragenlijsten 309 geretourneerd, wat een respons rate van 37.7 % opleverde.

In dit onderzoek werd, zoals eerder is vermeld, de onderzoekspopulatie eerst gescheiden aan de hand van de HSP-schaal, waardoor er een groep ‘hoogsensitieve kinderen’ en een groep ‘niet hoogsensitieve kinderen’ ontstond. Vervolgens zijn de scores van deze twee groepen met elkaar vergeleken op de ‘aandachtstekort’ dimensie (ADD) en de totale ADHD-problematiek van de AVL. Tevens zijn de scores van de twee groepen met elkaar vergeleken op de verschillende schalen/domeinen van de VISK die PDD-problematiek in kaart brengt.

*Statistische analyses*

De statistische analyses voor dit onderzoek zijn uitgevoerd met behulp van SPSS 16.0.

Aan de hand van de scores op de HSP-schaal bleken 119 van de 309 kinderen (38.5%) als hoogsensitief te kunnen worden beschouwd. In tabel 1 zijn de aantallen en percentages per geslacht en categorie af te lezen:

Tabel 1: Aantallen en percentages per geslacht en categorie  
(HS = hoogsensitief, NHS = niet hoogsensitief)

<b>Geslacht</b>	<b>Categorie</b>	<b>Aantal</b>	<b>(in %)</b>
<b>Jongen</b>		145	47
	HS	56	39
	NHS	89	61
<b>Meisje</b>		164	53
	HS	63	38
	NHS	101	62
<b>Totaal</b>		309	100
	HS	119	38.5
	NHS	190	61.5



Om te achterhalen of de hoogsensitieve kinderen hoger scoren op AD(H)D en PDD-NOS dan de niet hoogsensitieve kinderen zijn er t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven uitgevoerd met een betrouwbaarheidsinterval van 95%.

Voordat deze analyses uitgevoerd werden, is door middel van een t-toets voor onafhankelijke steekproeven nagegaan of hoogsensitieve en niet hoogsensitieve kinderen van elkaar verschillen op basis van leeftijd. Uit de resultaten bleek geen significant verschil in de leeftijd van hoogsensitieve kinderen ( $M = 8.88$  jaar,  $SD = .1.72$ ) ten opzichte van niet hoogsensitieve kinderen  $M = 9.07$  jaar,  $SD = 1.71$ ;  $t(307) = .95$ ,  $p = .34$  (tweezijdig). Verder toont een Chi-square test voor onafhankelijkheid (met Yates Continuïteit Correctie) geen significant verband aan tussen hoogsensitiviteit en geslacht,  $\chi^2(1, n = 309) = .00$ ,  $p = 1.00$ ,  $\phi = .00$ . De hoogsensitieve en de niet hoogsensitieve groep hoeven met het oog op deze resultaten niet opgesplitst te worden op basis van leeftijd of geslacht.

## Resultaten

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn, na verdeling in de groepen ‘hoogsensitieve kinderen’ en ‘niet hoogsensitieve kinderen’, t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven uitgevoerd. Na de uiteenzetting van de scores van hoogsensitieve kinderen ten opzichte van niet hoogsensitieve kinderen op de domeinen ADHD (totale problematiek) en ADD (‘aandachtstekort’ dimensie), gemeten met de AVL en PDD-NOS A tot en met F en totale PDD-problematiek, gemeten aan de hand van de verschillende schalen van de VISK, zijn de resultaten van de t-toetsen weergegeven in tabel 2 en 3 op pagina 19. In tabel 2 staan de gemiddelden en standaarddeviaties per variabele (ADHD tot en met PDD-NOS totaal) en per categorie (hoogsensitief en niet hoogsensitief). Significantieniveaus en t-waardes zijn weergegeven in tabel 3.

### *ADHD*

De scores van hoogsensitieve kinderen ( $M = 22.27$ ,  $SD = 14.67$ ) zijn significant hoger dan de scores van niet hoogsensitieve kinderen  $M = 16.64$ ,  $SD = 13.12$ ;  $t(307) = -3.50$ ,  $p = .00$  (tweezijdig).

### *ADD*

Ook voor ADD (als onderdeel van ADHD) geldt dat de scores van hoogsensitieve kinderen ( $M = 7.01$ ,  $SD = 5.20$ ) significant hoger zijn dan de scores van niet hoogsensitieve kinderen  $M = 4.96$ ,  $SD = 4.74$ ;  $t(307) = -3.57$ ,  $p = .00$  (tweezijdig).

### *PDD-NOS A: Niet afgestemd*

De scores van hoogsensitieve kinderen ( $M = 6.18$ ,  $SD = 4.84$ ) zijn significant hoger dan de scores van niet hoogsensitieve kinderen  $M = 4.23$ ,  $SD = 4.19$ ;  $t(223.86) = -3.63$ ,  $p = .00$  (tweezijdig).

### *PDD-NOS B: Neiging tot terugtrekken*

De scores van hoogsensitieve kinderen ( $M = 2.48$ ,  $SD = 3.25$ ) zijn significant hoger dan de scores van niet hoogsensitieve kinderen  $M = 1.44$ ,  $SD = 2.39$ ;  $t(197.57) = -3.03$ ,  $p = .00$  (tweezijdig).

*PDD-NOS C: Oriëntatieproblemen*

Er is geen significant verschil in de scores van hoogsensitieve kinderen ( $M = 2.35$ ,  $SD = 2.70$ ) met niet hoogsensitieve kinderen  $M = 1.86$ ,  $SD = 2.59$ ;  $t(307) = -1.59$ ,  $p = .11$  (tweezijdig).

*PDD-NOS D: Niet snappen*

Het verschil in de scores van hoogsensitieve kinderen ( $M = 3.18$ ,  $SD = 2.80$ ) met niet hoogsensitieve kinderen ( $M = 2.61$ ,  $SD = 2.48$ ) is niet significant;  $t(307) = -1.90$ ,  $p = .06$  (tweezijdig), maar er is wel een trend richting significantie waarneembaar.

*PDD-NOS E: Stereotiep gedrag*

De scores van hoogsensitieve kinderen ( $M = 2.92$ ,  $SD = 2.82$ ) zijn significant hoger dan de scores van niet hoogsensitieve kinderen  $M = 1.01$ ,  $SD = 1.70$ ;  $t(172.55) = -6.69$ ,  $p = .00$  (tweezijdig).

*PDD-NOS F: Angst voor veranderingen*

De scores van hoogsensitieve kinderen ( $M = 1.34$ ,  $SD = 1.72$ ) zijn significant hoger dan de scores van niet hoogsensitieve kinderen  $M = .47$ ,  $SD = .99$ ;  $t(166.84) = -5.00$ ,  $p = .00$  (tweezijdig).

*PDD-NOS totaal:*

De scores van hoogsensitieve kinderen ( $M = 18.56$ ,  $SD = 13.86$ ) zijn significant hoger dan de scores van niet hoogsensitieve kinderen  $M = 11.68$ ,  $SD = 10.58$ ;  $t(202.89) = -4.63$ ,  $p = .00$  (tweezijdig).

Deze gegevens wijzen uit dat hoogsensitieve kinderen hoger scoren dan niet hoogsensitieve kinderen op de volgende domeinen: ADHD, ADD, PDD-NOS: A, PDD-NOS: B, PDD-NOS: E, PDD-NOS: F en PDD-NOS totaal. Op de domeinen PDD-NOS: C en PDD-NOS: D zijn, met het gehanteerde betrouwbaarheidsinterval van 95%, geen significante verschillen gevonden in de scores van beide groepen.

Tabel 2: Gemiddelde en standaarddeviatie per variabele per categorie

(NHS = niet hoogsensitief, HS = hoogsensitief)

Variabele	Categorie	Gemiddelde (M)	Standaarddeviatie (SD)
ADHD	NHS	16.64	13.12
	HS	22.27	14.67
ADD	NHS	4.96	4.74
	HS	7.01	5.20
PDD: A	NHS	4.23	4.19
	HS	6.18	4.84
PDD: B	NHS	1.44	2.39
	HS	2.48	3.25
PDD: C	NHS	1.86	2.59
	HS	2.35	2.70
PDD: D	NHS	2.61	2.48
	HS	3.18	2.80
PDD: E	NHS	1.01	1.70
	HS	2.92	2.82
PDD: F	NHS	0.47	0.99
	HS	1.34	1.72
PDD: totaal	NHS	11.68	10.58
	HS	18.56	13.86

Tabel 3: T-toets voor onafhankelijke steekproeven (met 95% betrouwbaarheidsinterval)

Variabele	t	df	p (tweezijdig)
ADHD	-3.50	307	<b>0.00</b>
ADD	-3.57	307	<b>0.00</b>
PDD: A	-3.63	223.86	<b>0.00</b>
PDD: B	-3.03	197.57	<b>0.00</b>
PDD: C	-1.59	307	0.11
PDD: D	-1.90	307	0.06
PDD: E	-6.69	172.55	<b>0.00</b>
PDD: F	-5.00	166.84	<b>0.00</b>
PDD: totaal	-4.63	202.89	<b>0.00</b>

Noot. Gelijke variantie aangenomen bij: ADHD, ADD, PDD: C, PDD: D

Niet gelijke variantie aangenomen bij: PDD: A, PDD: B, PDD: E, PDD: F en PDD: totaal

**Vet:**  $p < .05$  (significant)

## Discussie

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan in hoeverre hoogsensitieve kinderen meer gedragskenmerken vertonen van de stoornissen AD(H)D en PDD-NOS dan niet hoogsensitieve kinderen. Wat uit de resultaten naar voren komt, is dat de hoogsensitieve kinderen op zeven van de negen gemeten domeinen van deze stoornissen hogere scores behalen dan de niet hoogsensitieve kinderen. Op de domeinen PDD-NOS C: oriëntatieproblemen (in tijd, ruimte en plaats) en PDD-NOS D: niet snappen (sociaal begrip problemen) scoren hoogsensitieve kinderen niet hoger dan niet hoogsensitieve kinderen. Hoogsensitieve kinderen hebben dus niet meer last van oriëntatieproblemen dan niet hoogsensitieve kinderen. Dit kan verklaard worden door het feit dat hoogsensitieve kinderen volgens Aron (2009) veel oog voor detail en voor veranderingen van situaties hebben en zich zeer bewust zijn van hun omgeving. Daarnaast zijn hoogsensitieve kinderen zich over het algemeen zeer bewust van andermans gevoelens, zijn ze empathisch en observeren ze nauwkeurig hun sociale omgeving (Aron, 2009), wat een verklaring kan zijn voor het feit dat zij niet meer problemen hebben met hun sociale begrip. Ondanks het gegeven dat hoogsensitieve kinderen dus op twee van de negen gedragsdomeinen niet hoger scoren dan niet hoogsensitieve kinderen, kan geconcludeerd worden dat hoogsensitieve kinderen meer overeenkomsten in hun gedrag vertonen met kinderen met AD(H)D en PDD-NOS.

Dit onderzoek levert interessante implicaties op. Waar tot op heden nog weinig wetenschappelijk onderzoek is verricht naar de overlap tussen het temperament hoogsensitiviteit en de stoornissen AD(H)D en PDD-NOS, duiden de resultaten van dit onderzoek er op dat daar wel aanleiding toe is. Aangezien hoogsensitieve kinderen duidelijk hoger scoren op gedragskenmerken van de stoornissen, gemeten met specifieke vragenlijsten voor ADHD- en PDD-problematiek, zou het kunnen dat hoogsensitieve kinderen, mogelijk ten onrechte, in beeld komen voor een diagnose AD(H)D of PDD-NOS. Een oplossing voor dit probleem zou kunnen zijn dat er nieuwe normgroepen aan de vragenlijsten voor ADHD- en PDD-problematiek worden toegevoegd voor hoogsensitieve kinderen.

Wanneer in klinische settings geen rekening wordt gehouden met het feit dat prikkelgevoelige kinderen niet per definitie een stoornis onder de leden hebben, maar wellicht slechts een temperament als hoogsensitiviteit bezitten, kan dit schade berokkenen aan het kind dat verkeerd gelabeld wordt. Het bezitten van een label van een mentale stoornis kan leiden tot stigmatisering (o.a. Byrne, 2001; Perring, 1997; Link, Mirotnik & Cullen, 1991).

Stigmatisering is het proces waarin één aspect van het individu (het mentaal ziek zijn) toegeschreven wordt aan de identiteit van dit individu (Mansouri & Dowell, 1989). Een stigma is het negatieve effect van een label (Hayward & Bright, 1997) en volgens Corrigan en Penn (1999) is het een andere term voor vooroordelen die gebaseerd zijn op negatieve stereotypering. Link (1987) geeft aan dat het stigma van een mentale stoornis problematisch is, aangezien dit het zelfvertrouwen en de eigenwaarde van een individu met het label van een mentale stoornis schaadt. Rosenfield (1997) vond dat deze individuen vaak ook hun levensdoelen en aannames over hun toekomstige mogelijkheden devalueren op het moment dat zij een label krijgen opgeplakt. De schade aan deze idealen is volgens de onderzoekster de basis voor demoralisering en een verminderde subjectieve kwaliteit van leven. Ander onderzoek (Link, Mirotznik & Cullen, 1991) wijst uit dat de toekomst van kinderen die het label van een mentale stoornis opgeplakt krijgen, er ook niet rooskleuriger op wordt. Zo heeft de ‘mentale patiënt’ later bijvoorbeeld meer moeite om een baan te vinden.

Kritiek die wordt geleverd op de wijze van diagnosticeren en labelen van mentale stoornissen, richt zich voornamelijk op het feit dat de diagnostiek zich vooral richt op het identificeren van symptoomgedragingen en niet nader onderzoek verricht naar de oorzaak van de stoornis of ziekte. Er wordt bijvoorbeeld geen gebruik gemaakt van hersenscans of bloedonderzoeken om zeker te stellen dat iemand een stoornis heeft (Ferring, 1997). Dit kan de reden zijn dat er een forse toename is van het aantal kinderen dat de diagnose ADHD krijgt. Het is van groot belang om kinderen goed te screenen op bijvoorbeeld een temperament als hoogsensitiviteit alvorens hen te diagnosticeren met een mentale stoornis. Een grote waakzaamheid is dus belangrijk tijdens de diagnostiek.

Een veelvoorkomende behandelmethode voor ADHD is het medicijn Ritalin (Methylphenidate). Ritalin kan voor kinderen met ADHD positieve effecten hebben, maar er kunnen ook negatieve consequenties aan kleven (o.a. Ferring, 1997; Sonuga-Barke et al., 2009; Elia & Vetter, 2010). Zo kan Ritalin er toe leiden dat de groei (gewichtstoename en in de lengte) van kinderen onderdrukt wordt (Ferring, 1997) en kan het zorgen voor moeite met slapen en een vermindering van de eetlust (Sonuga-Barke et al., 2009). Het gebruik van Ritalin leidt tot een toename van de hartslag en de bloeddruk, wat voor individuen met cardiologische pathologie ernstige risico's met zich meebrengt (Elia & Vetter, 2010).

Er is echter ook een voordeel aan het bezitten van een label van een mentale stoornis. Zo levert het hebben van dit etiket subsidie op, waardoor het verkrijgen van zorg financieel aantrekkelijker wordt (Link, Mirotznik & Cullen, 1991; Rosenfield, 1997). In Nederland krijgen kinderen die gelabeld zijn met een mentale stoornis het zogenaamde ‘rugzakje’. Dit

houdt een leerlinggebonden financiering in, waardoor kinderen met ernstige beperkingen extra zorg kunnen ontvangen (Ministerie van OCenW, 1996). Onderzoek (Duk & Stellinga, 2009) in Nederland wijst uit dat er een sterke toename is van het aantal diagnoses ADHD en PDD-NOS bij kinderen. Deze stijging is groter dan in menig ander Europees land, wat in het begin van 2009 leidde tot Tweede Kamer vragen.

Kinderen met een diagnose van een mentale stoornis belanden vaak in het speciaal onderwijs. Data wijzen uit dat 55 procent van alle kinderen in het speciaal onderwijs in de Wajong belandt, de uitkering voor arbeidsongeschikte jongeren, hetgeen naast de subsidies voor ‘rugzakkinderen’ leidt tot flinke overheidsuitgaven (Duk & Stellinga, 2009).

Dit onderstreept het gewicht van de implicaties die dit onderzoek oplevert, dat weliswaar een aantal beperkingen heeft. Ten eerste dient vermeld te worden dat een grotere onderzoekspopulatie de betrouwbaarheid ten goede zou komen. Een tweede punt is dat de onderzoekspopulatie in dit onderzoek in twee groepen is verdeeld om een scheiding te creëren tussen een hoogsensitieve en een niet hoogsensitieve groep. Dit is gebeurd op basis van één vragenlijst, namelijk de HSP-schaal (Aron, 2002). Op basis van iemands scores op één vragenlijst, zonder verdere diagnostiek, is het lastig om te stellen dat een kind per definitie hoogsensitief is. Daarnaast is in dit onderzoek gebruik gemaakt van oudervragenlijsten. Het onderzoek zou aan betrouwbaarheid winnen wanneer, naast de ouders, ook leerkrachten en/of kinderen (zelfrapportage) vragenlijsten hadden ingevuld. In vervolgonderzoek zou gebruik kunnen worden gemaakt van meerdere tests en/of vragenlijsten om betrouwbaarder vast te kunnen stellen dat kinderen hoogsensitief zijn. Een andere mogelijkheid is om een groep kinderen te onderzoeken die reeds geëtiketteerd is als hoogsensitief. Voor het meten van gedragskenmerken van ADHD en PDD-NOS kunnen daarnaast ook meer vragenlijsten worden gehanteerd om een breder spectrum van deze stoornissen te onderzoeken. Een andere optie voor vervolgonderzoek is om na te gaan in hoeverre kinderen met ADHD en PDD-NOS, naast deze gediagnosticeerde stoornissen, ook het temperament hoogsensitief bezitten. Tenslotte dient vermeld te worden dat in dit onderzoek de focus heeft gelegen op de overeenkomsten tussen hoogsensitiviteit en ADHD en PDD-NOS. In vervolgonderzoek zou meer aandacht kunnen worden besteed aan de differentiële eigenschappen.

Het verrichten van vervolgonderzoek is belangrijk gezien de eerdergenoemde wetenschappelijke en klinische implicaties van deze studie en de gegeven maatschappelijke relevantie. Het is van groot belang om dieper in te gaan op de vraag of kinderen die in aanmerking lijken te komen voor een diagnose als AD(H)D en PDD-NOS niet ‘gewoon’ hoogsensitief zijn.

## Referenties

- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV*. 4th edition, Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (IV-TR)*. Washington, DC: Author.
- Aron, E.N. (2004). Revisiting Jung's concept of innate sensitiveness. *Journal of Analytical Psychology*, 49, 337-367.
- Aron, E.N. (2009). *Het hoogsensitieve kind. Help je kinderen opgroeien in een wereld die hen overweldigt*. Amsterdam: Archipel.
- Aron, E.N. (2010). *Psychotherapy and the highly sensitive person*. New York: Routledge.
- Aron, E.N. & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 345-368.
- Aron, A., Ketay, S., Hedden, T., Aron, E.N., Markus, H.R. & Gabrieli, J.D.E. (2010). Temperament trait of sensory processing sensitivity moderates cultural differences in neural response. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11, 1-8.
- Baker, A. E. Z., Lane, A., Angley, M. T., & Young, R. L. (2007). The relationship between sensory processing patterns and behavioural responsiveness in autistic disorder: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 867-875.
- Benham, G. (2006). The highly sensitive person: Stress and physical symptom reports. *Personality and Individual Differences*, 40, 1433-1440.
- Buitelaar, J.K. & Van der Gaag R.J. (1998). Diagnostic rules for children with PDD-NOS and multiple complex developmental disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 911-919.



- Byrne, P. (2001). Psychiatric stigma. *British Journal of Psychiatry*, 178, 281-284.
- Corrigan, P. & Penn, D.L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-776.
- Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and Psychopathology*, 17, 807-825.
- Duk, W. & Stellinga, M. (2009). Is de Nederlandse jeugd echt knettergek? *Elsevier*, 65(13), 16-21.
- Elia, J. & Vetter, V.L. (2010). Cardiovascular effects of medications for the treatment of Attention-Deficit Hyperactive Disorder: What is known and how should it influence prescribing in children? *Pediatric Drugs*, 12(3), 165-175.
- Ermer, J. & Dunn W. (1998). The Sensory Profile: a discriminant analysis of children with and without disabilities. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52, 283-290.
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C. & Groot, C.J. (2000) *COTAN. Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Fletcher, J. & Wolfe, B. (2007). Child mental health and human capital accumulation: The case of ADHD revisited. *Journal of Health Economics*, 27, 794-800.
- Hayward, P. & Bright, J. (1997). Stigma and mental illness: a review and critique. *Journal of Mental Health*, 6, 345-354.
- Hedden, T., Ketay, S., Aron, A., Markus, H. & Gabrieli, I.D.E. (2008). Cultural influences on neural substrates of attentional control. *Psychological Science*, 19, 13-20.

- Jagiellowicz, J., Xu, X., Aron, A., Aron, E.N., Cao, G., Feng, T. & Weng, X. (2010). The trait of sensory processing sensitivity and neural responses to changes in visual scenes. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10, 1-10
- Jung, C. G. (1913). The theory of psychoanalysis. Collected Works, Vol. 4. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- LiHSK (2009). Stoornissen in relatie tot hoogsensitiviteit. Bezocht op 17 november 2009, op weblocatie <http://www.lihsk.nl/stoornissen.htm>.
- Link, B.G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B.G., Mirotznik, J. & Cullen, F.T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302-320.
- Luteijn, E., Minderaa, R. & Jackson, S. (2002). *Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal probleemgedrag bij Kinderen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, E. F., Serra, M., Jackson, S., Steenhuis, M. P., Althaus, M., Volkmar, F., & Minderaa, R. (2000). How unspecified are disorders of children with a pervasive developmental disorder not otherwise specified? A study of social problems in children with PDD-NOS and ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(3), 168-179.
- Mansouri, L. & Dowell, D.A. (1989). Perceptions of stigma among long-term mentally ill. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 79-91.
- Ministerie van O.C. & W. (1996). *De rugzak: Beleidsplan voor het onderwijs aan leerlingen met een handicap*. 's Gravenhage: SDU.

- Perring, C. (1997). Medicating children: The case of Ritalin. *Bioethics*, *11*(3), 228-240.
- Resing, W., Evers, A., Koomen, H., & Pameijer, N. (2002). Indicatiestelling: condities en instrumentarium in het kader van leerlinggebonden financiering. NDC: Boom.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, *62*, 660-672.
- Scholte, E. M. & Van der Ploeg, J. D. (2005). *ADHD-vragenlijst (AVL)*. Lisse: Swets Testpublishers.
- Smolewska, K. A., McCabe, S. B., & Woody, E. Z. (2006). A psychometric evaluation of the highly sensitive person scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and “Big five”. *Personality and Individual Differences*, *40*, 1269-1279.
- Sonuga-Barke, E.J.S., Coghill, D., Wigal, T., DeBacker, M. & Swanson, J. (2009). Adverse reactions to Methylphenidate treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: structure and associations with clinical characteristics and symptom control. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *19*, 683-690.
- Stanford, L. D., & Hynd, G. W. (1994). Congruence of behavioral symptomatology in children with ADD/H, ADD/WO, and learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, *27*, 243–253.
- Walker, D. R., Thompson, A., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J., Bryson, S. E., Mahoney, W. J., Strawbridge, B.A. & Szatmari, P. (2004). Specifying PDD-NOS: A comparison of PDD-NOS, Asperger Syndrome, and Autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*, 172-180.
- Westerberg, H., Hirvikoski, T., Forsberg, H., & Klingberg, T. (2004). Brief report-visuo-spatial working memory span: A sensitive measure of cognitive deficits in children with ADHD. *Child Neuropsychology*, *10*, 155–161.

**Bijlage A**

## Diagnostische criteria (DSM-IV-TR) voor ADHD (APA, 2002):

## A. (1) of (2)

- (1) Zes (of meer) van de volgende symptomen van **aandachtstekort** zijn de laatste 6 maanden volhardend geweest in een mate die maladaptief en inconsistent is met het ontwikkelingsniveau.

*Aandachtstekort*

- (a) Faalt vaak om de aandacht te focussen op details en maakt achteloze fouten in schoolwerk, werk, of andere activiteiten
- (b) Heeft vaak moeite om de aandacht te houden bij taken of spelactiviteiten
- (c) Lijkt vaak niet te luisteren wanneer er direct tegen hem/haar wordt gesproken
- (d) Volgt instructies vaak niet op en faalt in het afmaken van schoolwerk, karweitjes of plichten op de werkvloer (niet vanwege oppositioneel gedrag of het niet begrijpen van instructies)
- (e) Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten
- (f) Vermijdt vaak, heeft een hekel aan, of staat onwillig tegenover taken die een volhardende mentale inspanning vereisen (zoals schoolwerk of huiswerk)
- (g) Verliest vaak dingen die noodzakelijk zijn voor taken en activiteiten (bijv. speelgoed, opdrachten voor school, potloden, boeken of gereedschappen)
- (h) Is vaak makkelijk afgeleid door externe stimuli
- (i) Is vergeetachtig in dagelijkse activiteiten
- (j) Zes (of meer) van de volgende symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit

- (2) Zes (of meer) van de volgende symptomen van **hyperactiviteit-impulsiviteit** zijn de laatste 6 maanden volhardend geweest in een mate die maladaptief en inconsistent is met het ontwikkelingsniveau.

*Hyperactiviteit*

- (a) Zit vaak met de handen te friemelen, met de voeten te schuiven en op zijn stoel te wiebelen of draaien
- (b) Staat zomaar op in de klas of in andere situaties, terwijl van het kind verwacht wordt dat het blijft zitten
- (c) Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is
- (d) Heeft vaak moeite rustig mee te spelen of aan vrijetijdsactiviteiten deel te nemen
- (e) Is vaak “in de weer” of “draaft maar door”
- (f) Praat vaak aan één stuk door

*Impulsiviteit*

- (g) Geeft vaak antwoorden voordat de vraag volledig is gesteld
- (h) Heeft vaak moeite op de beurt te wachten
- (i) Verstoot vaak bezigheden van anderen of dringt zich op

- B. Enkele hyperactieve-impulsieve symptomen of symptomen van onoplettendheid die beperkingen veroorzaken waren aanwezig voor de leeftijd van zeven jaar
- C. Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school en thuis)
- D. Er moet duidelijk bewijs van klinisch significante aard zijn voor beperkingen in het sociale, schoolse of beroepsmatig functioneren
- E. De symptomen komen niet uitsluitend voor in het beloop van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis)

## Bijlage B

Afgenomen vragenlijsten:

Geachte ouder(s) en/of verzorger(s),

Mijn naam is Bob de Jong en ik studeer Kinder- en Jeugdpsychologie aan de Universiteit van Tilburg. In het kader van mijn afstudeeronderzoek wil ik graag meer te weten komen over de prikkelgevoeligheid en de belevingswereld van kinderen in het basisonderwijs. Ik heb hiervoor informatie nodig van een zo groot mogelijk aantal kinderen van 6 tot 12 jaar.

Op de volgende pagina's staan drie lijsten met vragen en stellingen. U zou mij erg helpen wanneer u deze zou willen beantwoorden en retourneren aan de leerkracht van uw kind. Het invullen van de lijsten zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

De gegevens zullen anoniem worden behandeld. U bent dus niet verplicht de naam van uw kind op deze pagina in te vullen. Wel is het van belang om de leeftijd en het geslacht van uw kind te vermelden. Wanneer u echter graag meer informatie over de ingevulde vragenlijst wilt hebben of vragen of opmerkingen heeft, kunt u uiteraard contact met mij opnemen via e-mailadres: [b.d.h.dejong@uvt.nl](mailto:b.d.h.dejong@uvt.nl). In dit geval kan het raadzaam zijn om wel de naam van uw kind te vermelden.

Naam\*.....

Leeftijd:.....

Geslacht: jongen/meisje

\*geen verplicht onderdeel

Ik wil u bij deze alvast hartelijk danken voor uw moeite en medewerking!

Met vriendelijke groet,

Bob de Jong

p.s. graag de vragenlijst voor 5 maart retourneren

Beantwoord de stellingen 1 tot en met 23 met JA als deze voor uw kind opgaat (of gedurende een aanzienlijke periode in het verleden opging) en beantwoord de stelling met NEE als deze niet opgaat voor uw kind.

- |   |          |
|---|----------|
| 1) Mijn kind schrikt snel.  | JA / NEE |
| 2) Mijn kind heeft last van kleren die kriebelen, naden in sokken of kledingmerken tegen zijn/haar huid.          | JA / NEE |
| 3) Mijn kind houdt over het algemeen niet van grote verrassingen.   | JA / NEE |
| 4) Mijn kind leert meer van een vriendelijke terechtwijzing dan van een strenge straf.                            | JA / NEE |
| 5) Mijn kind lijkt mijn gedachten te kunnen lezen.  | JA / NEE |
| 6) Mijn kind gebruikt moeilijke woorden voor zijn/haar leeftijd.  | JA / NEE |
| 7) Mijn kind ruikt elk vreemd geurtje.  | JA / NEE |
| 8) Mijn kind heeft een scherpzinnig gevoel voor humor.  | JA / NEE |
| 9) Mijn kind lijkt zeer intuïtief.  | JA / NEE |
| 10) Mijn kind is moeilijk in slaap te krijgen na een opwindende dag.  | JA / NEE |
| 11) Mijn kind heeft moeite met grote veranderingen.   | JA / NEE |
| 12) Mijn kind wil zich verkleden als zijn/haar kleren nat of zanderig zijn geworden.                              | JA / NEE |
| 13) Mijn kind stelt veel vragen.  | JA / NEE |
| 14) Mijn kind is een perfectionist.   | JA / NEE |
| 15) Mijn kind heeft oog voor het verdriet van anderen.  | JA / NEE |
| 16) Mijn kind houdt meer van rustige spelletjes.  | JA / NEE |
| 17) Mijn kind stelt diepzinnige, beschouwende vragen.   | JA / NEE |
| 18) Mijn kind kan slecht tegen een luidruchtige omgeving.   | JA / NEE |
| 19) Mijn kind is zeer gevoelig voor pijn.   | JA / NEE |
| 20) Mijn kind heeft oog voor detail (iets dat van plaats is veranderd, een verandering in iemand uiterlijk e.d.). | JA / NEE |
| 21) Mijn kind kijkt eerst of het veilig is alvorens ergens in te klimmen  | JA / NEE |
| 22) Mijn kind presteert het best wanneer er geen vreemden bij zijn  | JA / NEE |
| 23) Mijn kind beleeft de dingen intensief   | JA / NEE |