

VAN ZENUWACHTIG TOT HYPERACTIEF



Een geschiedenis van ADHD en aanverwanten, ca. 1900-2008

Timo Bolt

Studentnummer 0127701

Afstudeerscriptie

Research Master *Historical and Comparative Studies of the Sciences and Humanities*

Universiteit Utrecht

Januari 2009

Inhoud

Inleiding	7
- <i>Het debat over ADHD</i>	7
- <i>Het medische vooruitgangsperspectief</i>	9
- <i>De sociologische medicaliseringstheorieën</i>	13
- <i>De pendelmetafoor van historici</i>	19
- <i>Opzet en opbouw</i>	21
Hoofdstuk 1: Moreel-ethisch defect en zenuwachtig (ca. 1890-1930)	25
1. Inleiding	25
2. De (veronderstelde) achtergrond van de eerste voorlopers van ADHD	26
3. Moreel-ethisch defect	29
- <i>Een speciale vorm van ‘achterlijkheid’?</i>	29
- <i>Voorloper van ADHD of beginnende ‘medicalisering’?</i>	33
- <i>De Nederlandse sociaal-biologische benadering van onmaatschappelijke kinderen</i>	34
- <i>De psychiater en de school</i>	40
4. Zenuwachtigheid	48
- <i>Prikkelbare zenuwen</i>	48
- <i>Ontstaan, achtergrond en ontwikkeling van het neurasthenie-begrip</i>	50
- <i>Zenuwachtigheid en de school</i>	57
5. Besluit	61

Hoofdstuk 2: Ongedurig en nerveus (ca. 1930-1965)	65
1. Inleiding: medicalisering en neurotisering	65
2. Ongedurigheid en nervositas	69
- <i>Ongedurige, instabiele kinderen</i>	69
- <i>Nerveuze kinderen</i>	72
3. Het gezinsmilieu	74
- <i>Wisselwerking tussen aanleg en milieu</i>	74
- <i>Gerichtheid op het gezin, maar geen neurotisering</i>	75
- <i>De beweging voor geestelijke volksgezondheid</i>	79
4. School, sociale klasse en medicalisering	82
- <i>Leerplicht, civilisatie en sociale klasse</i>	82
- <i>De school en het ongedurige en nerveuze kind</i>	85
- <i>De onderwijzer en de kinderpsychiater</i>	89
5. Opmerkelijke continuïtet	90
6. Besluit	96
Hoofdstuk 3: MBD en hyperactiviteit (ca. 1960-1985)	99
1. Inleiding: strijd tussen twee culturen?	99
2. MBD en alternatieven	103
- <i>Ontstaansgeschiedenis van het MBD-concept</i>	103
- <i>Een omstreden concept</i>	106
- <i>Babylonische spraakverwarring</i>	108

3. Organiciteit en psychoanalyse	109
- <i>Introductie van MBD in Nederland</i>	109
- <i>Psychodynamische behandeling</i>	111
- <i>De twee culturen en ‘parent blaming’</i>	115
4. Diversiteit	116
- <i>Onduidelijkheid</i>	116
- <i>Vóór 1975: verschillende disciplines, verschillende benaderingen</i>	119
5. Toename en pendelbeweging na 1975	123
- <i>Toename na 1975</i>	123
- <i>Pendelbeweging</i>	126
6. Besluit	128
Hoofdstuk 4: ADHD (ca. 1985-2008)	132
1. Inleiding: medicalisering in tweevoud	132
2. Van ADD tot ADHD-epidemie	135
- <i>DSM, ADD(H) en ADHD</i>	136
- <i>Explosieve groei</i>	137
3. ADHD en de <i>biological turn</i> in de kinderpsychiatrie	139
- <i>De ‘paradigmawisseling’ vanaf ca. 1980</i>	139
- <i>Wetenschappelijk onderzoek naar ADHD</i>	142
- <i>Diagnostiek: ADHD en de ‘farmaceutische revolutie’</i>	147

4. Het debat over de ADHD-epidemie	150
- <i>Meer 'drukke kinderen' of expansie van het medische domein?</i>	150
- <i>De rol van de media</i>	152
- <i>Spiraalwerking</i>	155
- <i>Ouders en onderwijzers</i>	156
- <i>Afnemende tolerantie</i>	160
- <i>Concurrentie tussen disciplines: de rol van de kinder- en jeugdpsychiater</i>	161
5. Relativering van de medicalisering	163
- <i>De psychosociale kant</i>	163
- <i>Grenzen aan medicalisering</i>	165
6. Besluit	166
Slotbeschouwing	168
1. Inleiding	168
2. Het medische vooruitgangsperspectief	169
- <i>De eerste 'voorloper' (ca. 1900)</i>	169
- <i>Negatie en verkeerde voorstelling van zaken (ca. 1890-1960)</i>	170
- <i>Continuïteit en discontinuïteit (ca. 1900-2008)</i>	172
3. De sociologische medicaliseringstheorieën	175
- <i>De professionaliseringstheorie ofwel medicalisering in engere zin</i>	175
- <i>Het interactionele model ofwel medicalisering in bredere zin</i>	177
4. De pendelbeweging tussen twee culturen	180
- <i>De pendelbeweging zoals voorgesteld in de literatuur</i>	182
- <i>Kritiek op het 'standaardverhaal' van de pendelbeweging</i>	186

5. Epiloog: de actualiteit	186
- <i>Drie visies</i>	186
- <i>Het kind centraal</i>	189
BIJLAGE: ADHD volgens de DSM-IV-TR	191
Bronnen en literatuur	193
(Internet)bronnen	193
Literatuur	193

Inleiding



Het debat over ADHD

In bovenstaande cartoon uit 2006¹, één van de onvolprezen *Sigmund*-cartoons die al jarenlang in *de Volkskrant* verschijnen, heeft tekenaar en bedenker Peter de Wit zoals zo vaak de 'tijdsgeest' goed getroffen. In de (populaire) media of aan de borreltafel is regelmatig te horen dat ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, in het Nederlands: Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis) een mode-diagnose is die wel erg veel en gemakkelijk wordt gesteld. Hierdoor zou 'gewoon' druk, enthousiast gedrag dat vooral jongetjes² eigen is gepathologiseerd worden en ook nog onderdrukt met een 'heftig' medicijn, Ritalin® (methylfenidaat). Ook wordt wel gesteld, dat storend gedrag van kinderen tegenwoordig inderdaad veel voorkomt, niet omdat er iets met de kinderen mis is, maar omdat ouders en leerkrachten niet meer stevig weten op te treden of geen tijd meer hebben voor kinderen die wat lastiger zijn dan gemiddeld. Weer een andere opvatting luidt dat kinderen drukker zijn geworden, omdat de samenleving drukker is geworden en kinderen overvoert met prikkels en informatie.³

Achter deze 'populaire' visies schuilt een onderliggende werkelijkheid van een zeer sterke toename van het aantal diagnoses ADHD in de laatste tien tot vijftien jaar.

Tegenwoordig wordt geschat dat vijf tot tien procent van alle kinderen deze stoornis heeft.⁴

¹ Peter de Wit, *Sigmund: vijftiende sessie* (Amsterdam 2006) 64.

² ADHD komt ongeveer drie tot vier maal zo vaak voor bij jongens als bij meisjes, zie o.a.: Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' (Den Haag: Gezondheidsraad 2000) 39, H. Klasen en F.C. Verhulst, 'Betere gezondheidszorg moet mogelijk zijn voor kinderen en adolescenten met aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 149, no. 31 (2005) 1723-1725, aldaar 1723.

³ R. Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' *Psychologie & Maatschappij* 25 (2001) 15-27, aldaar 15-16, J.K. Buitelaar, 'Discussies over aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD): feiten, meningen en emoties', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 145, no. 31 (2001) 1485-1489, Edward Shorter, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac* (New York 1997) 289-290, Frederiek Weeda, 'ADHD is een volksziekte', *NRC Handelsblad*, 20 mei 2008.

⁴ Het gaat t.a.v. de 'toename' van ADHD echter niet om deze 'epidemiologische' prevalentie, maar om de 'administratieve' prevalentie – het aantal daadwerkelijk gestelde diagnoses. Daarvan zijn geen cijfers bekend, wel is de algemene overtuiging dat die sinds de jaren negentig enorm is gestegen. De cijfers van het gebruik van methylfenidaat

'ADHD is een volksziekte' kopte *NRC Handelsblad* daarom op de voorpagina van 20 mei 2008. De stijging van het gebruik van methylfenidaat, het middel dat veel ADHD-patiënten voorgeschreven krijgen, is zelfs explosief te noemen. In 1992 waren er nog slechts 1275 gebruikers van dit medicijn, in 1999 waren dat er 31.000. Daarna is dat aantal verder gestegen tot naar schatting 86.000 gebruikers van ADHD-geneesmiddelen eind 2007. De verwachting is dat deze tendens zich in 2008 voortzet.⁵ Deze cijfers zijn niet alleen in de maatschappij, maar ook voor politici, behandelaars en wetenschappers reden tot zorg of in ieder geval tot veel discussie.⁶

De bezorgheid over hyperactief gedrag, impulsiviteit en aandachtstekort (de drie hoofdsymptomen van ADHD), als veelvoorkomend fenomeen is allesbehalve nieuw. De afgelopen honderd jaar deden 'voorlopers' van ADHD als 'nervositas', 'ongedurigheid' en 'MBD' (*Minimal Brain Damage* dan wel *Minimal Brain Dysfunction*) regelmatig van (over) zich spreken. Evenals ADHD waren deze stoornissen vaak controversieel en golden zij als veelvoorkomend verschijnsel.⁷ In het levendige debat over ADHD is er echter opvallend weinig aandacht voor deze geschiedenis. Adam Rafalovich, een Amerikaanse socioloog en onderzoeker op dit gebied, sprak hier in 2004 zijn verbazing over uit: 'ADHD is an acronym embedded in popular culture, yet the history of ADHD is little discussed in popular and academic literature'.⁸ Deze studie is een (gezien de omvang van het onderzoek) bescheiden poging om hier iets aan te doen vanuit de overtuiging dat de academische discussie over ADHD, die vooral door medisch wetenschappers en sociologen wordt gevoerd, node aanvulling behoeft vanuit geschiedkundige hoek. De benadering van medici en sociologen van de geschiedenis (en daardoor ook van het heden) schiet namelijk op een aantal punten tekort.

worden meestal gebruikt als een indicatie daarvoor (hoewel die deels voorkomt uit een gemiddeld langer gebruik van het middel en niet alleen uit de groei van het aantal behandelde patiënten; bovendien krijgt niet iedere ADHD-gediagnosticeerde patiënt ook medicatie voorgeschreven). Zie o.a. E.A. Fliers, B. Franke en J.K. Buitelaar, 'Erfelijke factoren bij aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 149, no. 31 (2005) 1726-1729, aldaar 1726, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 53, Toine Pieters, Mineke te Hennepe en Mineke de Lange, 'Pillen & psyche: culturele eb en vloedbewegingen. Medicamenteus ingrijpen in de psyche' (z.p.: Rathenau Instituut 2002) 71-73.

⁵ Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 74-75, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 71-73, SFK Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Explosieve groei ADHD-middelen zet door', *Pharmaceutisch weekblad* 143, no. 29/30 (2008), SFK Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Spectaculaire toename ADHD-middelen', *Pharmaceutisch weekblad* 142, no. 29/30 (2007). Het cijfer van 31.000 gebruikers in 1999 is van de Gezondheidsraad, in 'Explosieve groei' noemt de Stichting Farmaceutische Kengetallen dit cijfer voor het jaar 2002, vooralsnog ga ik er vanuit dat dit laatste een vergissing is. De laatste jaren is ook een aantal alternatieven voor Ritalin® op de markt gekomen. Zo is methylfenidaat ook beschikbaar in een tabletvorm met gereguleerde afgifte en is in 2005 een geneesmiddel geïntroduceerd met een andere werkzame stof, atomoxetine. Ritalin® blijft wel de meest voorgeschreven variant, omdat die volledig wordt vergoed, zie: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Explosieve groei'.

⁶ Zie hoofdstuk 4.

⁷ E.H. Nieweg, 'ADHD, een 'modeverschijnsel' dat maar niet uit de mode raakt. Een illustratie van de veelzijdigheid van de vroege kinderpsychiatrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48, no. 4 (2006) 303-312, aldaar 303.

⁸ Adam Rafalovich, *Framing ADHD children. A critical examination of the history, discourse, and every day experience of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* (Lanham et al. 2004) 21.

Het medische vooruitgangsperspectief

Het is niet zo dat medici geen enkele belangstelling tentoonspreiden voor de geschiedenis van ADHD. Veel handboeken over de etiologie, epidemiologie, diagnostiek en behandeling van deze stoornis beginnen met een historische inleiding.⁹ De functie daarvan is volgens Russell A. Barkley, een vooraanstaande Amerikaanse ADHD-deskundige, de volgende: 'In the history of ADHD reside the nascent concepts that serve as the foundation for the *current* conceptualization of the disorder [...]. Here also can be seen the emergence of *current* notions about its treatment. Such a history remains important for any serious student of ADHD, for it shows that many *contemporary* themes concerning its nature arose long ago and recurred throughout the 20th century as clinical scientists strove for a clearer, more accurate understanding of the very essence of this condition'.¹⁰

Aan deze 'voorwoordgeschiedenissen' kleeft, behalve dat ze meestal erg beknopt zijn, het bezwaar dat zij presentistisch en finalistisch zijn – bovenstaand citaat, waarin twee maal het woord 'current' en één maal het woord 'contemporary' voorkomt, spreekt wat dit betreft boekdelen. In de woorden van wetenschapsfilosofe Trudy Dehue vertellen dergelijke historische inleidingen 'over de pioniers die met hun ontdekkingen op het spoor kwamen van tegenwoordige overtuigingen. Dergelijke verhalen hebben de logica van een spannende zoektocht naar de heilige graal [...]. Tegenwoordige inzichten lagen [...] als het ware altijd al klaar om door de juiste mensen stapsgewijs te worden ontdekt'.¹¹ Op deze manier wordt een beeld geschets van een welhaast onvermijdelijke vooruitgang van de medische wetenschap en behandelpraktijk.¹² De stijging van het aantal ADHD-diagnosen en van het gebruik van methylfenidaat wordt vanuit dit vooruitgangsperspectief begrepen als een gunstige ontwikkeling. Het zou betekenen dat steeds meer kinderen en recentelijk ook volwassenen

⁹ Goede voorbeelden hiervan zijn: Russell A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment* (New York/Londen 2006) 3-75, Jane W. Kessler, 'History of Minimal Brain Dysfunctions' in: Herbert E. Rie ed., *Handboek of Minimal Brain Dysfunctions: a critical view* (New York e.a. 1980) 18-51, Seija Sandberg en Joanne Barton, 'Historical development' in: Seija Sandberg ed., *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (Tweede editie, Cambridge 2002) 1-29, Russell J. Schachar, 'Hyperkinetic syndrome: historical development of the concept' in: Eric A. Taylor ed., *The overactive child* (Londen 1986) 19-40. Een voorbeeld van een medisch perspectief op de geschiedenis van ADHD in Nederland is: Jan Buitelaar, 'Over hyperactiviteit vroeger en nu' in: *Uit de kinderschoenen. 60 Jaar Kinder- en Jeugdpsychiatrie UMC-Utrecht* (Assen 2000) 63-74.

¹⁰ Barkley, *Attention-Deficit* 3. De cursiveringen zijn van T.B.

¹¹ Trudy Dehue, *De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen* (Amsterdam/Antwerpen 2008) 30.

¹² Dit vooruitgangsperspectief is zichtbaar in alle onder noot 9 genoemde historische overzichten. Het meest duidelijk is dit het geval bij Barkley, zoals ook blijkt uit bovenstaand citaat. Hij beschrijft de 'advances' op het gebied van research, behandeling en diagnostiek van ca. 1900 tot 2006, met als eindresultaat: 'ADHD had undoubtedly become a mature disorder and topic of scientific study, widely accepted throughout the mental health and pediatric profession as a legitimate developmental disability', en: 'ADHD is now recognized as a universal disorder, with an ever-growing international acceptance of both its existence and its status as a chronic disabling condition, for which combinations of medications and psychosocial treatments and accommodations may offer the most effective approach to management'. Zie: Barkley, *Attention-Deficit* resp. 39 en 40.

de hulp krijgen die ze nodig hebben, omdat gelukkigerwijs de ‘ziekte’ ADHD steeds beter wordt herkend.¹³

Door deze gerichtheid op het heden als voorlopig hoogtepunt van de vooruitgang is er geen plaats voor de ‘eigen’ historische betekenis van oudere psychiatrische definities van ‘druk’ kindergedrag – zij worden slechts opgevat als *voorlopers* van ADHD. Zo wordt het verleden naar het heden ‘toegeschreven’. Dehue beschrijft hoe dit in zijn werk gaat: ‘Historisch geïnteresseerde psychiaters speuren in oude geschriften naar gedragsbeschrijvingen die hen doen denken aan de huidige ADHD [...]. Komen ze beschrijvingen tegen van zorgen over drukke kinderen, dan noteren ze dat ADHD lang geleden al bestond, al was het nog niet onder de huidige naam. Over eventuele verschillen tussen de oude beschrijving en de hedendaagse definitie vertelt de typische finalistische geschiedenis dat de vroegere wetenschap nog onvoldoende ontwikkeld was’.¹⁴

Ook in de geschiedenissen van ADHD die verfijnder zijn dan Dehue schetst, komt een beeld naar voren van een continue ontwikkeling van heden naar verleden.¹⁵ Doordat oudere ziektecategorieën slechts fungeren als ‘voorloper’ van ADHD, wordt een te grote gelijkheid met de huidige ADHD gesuggereerd. Er is te weinig oog voor het fundamentele probleem in de geschiedschrijving van psychiatrische stoornissen (en ziekten in het algemeen), dat vroegere en huidige ziekte-concepten niet altijd goed met elkaar te vergelijken zijn. In zijn veelgeprezen boek over de geschiedenis van hystericiteit heeft Mark S. Micale aangetoond dat de betekenis van hystericiteit sterk varieerde per plaats en tijd, dat niet gesproken kan worden van een continue geschiedenis van één en dezelfde ziekte-entiteit.¹⁶ Volgens Dehue zijn definities van depressie en ‘voorloper’ melancholie in de loop van de tijd evenzeer aanzienlijk van inhoud veranderd. De sterke stijging van het aantal mensen met de diagnose depressie kan daardoor niet verklaard worden, zoals vaak gebeurt, uit een steeds betere herkenning van het ziektebeeld – ‘het’ ziektebeeld bestaat immers niet. Niet alleen de toename van depressie behoeft verklaring, maar ook de (medische) betekenis en consequenties die tegenwoordig aan deze ‘diagnose’ worden verbonden, aldus Dehue.¹⁷

De geschiedenis van ‘ADHD’ past ook in dit rijtje. De verschillende begrippen die voor de problematiek van hyperactiviteit en aandachtstekort zijn gebruikt omvatten niet telkens

¹³ Deze verklaring voor de toename van het aantal ADHD-diagnoses is in de volgende Nederlandse publicaties te vinden: Ad Bergsma, 'Druktemakers. Negen misverstanden over ADHD', *Psy* 4, no. 7 (2000) 17-19, Buitelaar, 'Discussies over ADHD', 1486-1488, Klasen en Verhulst, 'Beter gezondheidszorg', 1723, J.J.S. Kooij, 'De onderbouwing van de diagnose ADHD begint volwassen vormen aan te nemen', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49, no. 5 (2007) 301-303.

¹⁴ Dehue, *De depressie-epidemie* 30-31.

¹⁵ Sandberg en Barton bijvoorbeeld, beschrijven in hun woorden: ‘the chronological course in the unfolding of the concept (of hyperactivity – T.B.) itself’, zie: Sandberg en Barton, ‘Historical development’, 1. Zie verder de verwijzingen in noot 9.

¹⁶ Mark S. Micale, *Approaching hysteria. Disease and its interpretations* (Princeton 1995) 108-116.

¹⁷ Dehue, *De depressie-epidemie* 26-32.

dezelfde categorie kinderen. Er is ook geen enkele zekerheid dat bijvoorbeeld een nerveus kind uit 1938 tegenwoordig de diagnose ADHD zou krijgen, evenmin als dat andersom het geval is. Wel bestaat er in de literatuur overeenstemming over de grote overlap die bestaat tussen de uiteenlopende ziekte-concepten die gedurende de afgelopen ruim honderd jaar zijn gehanteerd voor 'ADHD-achtig' gedrag. Echter, ook als ADHD en ziektebegrippen uit het verleden dezelfde groep symptomen en categorie kinderen (zouden) beschrijven, waren er grote verschillen in onder andere etiologische vooronderstellingen en behandelingsvoorkeuren.¹⁸ Dit betekent dat het grote en stijgende aantal diagnoses ADHD evenmin als dat van depressie eenvoudigweg toegeschreven kan worden aan een toename en grotere verspreiding van de kennis over 'de' stoornis. In het huidige debat over ADHD zou het niet alleen moeten gaan over de toename van het aantal kinderen en volwassenen met deze diagnose of over de vraag of ADHD wel een 'echte' ziekte is. Minstens even belangrijk is waaróm we deze gedragsproblematiek ADHD zijn gaan noemen, met alle bijbehorende connotaties en consequenties. Om opnieuw Dehue te citeren: 'De term 'ADHD' ontleent zijn voornaamste betekenis niet aan het drukke gedrag op zich maar aan de verwijzingen die hij inhoudt naar bepaalde typische hedendaagse reacties erop en behandelingen ervan'.¹⁹

Deze uitspraak van Dehue gaat ook op voor benamingen voor ADHD-achtig gedrag uit het verleden: die hebben vooral betekenis als reflecties van in tijd en plaats specifieke ideeën en praktijken. De steeds wisselende terminologie in de geschiedenis van 'ADHD' correspondeert met veranderende opvattingen over de aard, etiologie en behandeling van de stoornis. Door vroegere ziektebegrippen niet te reduceren tot 'voorlopers' van ADHD, maar in hun eigen, specifieke historische context te plaatsen, kan de suggestie van een haast vanzelfsprekende ontwikkeling van verleden naar heden geproblematiseerd worden. Daardoor kan de geschiedenis ook niet meer gebruikt worden ter legitimering van het 'gelijk' van het heden of van simplistische verklaringen van de stijging van het aantal diagnoses ADHD en van het gebruik van methylfenidaat.²⁰

Een niet-presentistische (eigenlijk: een 'gewoon' vakmatige) wijze van geschiedschrijven leidt daarnaast tot een andere selectie van bronnenmateriaal. Zolang de hedendaagse 'waarheden' de norm zijn, krijgen auteurs of ideeën uit het verleden die daar niet aan voldoen een stiefkinderlijke behandeling. Soms worden die zelfs helemaal genegeerd. Dit is duidelijk zichtbaar in veel 'voorwoordgeschiedenissen' van ADHD. Die beginnen vrijwel altijd met de 'biologische' benamingen voor ADHD-achtig gedrag, zoals

¹⁸ Buitelaar, 'Hyperactiviteit vroeger en nu', Peter Conrad, *Identifying hyperactive children. The medicalization of deviant behavior*, Ashgate classics in sociology (expanded edition, Aldershot/Burlington 2006) 9-10, Nieweg, 'ADHD', Toine Pieters, 'Een eeuw omgang met 'moeilijk en druk' gedrag', *De Psycholoog* 38 (2003) 638-644.

¹⁹ Dehue, *De depressie-epidemie* 31.

²⁰ Enig presentisme blijft onvermijdelijk: wie de geschiedenis van ADHD wil beschrijven zal op zoek moeten gaan naar ziektebegrippen uit het verleden die een sterke gelijkenis vertonen met de huidige ADHD.

moral deficiency,²¹ die aan het begin van de twintigste eeuw ingang kregen. Vervolgens wordt de ontwikkeling van het neurologische MBD-concept – aanvankelijk *Minimal Brain Damage*, later *Minimal Brain Dysfunction* – beschreven, om daarna te eindigen met ADHD dat in de regel als een neuropsychiatrische stoornis met een grote erfelijke component wordt beschouwd. Het MBD-concept kreeg echter pas in de jaren zestig in Nederland (en elders) geleidelijk ingang, terwijl vroege ‘voorgangers’ als *moral deficiency* na de Eerste Wereldoorlog snel aan invloed verloren. Dit betekent dat in veel geschiedenissen van ‘ADHD’ een gat gaapt tussen (ca.) 1920 en 1960. Het blijft vaak bij de opmerking dat de gedragsproblemen van kinderen in die periode onder invloed van het toen overheersende psychodynamische gedachtegoed werden beschouwd als neuroses die te wijten waren aan de ouders.²²

Dit is typerend voor hoe tegenwoordig wordt gedacht over de psychoanalyse en de periode waarin Freuds leer invloedrijk was in de psychiatrie en psychologie. In een recente publicatie komt bijvoorbeeld naar voren dat veel kinderpsychiaters een karikaturele voorstelling hebben van hun vak in de periode vóór 1980. Volgens de gevestigde opvatting was toen sprake van een eenzijdige psychoanalytische gerichtheid op de omgeving, waarbij de organische kant van de psychopathologie werd genegeerd en de ouders in de beklagdenbank terecht kwamen. Pas nadat vanaf de jaren tachtig de psychoanalyse van haar voetstuk viel, het bio-medische spoor weer werd opgepakt en ‘echt’ empirisch onderzoek werd gedaan, zou de kinderpsychiatrie volwassen en wetenschappelijk gefundeerd zijn geworden. Het behoeft geen betoog dat dit geschiedbeeld sterk is gekleurd door de fundamentele uitgangspunten van de *hedendaagse* psychiatrie.²³

In deze studie komen de periode 1920-1960 en de psychodynamische opvattingen over ‘druk gedrag’ er minder bekaaid van af, wat leidt tot verrassende inzichten. Zo hadden in genoemde periode veelgebruikte begrippen als ‘nervositas’ weinig te maken met neurosen in de Freudiaanse zin en werd over de rol van ouders genuanceerder gedacht dan de karikatuur wil (zie hoofdstuk 2). Pas in de jaren zestig en zeventig domineerden psychodynamische ideeën in de (kinder)psychiatrie, opvallend genoeg ook bij de toepassing van het *neurologische* MBD-concept, dat uitging van een lichte beschadiging of functiestoornis van de hersenen. Dat wijst erop dat een psychodynamische oriëntatie niet per

²¹ Al wijst deze term op een *moreel* tekort, het veronderstelde onderliggende probleem was een genetische of ‘biologische’ hersenstoornis, zie hoofdstuk 1.

²² Zie bijv. Barkley, *Attention-Deficit* 1-40, Buitelaar, ‘Hyperactiviteit vroeger en nu’, Kessler, ‘History’, Sandberg en Barton, ‘Historical development’, Schachar, ‘Hyperkinetic syndrome’, en de inleiding bij een vijftal klassieke teksten over aandachts- en hyperactiviteitsstoornissen in: F. Verheij en Ph. D. A. Treffers, ed., *Klassiekers van de kinder- en jeugdpsychiatrie* (Assen 2004) aldaar 55-56.

²³ Timo Bolt en Leonie de Goei, *Kinderen van hun tijd. Zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland, 1948-2008* (Assen 2008) 48, 53, 75-77. Zie ook: Ruud Abma en Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland* (Amsterdam 2005) 138-141, H. de Waardt, *Mending minds. A cultural history of Dutch academic psychiatry* (Rotterdam 2005) 195, Ido Weijers, ‘Zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland (1920-1980)’, *Kind en Adolescent* 23, no. 2 (2002) 82-96, aldaar 92-94.

definitie samenging met een ontkenning van de 'biologische' kant van gedragsstoornissen, zoals vaak wordt gesteld (zie hoofdstuk 3). Zo ontstaat door het loslaten van het heden als norm een veel genuanceerder en evenwichtiger beeld van het verleden, wat ook het actuele debat over ADHD ten goede kan komen.

De sociologische medicaliseringstheorieën

In het huidige debat over ADHD hebben behalve medische deskundigen, vooral sociologen een grote inbreng. Dit ziekte-concept en de voorlopers daarvan gelden in de sociologische literatuur als voorbeelden bij uitstek van de medicalisering van afwijkend gedrag.

Medicalisering duidt op de uitbreiding van de invloed van de geneeskunde, waardoor zaken die vroeger tot het terrein van bijvoorbeeld de kerk of het strafrecht behoorden 'iets voor de dokter' zijn geworden. Bekende voorbeelden daarvan zijn alcoholmisbruik, drugsverslaving, en (in sommige gevallen) crimineel gedrag. Zo heeft ook 'druk gedrag' van kinderen waarschijnlijk altijd al bestaan, maar werd het pas sinds de late negentiende eeuw gezien als een medische of psychiatrische kwestie. In sociologische optiek spreekt de definiëring van bijvoorbeeld ADHD als psychiatrische stoornis dan ook niet vanzelf. Verklaard zou moeten worden hoe het is gekomen dat afwijkende gedragingen als medisch-psychiatrisch probleem werden opgevat en bovendien waarom dat, naar het zich laat aanzien, in de laatste eeuw steeds vaker is gebeurd.²⁴

Deze vragen proberen sociologen met hun medicaliseringsconcept aan de orde te stellen en te beantwoorden. Zij nemen daarbij vaak een ideologisch standpunt in. Het medicaliseringsconcept is namelijk een product van de 'maatschappijkritiese' sociologie van de jaren zeventig en sterk beïnvloed door het (structuralistische) werk van de filosoof Michel Foucault. Het is dan ook geen neutraal begrip, maar wordt in kritische zin gedefinieerd als 'de expansie van de medische wereld in de sfeer van sociale problemen en menselijk gedrag, waarbij de grenzen van haar bewezen technische competentie overschreden worden'.²⁵ Medicalisering houdt in deze optiek in dat (opvoedings)problemen geherdefinieerd worden als individuele ziekte, met als gevolg dat maatschappelijke oorzaken en misstanden naar de achtergrond verdwijnen. Artsen en psychiaters, maar ook psychosociale hulpverleners (die voor 'psychologisering' en 'pedagogisering' hebben gezorgd), zouden zo afwijkingen van de norm, gedragingen die als moreel of sociaal onwenselijk werden gezien, in het gareel brengen – of in de terminologie van Foucault: 'normaliseren' – en dus de

²⁴ N. Bakker, J. Noordman en M. Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen opvoeden in Nederland. Idee en praktijk: 1500-2000* (Assen 2006) 222, Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 28, M.T. Brancaccio, "But Fidgety Phil / He won't sit still...". *From Instability to Hyperactivity, 1890s - 1990s*, Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 2001) 3-6, M.T. Brancaccio, 'Het onbehagen in hyperactiviteit. But Fidgety Phil, he won't sit still...' *Psychologie & Maatschappij* 20 (1996) 163-176, aldaar 167-172, Conrad, *Identifying hyperactive children* x-xvi, 1-6, Rafalovich, *Framing ADHD children* 2-6. Ook Dehue hanteert in *De depressie-epidemie* duidelijk het medicaliseringsperspectief.

²⁵ Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 168.

gevestigde orde dienen. Bovendien zouden mensen onnodig afhankelijk gemaakt en in de ziekerol gedwongen worden door de voortdurende uitdijing van de gezondheidszorg en het hulpverleningscircuit. Mensen zouden aangepaakt krijgen dat ze niet zelf in staat zijn om alledaagse levensmoeilijkheden op te lossen, maar daarvoor deskundige hulp nodig hebben.²⁶

Deze kritische houding klinkt ook door in de sociologische literatuur die specifiek betrekking heeft op ADHD of 'voorlopers' daarvan. In zijn klassieke studie uit 1976 over de medicalisering van hyperactiviteit, getiteld *Identifying hyperactive children. The medicalization of deviant behavior*, noemt Peter Conrad vier negatieve gevolgen van de medicalisering van afwijkend gedrag.²⁷ De eerste daarvan is 'expert control'. Daarmee bedoelt Conrad dat gedragsproblematiek uit het publieke domein wordt gehaald en in de medische sfeer getrokken, met als gevolg dat alleen nog medische 'deskundigen' hierover uitspraken mogen doen en 'gewone mensen' niet meer mee mogen of kunnen praten. In de tweede plaats leidt medicalisering volgens Conrad tot een vorm van sociale controle. De medische diagnose legitimeert namelijk medische interventies, zoals het voorschrijven van medicatie, waarmee het gedrag van het kind beheerst wordt. Zo wordt ook, als derde negatieve gevolg, het probleem gereduceerd tot iets in of van het individuele kind. Dat leidt, aldus Conrad, de aandacht af van de sociale situaties waarin het gedrag zich voordoet, zoals de klas en het gezin, terwijl de oorzaak van dat gedrag wel degelijk (deels) in die sociale situatie kan liggen. Veranderingen in het sociale systeem blijven ook uit, omdat alleen het individuele kind wordt behandeld. Dit betekent tevens, en dat is zijn vierde kritische aantekening, dat afwijkend gedrag gedepolitiseerd wordt. Doordat bijvoorbeeld de invloed van de situatie op school buiten beschouwing blijft, verdwijnt ook de politieke vraag naar de noodzaak van hervormingen in het onderwijs achter de horizon.²⁸

In de sociologische 'medicaliseringsliteratuur' gelden artsen zelf als belangrijkste motor achter de uitbreiding van de 'jurisdictie' van de geneeskunde. De al dan niet bewuste

²⁶ Hans Achterhuis, *De markt van welzijn en geluk* (Baarn 1982), Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 221-223, 276-289, Brancaccio, "But Fidgety Phil" 3-6, Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 167-172, Conrad, *Identifying hyperactive children* x-xvi, 1-7, Kathy Davis, 'Probleem(her)formulering in psychotherapie. Het proces van individualisering op groepsniveau bekeken', *Psychologie & Maatschappij* 22 (1983) 59-79, Annemarie Mol en Peter van Lieshout, *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van de huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985* (Nijmegen 1989) 51-95, 108-109, 220, Gerard Nijhoff, *Individualisering en uitstoting. Van maatschappelijk probleem naar psychische stoornis. Een perspectief voor een psychiatrische sociologie* (Nijmegen 1978), Rafalovich, *Framing ADHD children* 2-6, Abram de Swaan, *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd* (Amsterdam 1989) 19-21, 231-239, 246-249, 253, 260.

²⁷ Anders dan sommige van zijn collega's, plaatst Conrad dit soort processen niet per definitie in een negatief daglicht: 'Clearly there are some real humanitarian benefits to be gained by such a medical conceptualization of deviant behavior. There is less condemnation of the deviant (he has an illness, it is not his fault) and perhaps less social stigma. In some cases [...] even the medical treatment itself is a more humanitarian means of social control than that of the criminal justice system'. Hij voegt daar echter aan toe dat het zijn taak als socioloog is om te wijzen op de andere kant van de medaille, zie: Conrad, *Identifying hyperactive children* 72.

²⁸ Ibidem, 72-76.

neiging van de medische professie om de eigen invloedssfeer alsmaar te willen uitbreiden staat voor de meeste sociologen buiten kijf, omdat iedere beroepsgroep uiteindelijk de eigen belangen najaagt.²⁹ Conrad sluit zich hierbij aan, maar hanteert een veel bredere versie van de medicaliseringstheorie dan dit 'top-downmodel' van actieve professionals en passieve patiënten. Hij benadrukt dat medici nooit alléén in staat zijn om de herdefiniëring van gedragsproblemen tot medische of psychiatrische stoornis algemeen geaccepteerd te krijgen. Ook andere partijen hebben daar volgens hem een wezenlijke bijdrage aan geleverd. Hij gaat bijvoorbeeld in op de rol van de farmaceutische industrie en de (Amerikaanse) overheid. Bovendien wijst hij op de belangen van ouders en onderwijzers. Voor ouders zou de pathologisering van het wangedrag van hun kind betekend hebben, dat zij én hun kind niet langer daarvoor verantwoordelijk worden gehouden. Bovendien zou een medische diagnose extra aandacht en voorzieningen voor het kind gelegitimeerd hebben. Onderwijzers, tot slot, zouden hun toevlucht nemen tot een medische verklaring voor moeilijk gedrag van hun leerlingen, om daarmee discipline problemen op te lossen.³⁰

Conrad betoogt bovendien dat het de ouders en vooral de onderwijzers zijn die als eerste het lastige gedrag van een kind definiëren als medisch probleem. Over het algemeen proberen zij volgens hem het ongewenste gedrag eerst bij te sturen met opvoed- en onderwijskundige maatregelen, maar wanneer die onvoldoende helpen, verwijzen zij het kind door naar een arts. Van die arts verwachten zij, stelt Conrad, een medische verklaring én oplossing voor wat in feite een 'management-probleem' is. Hij voegt daaraan toe dat het probleem van hyperactiviteit meestal pas ontstaat zodra het kind op school komt. Vóór de schoolgaande leeftijd zijn er zelden grote moeilijkheden met het kind en zelfs nadat het kind op school volgens de onderwijzers slecht functioneert, komt het vaak voor dat ouders thuis veel minder van merken. Vooral dit gegeven dat het afwijkende gedrag soms niet of nauwelijks thuis, maar wél op school voorkomt, betekent volgens Conrad dat hyperactiviteit een *situationeel* verschijnsel is.³¹

Het werk van Conrad heeft latere sociologen die schreven over ADHD diepgaand beïnvloed. Hoe actueel zijn studie is, blijkt ook uit de heruitgave ervan in 2006. In de sociologische literatuur wordt betoogd dat de definiëring en toekenning van medische 'labels' als ADHD het product is van de interactie tussen medici, onderwijzers, ouders en overheid. Een opvallend grote rol wordt daarbij toegeschreven aan de rol van leerkrachten en scholen, waarbij ADHD en voorlopers gelden als 'school-based' diagnoses. Ter verklaring voor de (steeds verdergaande) medicalisering van ADHD-achtig gedrag wordt daarom niet alleen gewezen op het voortdurende streven van medici (en andere professionele groepen) naar

²⁹ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 3-6, Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', aldaar, 167-172, Rafalovich, *Framing ADHD children* 2-6, Swaan, *Zorg en de staat* 19-21, 231 e.v.

³⁰ Conrad, *Identifying hyperactive children* 16, 33-50.

³¹ Ibidem, 33-50, 77-85.

uitbreiding van hun werkterrein, maar ook op ontwikkelingen op het gebied van het onderwijs, zoals de invoering van de algemene leerplicht in veel Westerse landen rond 1900.³²

De sociologische medicaliseringsliteratuur levert belangrijke inzichten op, bijvoorbeeld dat een diagnose als ADHD altijd meer is dan het vaststellen van een (al dan niet organische) afwijking. Allerlei sociale processen en belangen spelen op zijn minst óók een rol bij de definiëring en diagnosticering van medische en psychiatrische stoornissen. Tevens heeft de grote situationele component in de diagnose ADHD inmiddels ruimschoots erkenning gekregen, onder andere in medische en psychiatrische vakliteratuur.³³ De sociologische benadering van ADHD heeft echter een aantal tekortkomingen. Behalve dat vaak sprake is van een aanzienlijke ideologische *bias*, is het medicaliseringsconcept – ook in Conrads brede, meer genuanceerde variant – te algemeen om specifieke verschijnselen als ADHD (in hun specifieke betekenis en context) goed te kunnen duiden.

Conrad scheert bijvoorbeeld de verschillende benamingen voor ADHD-achtig gedrag over één kam: 'Hyperkinesis is also known as minimal brain dysfunction, hyperactive syndrome, hyperkinetic disorder of childhood, and several other diagnostical categories. Although occasionally the symptoms emphasized vary a little from category to category and the presumed etiology often does vary by diagnosis, in general the behaviours that are considered are considered symptomatic of each are quite similar and greatly overlap with each other. In this book, as it is presented from a sociological perspective, we need not differentiate between the diagnoses'.³⁴ Vanuit zijn optiek is deze opstelling van Conrad goed te begrijpen. Het doel van zijn studie is namelijk het formuleren van een algemene theorie van de medicalisering van afwijkend gedrag. In het slothoofdstuk presenteert hij een aantal voorwaarden voor medicalisering, bijvoorbeeld dat een bepaald gedrag in de samenleving als een afwijking én een probleem wordt gezien; dat andere of traditionele vormen van sociale controle niet efficiënt of niet (meer) aanvaardbaar zijn; en dat medische vormen van sociale controle beschikbaar zijn. Tevens stelt hij onder andere dat medicalisering waarschijnlijker is in moderne, gesecculariseerde en technologische hoog ontwikkelde samenlevingen, omdat daar wetenschappelijke verklaringen, in plaats van bijvoorbeeld religieuze, over het algemeen geaccepteerd worden en het prestige van de geneeskunde groot is.³⁵

Dit zijn allemaal zinnige uitspraken, maar wie geïnteresseerd is in historische verandering, variatie en diversiteit schiet daar weinig mee op. Zoals hierboven is betoogd

³² Brancaccio, "But Fidgety Phil" 3-6, Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 167-172, Conrad, *Identifying hyperactive children* ix-xvi, Rafalovich, *Framing ADHD children* 3-6.

³³ Zie bijv. Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 9-10, 35-38.

³⁴ Conrad, *Identifying hyperactive children* 9, Swaan, *Zorg en de staat* 19-21, 231 e.v.

³⁵ Conrad, *Identifying hyperactive children* 10-16, 93-99.

gingen wisselingen in terminologie gepaard met veranderingen van opvattingen over aard, etiologie en behandeling van de stoornis. Daardoor had bijvoorbeeld de diagnose ‘moreel-etisch defect’ in 1912 een andere betekenis en andere consequenties voor het kind in kwestie en zijn sociale omgeving, dan de diagnose ADHD nu. Dergelijke verschillen zijn er niet alleen in tijd, maar ook in plaats. Bovendien analyseren sociologen vaak alleen de (her)definiëring van afwijkend gedrag tot medisch probleem, waardoor ze negeren dat het begrip ‘medisch probleem’ geen welomschreven en onveranderlijke betekenis heeft. Over wat onder ‘medisch’ moet worden verstaan, hebben altijd zeer uiteenlopende opvattingen bestaan, die tevens aan verandering onderhevig waren. Ook is de status van psychiatrische diagnoses in de regel een andere geweest dan die van bijvoorbeeld cardiologische. Met andere woorden, de ene vorm van medicalisering is de andere niet.

Voor de vele verschillende manifestaties van de medicalisering van ‘ADHD-achtige’ verschijnselen is in de sociologische literatuur weinig oog. De allesomvattende medicaliseringstheorie walst over iedere diversiteit heen. Niet alleen is er weinig ruimte voor variatie en historische verandering, maar ook de tegenkrachten die medicalisering van afwijkend gedrag oproept (waaronder de kritische medische sociologie zelf!) komen er bekaaid vanaf. Daardoor wordt (al dan niet bewust) de indruk gewekt dat het een uniform, onvermijdelijk en niet te stoppen proces betreft. Geconcludeerd mag worden dat het sociologische concept van medicalisering wel heuristische waarde heeft, maar ook verfijning en aanvulling behoeft – bijvoorbeeld vanuit de geschiedwetenschap.

Ook onder sociologen zelf is recentelijk dit besef gegroeid. Zo kiest de sociologe Maria Teresa Brancaccio in haar proefschrift uit 2001 een historisch-sociologische benadering van de geschiedenis van ADHD. Zij zet zich daarbij af tegen interpretaties die, in haar woorden, de opkomst van ADHD reduceren tot een complottheorie, waarin het psychiatrische discours gelijk wordt gesteld aan door eigen belang gedreven wanpraktijken. Ze schrijft in dit verband bijvoorbeeld: ‘Blaming psychiatrists neither explains how and why certain definitions become popular at a given moment, nor why they have prevailed over other possible definitions of the problem’.³⁶ Ze voegt hieraan toe dat de opkomst en verspreiding van psychiatrische definities van ‘druk gedrag’ niet het gevolg zijn van een bewuste expansionistische strategie van psychiaters, maar de onbedoelde uitkomst van historische processen. De uitbreiding van de psychiatrie als professie kan in haar ogen de medicalisering van afwijkend gedrag daarom niet verklaren, maar behoeft zélf verklaring – en om precies te zijn: een *historische* verklaring. Dat geldt, zo stelt ze, evenzeer voor de acceptatie van de psychiatrische definities en behandelingen van afwijkend gedrag door ouders en leerkachten. Daarnaast heeft Brancaccio oog voor het belang van de wisselende

³⁶ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 5.

terminologie in de geschiedenis van 'ADHD' en de noodzaak om psychiatrische 'labels' in hun specifieke historische context te plaatsen³⁷: 'The appearance and the mutations of psychiatric definitions and therapeutic concerns mirrors concerns, values and perceptions of the social figuration in which they have arisen'.³⁸

Ook de eerdergenoemde socioloog Adam Rafalovich ziet de noodzaak van een historische benadering van het verschijnsel ADHD. In zijn publicatie *Framing ADHD children* uit 2004 voegt hij aan het medicaliseringsperspectief een 'genealogische benadering' toe. Geïnspireerd door het werk van Foucault, analyseert hij de geschiedenis van het medische discours ten aanzien van 'ADHD'.³⁹ Hij hecht daarbij veel belang aan de voortdurende veranderingen van medische definities voor 'druk gedrag': 'Diagnoses of ADHD and other mental disorders are always in a state of flux, always contested and contestable. This condition is demonstrated by the many symptoms and namesakes ADHD has owned over the last century'. Hij waarschuwt vervolgens dat deze benamingen niet inwisselbaar zijn.⁴⁰ Om naar eigen zeggen niet in postmodern cynisme te vervallen, koppelt Rafalovich zijn discoursanalyse aan interviews met klinici, ouders en leerkrachten over hun *alledaagse ervaringen* met ADHD.⁴¹ Dat levert onder andere het inzicht op dat tussen én binnen die drie groepen geïnterviewden aanzienlijke verschillen bestaan in zienswijze en praktisch handelen: 'ADHD is experienced from a variety of personal and professional perspectives that are influenced by myriad factors, including personal evaluation, skepticism, acceptance, and ambivalence. Despite the high prevalence of Ritalin prescriptions in North America and the explosion in ADHD diagnoses in recent years, the everyday experiences surrounding ADHD [...] are far from uniform'.⁴² Zo doet Rafalovich, binnen het kader van het medicaliseringsconcept, recht aan de sociale en historische diversiteit die er is en die ook duiding behoeft. Bovendien bestrijdt hij daarmee de suggestie die vaak in de sociologische literatuur wordt gewekt, dat medicalisering een onontkoombaar, onstuitbaar en onomkeerbaar proces is.

Met het historisch besef van Brancaccio en Rafalovich is dus weinig mis. Hun uitwerking daarvan laat echter te wensen over. Brancaccio leunt zwaar op twee 'grote' sociologische theorieën: De civilisatietheorie van Norbert Elias en de theorie van het systeem van professies van Andrew Abbott.⁴³ Kort gezegd leidt dit ertoe dat zij alle

³⁷ Ibidem, 1-10.

³⁸ Ibidem, 9-10.

³⁹ Rafalovich, *Framing ADHD children* 7-11.

⁴⁰ Ibidem, 7-8.

⁴¹ Ibidem, 11-12.

⁴² Ibidem, 178.

⁴³ De theorie van Abbott komt er op neer dat professionele groepen met elkaar worden verbonden via rivaliserende relaties. Elias stelt dat in (moderne) samenlevingen de onderlinge afhankelijkheid van mensen in de loop van de geschiedenis voortdurend is toegenomen (en dat zal blijven doen), onder andere als gevolg van groeiende specialisatie en arbeidsdeling. Als gevolg van die toenemende interdependentie is volgens Elias ook de druk voortdurend groter

ontwikkelingen in de geschiedenis van 'ADHD' toeschrijft aan ofwel de rivaliteit tussen sociale klassen ofwel die tussen beroepsgroepen. Daarbij verliest Brancaccio de nuance regelmatig uit het oog. Ze lijkt bijvoorbeeld geen rekening te houden met de mogelijkheid dat niet álle leden van de maatschappelijke elite zich door een (veronderstelde) verkleining van de kloof tussen de sociale klassen bedreigd hoeven te voelen. Ook keren telkens dezelfde redeneringen terug in haar proefschrift. Zo verklaart ze de opkomst van nieuwe ziekte-concepten in zowel de jaren dertig als de jaren zeventig uit het onbehagen van ouders en leraren uit de hogere klassen over de uitbreiding van (verplichte) onderwijsvoorzieningen voor arbeiderskinderen. Daarbij blijven andere relevante factoren dan veranderende klasseverhoudingen buiten beschouwing. In haar relaas over de nieuwe ziekte-concepten uit de jaren dertig schittert bijvoorbeeld de toenmalige economische depressie door afwezigheid. Daarnaast gaat Brancaccio bij de toepassing van de theorie van Abbott uitsluitend in op de concurrentiestrijd tussen psychiaters en psychologen. Aan de rol van andere disciplines en bovendien aan de verschillende, concurrerende opvattingen *binnen* disciplines gaat ze voorbij.⁴⁴

Rafalovich besteed wél de nodige aandacht aan de richtingenstrijd *binnen* beroepsgroepen. Zijn analyse van de verschillende alternatieve medische vertogen in de geschiedenis van 'ADHD' gaat echter gepaard met een simplistische tweedeling tussen, wat hij noemt, de psychodynamische en de neurologische 'narratieven' of 'kennisregimes'. Hij beschrijft de geschiedenis van ADHD als een voortdurend debat tussen deze twee visies, waarbij dan eens de ene dan weer de andere de overhand heeft.⁴⁵ Daarmee geeft hij niet alleen een sterk vereenvoudigd, maar ook een vertekend beeld van de historische werkelijkheid. Dit is echter (mede) te wijten aan de wijze waarop professionele historici met de geschiedenis van de psychiatrie omgaan.

De pendelmetafoor van historici

Historici stellen de geschiedenis van de psychiatrie meestal voor als een soort pendel- of getijdebeweging tussen enerzijds een biologische en anderzijds een psychologische oriëntatie. De biologische psychiatrie zou een strikt natuurwetenschappelijke benadering toepassen, wat volgens aanhangers van de psychologische psychiatrie leidt tot

geworden op mensen om hun gedrag aan te passen aan dat van anderen, wat heeft geleid tot een steeds verdere verfijning van omgangsvormen en gevoelsleven. Een centrale rol in dit beschavingsproces schrijft Elias toe aan de (veranderende) verhoudingen tussen sociale klassen. Mensen uit lage sociale klassen zouden bij de vormgeving van hun gedrag en emotionele leven opkijken naar de omgangsvormen van de middenklasse en die geleidelijk aan overnemen. Mensen uit de middenklasse hebben juist behoefte om zich te blijven onderscheiden van de onderklasse en spiegelen zich juist aan de elites en hun etikette. De elite wil elite blijven en probeert de sociale afstand met de middenklasse te behouden door een steeds verdere verfijning van hun gedrag en emoties. Zie Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 8-9.

⁴⁴ Ibidem, zie bijvoorbeeld pp. 7, 141-151, 169-181.

⁴⁵ Rafalovich, *Framing ADHD children* 11, 179-180.

'ontmenselijking', kilte en steriliteit. Zij pleiten daarom voor een geesteswetenschappelijke, hermeneutische benadering, waarin wél ruimte is voor wat eigen is aan de mens, zoals 'beleving', 'individualiteit' en 'persoonlijkheid'. Hun opposenten menen echter dat de psychiatrie op die manier *onwetenschappelijk* is en vervalt tot subjectiviteit, metafysische speculatie en kwakzalverij.⁴⁶

Afgaand op de discussie die in 2005 en 2006 is gevoerd in het *Tijdschrift voor psychiatrie* – naar aanleiding van een essay met de titel 'De psychiater in spagaat – over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie'⁴⁷ - is deze thematiek nog altijd actueel binnen de psychiatrie. De 'pendelbeweging' en de 'kloof tussen twee culturen'⁴⁸ zijn dan ook aantrekkelijke metaforen. De historicus heeft daarmee de instrumenten in handen om enige lijn aan te brengen in de zo onoverzichtelijke, door ideologische conflicten en een overvloed aan stromingen, theorieën en 'scholen' gekenmerkte geschiedenis van de psychiatrie.⁴⁹

Er is weinig mis met een dergelijk gebruik van metaforen in de geschiedschrijving. De vanzelfsprekendheid waarmee de 'pendel' en de 'kloof' worden toegepast is echter niet zonder gevaar. Beide metaforen lijken dikwijls gepromoveerd te zijn van hulpconstructies tot gegevenheden; en dat kan ons inzicht in het verleden geen goed doen.⁵⁰ Jonathan Sadowsky wijst er in een recent artikel bijvoorbeeld op dat de pendelmetafoor op zichzelf weinig verklarende kracht heeft: 'A pendulum swings because it follows laws of physics, but there is no obvious and necessary reason why clinical styles (or other historical phenomena, such as political learnings) should "swing"'.⁵¹ Historici zouden volgens Sadowsky moeten onderzoeken *waarom* de geschiedenis van de psychiatrie een dergelijke 'golfbeweging' kent, in plaats van uit te gaan van de impliciete vooronderstelling dat de geschiedenis nu eenmaal volgens dit patroon verloopt. Bovendien is het niet ondenkbeeldig dat de toepassing van de pendelmetafoor in de hand werkt dat historici hun aandacht vooral richten op veranderingen ('pendelbewegingen') en daardoor belangrijke continuïteiten over het hoofd zien. Daarnaast betoogt Sadowsky dat de interactie tussen verschillende richtingen in de psychiatrie in

⁴⁶ E.H. Nieweg, 'De psychiater in spagaat - over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie', *Tijdschrift voor psychiatrie* 47 (2005)239-248, aldaar 239, Jonathan Hal Sadowsky, 'Beyond the metaphor of the pendulum: electroconvulsive therapy, psychoanalysis, and the styles of American psychiatry', *Journal of the history of medicine and allied sciences* 61 (2006) 1-25, aldaar 1-7. De metafoor van een pendel- respectievelijk getijdebeweging wordt gebruikt door bijvoorbeeld: Antoine Mooij, *De psychische realiteit. Psychiatrie als geesteswetenschap* (derde herziene editie, Amsterdam 2006) 9-13, Waardt, *Mending minds* 26-27, 33-34.

⁴⁷ Nieweg, 'Psychiater in spagaat'; commentaar en reacties in 2005 en in 2006 in *Tijdschrift voor psychiatrie* o.a. van W. van Tilburg, C.F.A. Milders, G.M.M.L. Frijns, J.A.M. Kroon en M.W. Hengeveld, waarbij alle auteurs (incl. Nieweg) bovendien de gelegenheid kregen op elkaar te reageren.

⁴⁸ Naar de befaamde stelling van C.P. Snow (uit 1959) dat sinds de Verlichting een fundamentele kloof is ontstaan tussen de 'two cultures', tussen literatuur en geesteswetenschap enerzijds en natuurwetenschap anderzijds – zie bijv. Nieweg, 'Psychiater in spagaat', 239.

⁴⁹ Zie bijv. Sadowsky, 'Beyond the metaphor', 5.

⁵⁰ Ibidem., 4-5, 24-25; voorbeelden van de dominantie van beide metaforen in de discussie in het *Tijdschrift voor psychiatrie* (zie noot 47) en bij De Waardt en Mooij (zie noot 46).

⁵¹ Sadowsky, 'Beyond the metaphor', 24.

werkelijkheid veel complexer was dan de voorstelling van een polaire tegenstelling doet vermoeden. Door het denken in ‘biologische’ en ‘psychologische’ richtingen in de psychiatrie wordt volgens hem het (biologisch dan wel psychologisch) dogmatisme van psychiaters overdreven en het zicht ontnomen op de grote mate van eclecticisme en pragmatisme in het dagelijkse functioneren van veel psychiaters (in verleden en heden).⁵²

De metafoor van de pendel tussen de twee culturen heeft duidelijk doorgewerkt in de tweedeling die Rafalovich maakt tussen de psychodynamische en de neurologische visie op ADHD. Ook in de overige sociologische literatuur en in door medici geschreven ‘voorwoordgeschiedenissen’ komt deze metafoor veelvuldig terug. Het gevolg is dat iedere periode in de geschiedenis van, in dit geval, ADHD, wordt neergezet als ofwel volledig psychodynamisch ofwel volledig biologisch gekleurd. Dit leidt, zoals hierboven betoogd, vooral tot een zeer karikaturele voorstelling van de psychoanalytische kinderpsychiatrie, maar ook van de huidige situatie wordt soms een erg ongenueanceerd beeld (van eenzijdig biologisme) geschetst.⁵³

Opzet en opbouw

Bovenstaande kritiek op het vooruitgangsperspectief van medici, de medicaliseringstheorieën van sociologen en het gebruik van de pendelmetafoor door historici, is bepalend geweest voor de opzet en opbouw van deze studie.

De geschiedenis van ADHD in Nederland zal chronologisch worden beschreven in vier hoofdstukken die achtereenvolgens de periodes 1890-1930, 1930-1960, 1960-1985 en 1985-2008 beslaan. Ieder hoofdstuk begint met een weergave van de wijze waarop de desbetreffende periode in de geschiedenis van ADHD wordt gekenschetst in, met name, de medische en sociologische secundaire literatuur. Het beeld dat zo ontstaat wordt vervolgens gecorrigeerd, verfijnd en aangevuld op basis van vooral primaire literatuur – artikelen en handboeken van psychiaters en andere deskundigen uit de besproken tijd zélf. Dit gebeurt door voor iedere periode de toen veelgebruikte definities van ADHD-achtig gedrag in de eigen specifieke historische context te plaatsen – zonder vooruit te lopen op het heden en zonder (bij voorbaat) uit te gaan van een pendelbeweging of tegenstelling tussen biologische en psychologische visies.

Deze geschiedenis van ADHD blijft grotendeels beperkt tot de situatie in Nederland. Dat is niet alleen ingegeven door praktische motieven van afbakening, maar ook doordat het nodig is om specifiek te zijn – zoals hierboven is betoogd schort het daar namelijk aan in de medische en sociologische literatuur. De concrete manifestaties van de ‘medicalisering’ van

⁵² Ibidem., 4-5, 24-25.

⁵³ Zie hoofdstuk 4.

‘druk gedrag’ in Nederland vormen een nuttige empirische toets of spiegel voor de soms wel erg algemeen gestelde medicaliseringstheorieën. Daarnaast is het tot op zekere hoogte mogelijk om historische situaties in Nederland te vergelijken met het buitenland, wat het inzicht kan vergroten in de verschillende wijzen waarop ADHD-achtig gedrag werd benoemd, verklaard en behandeld in verschillende landen. Bovendien is over de geschiedenis van ADHD in Nederland nog weinig gepubliceerd. De meeste literatuur gaat over de Verenigde Staten, mede omdat het aantal diagnoses MBD of hyperactiviteit en het gebruik van Ritalin® daar in de jaren zeventig al een hoge vlucht namen, wat toen al tot hevige discussies leidde die doen denken aan het huidige debat over ADHD. In de veelal Engelstalige literatuur wordt de situatie in de Verenigde Staten hooguit vergeleken met Groot-Brittannië. Brancaccio is één van de weinige uitzonderingen, zij schrijft over Groot-Brittannië, Frankrijk en Italië. Deze studie kan dus een leemte opvullen in de geschiedschrijving van zowel ADHD als de psychiatrie en geneeskunde in Nederland.

Bovendien gaat deze geschiedenis ook in op de rol van andere disciplines, zoals de psychologie en de orthopedagogiek. Dat maakt deze studie ook in historiografisch opzicht interessant. De wetenschapsgeschiedenis is ooit begonnen met wetenschappers die uit persoonlijke interesse de geschiedenis van hun eigen discipline beschreven. Dit werkt nog altijd door in wetenschapshistorische publicaties: vaak blijkt het blikveld beperkt tot één wetenschappelijke discipline. Daardoor blijven de grensvlakken en wisselwerkingen tussen verschillende takken van wetenschap dikwijls buiten beschouwing. Veel belangrijke ontwikkelingen en innovaties zijn echter juist voortgekomen uit de interacties tussen verschillende disciplines. Dit is één van de redenen dat de Universiteit van Utrecht in 2007 het *Descartes Centre for the History and Philosophy of the Sciences and the Humanities* heeft opgericht. Het *Descartes Centre* onderscheidt zich door de nadruk te leggen op de geschiedenis en filosofie van alle wetenschappelijke disciplines, op een comparatieve benadering van de wetenschappen en de bestudering van de onderlinge wisselwerking.⁵⁴ Deze geschiedenis van ADHD sluit hier goed bij aan. Het onderwerp is niet een discipline, bijvoorbeeld de kinderpsychiatrie, maar een concreet ziektebeeld waar meerdere beroepsgroepen én leken zich mee bezig hebben gehouden. Daarnaast zijn ADHD en ‘voorlopers’ aandoeningen die, in tegenstelling tot bijvoorbeeld autisme, niet tot het (onomstreden) kerndomein van de kinderpsychiatrie behoorden, maar altijd op het grensgebied met andere disciplines hebben gelegen.⁵⁵

Wel ligt het accent in deze studie meer op de kinder- en jeugdpsychiatrie dan op andere disciplines. Daarin spelen overwegingen van afbakeningen een rol en bovendien de

⁵⁴ Zie de ‘mission statement’ op de website van het *Descartes Centre* (laatst bekeken op 7 oktober 2008): <http://www.descartescentre.com/index.php?page=algemeen>

⁵⁵ Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 54, 66-67, 109-111.

persoonlijke interesse van de auteur, die onlangs een boek over de geschiedenis van de kinderpsychiatrie (mede) heeft gepubliceerd. Kinderpsychiaters zijn over het algemeen ook de belangrijkste deskundigen op het gebied van ADHD en de ‘voorlopers’ geweest en als zodanig ook erkend. Door echter in de eerste plaats de geschiedenis van een ziektebeeld – of eigenlijk: een aantal ziektebeelden die sterke overeenkomsten vertonen – te beschrijven en niet die van de kinderpsychiatrie, kan de interactie met aanpalende disciplines goed uit de verf komen.

Tot slot is het nodig om in deze inleiding iets te zeggen over het gebruik van termen als ‘biologisch’ en ‘psychologisch’. Deze begrippen hebben weinig te maken met de wetenschappelijke disciplines van de biologie en psychologie. De universitaire experimentele psychologie behoort, uitgaande van de ‘twee culturen’, eerder tot de categorie ‘biologisch’ of ‘natuurwetenschappelijk’ dan tot die van ‘psychologisch’ of ‘geesteswetenschappelijk’. In deze scriptie worden de genoemde en vergelijkbare termen gebruikt in de betekenis die ze over het algemeen in het dagelijkse taalgebruik, maar ook in de meeste literatuur, ten aanzien van ADHD hebben: een ‘biologische’ oriëntatie duidt op de neiging een organische oorzaak te veronderstellen en de voorkeur voor medicamenteuze behandeling; ‘psychologisch’ staat voor de neiging om gedagsproblemen toe te schrijven aan psychische en sociale factoren, waardoor ook eerder gekozen wordt voor psychotherapeutische interventies.

Ook het gebruik van andere termen kan voor verwarring zorgen. Met de term ‘medisch’ bijvoorbeeld wordt over het algemeen vrijwel hetzelfde bedoeld als met ‘biologisch’. De term ‘psychodynamisch’ lijkt vaak inwisselbaar met ‘psychologisch’, maar duidt op een specifieke categorie van benaderingen die over het algemeen verwant zijn aan of geïnspireerd op de psychoanalyse. Omdat veel van deze benaderingen niet strikt Freudiaans zijn en voor een belangrijk deel ook uit een latere periode stammen dan het gedachtegoed van Freud, verdient de term ‘psychodynamisch’ de voorkeur boven ‘psychoanalytisch’. Soms wordt, in aansluiting op het taalgebruik in het bronnenmateriaal, wel de laatste term gebezigd, daar zal de lezer dan moeten bedenken dat ‘psychodynamisch’ eigenlijk adequater zou zijn.

Wellicht zou het beter zijn, maar omwille van de leesbaarheid is daar van afgezien, om al deze begrippen consequent te voorzien van aanhalingstekens om aan te geven dat ze met een korreltje zout moeten worden genomen. Deze scriptie beoogt immers afstand te nemen van de karikaturele voorstellingen die vaak bestaan van met name de psychodynamische visie op gedragsproblematiek. Bovendien is het de bedoeling om het gebruik van de pendelmetafoor kritisch tegen het licht te houden, omdat die vaak leidt tot de suggestie van een simplistische tweedeling in de benadering van ADHD en voorlopers – alsof er werkelijk slechts twee keuzemogelijkheden zijn: ofwel een organische oorzaak

veronderstellen ofwel de ouders de schuld te geven. Ook bij begrippen als 'voorloper van ADHD' zouden aanhalingstekens op zijn plaats zijn. Het streven is namelijk om te 'vergeten' dat ziekte-concepten uit het verleden 'voorlopers' van ADHD zijn, zodat hun eigen historische betekenis beter tot zijn recht komt.

Hoofdstuk 1: Moreel-ethisch defect en zenuwachtig (ca. 1890-1930)

1. Inleiding

In 1902 hield de Britse kinderarts Sir George Frederick Still een serie lezingen aan het Royal College of Physicians in Londen. Daarin besprak hij twintig casussen van kinderen die, zoals hij het noemde, een 'defect of moral control' hadden. Deze kinderen vertoonden gedragskenmerken als 'extreme restlessness', 'almost choreiform movements' en 'an abnormal incapacity for sustained attention'. De onderliggende oorzaak was volgens Still een organische stoornis ('some morbid physical condition') in de hersenen.⁵⁶

Zo werd de eerste 'voorloper' van ADHD geboren, althans dat is de algemene opinie in de literatuur.⁵⁷ Still zou de eerste serieuze klinische beschrijving gegeven hebben van een stoornis die in de woorden van Barkley, 'most closely approximates what is today known as ADHD'.⁵⁸ Tevens zou Still, passend bij het heersende paradigma in de geneeskunde, een *biologistische* medische definitie gegeven hebben voor druk en moeilijk gedrag van kinderen. Hij zou dat gedaan hebben in een tijd dat deze problematiek in Westerse landen sterk in de belangstelling was komen te staan, als gevolg van onder andere de sociale transformaties die door het industrialisatieproces teweeg waren gebracht, de toenemende professionalisering en verwetenschappelijking van de bemoeienis met kinderen en de invoering van de leerplicht. Samengevat in de terminologie die in de inleiding is besproken, was het werk van Still een voorbeeld van de medicalisering van afwijkend kindergedrag, waarbij de 'pendel' naar de kant van de biologie was uitgeslagen.

Deze voorstelling van zaken in de literatuur, die in paragraaf 2 uitvoeriger aan de orde komt, zal in dit hoofdstuk kritisch tegen het licht gehouden worden. Dat gebeurt aan de hand van twee medische begrippen die rond 1900 in Nederland werden geïntroduceerd. Paragraaf 3 gaat over de eerste: het 'moreel-ethisch defecte kind' van de psychiater K.H. Bouman, dat sterk overeenkwam met Stills *moral deficiency*. In deze paragraaf zullen vraagtekens geplaatst worden bij de status van 'voorloper van ADHD' van deze beide concepten. Vervolgens zullen de opvattingen van Bouman geplaatst worden in het bredere kader van het toenmalige debat in Nederland over de zogenaamde 'onmaatschappelijke kinderen'. Daarbij zal blijken dat de dominante benadering in Nederland, evenals die van

⁵⁶ G.F. Still, 'The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children' in: F.C. Verhulst en Ph. D. A. Treffers ed., *Klassiekers van de kinder- en jeugdpsychiatrie* (Assen 2004 [1902]) 58-97, aldaar 77, 89, 92-96.

⁵⁷ Zie paragraaf 1.

⁵⁸ Barkley, *Attention-Deficit* 4.

Bouman, niet 'puur' biologisch, maar *sociaal*-biologisch was – wat op zijn minst de toepassing van de metafoor van de pendelbeweging compliceert. Daarna zal worden betoogd dat van het in de literatuur veronderstelde verband tussen de invoering van de leerplicht en de 'medicalisering' van afwijkend gedrag van leerlingen (vóór 1930) weinig te merken was.

In paragraaf 4 volgt een historische analyse van de tweede benaming die in Nederland rond 1900 werd gebruikt voor 'onrustig gedrag': zenuwachtigheid of neurasthenie. Terwijl daar in de meeste geschiedenissen van ADHD geen aandacht aan wordt besteed, kreeg de medische visie op zenuwachtigheid of (aanleg voor) neurasthenie bij kinderen in Nederland veel meer ingang dan het moreel-ethische defect van Bouman. Dit betekent, aangezien de neurasthenie een wezenlijk andere betekenis en achtergrond had dan Stills *moral deficiency*, dat het gevestigde beeld van de omgang met 'druke kinderen' in het begin van de twintigste eeuw aanpassing behoeft. Dit zal bijvoorbeeld worden aangetoond ten aanzien van de relatie tussen de invoering van de leerplicht en de 'medicalisering' van lastige leerlingen (zie daarover ook paragraaf 2).

Tot slot zal in paragraaf 5 de situatie in Nederland rond 1900 samengevat worden aan de hand van de belangrijkste kwesties die in dit hoofdstuk aan de orde komen: In hoeverre is hier sprake van 'voorlopers' van ADHD? Sloeg de pendel inderdaad uit naar de kant van de biologie? Wat was daarbij de invloed van eugenistische, sociaal-Darwinistische denkbeelden en van de degeneratieleer? Speelden klasseverschillen een belangrijke rol bij de 'medicalisering' van afwijkend gedrag? En hoe belangrijk was de invoering van de leerplicht?

2. De (veronderstelde) achtergrond van de eerste voorlopers van ADHD

Vrijwel alle geschiedenissen van ADHD beginnen met bovengenoemde lezingenserie van Still uit 1902. Zijn concept van *moral deficiency* omvatte echter niet alleen ADHD-achtige symptomen als rusteloosheid en een slechte concentratie, maar vooral *morele* problemen, zoals de (neiging tot) misdadigheid, leugenachtigheid, gebrek aan zelfbeheersing en ongehoorzaamheid. Zijn lezingen representeerden de bezorgheid die in West-Europa en de Verenigde Staten in brede kringen bestond over de vermeende toename van lastig of zelfs crimineel gedrag bij kinderen. De belangrijkste betekenis van Stills bijdrage was, dat hij een *medische* verklaring daarvoor veronderstelde. Hij was allerm minst de enige – wat de gebruikelijke keuze om de geschiedenis van ADHD bij hem te laten beginnen iets willekeurig geeft. In heel West-Europa, ook in Nederland, en de Verenigde Staten werden

toentertijd vergelijkbare medische concepten geïntroduceerd – het Franse begrip *instabilité* had bijvoorbeeld een met *moral deficiency* vergelijkbare inhoud en invloed.⁵⁹

De nieuwe medische definities voor ‘moeilijke kinderen’ die rond 1900 ingang kregen, worden in de secundaire literatuur omschreven als ‘biologisch getint’. Psychologische en sociale verklaringen voor gedragsproblemen werden expliciet van de hand gewezen. In plaats daarvan overheerste – niet verwonderlijk gezien het toenmalige wetenschappelijke klimaat – het sociaal-Darwinistische, erfelijkheids- en degeneratiedenken.⁶⁰ Still bijvoorbeeld zag *moral deficiency* als een terugval naar een eerder stadium in de geestelijke ontwikkeling van de menselijke soort, als het verlies van de hoogste en meest recente verworvenheden in de evolutie: ethisch bewustzijn en morele zelfbeheersing. De oorzaak hiervan was volgens hem in de meeste gevallen een overerfde, minderwaardige aanleg die vooral in de lagere sociale klassen aangetroffen werd. Hij maakte daarbij de vergelijking met de ‘primitive races’, die in zijn ogen dezelfde kenmerken vertoonden als kinderen met een moreel defect, zoals ‘insufficiency of inhibitory volition’ en een ‘morbid exaggeration of excitability’.⁶¹

De visie van Still werd overgenomen en verder verspreid door zijn landgenoot Alex F. Tredgold in zijn boek *Mental deficiency* uit 1908, dat tot 1952 meerdere malen werd heruitgegeven. Tredgold schreef *mental deficiency* toe aan een ‘organic abnormality of the higher levels of the brain’. Daarbij was volgens hem vooral het ethische vermogen van de mens vatbaar voor organische pathologie, omdat het ‘of later phyletic evolution’ was. Hoewel hij in dit verband als eerste het begrip *minimal brain damage* muntte, legde Tredgold niet de meeste nadruk op bijvoorbeeld bij de geboorte opgelopen schade aan de hersenen, maar op erfelijke defecten. Het disproportionele aantal kinderen met gedragsproblemen uit de onderklasse weet Tredgold dan ook niet aan de omstandigheden in de sloppenwijken. Sterker nog, hij betoogde: ‘My own enquiries have convinced me that in the great majority of these slum cases, there is pronounced morbid inheritance, and that their environment is not the cause, but the *result*, of that heredity’.⁶²

Deze ‘ideologische vooringenomenheid’ wordt in de secundaire medische en sociologische literatuur verklaard uit de angst die de midden- en hogere klassen koesterden tegenover het stadsproletariaat, dat als gevolg van de negentiende-eeuwse industrialisatie

⁵⁹ Barkley, *Attention-Deficit* 3-5, Brancaccio, “*But Fidgety Phil*” 69-73, Buitelaar, ‘Hyperactiviteit vroeger en nu’, 64, Rafalovich, *Framing ADHD children* 27-29, Sandberg en Barton, ‘Historical development’, 1-2, 4-5, Schachar, ‘Hyperkinetic syndrome’, 19, Verheij en Treffers, *Klassiekers* 55.

⁶⁰ Brancaccio, “*But Fidgety Phil*” 46-73, Buitelaar, ‘Hyperactiviteit vroeger en nu’, 64, Sandberg en Barton, ‘Historical development’, 1-2, 6-7, Schachar, ‘Hyperkinetic syndrome’, 20-24, Still, ‘Goulstonian lectures’, 86-97.

⁶¹ Still, ‘Goulstonian lectures’, 90-91, zie ook: Brancaccio, “*But Fidgety Phil*” 72, Schachar, ‘Hyperkinetic syndrome’, 21.

⁶² Geciteerd en besproken in: Schachar, ‘Hyperkinetic syndrome’, 22-23. Zie verder: Brancaccio, “*But Fidgety Phil*” 71-73, Buitelaar, ‘Hyperactiviteit vroeger en nu’, 64, Sandberg en Barton, ‘Historical development’, 7-8, Verheij en Treffers, *Klassiekers* 55.

en urbanisatie was geformeerd. Verschijnselen die met de stedelijke onderklasse werden geassocieerd, zoals alcoholmisbruik, prostitutie, de verspreiding van geslachtsziekten en criminaliteit, namen in de ogen van veel verontruste burgers hand over hand toe.

Tegelijkertijd was in de tweede helft van de negentiende eeuw hun vertrouwen gegroeid in wetenschappelijke verklaringen én oplossingen voor maatschappelijke problemen, waarbij vooral de geneeskunde veel prestige genoot. Veel mensen verwachtten daarom dat medici een antwoord konden bieden op het 'zedelijke verval' van hun tijd. Artsen waren op hun beurt, zo willen de professionaliseringstheorie en medicaliseringstheorie, geneigd om deze mogelijkheid tot uitbreiding van hun 'jurisdictie' met beide handen aan te grijpen.⁶³

Het lag voor de hand dat medici en bezorgde burgers hun aandacht in het bijzonder richtten op 'immoreel' gedrag bij kinderen. Lastige kinderen leken namelijk gemakkelijker bij te schaven dan criminele en onbeschaafde volwassenen. Met de school was bovendien een uitgelezen instrument voor handen waarmee kinderen uit de onderklasse tot deugdzaam burgers opgevoed zouden kunnen worden. Dit wordt in de secundaire literatuur aangemerkt als het belangrijkste motief achter de invoering van de leerplicht (en andere wetten waarin een actievere bemoeienis van de staat met het kind werd geregeld). De betekenis van de leerplicht was volgens veel auteurs niet te overschatten: het was de eerste vorm van directe publieke interventie in wat altijd een private relatie tussen ouders en kinderen was geweest. De onderwijzer kreeg – als eerste in een lange rij van *professionals* die zich gedurende de laatste honderd jaar met de opvoeding van kinderen gingen bemoeien – een sleutelrol toegewezen in de nieuwe verhouding die ten aanzien van de opvoeding was ontstaan tussen de staat en ouders. Na de instelling van de leerplicht gingen ook kinderen naar school die daar voorheen om uiteenlopende redenen niet kwamen, waaronder kinderen die te druk en ongedurig waren om zich aan te kunnen passen aan de schooldiscipline. Leerkrachten gingen vervolgens voor de onoverkomelijke problemen die deze kinderen hen stelden te rade bij artsen en later ook (kinder)psychiaters. Deze losten wat in feite een ordeprobleem was op met behulp van een medische of psychiatrische diagnose en behandeling en wisten daarmee tegelijkertijd hun invloedssfeer uit te breiden. Vooral voor psychiaters, die over het algemeen weinig aanzien genoten in de medische wereld, zou dit een aantrekkelijke manier geweest zijn om hun professionele positie te versterken.⁶⁴

Zo komt een duidelijk beeld naar voren in zowel de medische als sociologische secundaire literatuur over de eerste voorlopers van ADHD. De 'pendel' was uitgeslagen naar

⁶³ Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 46-56, 63, 72, Sandberg en Barton, 'Historical development', 7, Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 19-21, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 51.

⁶⁴ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 222-223, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 12-67, Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 170-171, L. Groenendijk en N. Bakker, 'Dieptepsychologie en opvoeding. Over de neurotisering van de ouder-kindrelatie', *Pedagogiek* 20, no. 3 (2000) 238-254, aldaar 240-242, Pieters, 'Een eeuw omgang', 638, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 50-51.

de kant van de biologie. Ondanks accentverschillen per land – in het Franse *instabilité* klonk bijvoorbeeld de (van oorsprong Franse) degeneratietheorie sterk door, terwijl de oriëntatie in Engeland meer sociaal-Darwinistisch was – domineerde overal het erfelijkheidsdenken. Tevens speelden de gebruikelijke elementen uit de medicaliseringstheorie een belangrijke rol: veranderende verhoudingen tussen sociale klassen; ontwikkelingen op het gebied van onderwijs; de (toegenomen) neiging in de samenleving om wetenschappelijke en medische verklaringen voor sociale verschijnselen te accepteren; en het streven van artsen en in het bijzonder psychiaters om hun werkterrein uit te breiden. Onder invloed van deze factoren zou de basis zijn gelegd voor de medicalisering van afwijkend gedrag van kinderen, al waarschuwt Brancaccio dat het tot ongeveer 1930 duurde voordat artsen en psychiaters de weerstanden van onder andere onderwijzers tegen hun bemoeienis met ‘drukke kinderen’ hadden overwonnen.⁶⁵

In het vervolg van dit hoofdstuk wordt bovenstaande schets van de inhoud en achtergrond van de ‘eerste voorlopers’ van ADHD afgezet tegen de concrete situatie in Nederland rond 1900. Dit gebeurt om te beginnen aan de hand van een lezing van K.H. Bouman over het ‘moreel-ethische defect’ – een bijna letterlijke vertaling van Stills *moral deficiency*.

3. Moreel-ethisch defect

Een speciale vorm van ‘achterlijkheid’?

Op 14 juni 1912 hield de privaattoecent en latere hoogleraar psychiatrie K.H. Bouman voor de Amsterdamse afdeling van het Nederlands Onderwijskundig Genootschap een voordracht over ‘lastige en ondeugende kinderen’. Deze kinderen vertoonden volgens Bouman ‘nerveuse symptomen’ als een sterkere lichamelijke reactie op psychische prikkels, gevoeligheid en snelle prikkelbaarheid, gemis aan voldoende remmingen, afleidbaarheid en een snelle wisseling van de aandacht.⁶⁶ Evenals Still legde Bouman echter niet de meeste nadruk op deze ‘ADHD-achtige’ symptomen, maar op immorele gedragingen als weerspanning, ongezegelijkheid, prikkelbaarheid, neiging tot vagebondage, straatschenderijen, baldadigheid en criminaliteit. Bouman gebruikte het begrip ‘misdadig’ zelfs als synoniem voor ‘lastig en ondeugend’. Zijn lezing ging over een categorie kinderen bij wie het ‘abnormale karakter’ niet het gevolg was van gebrekkige verstandelijke vermogens, maar van een ‘moreel-ethisch defect’. Door dit defect kwam het volgens Bouman bij deze kinderen niet tot een harmonische afwerking van de persoonlijkheid.

⁶⁵ Brancaccio, “*But Fidgety Phil*”, 70-75.

⁶⁶ K.H. Bouman, ‘Lastige en ondeugende kinderen’ in: *Verzameling overgedruken uit de jaren 1909 tot 1940* (z.p. z.j. [1912] 7).

Daardoor zouden de 'hooger georganiseerde remmen (een factor van groote waarde voor de volmaking van het karakter)' achterwege blijven, met als gevolg dat de oorspronkelijke instinctieve gevoelens meer vrij spel hadden dan bij kinderen met een normale karakterontwikkeling.⁶⁷

In zekere zin was dus volgens Bouman sprake van achterlijkheid, dat wil zeggen: een achterblijvende ontwikkeling. Zijn voordracht maakte, evenals de lezingen van Still, onderdeel uit van een breder discours over ontwikkelingsachterstanden. In de tweede helft van de negentiende eeuw begonnen medici in toenemende mate het fenomeen zwakzinnigheid te bestuderen, met de evolutietheorie als belangrijke inspiratiebron. Een populaire zienswijze was dat een kind tijdens zijn ontwikkeling van zuigeling tot volwassene als het ware versneld de verschillende fasen van de evolutie van de mens doorliep. In het verlengde hiervan werd geredeneerd dat bij verstandelijk 'minderwaardigen' dit proces in een vroeger of later stadium was gestagneerd. Dit uitgangspunt lag ook ten grondslag aan de steeds verdergaande differentiatie tussen verschillende vormen van zwakzinnigheid. Bij idioten bleef de cognitieve ontwikkeling vrijwel volledig achterwege. Zelfs het zeer vroege stadium waarin jonge kinderen leerden fysiek gevaar te vermijden, was voor hen te hoog gegrepen. Idioten moesten daarom voortdurend bewaakt en verpleegd worden. Imbecielen konden wél leren om fysieke bedreigingen als gevaarlijk bewegende objecten te vermijden, maar waren niet in staat onderwijs te volgen of adequaat werk te vinden. Zij zouden daardoor nooit hun eigen 'zaken' kunnen behartigen en de leiding over hun eigen leven nemen, maar altijd afhankelijk van anderen blijven. Boven de imbecielen stonden, evolutionair gezien, de debielen, die vergelijkbaar zijn met de 'zwakbegaafden' van tegenwoordig. Voor hen werd ook dikwijls het begrip 'achterlijk' gebruikt.⁶⁸

Op basis van dit evolutionaire perspectief betoogden veel auteurs dat een gebrekkige verstandelijke ontwikkeling ook een achterstand op ethisch gebied met zich meebracht. Still stelde bijvoorbeeld: 'Moral control can only exist where there is a cognitive relation to environment'.⁶⁹ Bovendien bereikten zwakzinnigen en achterlijken nooit het laatste 'morele' stadium van de ontwikkeling van een kind. Essentieel bij de vorming van een zedelijk karakter was het aanleren van het vermogen om (verkeerde) driften, impulsen en neigingen

⁶⁷ Ibidem., 4-8 (het citaat staat op p.8), zie ook: K.H. Bouman, 'Paedagogische maatregelen ten behoeve van de constitutioneel psychopathische schooljeugd' in: *Verzameling overdrukken uit de jaren 1909 tot 1940* (z.p. z.j. [1913] 2-3.

⁶⁸ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 56-67, Luc Brants, *Leiding moeten zij hebben. Geschiedenis van de soicaal pedagogische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in Nederland tussen 1940 en 1945*, Proefschrift Universiteit Maastricht (Antwerpen/Apeldoorn 2004) 19-21, L. de Goei, *De psychohygiënist. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid, 1924-1970*, Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Nijmegen 2001) 27, J. Klootsema, *Misdeelde kinderen. Inleiding tot de paedagogische pathologie en therapie* (Groningen 1904) 26-46, P., 'De school en het kind', *Het kind* 8 (1907) 10-12, aldaar 12, Rafalovich, *Framing ADHD children* 22-25. Zie ook: Bouman, 'Lastige en ondeugende kinderen', 6-8, Idem., 'Paedagogische maatregelen', 1-2, Still, 'Goulstonian lectures', 58-70.

⁶⁹ Still, 'Goulstonian lectures', 59, ook aangehaald in: Rafalovich, *Framing ADHD children* 27.

te beheersen. Juist daar waren ‘achterlijke kinderen’ niet toe in staat, zoals de psychiater en latere hoogleraar G. Jelgersma in een voordracht uit ca. 1909 verwoordde: ‘Het verschil tussen den achterlijken mensch en den normalen is nu niet, dat aan den laatsten lagere gevoelens zouden ontbreken, maar bestaat hierin, dat bij de normalen mensch naast de eenvoudigere, lagere gevoelens ook de hoogere voorkomen en dat deze bij den achterlijken mensch ontbreken. De achterlijken mensch wordt in zijn doen en laten door zijne eenvoudige gevoelens beheerscht en bij den normalen mensch grijpen de hoogere gevoelens wijzigend en verzachtend op de handelingen van de persoon in. Altijd zijn de hoogere gevoelens aanwezig om de opkomende ondoordachte, onberedeneerde, impulsieve handelingen der eenvoudigere gevoelens, zoo mogelijk reeds bij hun ontstaan te wijzigen en te onderdrukken’.⁷⁰ Dit laatste gebeurde niet bij ‘achterlijken’: ‘Het achterlijke kind heeft dus een eenvoudig en sterk gevoelsleven [...]. Deze sterke gevoelens hebben de neiging zich direct in eene handeling om te zetten; zij zoeken, ongeremd door hoogere gevoelens en door hoogere overwegingen, onmiddellijk een uitweg naar buiten. De driftbui kan bij den normalen mensch nog eens onderdrukt worden door interfereerende hoogere gevoelens, bij den achterlijken mensch treedt zij impulsief naar buiten’.⁷¹ Vanwege deze impulsiviteit en ongeremdheid, maar ook vanwege hun kwetsbaarheid en suggestibiliteit, was het aantal achterlijken volgens Jelgersma groot onder de prostituées, criminelen en de vagebonden.⁷²

Steeds meer artsen die zich met deze materie bezighielden, onder wie Still en Bouman, constateerden echter dat er ook kinderen waren met een normaal intellect, die toch hetzelfde gebrek aan ‘moral control’ (Still) of ‘hooger georganiseerde remmen’ (Bouman) vertoonden als veel ‘achterlijken’. Deze kinderen hadden, zo werd gesteld, weliswaar alle stadia van de cognitieve ontwikkeling doorlopen, maar niet het laatste ‘ethische’ stadium van de geestelijke evolutie. Zo werd een nieuwe categorie ‘achterlijken’ geïdentificeerd waarvoor in Groot Brittannië de term *moral imbecillity* werd gebruikt, onder andere in de *British Mental Deficiency Act* van 1913. De concepten van Still (en Tredgold) en Bouman sloten hier nauw bij aan.⁷³ De laatste spreekt gebruikte bijvoorbeeld de term ‘morele zwakzinnigheid’.⁷⁴ Daarnaast vertoont zijn beschrijving van ‘moreel-ethisch defecte’ kinderen veel overeenkomsten met die van Jelgersma van ‘achterlijke’ kinderen, met name ten aanzien van impulsiviteit, ongeremdheid en snelle wisselingen van emoties. Bouman sprak bijvoorbeeld van ‘onberekenbare oogenblikmensen’, Jelgersma van

⁷⁰ G. Jelgersma, *Het gevoelsleven van het achterlijke kind* (Leiden [ca. 1909]) 11-12.

⁷¹ *Ibidem*, 12-13.

⁷² *Ibidem*. Zie ook: Bouman, ‘Lastige en ondeugende kinderen’, 6-7, Still, ‘Gaulstonian lectures’, 61-70, Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 59-63, Brants, *Leiding* 21, Goei, *De psychohygiënist* 27, Klootsema, *Misdeelde kinderen* 37, 51, P., ‘De school en het kind’, Rafalovich, *Framing ADHD children*.

⁷³ Bouman, ‘Lastige en ondeugende kinderen’, 3,6-7, *Idem.*, ‘Paedagogische maatregelen’, Still, ‘Gaulstonian lectures’, 58-61, 71-72, 76-97, Rafalovich, *Framing ADHD children* 24-29. In de literatuur werd toentertijd ook wel gesproken van ‘paedologisch-achterlijken’, zie: P., ‘De school en het kind’, 12.

⁷⁴ Bouman, ‘Lastige en ondeugende kinderen’, 10.

‘gemoedsaandoeningen voor het oogenblik’.⁷⁵ De overlap tussen de voordrachten van beide psychiaters is opmerkelijk, alleen op het punt van de intellectuele capaciteiten bestaat er verschil tussen de beide groepen kinderen die zij beschreven.

De begrippen *moral imbecility*, *moral deficiency* en ‘moreel-ethisch defect’ doen op het eerste gezicht sterk denken aan het ziektebeeld *moral insanity* dat reeds in 1833 door de Britse arts J.C. Prichard werd beschreven. Over dit begrip is decennialang getwist, wat Bouman ook in zijn voordracht aanstipte. In vroeger tijden vloeiden volgens Bouman de grenzen tussen *moral insanity* en de normale misdadiger volledig ineen. In zijn tijd geloofde men echter niet meer in het bestaan van een geïsoleerde morele krankzinnigheid. Still en Bouman beschouwden *moral deficiency* respectievelijk ‘moreel-ethisch defect’ daarom niet als een afzonderlijk ziektebeeld, terwijl Prichard *moral insanity* wel als zodanig opvatte. Bouman verwoordde zijn standpunt als volgt: ‘Immers in den gang van onze beschouwingen ligt het dat het moreel-ethische defect wel de meest in het oog springende bijzonderheid is, maar toch slechts als deel van het psychopathische geheel moet worden opgevat.’⁷⁶

Bouman voegde daaraan toe dat er verschillende stoornissen ten grondslag konden liggen aan het moreel-ethische defect: ‘Want evenals domheid heeft ook de ondeugd in den grond zeer verschillende oorzaken. Hoe hooger georganiseerde de psychische functies zijn des te meer zijn zij onderhevig aan variabiliteit en de hoeveelheid variaties, welke bij ontwikkelingsstoornissen van het karakter worden aangetroffen, zijn uiterst talrijk.’⁷⁷ Ter illustratie van deze variabiliteit besprak Bouman vijf verschillende ‘abnormale karaktertypen’, in oplopende graad van lastigheid en moeilijk opvoedbaarheid: de infantielen, de nerveusen, de ongeremden, de moreel-zwakzinnigen en de explosieven. Met deze vijf groepen kinderen deed hij naar eigen zeggen slechts een greep uit ‘de groote menigte variaties op dit gebied’.⁷⁸ De twintig casussen uit de befaamde lezingenreeks van Still waren van een vergelijkbare diversiteit. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat Still en Bouman niet een ziektebeeld aan de orde stelden, maar een breed spectrum van afwijkend gedrag bij kinderen met normale intellectuele vermogens.⁷⁹

⁷⁵ Ibidem., 8, Jelgersma, *Gevoelsleven* 12-13.

⁷⁶ Bouman, ‘Lastige en ondeugende kinderen’, 11, zie ook 7. Zie hierover ook: Rafalovich, *Framing ADHD children* 24-25, 28-29.

⁷⁷ Bouman, ‘Lastige en ondeugende kinderen’, 7, zie ook 11.

⁷⁸ Ibidem., 8-13.

⁷⁹ Zie ook: Jan Noordman, *Om de kwaliteit van het nageslacht. Eugenetica in Nederland 1900-1950*, Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Nijmegen 1989) 17-18.

Voorloper van ADHD of beginnende 'medicalisering'?

Als we het voorgaande samenvatten, dan spraken Bouman en Still niet over een welomschreven stoornis, maar over een heterogene groep kinderen met een achterblijvende of gestoorde ontwikkeling van het karakter. Daarbij lag het accent niet op hyperactief gedrag, maar op immoraliteit en criminaliteit. Tevens pasten de ideeën van Bouman en Still in een al langer bestaand medisch discours over zwakzinnigheid en *moral imbecility*. Dit roept vragen op over de status van *moral deficiency* en 'moreel-ethisch defect' als eventuele voorlopers van ADHD. Terwijl in de medische literatuur over ADHD de lezingen van Still worden getypeerd als 'the first, clear, systematic accounts of hyperactivity',⁸⁰ lijkt van een 'eerste' noch 'duidelijke' noch 'systematische' beschrijving van de stoornis hyperactiviteit sprake te zijn geweest. De socioloog Rafalovich betoogt dan ook dat het werk van Still in de medische literatuur wordt gepresenteerd als 'more meticulous than it was, making it seem novel, or avant garde'.⁸¹

De gelijkenis tussen de concepten van Still en Bouman en de huidige ADHD is bij nader inzien tamelijk oppervlakkig. Die gelijkenis heeft alles te maken met het pedagogische klimaat dat rond 1900 heerste. Het doel van de opvoeding was de ontwikkeling van een goed, deugdzzaam karakter. De algemene overtuiging was dat het daarvoor nodig was dat het kind zelfbeheersing zou leren. Het kind moest in zijn ethische ontwikkeling het vermogen verwerven zijn lagere gevoelens, driften en impulsen te beteugelen. Tegen deze achtergrond is het niet verwonderlijk dat 'moral control' en 'de hooger georganiseerde remmen' volgens Still en Bouman behoorden tot de hoogste geestelijke vermogens, de meest recente verworvenheden in de evolutie van de mens. Zij beschreven kinderen met een moreel-ethisch defect daarom ook als kinderen met een gebrek aan zelfbeheersing, met andere woorden: als impulsief, ongeremd en snel afgeleid. Dit zijn symptomen van ADHD, die tegenwoordig wordt opgevat als inhibitiestoornis. Het gebrek aan 'rem' is dus wat de kinderen met ADHD van nu en de moreel-ethisch defecte kinderen van honderd jaar geleden verbindt, maar veel verder kan de vergelijking niet getrokken worden. Het probleem van de maatschappelijke ondeugd dat centraal stond bij *moral deficiency* en het moreel-ethische defect, ontbreekt bij ADHD. De huidige stoornis blijft beperkt tot symptomen van hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtstekort, zoals ook blijkt uit de bijlage (aan het eind van deze scriptie) met de diagnostische criteria voor ADHD die tegenwoordig gehanteerd worden.⁸²

⁸⁰ Sandberg en Barton, 'Historical development', 5. Zie voor vergelijkbare kwalificaties: Barkley, *Attention-Deficit* 3-4, Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 19, Verheij en Treffers, *Klassiekers* 55.

⁸¹ Rafalovich, *Framing ADHD children* 27.

⁸² Bouman, 'Lastige en ondeugende kinderen', bijv. 8-13, Idem., 'Paedagogische maatregelen', 2-3, Still, 'Gaulstonian lectures', 59-61, Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 277-278, Nelleke Bakker, *Kind en karakter. Nederlandse pedagogen over opvoeding in het gezin 1845-1925*, Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 1995) 3, 215.

Toch zijn de lezingen van Still en Bouman van betekenis voor de geschiedenis van ADHD, omdat zij het begin markeren van de structurele medische belangstelling voor afwijkend gedrag bij kinderen. Weliswaar werd geen duidelijk afgebakende stoornis omschreven (dus ook nauwelijks een 'voorloper' van ADHD), maar Bouman, Still en veel tijdgenoten definieerden wel een nieuw onderwerp voor medische studie. Rafalovich betoogt in dit verband dat Still geen 'breaking medical discovery' presenteerde, maar een pleidooi hield voor meer wetenschappelijk onderzoek naar een nog grotendeels onontgonnen onderzoeksgebied.⁸³ Still hield zijn publiek bijvoorbeeld voor: 'For some years past I have been collecting observations with a view to investigating the occurrence of defective moral control as a morbid condition in children, a subject I cannot but think calls urgently for scientific investigation'.⁸⁴ Bouman hield een vergelijkbaar pleidooi: 'Men zal zich nu eenmaal niet kunnen tevreden stellen met het constateeren dat er kinderen zijn, die van het pad der deugd zijn afgeweken, maar men zal ook moeten trachten op te sporen welke de wegen zijn, die naar gene zijde van de deugd voeren en onder welken vormenrijkdom de ondeugd zich voordoet'.⁸⁵

Op deze manier riepen Bouman en Still (en veel tijdgenoten) in feite op tot uitbreiding van het medische domein naar een nieuwe categorie kinderen. Kennis en concepten die aanvankelijk alleen betrekking hadden op zwakzinnigheid (en vooral in Frankrijk ook op epileptie) werd toegepast op kinderen die niet zwakzinnig (of epileptisch) waren maar 'immoreel' gedrag vertoonden. Ondanks de afwezigheid van duidelijke 'ziekte' of retardatie, twijfelden Bouman en Still er niet aan dat de kinderen over wie zij spraken, een organische stoornis hadden. In hun ogen konden daar exogene oorzaken als ernstige schedelverwondingen en infectieziekten aan ten grondslag liggen, maar was in de meeste gevallen sprake was van erfelijke, endogene psychopathie. Op het Nederlandse Congres voor Kinderstudie in 1913 gebruikte Bouman, in een voordracht over dezelfde categorie kinderen, de term 'constitutionele psychopathie'.⁸⁶

De Nederlandse sociaal-biologische benadering van onmaatschappelijke kinderen

Zo zijn veel elementen uit de medicaliseringstheorieën herkenbaar in het werk van Bouman. Zijn lezingen stonden bovendien niet op zichzelf in Nederland. Weliswaar dook zijn concept van het moreel-ethische defect niet vaak op in de bronnen en literatuur uit het begin van de twintigste eeuw, maar dat gold wel voor begrippen die hij zelf als min of meer synoniem gebruikte, zoals 'psychopathie' en 'karakterstoornis'. Deze termen werden dikwijls toegepast

⁸³ Rafalovich, *Framing ADHD children* 27-29.

⁸⁴ Still, 'Gaulstonian lectures', 58, ook aangehaald in: Rafalovich, *Framing ADHD children* 27.

⁸⁵ Bouman, 'Lastige en ondeugende kinderen', 16, Still, 'Gaulstonian lectures', 71-79, 90-96, Brancaccio, "But Fidget y Phil" 69, 72, Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 21-22.

⁸⁶ Ibidem., 14-16, 20, Idem., 'Paedagogische maatregelen'.

op een specifieke groep 'probleemkinderen' waar toentertijd in Nederland veel om te doen was: de 'onmaatschappelijke kinderen'.⁸⁷

De discussies hierover vonden plaats in dezelfde context als die in het buitenland over vergelijkbare groepen kinderen. Evenals in andere West-Europese landen was in Nederland gedurende de laatste decennia van de negentiende eeuw de bezorgdheid over de stedelijke onderklasse toegenomen onder (vooral) de burgerij. Vooral toen in de jaren 1890 de industrialisatie echt vorm begon te krijgen en de gevolgen daarvan zichtbaar werden, groeide de verontrusting over het 'zedelijke verval' van de natie. Dit uitte zich onder andere in een buitengewone grote belangstelling voor probleemkinderen. Hoewel dat niet werd bevestigd door de misdaadstatistieken, was de algemene overtuiging dat de jeugdcriminaliteit hand over hand toenam. In allerlei publicaties klonk de klacht dat de jeugd, met name in de lagere sociaal-economische milieus, was losgeslagen. Tegelijkertijd werd gunstiger dan voorheen gedacht over overheidsingrijpen en was het vertrouwen gegroeid in de bijdrage die de (medische) wetenschap kon leveren aan de bestrijding van criminaliteit en immoraliteit. In dit klimaat was er niet alleen voldoende draagvlak voor de invoering van de Kinderwetten (1901-1905) en de Leerplichtwet (1900), maar ook voor de bemoeienis van medici en psychiaters met 'onmaatschappelijke kinderen'.⁸⁸

Dit alles lijkt naadloos aan te sluiten bij het beeld dat in de secundaire literatuur naar voren komt, zoals samengevat in paragraaf 2, van de historische wortels van ADHD. De benadering in Nederland van lastige en misdadige kinderen week echter af ten opzichte van het buitenland door een sterke gerichtheid op sociale en hygiënistische maatregelen. Cultuurpessimisme en fin-de-siècle-stemming hadden Nederland minder in de greep dan bijvoorbeeld Frankrijk en Duitsland. In plaats daarvan werd Nederland rond 1900 vooral gekenmerkt door vernieuwingsstreven en optimisme.⁸⁹

Wel bestond er net als elders bezorgdheid over de (vermeende) negatieve gevolgen van de modernisering, zoals de toename van criminaliteit en daarnaast van 'volksziekten' als tuberculose, alcoholisme, krankzinnigheid en syfilis. Het aantal 'maatschappelijk ongeschikten' nam volgens veel artsen, psychiaters en andere commentatoren toe, omdat de moderne beschaving een negatief effect had op de kwaliteit van de bevolking. De

⁸⁷ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 255, Brants, *Leiding* 22, Goei, *De psychohygiënist* 17, 27, Noordman, *Kwaliteit van het nageslacht* 16-19, 87, Pieters, 'Een eeuw omgang', 639.

⁸⁸ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 191-206, 219, Brants, *Leiding* 23-25, Goei, *De psychohygiënist* 19-23, Noordman, *Kwaliteit van het nageslacht* 256-258, Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1970-2005)* (Houten 2008) 56-64, 213, Pieters, 'Een eeuw omgang', 639.

⁸⁹ Brants, *Leiding* 28, Goei, *De psychohygiënist* 19-23, Noordman, *Kwaliteit van het nageslacht* 16-18, 38-42, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 60, 169, 212-213, 244, Joost Vijselaar, 'Neurasthenia in the Netherlands' in: Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter ed., *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War* (Amsterdam/New York 2001) 239-255, aldaar 239, Ido Weijers, *De creatie van het mondige kind. Geschiedenis van pedagogiek en jeugdzorg* (Vierde, herziene druk, Amsterdam 2007) 149, 155-159.

voortgang in de geneeskunde en de zorg voor de zwakkeren ondermijnden namelijk de natuurlijke selectie binnen de menselijke soort. Deze contra-selectie werd nog versterkt doordat mensen uit de laagste sociale klassen, onder wie de meeste misdadigers, zwakzinnigen en onmaatschappelijken werden aangetroffen, doorgaans meer kinderen kregen dan mensen uit beschaafdere sociale milieus.⁹⁰ Deze denktrant werd onder andere gevolgd door de eerste hoogleraar psychiatrie in Nederland, C. Winkler. In 1893 stelde hij dat de moderne geneeskunde en hygiëne ‘tegen één sterke tienmaal zoveel zwakkeren in ’t leven houdt en hen in staat stelt zich voort te planten’.⁹¹ ⁹²

Dit pessimisme werd in Nederland echter overvleugeld door de optimistische verwachting dat bovengenoemde sociale én zedelijke problemen opgelost konden door actief in te grijpen, met behulp van *moderne* wetenschappelijke middelen en inzichten. Historica Leonie de Goei spreekt in dit verband van een combinatie van verontrusting en dadendrang. De dadendrang had daarbij volgens haar en verschillende andere auteurs, zeker in vergelijking met het buitenland, de overhand.⁹³

Dit kwam onder andere tot uiting in de typisch Nederlandse ‘sociaal-biologische’ benadering van ‘onmaatschappelijke kinderen’. Enerzijds werd hun immorele, afwijkende gedrag minder dan in het buitenland toegeschreven aan een erfelijke dispositie, een ‘ziekelijke aanleg’. Daarbij was de invloed van de degeneratietheorie en van eugentische en sociaal-Darwinistische denkbeelden aanzienlijk.⁹⁴ Anderzijds was er in Nederland veel weerstand tegen de deterministische implicaties daarvan, onder andere op religieuze gronden. Het

⁹⁰ Brants, *Leiding* 21, Goei, *De psychohygiënist* 23, 26-27, Noordman, *Kwaliteit van het nageslacht*, Oosterhuis en Gijswilt-Hofstra, *Verward van geest* 211 e.v, Waardt, *Mending minds* 78-80. Zie ook: Brancaccio, “*But Fidgety Phil*” 46-56, Schachar, ‘Hyperkinetic syndrome’, 20-21.

⁹¹ Geciteerd in: Goei, *De psychohygiënist* 26, zie ook: De Waardt, *Mending minds* 78-81.

⁹² Tegen deze achtergrond werden in verschillende landen eugenetische bewegingen opgericht, met als doel de kwaliteit van de bevolking actief gunstig te beïnvloeden. In Nederland bleef de eugenetische beweging, zo betoogt Jan Noordman in zijn dissertatie, een maringaal verschijnsel. In tegenstelling tot in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, de Scandinavische landen en (later) Nazi-Duitsland, bleven in Nederland actieve eugenetische maatregelen, zoals sterilisatieprogramma’s, uit. Om verschillende redenen was de weerstand tegen een dergelijke actieve politiek groot. Echter, het onderliggende eugenetische *gedachtegoed*, de zorg om de kwaliteit van het nageslacht zoals hierboven geschets, was wél populair onder Nederlandse artsen en psychiaters. Zie: Goei, *De psychohygiënist* 32, 46-48, Noordman, *Kwaliteit van het nageslacht* 16-21, 243-249, 260-266, Waardt, *Mending minds* 80-81. Zie voor het buitenland: Brancaccio, “*But Fidgety Phil*” 46-56, Schachar, ‘Hyperkinetic Syndrome’, 20-21.

⁹³ Goei, *De psychohygiënist* 19-23, zie ook: Brants, *Leiding* 28, Noordman, *Kwaliteit van het nageslacht* 16-18, 38-42, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 149, 155-159.

⁹⁴ Zie noot 90. De leidraad bij de (her)opvoeding van debiele en misdadige kinderen in inrichtingen en tuchtscholen was bijvoorbeeld lange tijd het internationaal vermaarde boek *Misdeelde kinderen* uit 1904 van J. Klootsema (1867-1926), één van de pioniers op het gebied van de pedagogische pathologie (orthopedagogiek). Klootsema noemde misdadige kinderen *misdeeld*, omdat zij leden onder hun organische (pedagogische) pathologie. Hij veronderstelde dat de intellectuele, zintuiglijke, en vooral morele tekorten van deze jongens en meisjes, veelal een erfelijke grondslag hadden. Deze kinderen bleven daarom achter in de evolutie en bedreigden daarmee de voortgang van de Nederlandse natie. Zie: Bakker, Noordman en Wingerden, *Vijf eeuwen* 393-395, Jacques Dane en Thom Willemse, ‘Jan Klootsema (1867-1926) en zijn boekerij’, *Pedagogiek* 22 (2002)82-86, aldaar 82-84, Goei, *De psychohygiënist* 30-32, Klootsema, *Misdeelde kinderen*.

biologistische erfelijkheidsdenken verhinderde dan ook niet dat pedagogen, artsen, politici en juristen zich nadrukkelijk en met het nodige optimisme richtten op het 'milieu' ter bestrijding van maatschappelijke problemen als jeugdcriminaliteit. De opvoeding van een kind tot een deugdzame volwassene, zelfs als sprake was van een ongunstige aanleg, gold als mogelijk én als noodzakelijk. Op dit punt was sprake van een opvallend verschil met het sociaal-Darwinistische klimaat in de Angelsaksische landen. De evolutionistisch getinte *empirische* studie die daar werd bedreven, kwam volgens de historisch pedagogen Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden in Nederland niet van de grond, omdat vanwege de sterke oriëntatie op Duitsland de *wijsgerige* beschouwing van het kind dominant bleef. Die behelsde onder andere dat het kind door en door ontvankelijk was voor invloeden uit de omgeving. Wanneer het mis ging met een kind, moest dat daarom wel aan het opvoedingsmilieu liggen. Dit betekende ook dat door in te grijpen in het opvoedingsmilieu van het kind, desnoods door het uit huis en in een gezonde opvoedingssituatie te plaatsen, veel jeugdcriminaliteit kon worden voorkomen.⁹⁵

Het pedagogische optimisme in Nederland ging, met andere woorden, gepaard met een groot geloof in sociale maatregelen. In de jaren 1890 werden verschillende organisaties opgericht ter bestrijding van jeugdcriminaliteit, waaronder in 1896 de vereniging Pro Juvenute en in 1899 de Nederlandsche Bond tot Kinderbescherming. Deze verenigingen richtten zich op preventie en op het doen van onderzoek naar de oorzaken van jeugdcriminaliteit. Het uitgangspunt was dat zo vroeg mogelijk moest worden ingegrepen, liefst vóórdat een kind echt in de fout was gegaan, maar wel op basis van kennis. Vanaf de jaren 1890 verschenen er een reeks wetenschappelijke onderzoeken over maatschappelijke vraagstukken als armoede, misdadigheid en 'geestelijke onvolwaardigheid' bij kinderen – zaken die regelmatig over één kam werden geschoren. Daarbij was er vooral aandacht voor het opvoedingsmilieu van kinderen. Behalve naar de hygiënistische, economische en godsdienstige omstandigheden waarin het kind opgroeide, werd gekeken naar de invloed van erfelijkheid en mogelijke tekenen van degeneratie van ouders, zoals alcoholisme en zenuwlijden. De conclusie was vrijwel altijd dat misdadige kinderen het slachtoffer waren van verwaarlozing.⁹⁶

De ontsparing van de jeugd die alom werd waargenomen, werd dus toegeschreven aan 'slechte ouders'. Het beeld van verwaarlozende ouders kreeg volgens de historisch-pedagogen Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden rond 1900 'mythologische proporties'. Zij wijten dat voor een deel aan het standsvooroordeel dat kinderbeschermers en

⁹⁵ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 73-77, 217-218, 377-379, Brants, *Leiding* 28, Goei, *De psychohygiënisten* 62-63, Noordman, *Kwaliteit van het nageslacht* 260-261, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 391-392, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 155-158.

⁹⁶ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 377-385, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 155-159.

onderzoekers hadden tegenover de lagere sociale klassen. Daarnaast wijzen zij erop dat de (overdreven) nadruk op plichtverzakende ouders bijdroeg aan de legitimatie van ingrepen in de privésfeer van het gezin, die lang onaantastbaar was voor interventies van buitenaf. Juist van die interventies werd veel verwacht, tot heil van individuele kinderen én ter bescherming van de samenleving. Misdadige en ontspoorde kinderen, zo meenden verenigingen als Pro Juvenute, hoorden niet thuis in de (jeugd)gevangenis, maar moesten én konden heropgevoed worden in bijvoorbeeld een pleeggezin, een internaat of een Rijksopvoedingsgesticht.⁹⁷

Deze pedagogische aanpak was ook het uitgangspunt van de Kinderwetten (de Burgerlijke Kinderwet, de Strafrechtelijke Kinderwet, en de Kinderbeginselenwet, 1901-1905). Ook werd een preventieve werking verondersteld van het onderwijs. Door de invoering van de Leerplichtwet (1900) kon op scholen gewerkt worden aan de karakterontwikkeling van een groter aantal verwaarloosde en lastige kinderen. Daarnaast werden er maatregelen getroffen om de onderklasse te 'beschaven', zodat uiteindelijk ook ouders uit dat milieu hun opvoedkundige plichten beter zouden vervullen. De bestrijding van alcoholisme en geslachtsziekten had daarbij prioriteit. Tevens werd in 1911 bijvoorbeeld de Zedelijkheidswet aangenomen, dit tot doel had prostitutie, pornografiek, abortus, anticonceptiepropaganda en homoseksualiteit te bestrijden.⁹⁸

De typisch Nederlandse 'sociaal-biologische' benadering kwam ook sterk naar voren in het werk van Bouman. Hij behoorde tot de biologistische 'school' van zijn leermeester Winkler. Hij zag verstandelijke, psychische, en morele stoornissen als hersen- en zenuwziekten. Die konden behalve overerfd, ook van buitenaf ontstaan zijn door infectieziekten, zoals syfilis, en intoxicaties, bijvoorbeeld met alcohol. Over mogelijke psychogene oorzaken heeft hij nooit gesproken of geschreven. Terwijl sommige collega's van hem zich verdiepten in Jaspers' fenomenologie en Freuds psychoanalyse, ging Boumans inaugurele rede in 1916, getiteld *Problemen van ontaarding en begaafdheid*, over erfelijkheid en degeneratie. Hij droeg daarnaast de eugenetische beweging een warm hart toe, omdat ook hij zich grote zorgen maakte over het groeiende aantal 'geestelijke onevenwichtigen en invaliden'. Hij vreesde dat de toename van geestelijk ongezonde mensen op den duur de draagkracht van de 'valide bevolking' te boven zou gaan. Aan de andere kant was Bouman ook een pionier op het gebied van de sociale psychiatrie. Hij richtte in 1905 bijvoorbeeld het eerste consultatiebureau voor alcoholisten op. Tot diep in de jaren twintig gold hij internationaal als

⁹⁷ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 385-388, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 153-159. Zie ook: Bouman, 'Lastige en ondeugende kinderen', 19, P., 'De school en het kind', 12.

⁹⁸ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 221-223, 234-235, 385-389, Brants, *Leiding* 23-25, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 62-64, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 149-159.

een autoriteit op het gebied van de bestrijding van drankmisbruik. Daarnaast hield hij zich bezig met de preventie van geslachtsziekten en was hij één van de oprichters van de Nederlandsche Vereeniging ter bevordering der Geestelijke Volksgezondheid (Vereeniging voor Pyschische Hygiëne).⁹⁹

Deze combinatie van biologisch pessimisme en sociaal optimisme, om het zo maar te noemen, kenmerkte ook Boumans visie op de problematiek van onmaatschappelijke en criminele kinderen. Zoals betoogd was hij ervan overtuigd dat deze kinderen een organische hersen- of zenuwziekte hadden. Daarnaast meende hij dat het aantal kinderen met een moreel-ethisch defect veel groter was dan dat met een achterblijvende verstandelijke ontwikkeling. Bovendien zou in de moderne samenleving het getal van moeilijk op te voeden en lastige kinderen volgens hem eerder toe dan af nemen. Daarom sprak hij van een 'niet te onderschatten gevaar voor de maatschappij'.¹⁰⁰ Tegelijkertijd was hij allerminst somber gestemd, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de volgende uitspraak: 'Het feit dat er, ondanks het groote aantal psychisch minderwaardige en abnormale karakters, nog een groot aantal van hen zelf terecht komen, meer dan men met het oog op het aantal lastige en ondeugende kinderen zou mogen verwachten, moge voor den paedagoog een hoopvol verschijnsel zijn en hem de overtuiging geven, dat onder gelukkige milieu-omstandigen nog veel te redden valt'.¹⁰¹ Het stond voor hem vast dat de constitutioneel-psychopatische kinderen van de gewone school verwijderd moesten worden. Daar kon het echter niet bij blijven, anders zou alleen de onderwijzer, maar niet de samenleving zijn verlost van deze 'lastposten'. Daarom moest ook getracht worden om het goede in deze kinderen tot ontwikkeling te brengen, zodat ze konden uitgroeien tot bruikbare medeburgers. Daarbij verwachtte Bouman het meest van een individuele aanpak zoals die in kleine internaten en pleeggezinnen geboden kon worden.¹⁰² Aan het eind van zijn lezing concludeerde Bouma dat met de juiste aanpak veel van deze kinderen goed terecht konden komen: 'Men behoeft slechts in ernst de organisatie van hun opvoeding ter hand te nemen om al het goede dat in hen is, al die bandeloze energie, persoonlijke moed en onbuigzame wilskracht enz. tot maatschappelijke deugden te vervormen'.¹⁰³

⁹⁹ Abma en Weijers, *Met gezag* 77, 81, K.H. Bouman, *Problemen van ontarding en begaafdheid*, Inaugurele rede Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 1916), Goei, *De psychohygiënist* 15, 23, 30, 43, 48-49, 59-62, Noordman, *Kwaliteit van het nageslacht* 16, 87, 103-105, 129, 261, Oosterhuis en Gijswijf-Hofstra, *Verward van geest* 212, 215, 242-243, Waardt, *Mending minds* 106.

¹⁰⁰ Bouman, 'Lastige en ondeugende kinderen', 5.

¹⁰¹ Ibidem., 18.

¹⁰² Ibidem., 16-22, Idem., 'Paedagogische maatregelen', 2-4.

¹⁰³ Idem., 'Lastige en ondeugende kinderen', 22.

De psychiater en de school

Bouman verbond zijn optimisme over de opvoedbaarheid van moreel-ethisch defecte kinderen aan een belangrijke voorwaarde. Volgens hem was een 'innige samenwerking noodig tusschen al diegenen, die met deze kinderen in aanraking komen, die iets voor hen voelen en iets van hen begrijpen'.¹⁰⁴ Het doel van zijn voordracht was dan ook naar eigen zeggen om aan te sporen tot die samenwerking, vooral tussen pedagoog, onderwijzer en psychiater. Zowel in zijn voordracht uit 1912 over 'lastige en ondeugende kinderen' – gehouden voor de Amsterdamse afdeling van het Nederlands Onderwijskundige Genootschap – als die in 1913 over de 'constitutioneel psychopathische schooljeugd' richtte hij zich in het bijzonder op de school.¹⁰⁵

De gemeenschappelijke arbeid van onderwijzer, pedagoog en psychiater die hij bepleitte betrof vooral de noodzaak 'abnormale kinderen' uit de 'normale' scholen te verwijderen. Het ging daarbij niet zozeer om kinderen met 'aperte afwijkingen der intellectueele en geestelijke functies', want bij hen vielen de intellectuele defecten en psychosen dermate op, dat zij als vanzelf buiten de gewone schoolomgeving en onder speciale zorg geplaatst werden. Volgens Bouman hadden onderwijzers wél de deskundige voorlichting van de psychiater én de pedagoog nodig wanneer 'die afwijkingen niet zoozeer in het oog springen, waar het intellectueele niveaus slechts weinig gedaald is of de psychische afwijkingen slechts geringe afmetingen hebben aangenomen'. Hij betoogde dat de minder intellectueel begaafde kinderen, 'deze voor het onderwijs zoo remmende elementen' al goeddeels uit de gewone schoolklassen waren verdwenen, dankzij de oprichting van scholen voor achterlijke kinderen (al meende hij dat er daar nog niet genoeg van waren). Daarom was de deskundige bemoeienis van onder andere de psychiater vooral nodig ten aanzien van een andere groep kinderen: 'Het zijn toch niet alléén de met verstand minder bedeelde kinderen, die het onderwijs in de klasse belemmeren, maar het zijn vooral niet minder die, welke door hun lastig en ondeugend karakter hinderlijk zijn voor de rust en orde in de klasse. Zij remmen niet zoozeer den gang van het onderwijs omdat zij voor de snelle en regelmatige afwerking van het leerplan moeilijkheden opleveren, maar veelmeer omdat zij van den onderwijzer de uiterste waakzaamheid voor rust en orde vereischen en niet zozeer de intellectueele vorderingen benadeelen, als wel het moreele peil der klasse doen dalen. Het zijn de door velerlei oorzaken *lastige en ondeugende kinderen* die in de laatste jaren steeds meer de aandacht van den paedagoog in beslag zijn gaan nemen'.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Ibidem.

¹⁰⁵ Ibidem., 1-3,22, idem., 'Paedagogische maatregelen', 2-4.

¹⁰⁶ Idem., 'Lastige en ondeugende kinderen', 2-3. De cursivering is van Bouman zelf. Zie ook: Idem., 'Paedagogische maatregelen', 1.

De vraag die dringend beantwoording vereiste volgens Bouman was 'hoe deze pathologische kinderen van de normale ondeugenden te onderscheiden en welke maatregelen te treffen zijn opdat het onderwijs en de overige kinderen geen nadeel van hen zullen ondervinden en op welke wijze van deze lastige en misdadige kinderen nog bruikbare maatschappelijke elementen zijn te vormen'. Hier diende zich, vervolgde Bouman, een gemeenschappelijk werkterrein van pedagoog en psychiater aan, waarop hij nadrukkelijk de aandacht wilde vestigen. In de voorafgaande periode waren namelijk een groot aantal van deze kinderen 'volgens de psychiatrische onderzoekings-methoden' systematisch onderzocht, met als resultaat dat een zeer groot percentage van hen duidelijke geestesstoornissen bleken te hebben. Bouman noemde in dit verband de namen van een groot aantal Duitstalige onderzoekers. Dankzij hun werk behoefde volgens hem 'niet meer het goed recht van den psychiater bewezen te worden om zijn medewerking aan de opvoeding der moreel-ethisch defecte kinderen te verlenen'. Bouman was zich wel bewust dat de psychiater zich op een nieuw terrein bewoog: 'Daarmede opent zich evenwel een heel ander gebeid van werkzaamheid voor ons dan het welk wij als klinici gewoon zijn te arbeiden. Maar hoe meer onze psychiatrische wetenschap zich uitbreidt des te meer komen wij in aanraking met deze en dergelijke maatschappelijke problemen'.¹⁰⁷

Deze woorden van Bouman lijken het verband te bevestigen dat in de sociologische literatuur wordt gelegd tussen de medicalisering van afwijkend gedrag van kinderen en ontwikkelingen op het gebied van onderwijs, zoals de invoering van de leerplicht. In het laatste citaat sprak Bouman expliciet over de uitbreiding van de jurisdictie van de psychiater, zodat deze zich ook bemoeide met kinderen die 'door hun lastig en ondeugend karakter hinderlijk zijn voor de rust en orde in de klasse'. Deze categorie kinderen nam vooral 'in de laatste jaren steeds meer de aandacht van den paedagoog in beslag'. Tevens sprak Bouman van voortekenen die er op wezen dat een periode was aangebroken van zeer intensieve samenwerking tussen onderwijzer en medicus, specifiek op het gebied van de geestelijke gezondheid van het kind.¹⁰⁸

Dit wekt op zijn minst de indruk dat de invoering van de leerplicht in Nederland precies de gevolgen had, die door verschillende auteurs (als volgt) worden benoemd. Vóórdat de Leerplichtwet in Nederland in 1900 werd aangenomen, ging weliswaar al 90 procent van alle kinderen tussen de 7 en 12 jaar naar school, maar juist die laatste 10 procent bracht een groot aantal zorgkinderen in de klas. Reeds in 1902 werd verzucht: 'En nu de nieuwe wet tot schoolgaan dwingt, kan geen moeder een stumperdje thuis houden, om het daaraan te onttrekken, indien het overigens gezond is'.¹⁰⁹ Dit vormde een aanzienlijk

¹⁰⁷ Idem., 'Lastige en ondeugende kinderen', 3-5.

¹⁰⁸ Ibidem., 1-2.

¹⁰⁹ Brants, *Leiding* 26.

beheersprobleem voor de leerkrachten, die aan het begin van de twintigste eeuw ook al te kampen hadden met overvolle klassen. Tegelijk was het ook beter mogelijk, nu álle kinderen op school kwamen, om ‘achterlijke’ en ‘normale’ kinderen met elkaar te vergelijken. Doordat zij in dezelfde klas terechtkwamen werd duidelijk zichtbaar dat er kinderen waren die niet mee konden komen met het ‘gewone’ leertempo. Door de invoering van de leerplicht ontstond dus niet alleen de behoefte aan deskundige kennis over ‘abnormale’ kinderen, maar ook de mogelijkheid om die systematisch op te doen. Artsen, psychiaters en psychologen raakten daardoor nauwer betrokken bij het onderwijs. Psychologen ontwikkelden bijvoorbeeld steeds verfijndere tests, waaronder de beroemde Binet-Simon test (door de Amsterdamse schoolarts D. Hedderschêe voor de Nederlandse situatie geschikt gemaakt), om de mogelijkheden en beperkingen van kinderen te meten. Op basis daarvan kon bepaald worden welke kinderen niet geschikt waren voor de gewone lagere school en moesten worden doorverwezen naar bijvoorbeeld het speciale onderwijs, dat in de periode na de invoering van de leerplicht een sterke ontwikkeling doormaakte. In eerste instantie werden daarbij vooral ‘achterlijke’ en ‘debiele’ kinderen uitgeselecteerd, maar al gauw richtte de aandacht zich ook op kinderen die onderwijzers om andere redenen dan gebrekkige verstandelijke vermogens voor problemen stelden. Op die manier leidde de invoering van de leerplicht ertoe dat nieuwe groepen kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden, die eerder nog niet waren herkend of opgevallen, in de belangstelling kwamen te staan. Dit bood medici en in het bijzonder psychiaters de kans om hun jurisdictie uit te breiden naar deze nieuwe categorie probleemkinderen. Zo is, althans, de voorstelling van zaken in de secundaire literatuur.¹¹⁰

De historische werkelijkheid was echter complexer dan deze schets suggereert. Dat blijkt al uit de voordracht van Bouman. Die vormde geen bewijs van, maar een *oproep* tot een grotere inbreng van psychiaters bij de problematiek van ‘lastige en ondeugende kinderen’. Bouman wees erop dat niet zo lang geleden ‘aan den medicus alle recht, zich met deze moreel-ethisch defecte kinderen te bemoeien, werd ontzegd’. Aan de hand van een Duitse brochure uit 1908 herinnerde hij zijn gehoor eraan ‘hoe sterk de weerstand was en in vele opzichten van verschillen zijden nog is, tegen den invloed van den medicus bij de behandeling van dit vraagstuk’.¹¹¹

Daarnaast pleitte Boumans voor meer samenwerking tussen onderwijzer, pedagoog en psychiater, omdat daar in zijn ogen, zoals hij letterlijk zei, nog onvoldoende sprake van

¹¹⁰ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 502, Brants, *Leiding* 25-29, Goei, *De psychohygiënist* 27, A.F. Kalverboer, ‘MBD: Discussion of the concept’ in: A.F. Kalverboer, H.M. van Praag en J. Mendlewicz ed., *Minimal Brain Dysfunction: Fact or fiction* (Basel e.a. 1978) 5-17, aldaar 6, Pieters, ‘Een eeuw omgang’, 638-639, Pieters, Hennepe en Lange, ‘Pillen & psyche’ 50-51.

¹¹¹ Bouman, ‘Lastige en ondeugende kinderen’, 3.

was.¹¹² Zonder de inbreng van de psychiaters, gaven pedagogen volgens Bouman onvoldoende rekenschap van vooral de endogene oorzaken van de 'ondeugd' bij veel kinderen, zodat hun maatregelen ook weinig effect sorteerden: 'De ontgoochelingen welke de organisatie der paedagogische voorzorgen voor onze abnorme kinderen gebracht hebben, mogen te wijten zijn aan een onderschatting der endogene factoren in de karaktervorming dier kinderen'.¹¹³ Bouman sloot wat dit betreft aan bij de internationale medische opinie: dat (dreigementen met) straf en tuchtmaatregelen geen enkel effect hadden, behoorde tot de belangrijkste kenmerken van kinderen met *moral deficiency of instabilité*. Dit was ook bij uitstek de eigenschap waaraan ze herkend konden worden en waarin zij zich onderscheidden van andere lastige kinderen.¹¹⁴

Soms deden onderwijzers en pedagogen meer kwaad dan goed, betoogde Bouman. Terwijl veel licht moreel-defecte kinderen onder de twaalf jaar nog helemaal niet de indruk wekten een toekomstig misdadig en onmaatschappelijk element te zijn, vond daarna volgens Bouman vaak een karakter-omslag plaats, waardoor ze wél tot de categorie 'onverbetelijken' en 'moeilijk opvoedbaren' gingen behoren. Dit bewees, zo betoogde hij, dat de plak en de roe en de maatschappelijke tuchtmiddelen vaak hun doel misten, in plaats daarvan werd de energie van 'deze knapen' (waaruit blijkt dat hij het vooral over jongens had!) slechts 'onder de domper' gezet of 'in verkeerde banen' geleid. Zijn kritiek op de werkwijze van onderwijzers en andere opvoeders zette Bouman kracht bij met een verwijzing naar de Groten uit de geschiedenis: 'Van uit een hedendaagsch standpunt bekeken kan men stellig de jeugd van menig Geuzenzoon en Hollandsch zeeheld of koopvaardijvaarder niet als braaf en oppassend betitelen. Gelukkig voor hen en voor ons hebben zij de zegeningen van onze moderen tuchtmiddelen niet genoten!'¹¹⁵

Bouman had daarom ook geen goed woord over voor de plannen die bestonden voor een nieuw schooltype, de zogenaamde 'strenge school'. Die zou in zijn ogen gemakkelijk kunnen worden tot een 'school-met-de-plak', omdat de plannenmakers zich uitsluitend richtten op opvoedkundige maatregelen. Doordat zij hadden verzuimd bij de voorbereiding het oordeel van een medicus in te winnen, hielden zij volgens Bouman onvoldoende rekening met de *oorzaken* van de ondeugd en in het bijzonder met de endogene factoren: 'de uit de psychische constitutie zelf geboren oorzaken'. Juist vanwege die endogene factoren hadden straf en tucht vaak geen effect op moreel-ethisch defecte kinderen, betoogde hij. Daarom was een andere aanpak nodig. Wat die juiste aanpak zou zijn,

¹¹² Ibidem., 16.

¹¹³ Ibidem., 18, zie ook 20.

¹¹⁴ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 34,68, Rafalovich, *Framing ADHD children* 26-28.

¹¹⁵ Bouman, 'Lastige en ondeugende kinderen', 17.

daarover stonden nog veel vragen open, maar de inbreng van de 'medicus-psychiater' was daarbij 'niet de minst belangwekkende', aldus Bouman.¹¹⁶

Bouman was duidelijk niet tevreden over de mate waarin de psychiater werd betrokken bij de problematiek van 'lastige en ondeugende' kinderen. Dit suggereert dat met de invoering van de leerplicht en de daarmee gepaard gaande instroom van 'hinderlijke elementen' in de schoolklassen, niet direct alle deuren werden geopend voor psychiaters die zich op dit terrein wilden begeven. Het probleem dat Bouman aan de orde stelde werd, met andere woorden, wel onderkend, maar (nog) niet psychiatrisch geïdentificeerd. Pedagogische verklaringen en oplossingen bleven de boventoon voeren.

Dit wordt ook betoogd door Brancaccio in haar proefschrift over de geschiedenis van hyperactiviteit. Zij spreekt van een moeilijk te overbruggen kloof tussen enerzijds de diagnostische methoden van artsen en psychiaters en anderzijds de opvoedkundige visie van onderwijzers. De laatsten beschouwden volgens haar 'druk gedrag' zelden als een symptoom van een organische stoornis, althans in de periode vóór 1930. Onderwijzers kwamen, zo betoogt Brancaccio, vaak uit de arbeiders- en lagere middenklasse, zodat het sociale milieu waaruit zij afkomstig waren niet veel verschilde van dat van hun (lastige) leerlingen. Zij beoordeelden daardoor het ongedisciplineerde gedrag van sommigen van hen heel anders dan artsen en psychiaters, die zich in meer elitaire kringen bewogen. De laatsten waren vanuit hun standsvooroordeel al snel geneigd om een minderwaardige aanleg aan te nemen bij leerlingen uit de lagere sociale klassen. De onderwijzers daarentegen realiseerden dat de omstandigheden op school sterk contrasteerden met die van het gezinsmilieu waarin deze kinderen opgroeiden. Veel kinderen waren bijvoorbeeld de discipline en de gedragsnormen die zij op school opgelegd kregen, eenvoudigweg niet gewend in hun thuissituatie. Hun lastige gedrag was daarom in de ogen van veel leerkrachten vooral een aanpassingsprobleem, dat met opvoedkundige middelen opgelost kon worden.¹¹⁷

Daarnaast hadden de meeste onderwijzers volgens Brancaccio een groot geloof in de 'morele waarde' van de school. Zoals eerder gememoreerd, was de invoering van de leerplicht vooral bedoeld om de *zedelijke* ontwikkeling van kinderen (uit de arbeidersklasse) te stimuleren – ook Bouman benadrukte vooral de 'karaktervormende invloed' van de school. Brancaccio betoogt dat deze visie op het onderwijs ook doorwerkte in de professionele idealen van onderwijzers zelf. Weliswaar klaagden zij dikwijls over de vele moeilijkheden waarop zij stuitten bij hun pogingen de 'onbeschaafde gewoonten' van hun leerlingen (en de gezinnen waartoe die behoorden) om te vormen. Echter, dit onderstreepte in hun ogen

¹¹⁶ Ibidem., 19-21. Zie ook: Idem., 'Paedagogische maatregelen', 3.

¹¹⁷ Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 74-83.

vooral het belang van hun opvoedkundige missie. Tegen deze achtergrond was volgens Brancaccio het vermogen lastige elementen in de klas bij te sturen een belangrijk onderdeel geworden van de professionele identiteit en het zelfbeeld van onderwijzers. Het was daarom niet verwonderlijk, betoogt zij, dat veel leerkrachten de (mogelijke) bemoeienis van medici en psychiaters beschouwden als een inbreuk op hun pedagogische competentie en autonomie.¹¹⁸

Op hun beurt slaagden medici en psychiaters er volgens Brancaccio niet in om aan te tonen dat zij een nuttige inbreng konden hebben. Medisch onderzoek van lastige kinderen leverde zelden genoeg informatie op voor een onderbouwde diagnose. Artsen moesten daarom bij de diagnosticering van bijvoorbeeld *moral deficiency* of *instabilité* afgaan op gedragssymptomen, die 'normale' kinderen óók regelmatig vertoonden. Het probleem hoe de gestoorde van de normale kinderen te onderscheiden bleek moeilijk oplosbaar. Het medisch oordeel daarover was uiterst subjectief en vol onzekerheden. Bovendien was de arts daarbij sterk afhankelijk van de medewerking van onderwijzers. Hun observaties en beoordeling van het gedrag van kinderen in de klas vormden namelijk een onmisbaar onderdeel van het diagnostische proces. De medewerking van leerkrachten was, zoals inmiddels duidelijk zal zijn, echter niet vanzelfsprekend.¹¹⁹

Brancaccio's uitspraken hebben betrekking op de situatie in Frankrijk, Italië en Groot-Brittannië. Of in Nederland de standsverschillen tussen psychiaters en onderwijzers een vergelijkbare rol speelden, is niet op te maken uit de bronnen en literatuur. Daarnaast besteed Brancaccio veel aandacht aan de concurrentie die psychiaters ondervonden van psychologen, maar die waren er toen in Nederland nog nauwelijks.¹²⁰ Verder lijkt haar betoog echter in grote lijnen ook op te gaan voor Nederland. Een aantal historisch-pedagogische studies wijzen erop dat de psychiatrische visie op 'druk gedrag' vóór 1930 weinig invloed had in de onderwijswereld.¹²¹ In de toenmalige pedagogische literatuur werd betoogd dat veel moeilijk hanteerbare leerlingen vooral nog moesten wennen aan de schoolomgeving en -discipline die zo sterk afweken van hun thuissituatie. Met tact, opvoeding, geduld en 'kalme leiding' zouden deze kinderen langzamerhand wel in het gareel komen. Met andere woorden, wat voor Bouman een medisch-psychiatrisch vraagstuk was, zagen onderwijzers en pedagogen als opvoedkundig (aanpassings)probleem, dat met opvoedkundige middelen kon worden opgelost.¹²²

¹¹⁸ Ibidem, 83.

¹¹⁹ Ibidem, 78-79.

¹²⁰ Zie: Ibidem., 83-87, 91-99.

¹²¹ Zie noot 123.

¹²² Zie bijv.: Medicus, 'De eerste schooljaren', *Het kind* 9 (1908) 43-44, P., 'De school en het kind', 12, G.J. Visscher, 'Een lastig geval?' *Het kind* 9 (1908) 37-39.

In het onderwijs en de gezinspedagogiek heerste volgens Nelle Bakker bovendien een 'morele orde'. Uit haar analyse van de pedagogische literatuur in de periode 1845-1925, blijkt dat het accent in de opvoedingsvoorlichting lag op 'postief geformuleerde opvoedingsdoelen' die vooral betrekking hadden op de morele vorming van het karakter. Een kind moest, met behulp van het goede voorbeeld en de 'liefdevolle leiding' van ouders en onderwijzers, vooral gehoorzaamheid en zelfbeheersing leren. Aan de sociale, emotionele en gedragsproblemen (bij kinderen) waar opvoeders op konden stuiten, werd daarentegen weinig aandacht besteed. Voorzover dat wel gebeurde, dan werd vooral gewezen op de opvoedfouten van ouders. Een kind misdroeg zich, omdat het door de onvoldoende of verkeerde leiding van de ouders niet de wilskracht had ontwikkeld om zijn zelfzuchtige neigingen te overwinnen. De eigen verantwoordelijkheid van het kind werd daarbij niet vergeten, meestal werd aanbevolen het stevig aan te pakken wanneer het loog en ongehoorzaam was, maar bijvoorbeeld ook wanneer het angstig was. De 'morele orde' berustte volgens Bakker namelijk op het principe van de individuele aansprakelijkheid van zowel ouders als kind. Zij betoogt dat er tegen deze achtergrond 'opvallend weinig' rekening gehouden werd met de mogelijkheid dat organische stoornissen of een pathologische erfelijke aanleg in het geding waren bij kinderen met emotionele en gedragsproblemen. Dat zou namelijk het uitgangspunt van de individuele aansprakelijkheid ondergraven.¹²³

Bakker lijkt te suggereren dat de morele en de medisch-wetenschappelijke 'orde' scherp van elkaar te onderscheiden zijn. Dat is echter niet het geval. Zoals in het voorgaande duidelijk zal zijn geworden, werden ook de opvattingen van medici gekleurd door de morele en opvoedkundige opvattingen van hun tijd. Ook Bouman beschouwde karakterontwikkeling en zedelijke vorming als het hoofddoel van de opvoeding in zowel school als het gezin. Tevens hechtte hij evenveel waarde aan zelfbeheersing en gehoorzaamheid als pedagogen en onderwijzers. Bovendien betoogde hij dat kinderen met een moreel-ethisch defect, ook als daar vooral een endogene oorzaak aan ten grondslag lag, met de juiste opvoedkundige maatregelen op konden groeien tot deugdzame medeburgers.¹²⁴

¹²³ Bakker, *Kind en karakter* 153-167, 174, 215-217, 222-225, 241. Zie ook: Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 222, 262, 277-278, Nelleke Bakker, 'A harmless disease: children and neurasthenia in the Netherlands' in: Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter ed., *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War* (Amsterdam/New York 2001) 309-327, aldaar 315, C., 'Het zondigen der kinderen', *Het kind* 5 (1904) 86-87, 92-93.

¹²⁴ Bouman, 'Lastige en ondeugende kinderen', 3, 10, 21-22, Idem., 'Paedagogische maatregelen', 1-3. Ook bij Jelgersma stond de morele opvoeding centraal, tevens was hij optimistisch over de mogelijkheid daarvan: G.J. Jelgersma, 'De beschaving als predisponerende oorzaak voor zenuwaandoeningen', *Het kind* 8 (1907) 145-147, aldaar 146. Noordman geeft een voorbeeld van hoe de 'moralistische' en 'medisch-wetenschappelijke' benadering niet scherp van elkaar te scheiden zijn: 'Eugenetici voelden zich als moderne technologen verheven boven de 19^{de}-eeuwse moralisten. Waar deze laatsten in zoveel gevallen die onvolwaardigheid toeschreven aan een moreel tekort, waren de eersten veeleer geneigd te geloven in het genetische noodlot, dat de onvolwaardige zelf in veel gevallen van schuld vrijpleitte. *Toch bleven deze twee posities onderhuids met elkaar verbonden.*

Wellicht is het begrip 'morele orde' dus geen gelukkige keuze, maar de grote lijn van haar betoog heeft Bakker goed onderbouwd met behulp van uitgebreid bronnenonderzoek. In de opvoedings- en onderwijsliteratuur die zij heeft bestudeerd blijkt wel geschreven te zijn over 'morele defecten' of 'morele tekorten' bij kinderen, maar zelden in de medische betekenis die Bouman daaraan gaf. Er bleef wat dit betreft een scheidslijn bestaan tussen het gesticht en de school. Het ernstig gestoorde gedrag van de meeste gestichtskinderen werd in brede kringen opgevat als biologisch-medisch probleem, maar dat gold niet voor de meer alledaagse moeilijkheden met lastige leerlingen in het 'gewone' onderwijs. Bouman wilde, zoals hierboven is geschetst, juist de aandacht vestigen op deze categorie kinderen, bij wie de 'afwijkingen niet zozeer in het oog springen' en 'het intellectuele niveau slechts weinig gedaald is of de psychische afwijkingen slechts geringe afmetingen hebben aangenomen'. Deze kinderen werden volgens hem namelijk niet als vanzelf uit de schoolklas verwijderd, maar bevolkten die nog in grote getale, met alle gevolgen van dien. Het effect van zijn betoog was echter beperkt. Het heeft er alle schijn van dat het hem (en andere psychiaters) niet lukte om de jurisdictie van de psychiatrie uit te breiden naar, wat hij noemde, 'licht-moreel-ethisch defecte kinderen'.

Over het algemeen golden vóór 1930 gedragsmatige en ook emotionele moeilijkheden bij kinderen dus niet als medisch, maar als pedagogisch probleem. Er was echter één uitzondering, zoals ook Bakker constateert. Het medische concept van de zenuwachtigheid, zoals dat vanuit de psychiatrie en pedagogische pedagogiek werd aangedragen, werd wél serieus genomen door weliswaar niet alle, maar wel veel gezinspedagogen en onderwijzers.¹²⁵ Deze 'zenuwachtigheid' – die overigens sterk overlapt met de subcategorie 'nerveuse kinderen' die Bouman beschreef in zijn lezing over het moreel-ethische defect - kan als een (andere) voorloper van ADHD beschouwd worden. Daarom wordt daar in de volgende paragraaf dieper op ingegaan.

Want de genetische benaderingswijze was in veel gevallen een moderne vorm van "blaming the victim". Ze individualiseerde de hulpbehoefte zoals de 19^{de}-eeuwse benadering het armoede probleem op de arme zelf verhaalde. In de moderne genetische benadering meende men in staat te zijn om vele vormen van "onaangepast gedrag" te kunnen begrijpen zonder het leef- en opvoedingsmilieu in aanmerking te hoeven nemen. In die zin stond het eugenetisch biologisme toch ook in de traditie van de 19^{de}-eeuwse hulpverlening, zie: Noordman, *Kwaliteit van het nageslacht* 258-259. De cursivering in het citaat is van T.B.

¹²⁵ Bakker, *Kind en karakter* 164-167, 242-243. Zie ook: Bakker, 'Harmless disease', 314-315. Wel stelt Bakker dat zenuwachtigheid niet de voornaamste zorg vormde van pedagogen en onderwijzers, dat bleven de 'morele' problemen.

4. Zenuwachtigheid (neurasthenie)

Prikkelbare zenuwen

Aan 'zenuwachtigheid' in de kinderleeftijd werd rond 1900 veel aandacht besteed, onder andere in de opvoedingsliteratuur die Bakker heeft geanalyseerd. Wie bijvoorbeeld de eerste (pakweg) twintig jaargangen van het in 1900 opgerichte, toonaangevende pedagogische tijdschrift *Het Kind* doorbladerd, zal opvallen dat dit onderwerp frequent aan de orde kwam. Het betrof een categorie kinderen die niet minder breed en heterogeen was dan de moreel-ethisch defecte kinderen uit de lezing van Bouman. Allerlei verschijnselen zoals angsttoestanden, dwangvoorstellingen, dwanghandelingen, spraakstoornissen, hartkloppingen, slaapstoornissen, ingewandsstoornissen, onanie, nagelbijten, bedwateren en hoofdpijn werden met de 'zenuwen' in verband gebracht. Deze 'vergaarbak', zoals het in de literatuur wel wordt genoemd,¹²⁶ was dus net als Boumans 'moreel-ethische defect geen welomschreven ziektebeeld. Meestal werden er twee hoofdvormen van zenuwachtigheid onderscheiden: het apathische, of lusteloze type en het erethische, of prikkelbare type. Vooral dit laatste subtype vertoonde voldoende overeenkomsten met de huidige ADHD om het predikaat 'voorloper' te verdienen.¹²⁷ In 1904 omschreef J. Klootsema, pionier op het gebied van de pedagogische pathologie (orthopedagogiek), het erethisch zenuwachtige kind als 'vatbaar voor allerlei prikkels; het doet druk mee aan de verschillende kinderspelen, doch is daarbij lastig om zijne wispelturigheid; het is uitermate bewegelijk, zoowel in lichamelijk als in geestelijk opzicht, en laat zich bij voorkeur leiden door de vlucht van zijne teugellooze phantasie; het bezit eene groote slagvaardigheid; [...] en bijna altijd veroorzaakt het door zijne hardnekkige zucht naar verandering groote moeilijkheden voor ouders en onderwijzers'.¹²⁸

¹²⁶ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 270, A. Kerkhoven en J. Vijselaar, 'De zorg voor zenuwlijders rond 1900' in: G. Hutschemaekers en C. Hrachovec ed., *Heer en heelmeesters. Negentig jaar zorg voor zenuwlijders in het Christelijk Sanatorium te Zeist* (Nijmegen 1993) 27-59, aldaar 28. In zijn leerboek over functionele neurosen schreef Jelgersma in dit verband: 'Dat neurasthenie dus een ziektebeeld is, waarin men alles, waar men geen weg mee weet, in samenbracht, eene bewering die men tot in den laatsten tijd heeft kunnen vernemen, is positief onjuist. Etiologisch, zoowel als symptomatisch, behoort het tot de scherpst omschreven psychische ziekten'. Hij heeft echter ruim 100 pagina's nodig om de symptomatologie van neurasthenie te beschrijven. Zie: G. Jelgersma, *Leerboek der functioneele neurosen. 1e afdeling. Pathologie en therapie der neurasthenie* (Tweede druk, Amsterdam 1898) zie voor citaat pp. 175-176, voor de behandeling van de symptomatologie: pp. 59-173.

¹²⁷ Bakker, 'Harmless disease', Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 270, Bakker, *Kind en karakter* 164-167, 194. In het invloedrijke pedagogische tijdschrift *Het kind* verschenen bij voorbeeld de volgende artikelen: Anna Hierta-Rezius, 'De ontwikkeling der hersenen en de opvoeding', *Het kind* 9 (1908 [1904])115-118, Jelgersma, 'Beschaving', J. Klootsema, 'Zenuwleven, beroepskeus en vacaties', *Het kind* 5 (1904) 98-103, N. Knapper, 'Het zenuwachtige, lastige kind', *Het kind* 15 (1914) 129-131, 149-152, 156-158, 165-166, A.J. Schreuder, 'Zenuwachtige kinderen in hun eerste levensjaren', *Het kind* 9 (1908) 108-110, 113-114. Zie voor een vollediger overzicht van artikelen over zenuwachtigheid bij kinderen in (ook andere) pedagogische tijdschriften: Bakker, *Kind en karakter* n. 77 op p. 295.

¹²⁸ Klootsema, 'Zenuwleven', 99.

Ook een andere grondlegger van de orthopedagogiek, A.J. Schreuder, schreef in de eerste decennia van de twintigste eeuw regelmatig over zenuwachtigheid. Nerveuze kinderen van het erethische type reageerden volgens Schreuder overgevoelig op lichamelijke en zintuigelijke inwerkingen vanuit de buitenwereld. Dat leidde tot een aantal ADHD-achtige symptomen, zoals vluchtigheid en ongedurigheid: 'Ze willen telkens wat anders. Op schoot en van schoot, het raam open en weer dicht; een spelletje bevredigt maar voor korten duur en dan moet er weer wat anders gebeuren, prentenboeken worden doorgerend en zoo voort [...]. Ook de bewegingen zijn druk en overdreven'. Door hun prikkelbaarheid, vluchtigheid en drukke bewegingen waren deze kinderen ook eerder 'overspannen en vermoeid', aldus Schreuder.¹²⁹

Behalve vermoeidheid figureerden ook andere fysieke symptomen, met name maag- en darmklachten, in de literatuur over zenuwachtigheid. Op dit punt was er een duidelijk verschil met psychopathische (moreel-ethisch defecte) kinderen bij wie dergelijke somatische verschijnselen niet voorkwamen. Van hen werden vooral de 'uitwendige' gedragskenmerken beschreven, terwijl bij zenuwachtigheid de problemen *in* het kind vooropstonden. Een dergelijk onderscheid is ook te maken ten aanzien van de ethische dimensie. Er was veel aandacht voor de ongehoorzaamheid en eigenzinnigheid van zenuwachtige kinderen, maar daar werd in veel gevallen anders op gereageerd dan op de misdragingen van de 'lastige en ondeugende kinderen' van Bouman. Sommige onderwijzers en pedagogen beschouwden weliswaar ook zenuwachtigheid als een door de opvoeding veroorzaakte wilszwakte, die slechts een strenge aanpak behoefde. In de opvoedingsliteratuur werd echter regelmatig gesteld dat zenuwzwakke kinderen vaak 'lastig' waren vanwege hun erfelijke predispositie.¹³⁰

Verschillende auteurs pleitten daarom voor meer begrip voor deze kinderen. Het probleem daarbij was dat lastige, zenuwachtige kinderen moeilijk te onderscheiden waren van kinderen die zich uitsluitend als gevolg van opvoedingsfouten misdroegen. Daardoor gebeurde het al te vaak dat zenuwachtige kinderen, in de woorden van Schreuder, op 'ruwe wijze' werden miskend, waardoor een 'diepgaand lijden' over hen werd gebracht. Dat betekende niet dat de opvoedkundige tucht hen bespaard moest blijven, integendeel. Juist bij deze kinderen hing veel af van een goede opvoeding: 'Nergens werken verkeerde aanleg en verkeerde opvoeding zoo noodlottig op elkander in, als bij de eerste ontwikkeling van het kinderlijke zenuwleven', betoogde Schreuder. Daarom hadden deze kinderen als geen ander een strakke hand nodig: 'Gewenning aan stipte gehoorzaamheid van jongs aan is [...] voor

¹²⁹ Schreuder, 'Zenuwachtige kinderen', 109.

¹³⁰ Zie o.a. Knapper, 'Het zenuwachtige, lastige kind', 157-158, 165-166, Schreuder, 'Zenuwachtige kinderen', 108-110, 114.

een zenuwzwak kind het noodzakelijke tegenwicht tegen zijn ongestadigheid en gebrekkig zelfbestuur'.¹³¹

De notie dat bij zenuwachtige kinderen een fysieke aanleg in het geding was, ging dus probleemloos samen met opvoedkundig optimisme en de 'morele orde' van Bakker. Meer dan bij morele tekorten waren onderwijzers en pedagogen echter geneigd om bij zenuwachtige verschijnselen een erfelijke, fysieke aanleg te veronderstellen. Dit komt bijvoorbeeld duidelijk naar voren in de analyse van Bakker van de opvoedingsliteratuur uit (vooral) de eerste decennia van de twintigste eeuw. Andere emotionele en gedragsmatige moeilijkheden werden daarin als moreel of pedagogisch probleem beschouwd, zenuwachtigheid meestal als een 'echte' ziekte. Ouders kregen bijvoorbeeld vaak het advies om met hun nerveuze kind naar een arts te gaan. Dit ondergroef volgens Bakker (enigszins) het principe van de individuele aansprakelijkheid van kind en ouders, zodat de eerste scheurtjes in de 'morele orde' ontstonden.¹³²

Met andere woorden, niet bij immoreel of crimineel gedrag, maar bij zenuwachtigheid kregen medische verklaringen (het eerst) ingang in het onderwijs en de gezinspedagogiek. Om dit (bescheiden) 'succes' van het concept van 'zenuwachtigheid' als medisch probleem te kunnen verklaren is het zinvol om dieper op de achtergrond daarvan, die wezenlijk verschilt van die van Stills *moral deficiency* en Boumans 'moreel-ethische defect'.

Ontstaan, achtergrond en ontwikkeling van het neurasthenie-begrip

In plaats van zenuwachtigheid werd ook wel gesproken van 'neurasthenie' of van een 'neurasthene preadispositie'. Het begrip neurasthenie werd wellicht niet gemunt, maar vanaf 1869 wel 'groot' gemaakt door de Amerikaanse arts George M. Beard. Beard zag neurasthenie, dat letterlijk 'verlies van zenuwkracht' betekent, als een typisch modern verschijnsel. Naar analogie van een elektrisch netwerk dat overbelast raakt, zou het menselijke zenuwstelsel door alle prikkels en druktes van de moderne samenleving overbelast raken, met symptomen als vermoeidheid, slapeloosheid, lusteloosheid, angsten, dwanggedachten en prikkelbaarheid als gevolg. Beard benadrukte dat deze symptomen niet het gevolg waren van een psychische, maar van een somatische stoornis. Deze stoornis had volgens hem een functioneel karakter, wat betekent dat niet de structuur, maar de werking van de zenuwen was aangetast. Die aangestaste werking duidde hij aan als 'irritable

¹³¹ Schreuder, 'Zenuwachtige kinderen', 108-110, 114. Zie ook: Knapper, 'Het zenuwachtige, lastige kind', 157-158, 165-166.

¹³² Bakker, *Kind en karakter* 167-168, 242-244, Bakker, 'Harmless disease', 318, 323. Zie voor het advies om naar een arts te gaan bijv.: Schreuder, 'Zenuwachtige kinderen', 114. Zie verder noot 127. De schrijver dezes heeft de eerste twintig jaargangen van *Het Kind* doorgebladerd en kwam daarbij tot dezelfde conclusie als Bakker.

weakness' (prikkelbare zwakte). De uitputting van het zenuwstelsel bij neurasthenici ging daarom dikwijls – maar niet altijd – gepaard met erethische verschijnselen.¹³³

Behalve in de Verenigde Staten, sloeg het neurasthenie-begrip vooral in Duitsland enorm aan. Alom werd een zorgwekkende toename van het aantal 'zenuwlijders' geconstateerd. Sanatoria, kuur- en rustoorden voor deze patiënten beleefden hoogtijdagen, tevens bloeiden particuliere praktijken van zenuwartsen op. Ook buiten de Duitse neurologie en psychiatrie, in de bredere cultuur werd neurasthenie veelvuldig besproken door intelletuelen en commentatoren. Net als Beard brachten zij de toename van het zenuwlijden in verband met de modernisering van Duitsland, dat na 1870 een snelle industriële ontwikkeling doormaakte en (waar vooral hoofdstad Berlijn) in hoog tempo 'elektrificeerde'. In de stroom van publicaties die in de jaren 1880 op gang kwam, gold 'zenuwachtigheid' meer en meer als hét kenmerk van de eigen, 'moderne' tijd.¹³⁴

Ook elders in Europa kreeg het neurasthenie-begrip, weliswaar minder snel en heftig dan in Duitsland, grote bekendheid. De opvattingen van Beard werden echter niet kritiekloos overgenomen. Beard meende bijvoorbeeld, uitgaande van de analogie tussen elektriciteit en het zenuwstelsel, dat elektrotherapie bij neurasthenici kon bijdragen aan het herstel van 'zenuwkracht'. Deze behandelvorm nam, met name in Duitsland, ook een hoge vlucht. Al in de jaren 1880 betoogde de Franse zenuwarts Jean-Martin Charcot echter dat de toestand van patiënten niet verbeterde door de toediening van elektrische (galvanische) stroom op zichzelf, maar door de suggestieve werking die uitging van deze spectaculaire behandelmethode en de indrukwekkende apparatuur die daarbij werd gebruikt. Op vergelijkbare wijze konden patiënten volgens Charcot en zijn landgenoot Hyppolyte Bernheim *psychisch* beïnvloed worden met behulp van hypnose. In Wenen verloor de zenuwarts Sigmund Freud, nadat hij daar korte tijd mee geëxperimenteerd had, al snel het geloof in de werkzaamheid van de elektrotherapie. Ook hij paste bij neurasthenici in plaats daarvan hypnose toe, maar ontwikkelde tevens zijn befaamde psychoanalytische behandeling. Aanvankelijk stuitten de opvattingen van Charcot, Bernheim en Freud, vooral in Duitsland, op veel weerstand. Vanaf de jaren 1890 ging het echter (ook daar)

¹³³ Marijke Gijswijt-Hofstra, 'Introduction: Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War' in: Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter ed., *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War* (Amsterdam/New York 2001) 1-30, aldaar 1-2, 20, Goei, *De psychohygiënist* 24-25, Andreas Killen, *Berlin Electropolis. Shock, nerves and German modernity* (Berkeley, Los Angeles en Londen 2006) 50-52, Volker Roelcke, *Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914)* (Frankfurt/New York 1999) 112-121, Charles E. Rosenberg, 'The place of George M. Beard in nineteenth-century psychiatry', *Bulletin of the history of Medicine* 36 (1962) 245-259, Joost Vijsselaar, *Psyche en elektriciteit*, Inaugurele rede Universiteit Utrecht, 23 mei 2007 (Utrecht 2007) 11-15.

¹³⁴ Killen, *Berlin Electropolis* 57-62, Joachim Radkau, *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler* (München/Wenen 1998), Roelcke, *Krankheit und Kulturkritik* 112-121, Rosenberg, 'Place of Beard', Margaret Rowbottom en Charles Susskind, *Electricity and medicine. History of their interaction* (San Francisco 1984) 113-114, Edward Shorter, *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the Modern Era* (New York e.a. 1992) 220-232.

bergafwaarts met de elektrotherapie, vooral omdat daar onvoldoende resultaten mee werden geboekt. Op de achtergrond speelde ook de discussie over de rol van suggestie bij deze behandelvorm mee. Hypnose en later ook de Freudiaanse gesprekstherapie namen geleidelijk de plaats in van de elektrotherapie. Dit betekende ook dat het psychogene karakter van de neurasthenie meer werd benadrukt. Volgens verschillende auteurs begon zo, met de neurasthenie, een 'pendelbeweging' in de psychiatrie van een biologische naar een meer psychologische of geesteswetenschappelijke oriëntatie – een kentering die vooral gestalte kreeg ná de Eerste Wereldoorlog.¹³⁵

Door de medisch historici Volker Roelcke en Charles E. Rosenberg wordt echter ook een andere ontwikkeling geschetst. Lag in de Verenigde Staten, in navolging van Beard, de meeste nadruk op de overlading van het zenuwstelsel door invloeden van buitenaf, in Europa kreeg volgens hen ook het erfelijkheids- en degeneratiedenken vat op het discours over 'zenuwen'. Aan erfelijke (en zelfs degeneratieve) aanleg werd daardoor, vooral vanaf de jaren 1890, een grotere rol toebedeeld. Dat ging echter niet ten koste van de cultuurkritiek op de modernisering. Ook was dit niet per definitie in tegenspraak met de toegenomen aandacht voor psychologische factoren en behandelmethoden. Neurasthenie werd namelijk opgevat als het product van het *samenspel* tussen overgevoelige en zwakke zenuwen enerzijds en de prikkels en druk van het moderne (stads)leven anderzijds.¹³⁶

De notie dat aanleg ook een rol speelde, was overigens ook al bij Beard aanwezig. Hij noemde bijvoorbeeld de 'intellectuele ontplooiing' van de vrouw als één van de factoren die de toename van 'zenuwachtigheid' verklaarde. Het zenuwstelsel van vrouwen was volgens Beard namelijk sensibeler dan dat van mannen, waardoor zij minder goed bestand waren tegen (in dit geval) geestelijke 'overlading'. Aanvankelijk kregen vrouwen met zwakke zenuwen echter in de regel het predikaat 'hysterisch', terwijl neurasthenie als mannenaandoening werd beschouwd. Er werd namelijk een relatie gelegd tussen sommige moderne (mannen)beroepen, en het ontstaan van neurasthenie. Industriëlen, kooplieden, handelsreizigers, politici, intellectuelen, onderwijzers, spoorwegpersoneel, werknemers in telegraafkantoren en kantoorpersoneel liepen een groter risico op uitputting van hun zenuwgestel. Zij kwamen in hun dagelijks werk namelijk het meest in aanraking met

¹³⁵ Gijswijt-Hofstra, 'Introduction', 21, 26-27, Killen, *Berlin Electropolis* 71-80, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 180-185, Rosenberg, 'Place of Beard', 257, Vijselaar, 'Neurasthenia', 250-251, Jessica Slijkhuis, 'Neurasthenia as Pandora's Box? 'Zenuwachtigheid' and Dutch psychiatry around 1900' in: Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter ed., *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War* (Amsterdam/New York 2001) 257-278, aldaar 258, 269-274. Zie ook en vergelijk: Jelgersma, *Leerboek* 34-37, M.J. Erp Taalman Kip, *De behandeling van functioneele neurosen* (Amsterdam 1912) 51 e.v.

¹³⁶ Gijswijt-Hofstra, 'Introduction', 20-21, Volker Roelcke, 'Electrified nerves, degenerated bodies: medical discourses on neurasthenia in Germany, circa 1880-1914' in: Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter ed., *Cultures of neurasthenia. From Beard to the First World War* (Amsterdam/New York 2001) 177-197, aldaar 188-191, Roelcke, *Krankheit und Kulturkritik* 133-137, Rosenberg, 'Place of Beard', 255-257. Zie ook: Jelgersma, *Leerboek* 10-12, 31-32.

spanningsbronnen als moderne communicatiemiddelen, hevige commerciële concurrentie, het steeds snellere verkeer, zintuigelijke prikkels en intellectuele inspanning. Daarnaast namen mannen meer deel aan het drukke, moderne leven buitenshuis dan vrouwen – die (althans voorzover het de middenklasse betrof) geacht waren vooral binnenshuis te functioneren – zodat mannen ook meer werden blootgesteld aan de vele prikkels van de moderne maatschappij.¹³⁷

Zenuwziekten bij mannen waren in dit perspectief vooral het gevolg van de invloeden van buitenaf, bij vrouwen werd de grootste rol toegeschreven aan hun gevoelige, hysterische natuur. Vanwege ‘hun toch al tere zenuwgestel’ zou het funest zijn wanneer vrouwen zich buiten de enigszins beschermde omgeving van het huisgezin begaven en dezelfde moderne invloeden ondergingen als mannen. Dit was een populaire zienswijze. Op basis van deze gedachtegang waren in Nederland bijvoorbeeld de psychiaters Winkler en K.H. Bouman, maar ook intellectuelen als de historicus P.J. Blok, tegen de toelating van vrouwen op universiteiten of tot ‘mannenberoepen’, of daar op zijn minst zeer kritisch over. Toen vanaf de jaren 1890, zowel in Nederland als in het buitenland, neurasthenie frequenter ook bij vrouwen werd vastgesteld – en dus geleidelijk het (mannelijke) ‘genderkarakter’ verloor – werd tegen deze achtergrond de (beginnende) vrouwenemancipatie als hoofdoorzaak gezien. Daarnaast speelde mogelijk het wat grotere accent dat toen werd gelegd op erfelijkheid mee. Het ziektebegrip was daardoor namelijk beter dan voorheen van toepassing op vrouwen, van wie immers werd verondersteld een ‘gevoelige natuur’ te bezitten.¹³⁸

Neurasthenie gold aanvankelijk, behalve als mannenaandoening, ook als kwaal van de hogere en hooggeschoolde sociale klassen. De algemene opvatting was namelijk dat ‘hoofdarbeid’ en intellectuele bezigheid, in tegenstelling tot fysieke arbeid, een groot risico van ‘geestelijke overlading’ met zich meebrachten. Tevens werd het meer fijnbesnaarde

¹³⁷ Erp Taalman Kip, *Behandeling* 30-32, Gijswijt-Hofstra, ‘Introduction’, 23-24, Kerkhoven en Vijselaar, ‘Zorg voor zenuwlijders’, 28, Goei, *De psychohygiënist* 25-26, Jelgersma, *Leerboek* 18-24, 34, Jelgersma, ‘Beschaving’, Klootsema, ‘Zenuwleven’, 100-103, Rosenberg, ‘Place of Beard’, 254-255, Shorter, *Paralysis to fatigue* 223, Jozef Vos, ‘Herstellingsoord Lunteren. Van zenuwziekte tot psychosociale problematiek’ in: *Van streek. 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (Utrecht 2007) 94-129, aldaar 100-101.

¹³⁸ Gijswijt-Hofstra, ‘Introduction’, 24, Kerkhoven en Vijselaar, ‘Zorg voor zenuwlijders’, 30, Slijkhuis, ‘Neurasthenia’, 265, Abma en Weijers, *Met gezag* 58, P.J. Blok, ‘Vrouwelijke studenten’, *Het kind* 9 (1908) 69-70, 77-78, 86-87, 95-96, 103, K.H. Bouman, *Over sociale psychiatrie* (Amsterdam 1929) 9, Goei, *De psychohygiënist* 25, Jelgersma, *Leerboek* 19, 34, G. Jelgersma, ‘Zenuwinrichtingen’, *Psychiatrische en neurologische bladen* 1 (1897) 185-191, aldaar 188-189, Waardt, *Mending minds* 83-85. Jelgersma nam in een beroemde rede een vooruitstrevender standpunt in over ‘de vrouwenvraag’. Hij beschouwde ‘de verheffing der vrouw als een der grootste weldaden onzer beschaving’. Toch was de feministische beweging volgens hem mede oorzaak van de toename van zenuwachtigheid. De taak die de vrouw eeuwenlang in het huwelijk en familieleven had vervuld, had namelijk een ‘stempel gedrukt op zoowel haar lichamelijke als geestelijke organisatie, en de evolutie daaruit kan niet bij eenig besluit op papier, doch slechts door een langzaam en moeielijk aanpassingsproces plaats hebben’. De emancipatie van de vrouw bracht, met andere woorden, veranderingen waar haar zenuwgestel niet op was berekend. Het aantal zenuwziekten zou daarom in elk geval tijdelijk toenemen, totdat het menselijk accodatievermogen geleidelijk zijn werk had gedaan. Zie: Jelgersma, ‘Beschaving’, 146-147.

zenuwgestel van 'beschaafde', ontwikkelde mensen als kwetsbaarder beschouwd dan de 'afgestompte zenuwen' van het 'ruwe volk'. Daarnaast was, zo wordt althans regelmatig in de secundaire literatuur gesteld, de diagnose neurasthenie voor welgestelden een middel om het stigma van geestesziekte en de opname in een gesticht te vermijden. Zo ontstond er ook een institutioneel onderscheid: De krankzinnigeninrichtingen, het voornaamste werkterrein van psychiaters, zouden vooral bevolkt worden door patiënten uit de lagere sociale klassen, terwijl de rijkere terecht konden in de (dure) privéklinieken, sanatoria en kuuroorden voor zenuwlijders, waar neurologen de scepter zwaaiden.¹³⁹ Neurasthenie werd om deze redenen nooit, zoals bijvoorbeeld *moral deficiency*, onevenredig in verband gebracht met het proletariaat. Wel nam in de loop van de tijd (ook) de associatie met de hogere klassen af. Mogelijk kwam dat doordat een grotere rol aan erfelijkheid werd toegeschreven. Verschillende (zenuw)artsen zagen echter ook een verband tussen neurasthenie en sociale stijging. Arbeiderskinderen die een 'opvoeding boven hun stand' genoten en daardoor hun milieu ontgroeiden, zouden zich in hun nieuwe maatschappelijke positie misplaatst gaan voelen. Daardoor kregen 'maar al te vaak de zenuwen het te kwaad'. Bovendien zouden sociale stijgers zich gaan schamen voor hun eenvoudige afkomst. Dat was buitengewoon pijnlijk voor hun vaders en moeders, te meer omdat die vaak krom hadden gelegen voor de betere toekomst van hun kroost. Ook de zenuwen van ouders zouden daarom niet gespaard blijven.¹⁴⁰

In het laatste decennium van de negentiende eeuw groeide tevens de aandacht voor zenuwachtigheid bij kinderen (in gelijke mate bij jongens en meisjes¹⁴¹). Dat was niet verwonderlijk, omdat het voor de hand lag dat het zenuwstelsel van kinderen, evenals dat van vrouwen, kwetsbaarder waren dan dat van volwassen mannen. Bovendien werd het alleen al vanuit preventief oogpunt nodig geacht om meer aandacht te besteden aan zenuwachtige kinderen. Hun erfelijke dispositie zou door een ongunstige samenspel met milieuinvloeden kunnen uitgroeien tot ernstige zenuwziekte, zo was de algemene overtuiging. Het was daarom noodzakelijk, maar ook mogelijk om dat ongunstige samenspel te voorkomen door het scheppen van een gezond opvoedingsklimaat. Dat gold niet alleen voor de thuissituatie, maar nadrukkelijk ook voor het onderwijs. In Duitsland woedde rond 1900 namelijk een hevige discussie over de (geestelijke) overbelasting van scholieren.¹⁴²

¹³⁹ Erp Taalman Kip, *Behandeling* 30-33, 43, Gijsijt-Hofstra, 'Introduction', 23, 26, Goei, *De psychohygiënist* 25, Jelgersma, *Leerboek* 22-24, Rosenberg, 'Place of Beard', 254-256, Slijkhuis, 'Neurasthenia', 266-268.

¹⁴⁰ Gijswijt, 'Introduction', 23, Goei, *De psychohygiënist* 25-26, Jelgersma, *Leerboek* 33-34, Rosenberg, 'Place of Beard', 254-256, H. te Velde, "'In onzen verslaptentijd met weeke hoofden". Neurasthenie, *fin-de-siècle* en liberaal Nederland', *De Gids* 152 (1989) 14-24.

¹⁴¹ Uit de literatuur is niet op te maken of een neurasthenie dispositie vaker bij jongens voorkwam dan bij meisjes. De casusbeschrijvingen van zenuwachtige kinderen suggereren dat zenuwachtigheid in elk geval niet minder vaak bij meisjes voorkwam dan bij jongens.

¹⁴² Zie o.a. Bakker, 'Harmless disease', 310, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 91, Gijswijt-Hofstra, 'Introduction', 24, Jelgersma, 'Beschaving', zie verder het vervolg van deze paragraaf.

Zenuwachtige kinderen in Nederland

In navolging van Duitsland kwam neurasthenie, zij het met enige vertraging en op bescheidener schaal, ook in Nederland hoog op de agenda te staan. Zenuwachtigheid gold rond 1900 als 'de kwaal onzer dagen' en er werd een 'onrustbarende toename' van het aantal zenuwlijders waargenomen. Vanaf het begin van de twintigste eeuw werd in veel publicaties ook specifiek ingegaan op het 'gewichtig vraagstuk' van (het groeiende aantal) kinderen met een neurasthene praedispositie. Daarin werd vrijwel uitsluitend verwezen naar Duitstalige deskundigen, vooral de namen van de psychiaters H. Emminghaus en Th. Ziehen (die overigens enkele jaren hoogleraar psychiatrie was in Utrecht), de neurologen H. Oppenheim en A. Strümpell en de (ortho)pedagoog L. Strümpell doken dikwijls op.¹⁴³

Het is dan ook niet verwonderlijk dat Nederlandse auteurs in grote lijnen dezelfde visie uitdroegen over het samenspel tussen aanleg en omgeving als hun Duitse collega's.¹⁴⁴ Klootsema wees er bijvoorbeeld op dat échte neurasthenie zelden voorkwam bij kinderen, omdat die nog niet lang genoeg hadden blootgestaan aan de geestelijke overlading van de moderne samenleving. Wel kon er sprake zijn van een erfelijke aanleg. Om te voorkomen dat die kon uitgroeien tot zenuwziekte, was het volgens Klootsema allereerst van belang dat kinderen met een zenuwachtige dispositie als zodanig werden herkend. Dat was mogelijk, ook al ontbraken de échte symptomen van neurasthenie, omdat deze kinderen wel 'waarschuwingsstigmata' vertoonden, zowel van lichamelijke als geestelijke aard. Tot de eerste categorie behoorden bijvoorbeeld stoornissen in het vaatstelsel, nerveuze huiduitslag, bloedstijding naar het hoofd, nerveuze astma, onanie, algemene spierzwakte, maag- en darmstoornissen en bedwateren; tot de tweede categorie behoorden prikkelbaarheid, lusteloosheid, angsttoestanden, tics, dwanghandelingen en spraakstoornissen. Aan de zogenaamde degeneratie-tekenen, waartoe een aantal anatomische afwijkingen aan andere andere de schedel werden gerekend, behoefde volgens Klootsema niet veel waarde te worden gehecht. Alleen in combinatie met andere verschijnselen, zeker wanneer die zowel bij ouders als kind aangetroffen werden (wat regelmatig voorkwam), zeiden die iets over de erfelijke bodem van de zenuwachtigheid.¹⁴⁵

Al met al waren er volgens Klootsema en verschillende andere auteurs voldoende handvatten om zenuwzwakke kinderen te identificeren. Dit was belangrijk, want vroege

¹⁴³ Abma en Weijers, *Met gezag* 40, Bakker, 'Harmless disease', 310-313, Goei, *De psychohygiënist* 23-25, Jelgersma, *Leerboek* o.a. 3-4, 15, 21, Jelgersma, 'Beschaving', Kerkhoven en Vijselaar, 'Zorg voor zenuwlijders', 29, Klootsema, 'Zenuwleven', 99, Knapper, 'Het zenuwachtige, lastige kind', 130-131, 149-152, Noordman, 'Kwaliteit van het nageslacht', 87, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 163 e.v., 213, Schreuder, 'Zenuwachtige kinderen', 109, Slijkhuis, 'Neurasthenia', 257-274, Vos, 'Herstellingsoord Lunteren', 100, Weijers, *Creëatie van het mondige kind* 154. In deze context publiceerde Jelgersma in 1897 zijn invloedrijke *Leerboek der functioneele neurosen*. Zie ook het leerboek uit 1912 van Erp Taalman Kip, *De behandeling van functioneele neurosen*.

¹⁴⁴ Zie bijv. Bakker, 'Harmless disease', 313, Jelgersma, *Leerboek* 8 e.v. Zie verder vorige noot.

¹⁴⁵ Klootsema, 'Zenuwleven', 99-100. Zie voor vrijwel letterlijk dezelfde inhoud: Knapper, 'Het zenuwachtige, lastige kind', 130-131, 149-152. Zie ook: Jelgersma, *Leerboek* 13 e.v.

herkenning was cruciaal, zoals ook Schreuder benadrukte: 'Hoe spoediger ge Uw kind herkend hebt als een afwijkend kind, hoe beter zult ge het opvoeden en des te minder gevaar loopt ge, U aan hem te vergrijpen'.¹⁴⁶ De volgende stap was voorkomen dat bij deze kinderen de nerveuze aanleg zou verergeren, bijvoorbeeld doordat er een 'neuropathische overlading' zou plaatsvinden en in plaats daarvan verbetering aan te brengen. Hoe dat moest gebeuren, kon de pedagoog N. Knapper aangeven met één enkel woord, 'aangezien dit de geheele behandeling beheerscht: *opvoeding*'.¹⁴⁷ Veel hing daarom af van de ouders. Die stonden volgens Schreuder voor een moeilijke opgave: 'Een zenuwachtig kind in deze jaren goed op te voeden is, geloof ik, het moeilijkste, wat er in de opvoeding kan voorkomen'. Daarbij hielp het niet dat dikwijls 'Vader of Moeder of beiden zelf ook niet sterk van zenuwgestel zijn, prikkelbaar en driftig, humeurig en onstandvastig, spoedig vermoeid en wisselend van stemming en dan is het niet te verwonderen, dat de taak ten slotte te zwaar gaat wegen en moeder en kind beide er bij ten onder dreigen te gaan [...]. Dan is de eenige uitredding het kind onder andere, liefst deskundige leiding te doen'.¹⁴⁸ Soms was het dus onvermijdelijk dat kinderen uit huis geplaatst werden, maar in de meeste gevallen kon het met het kind in de eigen ouderlijke omgeving goed komen, met behulp van opvoedingsadviezen¹⁴⁹ als deze: 'Bedenk, dat het voor de opvoeding van Uw zenuwachtig kind vooral erop aankomt, wat Gezelf zijt. Wees vóór alles flink en rustig en beslist, houd voet bij stuk, zonder echter hard en streng te zijn. Wees verder liefdevol en geduldig, maar hoed U voor slapheid en toegeeflijkheid, want dat is in zijn gevolgen nog veel erger dan hardheid'. Aan deze vermanende woorden voegde Schreuder nog een stichtelijke, optimistischer noot toe. Een zenuwachtig kind kon een kruis zijn, 'maar aan dit kruis kan, als aan elk kruis een zegen verbonden zijn, doordat het de moeder, ja zelfs het heele gezin kan brengen tot een hoogte van zelfbeheersching en overwinning, van geduld en beleid, en daardoor tot een hoogte van liefdesontwikkeling waartoe de opvoeding van een normaal kind niet zou vermogen op te voeren'.¹⁵⁰

Zo overheerste in de literatuur over zenuwachtige kinderen dezelfde 'sociaal-biologische' benadering, hetzelfde preventieve denken, een vergelijkbaar gevoel van urgentie en een vergelijkbaar groot vertrouwen in opvoedkundige oplossingen als in de publicaties over onmaatschappelijke en criminele kinderen. Ook komt in het voorgaande opnieuw de invloed vanuit Duitsland sterk naar voren – al bestaat de indruk (zonder dat dit goed te staven is) dat

¹⁴⁶ Schreuder, 'Zenuwachtige kinderen', 114.

¹⁴⁷ Knapper, 'Het zenuwachtige, lastige kind', 157

¹⁴⁸ Schreuder, 'Zenuwachtige kinderen', 114. Zie ook: Jelgersma, *Leerboek* 24-25.

¹⁴⁹ Klootsema, 'Zenuwleven', 102, Knapper, 'Het zenuwachtige, lastige kind', 156-157, Schreuder, 'Zenuwachtige kinderen', 113-114. Zie ook: Jelgersma, *Leerboek* 25-27.

¹⁵⁰ Schreuder, 'Zenuwachtige kinderen', 114.

het pedagogisch optimisme in Nederland wat groter was, waardoor het accent ook iets meer lag op omgevingsfactoren en wat minder op de erfelijke dispostie.¹⁵¹

Die Duitse invloed was ook sterk merkbaar in de breedgedeelde opvatting dat de school vaak bijdroeg aan het ontstaan van zenuwachtigheid of neurasthenie. Dit komt hieronder uitvoerig aan de orde, omdat het raakt aan een belangrijk thema in de geschiedenis van ADHD: het vermeende verband tussen de invoering van de leerplicht en de ‘medicalisering’ van afwijkend gedrag.

Zenuwachtigheid en de school

Nadat de leerplicht was ingesteld, kwamen drukke en onhandelbare jongens (en meisjes) in grotere getale dan voorheen op school, waar zij de leerkrachten voor grote moeilijkheden stelden. Op deze manier werd een nieuwe groep probleemkinderen ontdekt die in aanmerking kwam voor medische diagnostiek en behandeling. Dit is in een notedop de al eerder besproken, vooral onder sociologen populaire visie over de relatie tussen de leerplicht en de herkenning van kinderen met bepaalde als afwijkend ervaren gedragskenmerken. Rond 1900 werd, in de toenmalige literatuur, echter een heel ander verband gelegd: de leerplicht had dit probleem niet zichtbaar gemaakt, maar mede veroorzaakt. Daar werden een drietal redenen voor aangedragen.

In de eerste plaats meenden verschillende auteurs dat kinderen op veel te jonge leeftijd naar school werden gestuurd. In een beroemde rede uit 1907, ‘De beschaving als predisponerende oorzaak voor zenuwaandoeningen’, betoogde Jelgersma dat de hersenen van een jong kind tot het negende jaar buitengewoon snel groeiden. In die periode was de geestelijke ontwikkeling van het kind een organisch proces. Pas wanneer het volume van het zenuwstelsel het hoogtepunt bereikte, kon gewerkt worden aan de verbetering van de ‘hoedanigheid’ daarvan. Dit betekende dat niet eerder dan op negen- of tienjarige leeftijd de ‘eigenlijke opvoeding’, de geestelijke leiding langzamerhand de ‘lichamelijke opvoeding’ kon vervangen. Tot zijn verontrusting constateerde Jelgersma dat de wetenschappelijke kennis over de fysiologie van het kinderbrein werd miskend, met alle gevolgen van dien: ‘Op zesjarige leeftijd en vaak vroeger zendt men het kind naar school; het moet leren lezen, rekenen en honderd andere dingen die schaden aan zijn geestelijke ontwikkeling. Vandaar komt de geestelijke overlading, die weldra de toekomstige geestelijke gezondheid op ernstige wijze komt aantasten’. Volgens Jelgersma – en ook verschillende vooraanstaande pedagogogen, onder wie J.H. Gunning, de hoofdredacteur van het in 1900 opgerichte tijdschrift *Het kind* – was het nodig om het echte onderwijs uit te stellen tot kinderen een jaar

¹⁵¹ Zie o.a. Bakker, ‘Harmless disease’, 311-313, Vijselaar, ‘Neurasthenia’, 239, 252.

of tien waren: 'Laat ons altoos in het oog houden, dat dezelfde intellectueele ontwikkeling, op rijperen leeftijd aangebracht, hoe langer hoe onschadelijker wordt'.¹⁵²

In de tweede plaats was de ouderlijke eerezucht een belangrijk thema in de opvoedingsliteratuur. De teneur was dat ouders door hun streberigheid de geestelijke overbelasting van schoolgaande kind vergrootten.¹⁵³ Volgens Klootsema bijvoorbeeld, streefden ouders ernaar dat hun kinderen een eervolle positie in de maatschappij verwierven, zonder rekening te houden met de vraag of de structuur van het kind wel paste bij de structuur van het beroep dat zij voor hem op het oog hadden. Kinderen kregen hierdoor van jongs af aan door hun ouders een loopbaan opgedrongen waar zij niet voor geschikt waren. Dit kon hun zenuwleven uiteraard slechts schaden.¹⁵⁴ Dit betoog van Klootsema zou kunnen wijzen op een vergelijkbare kritische houding tegenover sociale stijging als hiervoor is beschreven. Zijn pleidooi dat ouders niet moesten streven naar een beroep dat niet paste bij aard en aanleg van hun kind, zou kunnen impliceren dat dat mensen niet moesten opklimmen uit hun 'natuurlijke' sociale positie. Of zijn betoog zo moet worden opgevat is echter moeilijk te zeggen. Daartegen spreekt dat in de pedagogische literatuur vooral wordt geklaagd over de eerezucht onder ouders uit de *hogere* klassen. Gunning noemde 'ouderlijke ijdelheid' bijvoorbeeld 'een toestand waarin volgens mijn ervaring minstens 90% van de welgestelde ouders van kinderen [...] verkeerden'.¹⁵⁵ Knapper stelde dat een 'ziekelijke eerezucht' dikwijls werd aangetroffen bij 'neuropathische families', zodat aanleg en milieu op zeer ongunstige wijze met elkaar interacteerden.¹⁵⁶

De derde en meest zwaarwegende reden waarom de school volgens veel commentatoren zenuwachtigheid in de hand werkte, was de eenzijdige manier van lesgeven. Vooral het stampen van feitjes en de klassikale lesmethode zouden intellectuele overbelasting veroorzaken – Jelgersma sprak van 'pompscholen' en 'de eenzijdige voorbereiding voor een of ander examen'. De geestelijke overlading van de leerlingen werd volgens veel commentatoren bovendien versterkt door het huiswerk dat ze opkregen. Het klassikale systeem kwam ook onder vuur te liggen van een onderwijsvernieuwingsbeweging, de Reformpedagogiek (in Nederland ook wel: Nieuwe Schoolbeweging). De scholen werden getypeerd als 'zit- en luisterscholen', die kinderen tot stilzitten en passiviteit dwongen en geen ruimte boden aan hun individuele ontwikkeling. Onderwijsvernieuwers richtten nieuwe schooltypen op, zoals de Montessorischool, de Daltonschool, de Jenaplanschool en de Vrije

¹⁵² Jelgersma, 'Beschaving', 146. Zie ook: Bakker, 'Harmless disease', 316, Erp Taalman Kip, *Behandeling* 117-121, W.H. Cox, 'Eenige opmerkingen over het lager onderwijs', *Het kind* (1904) 14-16, aldaar 16, J.H. Gunning, 'Op het psychiatrisch congres', *Het kind* 8 (1907) 145-147, 153-155, aldaar 154-155, Hierta-Rezius, 'Ontwikkeling', Jelgersma, *Leerboek* 39-40, Medicus, 'De eerste schooljaren'.

¹⁵³ Gunning, 'Op het psychiatrisch congres', 154-155, Jelgersma, *Leerboek* 40-41, Knapper, 'Het zenuwachtige, lastige kind', 166, P., 'De school en het kind', 10. Zie ook: Bakker, 'Harmless disease', 137.

¹⁵⁴ Klootsema, 'Zenuwleven', 98-99.

¹⁵⁵ Gunning, 'Op het psychiatrisch congres', 155.

¹⁵⁶ Knapper, 'Het zenuwachtige, lastige kind', 166.

School. Het aantal vernieuwingsscholen dat werd opgericht bleef voor de Tweede Wereldoorlog echter erg klein. De 'gewone' protestante, katholieke én openbare scholen waren in een tijd van eerst schoolstrijd en daarna onderwijspacificatie vooral bezig hun eigen identiteit vorm te geven. Mede daardoor kwam van onderwijsvernieuwing weinig terecht. Wel onderschreven onderwijzers en pedagogen over het algemeen dat eenzijdige intellectuele vorming, langdurig stilzitten in de klas en 'stampwerk' niet goed waren voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van leerlingen. Dat schoolkinderen meer afwisseling, lichaamsbeweging en buitenlucht nodig hadden dan ze kregen op school, werd dan ook nauwelijks betwist. Dit heeft, zeker op individueel niveau, tot kleine aanpassingen geleid, bijvoorbeeld doordat in het schoolrooster ruimte werd gemaakt voor vakken als handenarbeid, tekenen en gymnastiek.¹⁵⁷

In deze context kreeg ook de schoolhygiënistische beweging de wind in de zeilen. Vanaf 1904 kwamen er gemeentelijke schoolartsen, die in korte tijd een vaste plek in het onderwijs verwierven. De schoolartsen vervulden een belangrijke rol bij de selectie van kinderen voor het speciaal onderwijs en deden periodiek lichamelijk onderzoek bij leerlingen, zodat zij vroegtijdig ziekten en gebreken konden opsporen. Hier is echter vooral van belang dat ook het voorkomen van eenzijdige intellectuele overbelasting tot hun takenpakket behoorde. Zij werden namelijk geacht om te controleren of de schoolgebouwen en het onderwijs de gezonde geestelijke en lichamelijke ontwikkeling van de leerlingen niet in de weg stonden. Zij letten daarbij niet alleen op de hygiëne op school, maar ook op zaken die zenuwachtigheid in de hand konden werken, zoals de zwaarte van het lesrooster en of leerlingen wel genoeg lichaamsbeweging kregen. Daarnaast konden zij zwakke en ziekelijke kinderen doorverwijzen naar vakantiekolonies en buiten- of openluchtscholen. Daar konden deze kinderen, ver weg van de drukke steden (die ook zenuwachtigheid in de hand werkten!), genieten van rust, regelmaat, ruimte en (schone) buitenlucht. In de openluchtscholen kwamen kinderen niet alleen meer buiten (in de natuur), maar waren ook gedwongen rustmomenten ingebouwd in het lesprogramma. Het behoeft geen betoog dat

¹⁵⁷ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 61-72, 505-519, Bakker, *Kind en karakter* 165, Cox, 'Eenige opmerkingen', Erp Taalman Kip, *Behandeling* 117-121, J.H. Gunning, e.a., 'De huiswerkquaestie', *Het kind* 8 (1907) 26-28, 35-36, 41-43, 49-51, 57-59, Hierta-Rezius, 'Ontwikkeling', Jelgersma, *Leerboek* 39-43, Klootsema, 'Zenuwleven', 102-103, Knapper, 'Het zenuwachtige, lastige kind', 165-166, Medicus, 'De eerste schooljaren', P., 'De school en het kind'. Zie ook: Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 91-92. Bakker betoogt dat deze discussie vooral over het *middelbare* onderwijs ging. Uit het bestuurd bronnenmateriaal blijkt echter dat wel degelijk óók de lagere school daarbij werd betrokken. Bakker noemt Jelgersma als de belangrijkste initiator en aanjager van deze discussie, terwijl juist hij zich druk maakte over het *te jong* naar school gaan, over de gevaren van intellectuele arbeid door kinderen wiens hersenen en zenuwstelsel nog niet volgroeid waren. Juist *jonge* kinderen hadden het volgens Jelgersma en verschillende anderen nodig om veel te spelen en in de buitenlucht te verkeren. Vgl. Bakker, 'Harmless disease', 316-317.

zenuwachtige kinderen bij uitstek kandidaten waren voor de vakantiekolonies en buitenscholen.¹⁵⁸

Zenuwachtigheid was als medisch concept op de scholen dus duidelijk een grotere factor dan de constitutionele psychopathie of het moreel-ethische defect. Dat kwam deels door het sterke accent op lichamelijke verschijnselen bij nerveuze kinderen. Daar wisten schoolartsen en ook onderwijzers wel raad mee. Het regime van rust, reinheid, regelmaat, voldoende lichaamsbeweging, afwisseling en buitenlucht, desnoods in een buitenschool, leek een goede remedie tegen de uitputting en overlading van het zenuwstelsel. Zo sloten de medische opvattingen over neurasthenie tamelijk goed aan bij de denkbeelden in de onderwijswereld over opvoeding en de lichamelijke en geestelijke gezondheid van leerlingen.¹⁵⁹

Ook in een ander opzicht stond zenuwachtigheid als medisch probleem niet veraf van de belevingswereld van onderwijzers. Het was *de* kwaal van de moderne tijd, waar toentertijd in het publieke debat veel aandacht voor was. Daarbij vormde de diagnose neurasthenie nauwelijks een stigma, zeker in vergelijking met de psychopathie of het moreel-ethisch defect die met een minderwaardige aanleg en afkomst werden geassocieerd. Neurasthenici werden gevonden in alle sociale lagen, want de moderne omstandigheden raakten iedereen. Tot op zekere hoogte was zenuwachtigheid zelfs een teken van de beschaving en verfijning van de hogere klassen. Daarnaast zou neurasthenie vaker voorkomen bij beroepen het risico van intellectuele overbelasting met zich mee brachten. Dat gold niet in de laatste plaats voor het beroep van onderwijzer. Over zenuwachtigheid bij leerkrachten als gevolg van geestelijke overlading werd regelmatig geschreven in de eerste decennia van de twintigste eeuw. Daarbij werd bijvoorbeeld betoogd dat de rustperiodes in de schoolvakanties vooral voor onderwijzers noodzakelijk waren en slechts in mindere mate voor de leerlingen. In 1900 richtte de Bond van Nederlandsche Onderwijzers in Lunteren zelf een herstellingsoord op die expliciet bedoeld was voor 'zenuwlijdende' en 'rustbehoevende' leerkrachten.¹⁶⁰

Zo bekeken lagen de opvattingen van psychiaters als Bouman over 'lastige en ondeugende kinderen' veel verder van het bed van onderwijzers en pedagogen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat die het drukke en 'immorele' gedrag van sommige leerlingen anders verklaarden, namelijk als aanpassingsprobleem. Die visie verschilt eigenlijk niet zoveel van de denkbeelden die zij hadden over zenuwachtigheid – in beide gevallen waren kind en schoolomgeving als het ware (nog) niet goed op elkaar afgestemd. Ook 'ondeugende

¹⁵⁸ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 269-276, 503-504, Bakker, 'Harmless disease', 316.

¹⁵⁹ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, 262, Bakker, 'Harmless disease', 316, zie voor de zeer 'lichamelijke' benadering van zenuwachtigheid bijv.: Schreuder, 'Zenuwachtige kinderen', 114.

¹⁶⁰ Abma en Weijers, *Met gezag* 50, Jelgersma, 'Beschaving', 145-146, Kerkhoven en Vijselaar, 'Zorg voor zenuwlijders', 30, Klootsema, 'Zenuwleven', 101-103, Vos, 'Herstellingsoord Lunteren', 95, 100-109.

bengels' konden last hebben van geestelijke overlading, doordat zij op school in een compleet andere omgeving terecht kwamen dan ze gewend waren. Deze 'schoolziekte' ging volgens pedagogen gepaard met symptomen van zenuwachtigheid (!) en kon langzamerhand uitslijten, 'wanneer het patiëntje als 't ware zich geacclimatiseerd heeft in de schoolomstandigheden'.¹⁶¹ Zenuwachtige kinderen op hun beurt konden, door hun toestand van geestelijke vermoeidheid en overspanning, vaak ook erg lastig, ongehoorzaam en onbeheerst zijn in hun gedrag – daarmee sterke gelijkenis vertonen met de lastige en ondeugende kinderen die Bouman beschreef.¹⁶²

De denkbeelden van onderwijzers en pedagogen over 'kwajongesmanieren' overlapt dus deels met die over zenuwachtigheid. Dit is overigens niet heel verwonderlijk, want ook bij Bouman lagen nervositeit en het moreel-ethische defect niet ver uit elkaar. Zoals reeds is aangestipt beschouwde hij het eerste als een subcategorie van het laatste. Daarnaast waarschuwde hij dat constitutioneel psychopathische kinderen gevoeliger waren voor de geestelijke overlading op school, wat voor hem ook aanleiding was om kritisch te zijn over het klassikale onderwijs. Het ligt echter voor de hand om te veronderstellen dat onderwijzers en pedagogen kinderen die Bouman 'moreel-ethisch defect' of psychopathisch zou noemen, eerder het predikaat 'zenuwachtig' zouden geven, omdat ze met dat laatste medische concept veel beter uit de voeten konden.¹⁶³

5. Besluit

Met het relatieve 'succes' van zenuwachtigheid als medisch concept in onder andere het onderwijs ontstonden, om met Bakker te spreken, de eerste scheurtjes in de 'morele orde'. Er was echter slechts sprake van een voorzichtig begin van de 'medicalisering' van afwijkend kindergedrag (dat niet toegeschreven kon worden aan duidelijke verstandelijke, fysieke en geestelijke verstoringen of defecten). Over zenuwachtige en onmaatschappelijke kinderen was wel veel discussie, maar dat betekende niet dat ook velen van hen daadwerkelijk daarvoor in behandeling kwamen, bijvoorbeeld bij een psychiater. Pas na 1930 en vooral na de Tweede Wereldoorlog kreeg de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg voor kinderen institutioneel vorm, zodat er ook daadwerkelijk een diagnostische en behandelpraktijk ontstond voor kinderen met dergelijke gedragskenmerken.

Zoals in het volgende hoofdstuk zal blijken, werd daarbij wél voortgeborduurd op de opvattingen uit het begin van de twintigste eeuw over het moreel-ethische defect (en onmaatschappelijkheid) en vooral zenuwachtigheid. Alleen al om die reden is de toenmalige

¹⁶¹ Medicus, 'De eerste schooljaren'.

¹⁶² Knapper, 'Het zenuwachtige, lastige kind', 130-131 (en titel!).

¹⁶³ Bouman, 'Lastige en ondeugende kinderen', 9, Idem., 'Paedagogische maatregelen', 2-4.

literatuur over deze concepten interessant en relevant voor de geschiedschrijving van ADHD. Weliswaar ging het niet om helder omschreven en afgebakende ziektebeelden en weken de (morele en fysieke) symptomen af van die van ADHD, maar tot op zekere hoogte vormen het moreel-ethische defect en zenuwachtigheid de historische wortels van deze huidige stoornis.

Bovendien zijn deze 'historische wortels' in dit hoofdstuk enigszins anders van inhoud en achtergrond gebleken dan meestal wordt verondersteld. In de eerste plaats stond de 'pendel' in Nederland rond 1900 niet, zoals in de secundaire literatuur wordt gesteld, ondubbelzinnig aan de kant van de biologie. Weliswaar golden zowel het moreel-ethische defect als neurasthenie primair als somatische stoornissen en hadden tevens de degeneratieleer en het sociaal-Darwinisme de nodige invloed in Nederland. Echter, de benadering van lastige, misdadige en zenuwachtige kinderen werd ook (en vooral) gekenmerkt door sociaal-hygiënistische ideeën en een groot pedagogisch optimisme. Dat was al zichtbaar in de opvattingen van Bouman over het moreel-ethische defect, die bovendien waren ingebed in een bredere *sociaal*-biologische opstelling ten aanzien van onmaatschappelijke kinderen. Bij zenuwachtigheid ging de meeste aandacht nog duidelijker uit naar omgevingsfactoren, namelijk naar de letterlijk zenuwslopende uitwerking van de omstandigheden en het levenstempo in de moderne samenleving. Al speelden in de toenmalige vakliteratuur daarover noties over erfelijkheid en degeneratie wel degelijk een rol, de publieke discussies over zenuwachtigheid en neurasthenie werd beheerst door de vraag naar de negatieve (neven)effecten van de modernisering. Ook was er, op bescheiden schaal, oog voor psychogene verklaringen en behandelingen. Het beeld van de 'pendel' die was uitgeslagen aan de kant van de biologie doet geen recht aan deze sterke sociale en zelfs enigszins psychologische benadering van onmaatschappelijke en vooral zenuwachtige kinderen.

In de tweede plaats zijn er ook kanttekeningen te plaatsen bij de sociologische interpretatie van de beginnende 'medicalisering' van afwijkend gedrag bij kinderen. Boumans medische concept van het moreel-ethische defect had in het heersende klimaat van pedagogisch optimisme en sociaal activisme betrekkelijk weinig invloed. Alleen binnen de inrichtingen en gestichten, waar zich ernstig gestoorde kinderen bevonden, kregen zijn biologische noties ingang. Daarentegen werd lastig gedrag van schoolkinderen meestal als aanpassingsprobleem beschouwd en onmaatschappelijkheid toegeschreven aan verwaarlozing door de ouders. In beide gevallen lag het accent op omgeving, opvoeding en moraal – en niet op een (vermeend) organisch defect.

Toch waren alle factoren aanwezig die volgens sociologen bijdroegen aan de uitbreiding van de medische jurisdictie over 'moeilijke kinderen': snelle modernisering, verschuivende verhoudingen tussen sociale klassen, professionalisering, stijgend prestige van de (medische) wetenschap en de invoering van de leerplicht. Deze factoren leidden

echter niet zo automatische als verschillende auteurs beweren tot de uitbreiding van de medische en vooral psychiatrische jurisdictie. De grote verontrusting over misdadige kinderen was bijvoorbeeld inderdaad gekleurd door 'standsvooroordelen' bij de middenklassen en elites over het morele peil van de stedelijke onderklasse (die door de snelle modernisering sterk was gegroeid). Ook was de status van de geneeskunde onmiskenbaar groot. Toch werden verklaringen en remedies niet primair in de medische hoek gezocht. Het plichtsverzuim van verwaarlozende ouders gold als hoofdoorzaak van onmaatschappelijkheid en criminaliteit bij kinderen, de oplossing werd daarom vooral gezocht in heropvoeding en een beschavingsoffensief. Op vergelijkbare wijze leidde de invoering van de leerplicht in 1901 niet (direct) tot medicalisering van lastige leerlingen. De vermeende toestroom van onhandelbare kinderen in de schoolklas, die de leerplicht zou hebben veroorzaakt, dreef onderwijzers niet zoals wel wordt voorgesteld in de armen van medici en psychiaters. Ze hadden misschien wel meer 'managementproblemen' dan vóór 1901, maar die losten zij liever zelf, op pedagogische wijze, op.

Zenuwachtigheid werd door (een groot deel van de) onderwijzers en pedagogen wél serieus genomen als medisch probleem. De relatie met de leerplicht was echter een hele andere dan in de 'medicaliseringsliteratuur' wordt gelegd. De leerplicht leidde namelijk niet slechts tot de *herkenning* van een nieuwe groep probleemkinderen (omdat die vaker dan voorheen in de schoolbanken terechtkwamen), maar werd indertijd als (mede) *veroorzaker* daarvan gezien. De 'geestelijke overlading' en 'eenzijdige intellectuele overbelasting' op school zouden een funeste uitwerking hebben op het zenuwgestel van vooral jonge leerlingen.

Tevens kleurden sociale vooroordelen het toenmalige debat over neurasthenie wel, maar op een ingewikkelder manier dan in veel geschiedenissen van ADHD wordt beschreven. Het accent lag niet zo sterk als verondersteld op de minderwaardige aanleg van de onderklasse, omdat neurasthenici (aanvankelijk) vooral uit de hogere sociale klassen kwamen. Wel was er kritiek op de sociale stijging van mensen van lagere komaf, omdat die zowel bij hen zelf als bij hun ouders zenuwziekten in de hand zouden werken.

Zo wijken de bevindingen in dit hoofdstuk af van wat in de secundaire literatuur wordt gezegd over de 'pendel' en over 'medicalisering' in de context van onder andere verschuivende verhoudingen tussen sociale klassen en de invoering van de leerplicht. Er is echter nog een derde belangrijke 'afwijking': in de meeste geschiedenissen van ADHD komt zenuwachtigheid of neurasthenie helemaal niet aan de orde. In dit hoofdstuk is betoogd dat daar geen goede grond voor is: de gelijkenis met de huidige ADHD is niet minder groot dan die van Stills *moral deficiency*, terwijl de historische betekenis zeker niet kleiner was. Deze negatie heeft grote gevolgen. In het voorgaande is reeds gebleken dat vooral de problematiek van en opvattingen over zenuwachtige kinderen een heel ander beeld geven

van de situatie aan het begin van de twintigste eeuw dan in de historiografie van ADHD wordt geschetst. In het volgende hoofdstuk zal bovendien blijken dat het weglaten van de concepten van zenuwachtigheid of neurasthenie ook een goed begrip van de periode 1930-1960 in geschiedenis van ADHD in de weg staat.

Hoofdstuk 2: Ongedurig en nerveus (ca. 1930-1960)¹⁶⁴

1. Inleiding: medicalisering en neurotisering

‘Het is bekend, dat ook kinderen, welke een stoornis in de aandachts-bepaling hebben, door een verhoogde afleidbaarheid en onrust het gewone onderwijs slecht kunnen volgen en een vorm van achterlijkheid gaan vertonen, welke toch van zwakke ontwikkeling der verstandelijke vermogens onderscheiden dient te worden. Sinds langen tijd heeft men ook de ervaring opgedaan, dat een gedeelte dezer beweeglijke, vaak onhandelbare en ongezeglijke kinderen, welke in de klas vaak een kruis voor den onderwijzer kunnen zijn, zich kenmerken door een grote vluchtigheid in de opvatting, de inprenting en een bijzonder sterke ongeremdheid, waardoor een invallende gedachte zich terstond in een of andere handeling neigt om te zetten. Het is deze impulsiviteit, welke zeer kenmerkend is voor deze zgn. functioneel-achterlijke kinderen, óók wanneer zij niet (of nog niet) tot asociale en misdadige handelingen gekomen zijn.’¹⁶⁵

Zo beschreef de Leidse hoogleraar psychiatrie E.A.D.E. Carp in 1932 een groep kinderen die hij ‘functioneel-achterlijk’ noemde. Een aantal overeenkomsten met de ‘moreel-ethisch defecten’ van Bouman (zie hoofdstuk 1) valt direct op. Evenals Bouman sprak Carp van een vorm van achterlijkheid zónder onderontwikkelde verstandelijke vermogens. Tevens noemde ook hij ongeremdheid en impulsiviteit als belangrijke symptomen, die hij op dezelfde manier in verband bracht met misdadigheid en asociaal (Bouman zou zeggen: onmaatschappelijk) gedrag. Carp had het, met andere woorden, over een zeer vergelijkbare categorie probleemkinderen als Bouman.

Hij benaderde deze kinderen echter op geheel andere wijze. Carp achtte ze niet *moreel* achterlijk, maar *functioneel*. Hij ging ook niet uit van een ethisch defect, maar van een stoornis in de aandachtsbepaling (waarmee hij ‘dichter’ bij het huidige ADHD-concept zat dan Bouman). Het belangrijkste verschil is echter dat Carp in tegenstelling tot Bouman oog had voor psychische oorzaken van misdadigheid. Zijn boek *Het misdadige kind* ademde de geest van Alfred Adler (1870-1937), de Oostenrijkse psychiater en psychoanalyticus. Adler verschilde van mening met zijn tijdgenoot Sigmund Freud over het belang van de geslachtsdrijf in de genese van de neurose. Volgens Adler speelden sterke gevoelens van minderwaardigheid daarin een veel grotere rol. Neurosen, depressie, criminaliteit, zelfs psychosen zouden volgens Adler samen hangen met stoornissen in de relatie tussen het individu en de gemeenschap. Na de Eerste Wereldoorlog verscheen Adlers boek

¹⁶⁴ Dit hoofdstuk is deels gebaseerd op/overgenomen uit: Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 1, 12-18, 21, 28-37.

¹⁶⁵ E.A.D.E. Carp, *Het misdadige kind in psychologisch opzicht* (Amsterdam 1932) 88-89. Zie ook: Nieweg, 'ADHD', 306.

Menschenkenntnis waarin hij het thema *Gemeinschaftsgefühl* en zijn op de praktijk gerichte systeem van *Individualpsychologie* uitwerkte.¹⁶⁶

In navolging van Adler meende Carp dat opvoeders de taak hadden om kinderen 'genegenheid' bij te brengen voor hun omgeving. Daarin lag immers de basis voor de ontwikkeling van het gemeenschapsgevoel. Kinderen die een onvoldoende ontwikkeld gemeenschapsgevoel hadden, die zich niet thuis voelden, zagen zichzelf als minderwaardig. Door dit minderwaardigheidsgevoel sloot het kind zich af van de buitenwereld, het voelde zich vol wrok, onmachtig en vijandig ten opzichte van zijn omgeving, raakte op een verkeerd spoor en verviel ten slotte tot asocialiteit en misdadigheid.¹⁶⁷

Adlers *Individualpsychologie* was in de jaren dertig, in tegenstelling tot Freuds psychoanalyse, zeer invloedrijk in onderwijskundige en pedagogische kringen in Nederland. Ook confessionelen konden er goed mee uit te voeren, onder andere omdat het seksuele bij Adler anders dan bij Freud geen belangrijke rol speelde. De populariteit van Adlers ideeën was volgens Bakker een belangrijke factor bij de overgang, vanaf de jaren dertig, van de morele orde naar een *probleemcultuur*¹⁶⁸ in de opvoeding. Het ging bij opvoeden namelijk niet meer alleen om het aanbrengen van zelfbeheersing, maar ook van zelfvertrouwen – en juist dat laatste kon met allerlei moeilijkheden gepaard gaan. Een gebrek aan zelfvertrouwen kon zich uiten in bijvoorbeeld verlegenheid, bedplassen, stotteren, brutaliteit en ongehoorzaamheid. Dergelijk ernstig én minder ernstig probleemgedrag kon niet langer bestreden worden door morele veroordeling, opvoedkundige tucht of het deugdzame voorbeeld van ouders, maar vergde diepte-psychologische duiding. Daarom waren niet de ouders zelf of traditionele morele autoriteiten als dominees, priesters en onderwijzers, maar professionele deskundigen als psychologen en psychiaters de aangewezen figuren om te bepalen wat er aan de hand was met het kind.¹⁶⁹

Zo werkten volgens historisch-pedagogen de 'probleemcultuur' en de grote invloed van Adlers *Individualpsychologie* in de hand dat de bemoeienis met (probleem)kinderen medicaliseerde en professionaliseerde. Vooral psychiaters en psychologen wisten hun werkterrein aanzienlijk uit te breiden in de periode 1930-1960. Hun benadering was daarbij psychologisch en na de Tweede Wereldoorlog ook psychoanalytisch gekleurd. In de

¹⁶⁶ N. Bakker, 'Child-rearing literature and the reception of Individual Psychology in The Netherlands, 1930-1950: The case of a Calvinist pedagogue', *Paedagogica Historica. International journal of the history of education* Supplementary series III (1998) 585-602, N. Bakker, 'Health and the medicalisation of advice to parents in the Netherlands' in: M. Gijswijt-Hofstra ed., *Cultures of child health in Britain and the Netherlands in the twentieth century* (Amsterdam 2003) 127-148, Leonie de Goei, 'Van neurosekliniek tot therapeutische gemeenschap. Het Veluweland van G.W. Arendsen Hein, 1948-1977' in: *Van streek. Honderd jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (Utrecht 2007) 225-251.

¹⁶⁷ Carp, *Misdadige kind* mn. 1-21.

¹⁶⁸ Bakker ontleende dit begrip aan: Ingrid van Lieshout, *Deskundigen en ouders van nu: binding in een probleemcultuur* (Utrecht 1993).

¹⁶⁹ Bakker, 'Harmless disease', 318-320, Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 279-281, Bakker, *Kind en karakter* 167-168, 243-244.

literatuur wordt daarom gesteld dat de opvoeding werd 'geneurotiseerd', wat wil zeggen dat de omgang van ouders en kinderen als dé bron van neurotische problemen werd bestempeld. Allerlei gebreken of moeilijk gedrag van kinderen, zoals duimzuigen, nagelbijten en bedplassen, zouden door analytisch georiënteerde opvoedingsdeskundigen geduid worden als symbolische representaties van innerlijke conflicten en trauma's, waarvan ouders noch kind zich bewust waren, maar die wel wortelden in hun onderlinge relatie. Zo zou de indruk zijn gewekt dat in de opvoeding gemakkelijk van alles mis ging, zodat (vrijwel) ieder kind zonder de adviezen of therapieën van deskundigen een neurose kon ontwikkelen – dit is ook wat Bakker wil uitdrukken met het begrip probleemcultuur. Doordat zoveel belang werd gehecht aan de neurotiserende relatie tussen kind en ouders, zouden ouders (vooral de moeders) bovendien al te gauw de schuld hebben gekregen van de psychische stoornissen van hun kind.¹⁷⁰

Deze twee belangrijke ontwikkelingen – medicalisering en neurotisering – beschrijft Brancaccio ook in haar proefschrift over de geschiedenis van ADHD. Zij betoogt dat pas vanaf 1930 psychiaters hun jurisdictie wisten uit te breiden naar 'hyperactieve' kinderen. Tevens kregen volgens Brancaccio psychologische verklaringen voor 'ADHD-achtige' symptomen geleidelijk aan ingang tijdens het interbellum, een trend die zich na de Tweede Wereldoorlog verder doorzette ten koste van organische verklaringen. Nieuwe diagnostische categorieën zouden uitdrukking geven aan deze nieuwe psychologische interpretatie van hyperactiviteit. Brancaccio noemt bijvoorbeeld het 'moeilijke kind' en 'emotioneel defect', maar ook concepten als het 'nerveuze kind' die niet echt nieuw waren (zie hoofdstuk 1). Tevens zouden begrippen die al langer in gebruik waren en een sterke organische component hadden, zoals 'instabiliteit', een andere, psychogene connotatie gekregen hebben. Daarnaast stelt zij dat Freuds psychoanalyse pas na de Tweede Wereldoorlog grote invloed kreeg op het denken over hyperactiviteit, wat er toe leidde dat in de jaren vijftig 'instabiliteit' vervangen werd door 'neurose'. Dit ging volgens Brancaccio gepaard met een accentverschuiving: vóór de Tweede Wereldoorlog werden gedragsproblemen vooral geweten aan 'inadequate parenting', daarna richtten (kinder)psychiaters zich op de 'emotional economy of the family'. Met andere woorden, een 'medico-pedagogische' benadering maakte plaats voor een 'diepte-psychologische'.¹⁷¹

¹⁷⁰ Bakker, 'Harmless disease', 318-323, Bakker, 'Health and the medicalisation of advice', 127-148, Bakker, 'Child-rearing literature', Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 279-287, Bakker, *Kind en karakter* 243-244, Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 17-18, Groenendijk en Bakker, 'Dieptepsychologie en opvoeding', Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 52-53.

¹⁷¹ Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 74-75, 103-165. Zie ook: Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 280-281, Groenendijk en Bakker, 'Dieptepsychologie en opvoeding', 244, Pieters, 'Een eeuw omgang', 639, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 51-52.

In dit hoofdstuk wordt het beeld van medicalisering en neurotisering in de periode 1930-1960¹⁷² deels bevestigd en deels ontkracht aan de hand van twee ziekteconcepten die toentertijd opgeld deden in Nederland: ongedurigheid – dat inhoudelijk sterk overeenkwam met de functionele achterlijkheid van Carp – en nervositas. In paragraaf 2 worden deze ziektebegrippen, in de verhouding tot elkaar én tot het moreel-ethische defect en de zenuwachtigheid uit het vorige hoofdstuk, nader geïntroduceerd. In de derde paragraaf komt de vraag aan de orde hoe psychiaters en andere hulpverleners aankeken en omgingen met de gezinnen van ongedurige en nerveuze kinderen. Was inderdaad sprake van neurotisering van de opvoeding? Tevens wordt ingegaan op de betekenis van de beweging voor geestelijke hygiëne (of: volksgezondheid), die volgens zowel Brancaccio als de Nederlandse historisch-pedagogische literatuur een belangrijke rol speelde bij de processen van medicalisering en neurotisering. De vierde paragraaf gaat over de verhouding tussen de school en de psychiater en die tussen de klas en het ongedurige of nerveuze kind. Daarbij worden ook ontwikkelingen op het gebied van het onderwijs besproken, die volgens Brancaccio invloed hadden op de verhoudingen tussen sociale klassen en mede daardoor nieuwe interpretaties van ‘druk gedrag’ van schoolkinderen in de hand werkten.

Op deze manier komen in dit hoofdstuk dezelfde thema’s aan bod als in het vorige: de (on)juistheid van de pendelmetafoor en de belangrijkste elementen uit de medicaliseringsliteratuur – psychiaters die hun werkterrein vergrootten, de invloed van verschuivende klasseverhoudingen en de rol van de school. Daarbij zal een aantal opvallende continuïteiten naar voren komen, die moeilijk te rijmen zijn met de veronderstelde pendelbeweging of neurotisering waarvan sprake geweest zou zijn. In paragraaf 5 wordt daarom een poging gedaan de verkeerde beeldvorming over deze periode te verklaren. Daarop volgt nog een samenvattend ‘besluit’.

¹⁷² De visie van Brancaccio wordt bevestigd in de overige literatuur over de geschiedenis van ADHD. Daarin wordt echter buitengewoon summier ingegaan op de periode 1920-1960. Vaak wordt niet veel meer gezegd dan dat toen het psychodynamische *parent blaming* dominant was. Soms komt wel het tamelijk marginale neurologische *research* aan de orde dat in die periode werd gedaan naar het verband tussen hersenbeschadigingen en –infecties enerzijds en (blijvende) gedragsafwijkingen anderzijds. Op dat onderzoek berustte namelijk het MBD-concept dat halverwege de jaren vijftig invloedrijk werd (zie hoofdstuk 3). Verschillende auteurs over de geschiedenis van ADHD lijken, met andere woorden, zo snel mogelijk van Still en Tredgold (zie hoofdstuk 1) over te willen gaan naar de tijd waarin het MBD-begrip in opkomst was (zie hoofdstuk 3). De aanzienlijke uitbreiding van het werkterrein van de psychiater en de omslag van de ‘pendel’ naar de psychologische kant waar volgens Brancaccio sprake van was, stippen zij slechts aan. Zie: Barkley, *Attention-Deficit* 5-9, Kessler, ‘History’, 18-25, 33-34, Pieters, ‘Een eeuw omgang’, 638-640, Pieters, Hennepe en Lange, ‘Pillen & psyche’, 52-54, Rafalovich, *Framing ADHD children* 36-39, Sandberg en Barton, ‘Historical development’, 9-14, Schachar, ‘Hyperkinetic syndrome’, 24-29.

2. Ongedurigheid en nervositas

Ongedurige, instabiele kinderen

In zijn leerboek uit 1952 wijdde de kinderpsychiater D.A. Van Krevelen een hoofdstuk aan 'het ongedurige kind'. Hij leunde daarbij sterk op het proefschrift van de psycholoog A.M.J. Chorus, *Het tempo van ongedurige kinderen*, uit 1940. Chorus gaf daarin de volgende schets: 'De ouders van dergelijke kinderen noemen meestal als hun belangrijkste euvel, dat zij niet in staat zijn om hun aandacht "erbij te houden"; ze komen slecht of zeer moeilijk tot wat men "concentratie der aandacht" noemt. Ook worden ze vaak als "zenuwachtig" en "springerig" aangeduid. Voornamelijk valt in hun uiterlijk gedrag op: een overmatige beweeglijkheid, een zekere lawaaierige drukte en een chaotische woordenvloed, die dikwijls meer uit woorden dan uit "zinnen" bestaat. Hun hele doen en laten is gekenmerkt door ongedurigheid: ze springen van den hak op den tak in hun denken en spreken zowel als in hun spelen en werken'.¹⁷³

Ongedurigheid betekende volgens Chorus en Van Krevelen letterlijk 'geen duur hebben'. Dat uitte zich, stelden zij, niet alleen in een rusteloze en chaotische motoriek en het slecht kunnen vasthouden van de aandacht; ook het gevoelsleven, de affectieve bindingen die het kind aanging met volwassenen of andere kinderen en het 'wilsleven' waren vluchtig. Dit gebrek aan bestendigheid maakte, betoogde Chorus, ongedurige kinderen tot 'vormlozen'.¹⁷⁴ Deze vormloosheid manifesteerde zich bijvoorbeeld in het spel, zoals Van Krevelen schetste: 'Het ongedurige kind behoort tot de kinderen, die niet spelen kunnen [...]. Het kent geen bezigheden, slechts ongericht bezig-zijn-zonder-meer. Omdat het nu eens door dit, dan weer door dat in letterlijke zin gepakt *wordt*, verspreidt het een enorme rommel om zich heen [...]. Het spel met andere kinderen ontaardt weldra in "douwelen" en handtastelijkheden. In het gemeenschapsspel, dat aan vaste regels is gebonden, slaat het ongedurige kind een pover figuur'.¹⁷⁵

Chorus en Van Krevelen gingen opvallend uitvoerig in op de motoriek van ongedurige kinderen. Zij bewogen niet alleen veel en druk, maar waren ook onhandig, klunzig. Zij liepen daarmee achter in hun motorische ontwikkeling, aldus Van Krevelen. Dat had onder andere een negatief effect op hun 'werktempo', het onderwerp waar Chorus zich op richtte. In deze aandacht voor motorische vaardigheden is duidelijk de invloed vanuit

¹⁷³ A.M.J. Chorus, *Het tempo van ongedurige kinderen. Een vergelijkend psychologisch onderzoek*, Proefschrift R.K. Universiteit Nijmegen (Amsterdam 1940) 5-6. Zie ook: D.A. Krevelen, *Nederlands leerboek der speciele kinderpsychiatrie. Deel 1* (Leiden 1952) 329-335.

¹⁷⁴ Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 22-27. Zie ook: Carp, *Misdadige kind* 88-89, Krevelen, *Nederlands leerboek* 330.

¹⁷⁵ Krevelen, *Nederlands leerboek* 331. Zie ook: E.A.D.E. Carp, *Conflicten van het kinderleven* ('s Gravenhage 1934) 75, Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 9.

Duitsland zichtbaar, zoals ook blijkt uit de literatuurverwijzingen van Chorus. In Duitsland had het zogenaamde 'motiliteitsonderzoek' een hoge vlucht genomen. Het uitgangspunt daarbij was dat de motorische ontwikkeling en intellectuele ontwikkeling van kinderen gelijk op liepen. Hoe een kind motorisch functioneerde zij daarom iets over zijn verstandelijke niveau. Vooral bij jonge kinderen had dit motiliteitsonderzoek grote waarde, betoogde de vooraanstaande psychiater H.C. Rümke in 1933, omdat over hun intelligentie moeilijk een oordeel was te vellen doordat hun spraak nog onvoldoende was ontwikkeld. Bij ongedurigen betekende de motorische achterstand echter niet dat sprake was van een achterblijvend verstand, maar wel 'een disharmonische ontwikkeling' die leidde tot 'een gebrek aan beheersing'. Chorus gebruikte in dit verband de Duitse term *Hypermotilität*.¹⁷⁶

De Franse invloed op Van Krevelen en Chorus was echter groter dan de Duitse. Hun concepten van 'ongedurigheid' en 'vormloosheid' waren namelijk afgeleid van Franse vakliteratuur, waarin werd gesproken van *instables*. Carp en R. Nyssen, hoogleraar psychiatrie in Gent en de auteur van het eerste Nederlandstalige leerboek over de kinderpsychiatrie, gebruikten zelfs een letterlijke vertaling van dit Franse begrip: 'instabielen'. De gelijkenis met de 'ongedurige kinderen' die Chorus en Van Krevelen beschreven was daarbij aanzienlijk. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de typering die Carp in 1934 gaf van *les instables*: 'Een ieder kent deze kinderen met hun levendig temperament, hun rusteloosheid en beweeglijkheid, hun ongedurigheid en ongezeggenheid, hun oogenschijnlijke gevatheid, welke tot brutaliteit neigt, hun plagerig en drangmatig handelen'.¹⁷⁷ Overigens kan, gezien de grote overeenkomst met het citaat aan het begin van de hoofdstuk, het begrip 'functioneel-achterlijkheid' van Carp beschouwd worden als min of meer synoniem met 'instabiliteit' – en dus tevens met 'ongedurigheid'. Ook in het uitgebreide hoofdstuk van Nyssen over instabele kinderen kwamen dezelfde elementen terug als in het werk van Chorus en Van Krevelen. Nyssen sprak bijvoorbeeld van 'stuurlozen' en benadrukte daarbij onder meer het gemis aan 'vaste lijnen' en de snelle afleidbaarheid van deze kinderen op een manier die sterk doet denken aan de opmerkingen van beide anderen over 'vormloosheid' en 'geen duur hebben'. Daarnaast besteedde hij veel aandacht aan de psycho-*motorische* instabiliteit.¹⁷⁸

Ongedurigheid, *instabilité* en 'functioneel-achterlijkheid' hadden ook gemeen dat zij in verband werden gebracht met criminaliteit. Door school- en beroepswisselingen, de zucht naar nieuwe indrukken en de voorkeur voor avontuurlijke beroepen kon een ongedurig kind

¹⁷⁶ Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 4-17, Krevelen, *Nederlands leerboek* 329-331, R. Nyssen, *Leerboek der kinderpyschiatrie en der heilopvoedkundige behandeling* (Leiden 1942) 380-388, H.C. Rümke, *Studies en voordrachten over psychiatrie* (Amsterdam 1933) 277-282. Zie ook: Emil v. Lederer en Julius König, *Die Hypermotilität im Kindesalter*, Beihefte zum *Archiv für Kinderheilkunde*, 19. Heft (Stuttgart 1938).

¹⁷⁷ Carp, *Conflicten van het kinderleven* 75. Zie ook: Nieweg, 'ADHD', 306.

¹⁷⁸ Carp, *Conflicten van het kinderleven* 75, Carp, *Misdadige kind* 88-89, Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 6, Krevelen, *Nederlands leerboek* 329, Nieweg, 'ADHD', 306, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 380-388 (zie voor Franse invloed vooral p. 381).

gemakkelijk uitgroeien tot 'een stuurloze psychopaath', betoogde Van Krevelen. Ook Carp, Nyssen en Chorus uitten zich in deze zin. Zij beschreven een groep kinderen die sterk overeenkwam met de *licht* moreel-ethische defecten van Bouman: kinderen die niet gewetenloos waren of reeds tot criminaliteit waren vervallen, maar door hun impulsiviteit en ongeremdheid groot gevaar liepen op de maatschappelijke ladder af te zakken. Van Krevelen noemde bijvoorbeeld de term 'psychomotorisch infantilisme', wat sterk doet denken aan de subcategorie 'infantielen' die Bouman in zijn lezing over het moreel-ethische defect onderscheidde als 'minst misdadig'. Bovendien dachten Van Krevelen en de andere genoemde auteurs evenals Bouman in termen van een ontwikkelingsachterstand (op een ander dan intellectueel gebied). Van Krevelen stelde bijvoorbeeld dat ongedurigheid berustte op 'een vertraging van de persoonlijkheidsontwikkeling'. Daarnaast deelde hij dit ziektebegrip in bij de 'karakteropathieën', terwijl Bouman sprak van een karakterstoornis.¹⁷⁹

Deze overeenkomsten tussen Bouman en Van Krevelen (onder anderen) roepen de vraag op of de pendelbeweging van biologie naar psychologie, die in de literatuur wordt beschreven, zich wel heeft voorgedaan. Brancaccio meent van wel. Zij betoogt dat *instabilité*, dat aanvankelijk min of meer als synoniem met de *moral deficiency* van Still werd gebruikt, gedurende het interbellum de betekenis van een temperaments- of karakterstoornis kreeg. Deze herformulering opende volgens haar de weg voor een psychogene verklaring. Dat komt echter niet overeen met de visie van Van Krevelen op ongedurigheid. Dat was weliswaar een 'karakteropathie', maar hij was van mening dat 'men in menig geval van een aangeboren ongedurigheid moet spreken'.¹⁸⁰

Nu stond Van Krevelen (overigens niet geheel terecht) bekend als een 'organicist'. Bovendien bekritiseerde hij het 'eenzijdige psychisme' van veel kinderpsychiaters van zijn generatie. Dat doet vermoeden dat hij wellicht de enige was die ongedurigheid als een kwestie van aanleg beschouwde. Nyssen en Chorus dachten daar echter hetzelfde over. Dat gold bovendien ook voor Carp. Hoewel die in zijn benadering van misdadige kinderen Adler omarmde, ging hij bij 'instabielen' en 'functioneel-achterlijken' uit van een fysiek, constitutioneel probleem.¹⁸¹

Dit zegt echter nog niet alles, omdat in de periode 1930-1960 niet 'ongedurigheid', maar het uit de Duitstalige psychiatrie afkomstige concept van de 'nervositas' het meest werd gebruikt voor ADHD-achtige verschijnselen.

¹⁷⁹ Krevelen, *Nederlands leerboek* 329-334. Zie ook: Carp, *Conflicten van het kinderleven* 75, Carp, *Misdadige kind* 88-90, Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 4, 25, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 381-383.

¹⁸⁰ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 135-137, Krevelen, *Nederlands leerboek* 329.

¹⁸¹ Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 19-23, Carp, *Conflicten van het kinderleven* 75, Carp, *Misdadige kind* 88-90, Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 4-5, 25, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 383.

Nerveuze kinderen

De psychiater R. Vedder wijdde in 1938 een hoofdstuk in een boekje over 'moeilijke kinderen' aan het nerveuze kind. Hij schreef daarin over een nerveuze jongen, de achtjarige Tom: 'Hij is onrustig overdag en 's nachts, thuis en op school. Geen oogenblik kan hij stilzitten, altijd zit hij op zijn stoel te "draaien". In zijn spel druk en onbeheerscht. Hij heeft geen geduld om rustig aan tafel eens een spelletje te doen'. De klachten van Tom waren volgens Vedder samen te vatten onder de noemer 'onrust'.¹⁸²

Deze beschrijving van nervositas vertoont een buitengewoon grote overeenkomst met die van Chorus en Van Kervelen van ongedurigheid. De overlap tussen beide ziekteconcepten was dan ook aanzienlijk, ook in de overige vakliteratuur. Toch waren er een aantal belangrijke verschillen. Bij nervositas was het verband met maatschappelijk afglijden en criminaliteit niet afwezig, maar wel veel kleiner dan bij ongedurigheid. Daarnaast hadden nerveuze kinderen, in tegenstelling tot ongedurige, vaak ook lichamelijke klachten als hoofdpijn, snelle vermoeibaarheid, maag-darmklachten en vasomotorische verschijnselen. Het onderscheid tussen beide ziektebeelden was dus wel degelijk van belang, ze werden bijvoorbeeld soms naast elkaar (en dus *niet* als synoniem) gebruikt door dezelfde auteur in één en hetzelfde boek.¹⁸³

Belangrijker dan de gelijkenis van nervositas met ongedurigheid is die met de zenuwachtigheid en neurasthenie van rond 1900. Sterker nog, in feite werden in de hele periode vanaf ca. 1890 tot diep in de jaren zestig een aantal min of meer synonieme termen naast elkaar gebruikt: neurasthenie, nerveusiteit, zenuwzwakte, zenuwachtigheid, neuropathie en nervositas.¹⁸⁴ De betekenis van deze termen bleef in deze lange periode

¹⁸² R. Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?*, ed. P.W.J. Steinz en H.J. van Wijlen, Moeilijke kinderen. Practische boekjes voor ouders en opvoeders (Kampen 1938) 22-23.

¹⁸³ H.J. van Aalderen, *Jonge nerveuze kinderen. Een onderzoek in de praktijk van de huisarts* (Leiden 1966) 24-26, J.J. Frets-van Buuren, *Onderzoek naar de betekenis van de diagnose neuropathie. Deel II: psychiatrische aspecten*, Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden (Leiden 1957) 92-103, Th Hart de Ruyter, *Over de plaats van de kinderpsychiatrie in de geestelijke gezondheidszorg*, Openbare les Rijksuniversiteit Groningen (Groningen 1953) 7, Th Hart de Ruyter, 'Waarom onderscheidt zich het partieel defecte kind zich van het normale?' in: *Het partieel defecte kind* (Stichting "De Koepel", Rotterdam 1956) 5-18, aldaar 12, Th Hart de Ruyter en L.N.J. Kamp, *Hoofdpijnen der kinderpsychiatrie* (Deventer 1972) 75-76, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 353-358, 380-388, C. Rümke en Th. Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind*, ed. Th. Hart de Ruyter en R. Schulte Nordholt-Trep, *Het ABC der opvoeding* 4 (Nijkerk 1960) 7-11, 14-17, 40, H.C. Rümke, *Psychiatrie I: Inleiding* (Derde druk, Amsterdam 1969) 279, Rümke, *Studies en voordrachten* 278-279, 287, R. Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* (Groningen 1958) 71, 75-78, Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 23-27. Zie ook: Nieweg, 'ADHD', 305-306.

¹⁸⁴ In haar proefschrift uit 1957 constateerde de psychiater J.J. Frets-van Buuren dat de termen neuropathie en nervositas min of meer inwisselbaar waren. Wel gebruikten kinderartsen meer dan psychiaters de diagnose 'neuropathie', vooral bij jonge kinderen bij wie 'vegetatieve labiliteit' sterk in het oog sprong. Op oudere leeftijd, wanneer die vegetatieve prikkelbaarheid was afgenomen, zou de term nervositas de voorkeur krijgen. Dit onderscheid was echter subtiel, want ook bij de nervositas speelde vegetatieve reageerbaarheid of labiliteit een belangrijke rol als oorzaak van bovengenoemde lichamelijke verschijnselen. Zie: J.J. Frets-van Buuren, *Onderzoek naar de betekenis van de diagnose neuropathie* mn. pp. 92-103. Bakker stelt dat de diagnose neurasthenie, die na 1920 bij volwassenen begon te verdwijnen, bij kinderen als het ware een tweede leven

nagenoeg onveranderd. Zoals bij zenuwachtigheid rond 1900 reeds het geval was (zie hoofdstuk 1), bleven vermoeidheid en overprikkelbaarheid van het autonome zenuwstelsel aangemerkt worden als de onderliggende oorzaak van een breed spectrum aan nerveuze klachten op zowel psychisch als lichamelijk gebied. Naast de reeds genoemde lichamelijke verschijnselen, werden keer op keer als belangrijkste symptomen genoemd: onrust, grote afleidbaarheid, overbewegelijkheid, snel reageren op ‘zelfs de zwakste prikkel’¹⁸⁵ en slecht presteren op school. Wat dit betreft was er nauwelijks verschil tussen publicaties uit de jaren dertig en veertig en die uit de jaren vijftig en zestig.¹⁸⁶ Kinderpsychiaters en andere deskundigen spraken daarnaast consequent van een nerveuze *constitutie* of van *constitutionele* nervositas. Dat deed de gezaghebbende H.C. Rümke al (meerdere keren) in de jaren 1930, in daaropvolgende decennia nagevolgd door onder andere de vooraanstaande kinderpsychiaters Tibout en Hart de Ruyter. Daarnaast verwees Vedder – in zijn leerboek over leer- en gedragstoornissen, dat vanaf 1958 meerdere herdrukken beleefde – in dit verband expliciet naar Rümkes werk van vóór de Tweede Wereldoorlog. In 1972 (!) sloot de Utrechtse hoogleraar kinderpsychiatrie L.N.J. Kamp zich hierbij aan, toen hij neuropathie definieerde als ‘constitutionele hyperreagibiliteit op basis van een labiele functie van het centrale zenuwstelsel’.¹⁸⁷

Er was, kortom, sprake van een opmerkelijke continuïteit (waarover meer in paragraaf 5). Dit roept, net als bij ongedurigheid, de vraag op in hoeverre de in de secundaire literatuur veronderstelde neurotisering en pendelbeweging van biologisch naar psychosociaal denken zich wel hebben voorgedaan. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het nodig om in te gaan op de wijze waarop psychiaters en andere hulpverleners aankeken tegen de ouders en gezinsomstandigheden van nerveuze en ongedurige kinderen.

kreeg, waarbij de term ‘nervuus’ geleidelijkerwijs de term ‘neurasthenie verving, zie: Bakker, ‘Harmless disease’, 309-310, 315. Zie over de vergelijkbaarheid van genoemde begrippen ook: Nieweg, ‘ADHD’, 305-306.

¹⁸⁵ Hart de Ruyter, ‘Waarin onderscheidt zich het parieel defecte kind?’, 12.

¹⁸⁶ Vgl. het werk uit de jaren dertig en veertig van H.C. Rümke, R. Vedder, R. Nyssen en P.H.C. Tibout met dat uit de jaren vijftig en zestig van J.J. Frets-van Buuren, H.J. van Aalderen, Th. Hart de Ruyter, C. Rümke en opnieuw H.C. Rümke en R. Vedder: zie voor titels en paginanummers noot 183.

¹⁸⁷ Frets-van Buuren, *Onderzoek naar de diagnose neuropathie* 92-103, Hart de Ruyter, *Over de plaats* 7, Hart de Ruyter en Kamp, *Hoofdlijnen der kinderpsychiatrie* 75, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 356, Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 8-11, Rümke, *Psychiatrie* 279-280, Rümke, *Studies en voordrachten* 298, 306, P.H.C. Tibout, *Over het onderzoek en de behandeling van kinderen met afwijkend gedrag. Psychiatrisch-sociale beschouwingen* (Tweede druk, Purmerend 1950) 152, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 71-73, 76.

3. Het gezinsmilieu

Wisselwerking tussen aanleg en milieu

Zowel bij ongedurigheid als bij nervositas werd een belangrijke rol toegeschreven aan (erfelijke) dispositie en constitutie. Dit betekende echter niet dat de invloed van milieufactoren buiten beschouwing bleven. Van Krevelen sprak bijvoorbeeld wel van 'aangeboren ongedurigheid', maar voegde daaraan toe dat 'men de betekenis van het milieu niet (mag) veronachtzamen'.¹⁸⁸ De negatieve invloed van het milieu, in de vorm van een 'gebrek aan leiding', deed zich volgens Van Krevelen al zo vroeg in het leven van het kind gelden, dat vaak niet uit te maken was 'of het kind zijn ongedurigheid bij zijn geboorte meebracht, of dat het zich deze in de wieg eigen maakte'.¹⁸⁹ Auteurs over het nerveuze kind maakten vergelijkbare opmerkingen. Meestal wezen zij er bovendien op dat nerveuze kinderen ook opvallend vaak nerveuze ouders (vooral moeders) hadden. Dat gegeven gaf echter geen uitsluitsel over de vraag of het kind de stoornis had geërfd van zijn moeder of had opgedaan als gevolg van het nerveuze gedrag van zijn moeder.¹⁹⁰ Vedder schreef hierover: 'Eén van de eigenschappen van de nerveuze moeder is dikwijls dat ze erg veel praat in een snel tempo. Telkens als het kind iets heeft misdaan ontlast zich boven zijn hoofd een niet te stelpen woordenstroom. En ook spontaan wordt het kind aangesproken op een dergelijke radde wijze, dat de meest evenwichtige volwassene er van streek door zou raken. Is het wonder dat een kind dat in zulk een "geladen" atmosfeer moet leven zenuwachtig wordt?'.¹⁹¹

De psychiater J.J. Frets-Van Buuren constateerde in dit verband in haar proefschrift uit 1957 over de betekenis van de diagnose neuropathie dat voor veel schrijvers het probleem wat aan aanleg en wat aan milieu-invloeden toe te schrijven (bij neuropathie) onontwaarbaar was.¹⁹² In alle publicaties over ongedurigheid en nervositas werd dan ook gesteld dat aanleg en milieu beide in het spel zijn. In 1938 betoogde Vedder dat bij het nerveuze kind sprake was van een samenwerking van aanleg en opvoeding, in 1960 vertolkten Hart de Ruyter en C. Rümke hetzelfde standpunt en in de publicaties over deze problematiek uit de tussenliggende jaren was dit niet anders.¹⁹³

¹⁸⁸ Krevelen, *Nederlands leerboek* 329.

¹⁸⁹ Ibidem.

¹⁹⁰ Aalderen, *Jonge nerveuze kinderen* 134, Frets-van Buuren, *Onderzoek naar de diagnose neuropathie* 93-95, Hart de Ruyter, *Over de plaats* 7, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 354, 383, Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 33, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 78, Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 26-27. Zie ook: Nieweg, 'ADHD', 307.

¹⁹¹ Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 27.

¹⁹² Frets-van Buuren, *Onderzoek naar de diagnose neuropathie* 93-94.

¹⁹³ Aalderen, *Jonge nerveuze kinderen* 7-8, Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 25, Hart de Ruyter, *Over de plaats* 6-8, Nieweg, 'ADHD', 308, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 354, Rümke en Hart de Ruyter,

Gerichtheid op het gezin, maar geen neurotisering

Dat psychiaters en andere deskundigen uitgingen van een wisselwerking tussen aanleg en milieu was niet nieuw; dat was, zo bleek uit hoofdstuk 1, rond 1900 niet anders. Wel was er verschuiving in het 'soort' milieu waarop de aandacht zich richtte. In het vorige hoofdstuk is betoogd dat de concepten van het moreel-ethische defect en zenuwachtigheid aansloten bij een breed gedragen verontrusting over de vermeende slechte invloed van de moderne, stedelijke samenleving op de (geestelijke) gezondheid. In de literatuur over ongedurigheid en nervositas uit de jaren 1930-1960 werd de negatieve rol van de 'onrust van het moderne leven' en andere maatschappelijke ontwikkelingen wel genoemd, maar die kreeg een veel minder sterk accent dan voorheen. In de regel werd met 'milieufactoren' voornamelijk gedoeld op 'gezinsfactoren'. Het ging daarbij zowel om 'opvoedingsfouten', zoals het gebrek aan leiding waar Van Krevelen van sprak of juist een té strenge opvoeding, als om spanningen binnen het gezin, bijvoorbeeld als gevolg van huwelijksproblemen, ruzies en drankmisbruik. Deze factoren werden echter niet zozeer voor het ontstaan van de gedragsproblematiek, als wel voor de ernst ervan en de prognose van doorslaggevende betekenis geacht.¹⁹⁴

De toon jegens de ouders was daarbij meestal kritisch, maar ook begripvol. Enerzijds wezen verschillende auteurs onomwonden op de schadelijke effecten van het gedrag van ouders, anderzijds benadrukten zij dat de opvoeding van nerveuze of ongedurige kinderen een buitengewoon lastige opgave is. C. Rümke en Hart de Ruyter schreven hierover: 'Onze nerveuze kinderen doen voortdurende zulke 'domme dingen', dingen die soms alleen maar lastig zijn, maar vaak de goede verhoudingen, niet zelden ook zelfs het leven bedreigen [...]. De ouders maken dat dag in dag uit mee. Is het dan een wonder dat ze soms radeloos worden, veel te streng, of veel te onredelijk straffen, terwijl het kind eigenlijk hulp nodig had omdat het zo angstig was? Het verbaast ons niet dat er dan klappen vallen, en toch... dit is de goede weg niet'.¹⁹⁵

Ondanks de kritische houding tegenover de ouders, was van neurotisering van de opvoeding geen sprake. Over het algemeen werd gewezen op opvoedkundige tekortkomingen, niet of nauwelijks op neurotiserende relaties in psychoanalytische zin. Kinderen met onbewuste innerlijke conflicten doken, van alle voor dit hoofdstuk bestudeerde literatuur, alleen op in het boekje van C. Rümke en Hart de Ruyter uit 1960 – en dan als

Het nerveuze kind 12-14, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 76, Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 26.

¹⁹⁴ Carp, *Misdadige kind* 90, Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 25, Krevelen, *Nederlands leerboek* 332-334, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 384-386, Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 12-14, 39, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 74,78.

¹⁹⁵ Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 31, zie ook pp. 32-39. Zie ook: H. Belser en W. Küppers, *Maar zij kunnen zich niet concentreren...* ed. Th. Hart de Ruyter en R. Schulte Nordholt-Trep, *Het ABC der opvoeding* (Nijkerk [1960]) 16-17, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 66-67, Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 23-24, 26-27.

aparte categorie, te onderscheiden van de kinderen met constitutionele nervositas.¹⁹⁶

Hoewel deze afwezigheid van het analytische interpretatiekader mogelijk samenhang met de populariserende aard en brede doelgroep van veel van de bestudeerde publicaties, lijkt Brancaccio's stelling dat Freuds theorie pas relatief laat de professionele visie op hyperactiviteit ging bepalen, juist te zijn.

Op meer indirecte wijze was vanaf het midden van de jaren vijftig wel de invloed uit psychodynamische hoek merkbaar, doordat meer aandacht werd besteed aan de emotionele ontwikkeling van het nerveuze kind.¹⁹⁷ Die zou bedreigd worden omdat het kind vaak te maken kreeg met mislukkingen en afwijzingen. Door zijn slechte schoolprestaties, doordat veel mensen en kinderen het maar een 'lastige klant' vonden en doordat het regelmatig straf kreeg, zou het kunnen gaan lijden aan gevoelens van onzekerheid, minderwaardigheid en angst, die zich echter vooral uitten in oppositioneel en asociaal gedrag, wat hem alleen nog maar meer negatieve reacties vanuit zijn sociale omgeving opleverde. Deze negatieve spiraal zou met enige goede wil 'secundaire neurotisering' genoemd kunnen worden, hoewel deze term in de bestudeerde literatuur (nog) niet gebruikt werd.¹⁹⁸

Een goed voorbeeld hiervan was Dirk van 7 jaar, een kind met 'constitutionele nervositas', die C. Rümke en Hart de Ruyter als casus opvoerden. Bij Dirk stond de bewegingsonrust voorop. De belangrijkste klacht van zijn moeder was dat hij zo'n driftkop was. Thuis waren ruzies en vechtpartijen met zijn broer en zusje aan de orde van de dag. Op school werd hij veel geplaagd en sloeg er dan meteen op los. Hij kwam vaak met kapotte kleren thuis, waarvoor zijn moeder hem dan strafte. Volgens beide auteurs was het grootste probleem echter dat zijn moeder Dirk eigenlijk niet goed kon verdragen: 'Het feit dat moeder hem 'niet nam zoals hij was', zijn eigenaardigheden niet begreep en accepteerde, heeft ertoe geleid dat Dirk zichzelf niet kan accepteren. Zo komt het dat hij thans tot een heel onzekere, angstige en dan ook nog nerveuze jongen dreigt uit te groeien. Dat hij innerlijk zo onzeker is,

¹⁹⁶ Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 17-24. Verder duikt bij Frets-van Buuren één keer het 'oedipale conflict' op: Frets-van Buuren, *Onderzoek naar de diagnose neuropathie* 116. In de overige bestudeerde literatuur ontbreekt het 'analytische jargon'. Deze bevinding gaat in tegen wat men zou verwachten op grond van wat historisch pedagogen de 'neurotisering' van de opvoeding noemen, zie bijv. Bakker, 'Health and the medicalisation of advice', 137.

¹⁹⁷ In de bestudeerde literatuur is deze aandacht voor het emotionele, innerlijke leven van het kind alleen te vinden in publicaties ná 1955. De enige uitzondering is Carp, die in zijn boek over 'het misdadige kind' onder andere veel belang hechtte aan de invloed van 'gevoelens van minderwaardigheid' op het ontstaan van criminaliteit bij kinderen. Carp week ook af van de overige literatuur doordat hij een veel sterker accent legde op de invloed van een 'defecte opvoeding', hoewel hij de rol van erfelijkheid niet ontkende. Zijn boek gaat echter over een brede categorie 'misdadige kinderen' die, op de subcategorie 'functioneel-achterlijken' na, sterk verschillen van 'ongedurige' of 'nerveuze' kinderen. Hij lijkt zich met zijn 'psychisme' vooral af te zetten tegen de eugenetische opvattingen en degeneratieleer, die toen nog invloedrijk waren ten aanzien van het denken over criminaliteit.

¹⁹⁸ Haenen, 'Leer- en gedragsmoeilijkheden', 48, Belser en Küppers, *Maar zij kunnen zich niet concentreren...* 8, 17-28, 43, Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 29-40, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 74-75.

maakt het natuurlijk enorm kwetsbaar voor de plagerijen op school, die ook steeds weerkeren, doordat hij er altijd zo op ingaat'.¹⁹⁹

Ook ten aanzien van de behandeling was van analytische invloed opmerkelijk weinig merkbaar. Niet het oplossen van onbewuste innerlijke conflicten of het voorkomen van neurotiserende gezinsrelaties stond centraal, maar het scheppen van een optimaal pedagogisch klimaat, met weinig prikkels en veel rust en regelmaat.²⁰⁰ Met grote instemming haalden zowel Van Krevelen (ten aanzien van ongedurige kinderen) als Vedder (ten aanzien van nerveuze kinderen) het opvoedkundige regime aan dat Chorus propageerde: 'Tucht en discipline, vaste en consequente gewoontevorming, klare lijnen in werk en plichten, concrete scherp afgebakende opdrachten met geregelde controle'.²⁰¹ Dat hadden ongedurige kinderen volgens Chorus 'vóór alles nodig' omdat zij zelf iedere innerlijke vorm misten, zodat die door de omgeving op hen gedrukt moest worden. In zijn promotie-onderzoek gaf Chorus een uitiem voorbeeld van een dergelijke 'strak georganiseerde omgeving'. Hij probeerde namelijk uit te zoeken in hoeverre een *metronoom* bij 'ongedurige kinderen' kon bijdragen aan een hoger en regelmatigiger werktempo.²⁰²

De nadruk op tucht en discipline mag 'streng' lijken, de meeste kinderpsychiaters waarschuwden tegen een 'agressieve' opvoeding waarbij het kind veel bestraft en berispt werd. Daarmee zou in de hand gewerkt worden dat kinderen zich mislukt en afgewezen voelden, terwijl – zo werd vooral in de literatuur na het midden van de jaren vijftig benadrukt – ouders en onderwijzers zich moesten bedenken dat het kind geen schuld had aan zijn handicap en vooral begrip nodig had. Straffen en berispingen (evenals beloningen) zouden bovendien weinig zin hebben omdat de effecten daarvan niet beklifden bij deze kinderen 'zonder duur'. Volgens Bakker fungeerden diagnoses als nervositas op deze manier als instrumenten ter promotie van een mildere, minder autoritaire opvoedstijl.²⁰³

In de oudere literatuur gold uithuisplaatsing van ongedurige en nerveuze kinderen als serieuze mogelijkheid, vanwege de negatieve invloed van de nervositeit van veel moeders en andere bronnen van onrust in het gezin.²⁰⁴ Vedder schreef bijvoorbeeld in 1938: 'Veel van de klachten, die het nerveuze kind geeft verdwijnen dadelijk, wanneer het in een andere

¹⁹⁹ Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 15-16.

²⁰⁰ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* casus op pp. 284-286, Belser en Küppers, *Maar zij kunnen zich niet concentreren...* 35-36, Krevelen, *Nederlands leerboek* 334, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 357, Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 36-38, Rümke, *Studies en voordrachten* 287, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 77-78, Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 26-27.

²⁰¹ Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 180-181, Krevelen, *Nederlands leerboek* 334, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 79.

²⁰² Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 1-2, 20-26, 161-181. Zie ook: Krevelen, *Nederlands leerboek* 330, 334-335, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 79.

²⁰³ Bakker, 'Harmless disease', 320-323, Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 277, Belser en Küppers, *Maar zij kunnen zich niet concentreren...* 32, 43, Krevelen, *Nederlands leerboek* 332, 334, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 357, Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 31-32.

²⁰⁴ Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 357, 387-388, Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 27.

omgeving wordt geplaatst'.²⁰⁵ Dergelijke pleidooien ontbraken in publicaties van ná de Tweede Wereldoorlog. Dit heeft alles te maken met de hechtingstheorie van de Engelse psychiater én 'vrijzinnig' psychoanalyticus J. Bowlby,²⁰⁶ die buitengewoon invloedrijk was in Nederland in de jaren vijftig en zestig. In 1951 schreef Bowlby voor de *World Health Organization* het boek 'Maternal care and mental health'. Dit boek ging over zijn onderzoek naar de gevolgen van het langdurig ontbreken van contact met de ouders op de psychische gesteldheid van kinderen. Hij introduceerde daarbij het begrip *attachment*. Wanneer de moeder het kind afwees of geen contact maakte, zou dat later onherroepelijk tot ernstige psychische en lichamelijke stoornissen leiden. Deze opvatting beïnvloedde in Nederland het denken over de negatieve gevolgen van uithuisplaatsing van vooral jonge kinderen. Het uitgangspunt was in het vervolg, in navolging van Bowlby: 'Bad homes are often better than good institutions'.²⁰⁷

Hoewel de gezinssituatie (dus) centraal stond bij de behandeling van ongedurige en nerveuze kinderen, werden er ook wel medicijnen voorgeschreven. H.C. Rümke stelde bijvoorbeeld dat bij kinderlijke nervositas symptomatisch veel te bereiken was met sedativa (vooral kalkpreparaten), roborantia en levertraan. Daarnaast concludeert J.K. Buitelaar, na bestudering van patiëntendossiers van de Utrechtse kinderkliniek uit de periode 1941-1942, dat Kamp bij 'ADHD-achtige' kinderen onder andere broomzouten voorschreef.²⁰⁸

Het veelvuldig voorschrijven van medicatie bij deze groep patiëntjes door Kamp trekt volgens Buitelaar de aandacht.²⁰⁹ Mogelijk had hij een meer 'eenzijdig psychisme' verwacht. Daarvan was in de periode 1930-1960 ten aanzien van ongedurigheid of nervositas in elk geval geen sprake. Anders dan vaak wordt voorgesteld, gingen de meeste kinderpsychiaters uit van een wisselwerking tussen aanleg en milieu en niet uitsluitend van slechte opvoeding of neurotiserende gezinsrelaties. Vooral van neurotisering van de opvoeding is weinig gebleken, mede omdat de invloed van de psychoanalyse (nog) beperkt was. Wel werd nadrukkelijk gewezen op opvoedingsfouten en richtte de behandeling zich vooral op de ouders en op de verbetering van de opvoedingssituatie. Deze benadering sloot naadloos aan bij de ideeën en werkwijze van de beweging voor geestelijke hygiëne (later: geestelijke volksgezondheid).

²⁰⁵ Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 27.

²⁰⁶ Zie over Bowlby's 'vrijzinnigheid': Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 45, 48.

²⁰⁷ Ibidem, 21, 45, G. Dimmendaal, *Heropvoeding en behandeling. Meisjes in Huize de Ranitz, Groningen 1941-1967* (Groningen 1998) 55-56, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 462, 693.

²⁰⁸ Buitelaar, 'Hyperactiviteit vroeger en nu', 66-68, Rümke, *Studies en voordrachten* 287. Zie over medicijngebruik ook: Belser en Küppers, *Maar zij kunnen zich niet concentreren...* 41-42, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 357.

²⁰⁹ Buitelaar, 'Hyperactiviteit vroeger en nu', 68.

De beweging voor geestelijke volksgezondheid

De beweging voor geestelijke hygiëne was de Nederlandse variant van de Amerikaanse *Mental Hygiene Movement*. In de Verenigde Staten richtte deze beweging, in 1909 opgericht door de ex-patiënt Clifford Beers en de psychiater Adolf Meyer, zich aanvankelijk op de hervorming van de krankzinnigenzorg. Eind jaren tien veranderde haar koers echter. De beweging nam afstand van de gestichtspsielchiatrie en van geesteszieke volwassenen. Preventie van psychische stoornissen werd haar belangrijkste doelstelling. In de *Child Guidance Clinic*, een consultatiebureau voor in hun ontwikkeling bedreigde kinderen, werkten een psychiater, een psycholoog en een psychiatrisch sociaal werkster (*psychiatric social worker*) samen in een team, destijds een novum.²¹⁰ In de jaren twintig werd de *Child Guidance Clinic* vanuit de Verenigde Staten in Nederland geïntroduceerd door de juriste en psychiatrisch sociaal werkster E.C. Lekkerkerker. In 1928 lukte het haar om, met hulp van progressieve kinderrechtters en psychiaters, in Amsterdam het eerste zogeheten Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) te openen.²¹¹

Na de Tweede Wereldoorlog kreeg de psychohygiënistische beweging (in 1948 omgedoopt tot beweging voor geestelijke *volksgezondheid*) de wind pas goed in de zeilen. Het aantal MOB's groeide bijvoorbeeld van 7 in 1939 tot 83 in 1962 – en dat waren er meer geweest als het tekort aan gediplomeerde psychiatrisch sociaal werksters en kinderpsychiaters niet als rem had gewerkt. Ook andere ambulante instellingen die (min of meer) onder de vleugels van de beweging opereerden, zoals de Jeugd Psychiarische Diensten, Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en Sociaal-Psychiatrische Diensten, namen in de eerste decennia na de oorlog sterk in aantal toe. Hierdoor was er een goede institutionele basis voor psychiaters en andere disciplines uit de geestelijke gezondheidszorg om zich buiten de muren van de klinieken en gestichten te bewegen, zodat zij zich meer bezig konden houden met minder ernstige psychische stoornissen. Volgens Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden kwamen bijvoorbeeld vooral kinderen met betrekkelijk lichte problemen – zoals lastigheid, onhandelbaarheid, relatieproblemen met broer of zus, bedplassen, angsten én nervositeit – terecht bij de MOB's. In sociologische optiek droeg het succes van de psychohygiënistische beweging, vooral na de Tweede

²¹⁰ Over deze samenwerking tussen psychiater en psycholoog in de *Child Guidance Clinics* schrijft Brancaccio (in navolging van Abbott): 'jurisdictional dispute between psychiatrists and psychologists was settled through subordination'. Ze spreekt van 'subordination' omdat de leiding duidelijk bij de psychiaters berustte en de psychologen met hun testen slechts een ondersteunende rol vervulden. Wel was volgens haar dus de strijd tussen beide disciplines geluwd. Bovendien droeg de onderlinge samenwerking bij aan de 'psychologisering' van de psychiatrie, aldus Brancaccio. Zie: Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 126-134, het citaat staat op p. 127.

²¹¹ Goei, *De psychohygiënisten* 70-77, Tom van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek*, Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam (Baarn 1987) 57-62, 66-69, 75-76.

Wereldoorlog, daarom in hoge mate bij aan de medicalisering of psychiatrisering van afwijkend gedrag bij kinderen.²¹²

Deze ontwikkeling werd versterkt doordat er in de eerste naoorlogse jaren van links tot rechts grote bezorgheid bestond over het geestelijke verval dat als gevolg van oorlog en bezetting, vooral onder jongeren, zou zijn ontstaan. Vooraan in het koor van moreel verontruste stemmen waren de psychohygiënisten te vinden, vertegenwoordigd in de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Al viel het feitelijk nogal mee met de morele neergang, er was eerder sprake van een heftige maar ook kortstondige verstoring, het naoorlogse zedelijkheidsoffensief bood de beweging goede kansen om de geestelijke hygiëne hoog op de politieke agenda te krijgen.²¹³

Psychohygiënisten wezen op de enorme omvang en ernst van de problemen, maar wisten ook op overtuigende wijze te beargumenteren dat juist zij beschikten over de kennis die nodig was voor een succesvolle aanpak. De oorlogservaringen speelden daarin een belangrijke rol. 'De oorlog', zo schreef Lekkerkerker in 1945, 'heeft het enorme belang van de psychische factor in de weerbaarheid van den mensch doen zien.' Nu pas besepte men goed hoe omvangrijk neurosen en levensproblemen waren en hoe groot – ook economisch gezien – de ellende was die erdoor werd veroorzaakt. Daarnaast brachten de oorlogservaringen volgens de psychohygiënisten belangrijke nieuwe inzichten, zowel wat betreft de etiologie als de therapie. Niet de erfelijke aanleg maar opvoeding en omgeving, vooral het gezinsmilieu, vormden – zo vond men nu algemeen – de belangrijkste factoren in het ontstaan van psychische moeilijkheden en stoornissen. Aangenomen werd dat ziek en gezond in elkaar overliepen en dat tijdig ingrijpen bij lichte stoornissen ernstige ziekte kon voorkomen – een veronderstelling die niet gebaseerd was op medisch-biologische maar op psychoanalytische inzichten.²¹⁴

Gezien deze opvattingen over preventie en tijdig ingrijpen, was het niet verwonderlijk dat psychohygiënisten de grootste prioriteit gaven aan de bevordering van de geestelijke gezondheid van kinderen. Het gezin kreeg daarbij het meeste aandacht, daarnaast vormde de school een belangrijk aangrijpingspunt.²¹⁵ De belangrijkste schakel in de zorg voor kinderen vormden de MOB's. Zoals blijkt uit verschillende, gedetailleerde studies en beschrijvingen van de dagelijkse gang van zaken in deze bureaus, berustte de werkwijze in de MOB's in sterke mate op de psychoanalyse. Gedragingen als bedplassen, duimzuigen en

²¹² Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 281-283, Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 17-18, Goei, *De psychohygiënisten* 227, Grinten, *Vorming van de ambulante GGZ* 66-72, 280-282, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 446-447, 629 e.v.

²¹³ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 237-238, Goei, *De psychohygiënisten* 143 e.v., Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 625, 629-644, 657-658.

²¹⁴ Zie vorige noot.

²¹⁵ Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 16, Goei, *De psychohygiënisten* 60 e.v.

nagelbijten werden dikwijls in psychoanalytische zin opgevat als symbolische uitingen van onopgeloste innerlijke conflicten.²¹⁶

De psychoanalytische oriëntatie van de MOB's betekende echter niet dat bij álle kinderen met gedragsproblemen een typisch Freudiaanse infantiele neurose werd gediagnosticeerd. Bij kinderen met symptomen van ongedurigheid en nervositas werd (gezien de bevindingen in dit hoofdstuk) een aanleg- of constitutioneel probleem waarschijnlijk allerminst uitgesloten. Met andere woorden, in de MOB's – want daar werden deze kinderen in grote getale aangemeld – werd gedifferentieerder gedacht en gehandeld dan vaak wordt voorgesteld (zie ook paragraaf 5).²¹⁷

De benadering van ongedurige en nerveuze kinderen was niet psychoanalytisch, maar ademde wél de geest van de beweging voor geestelijke volksgezondheid. In deze geest paste onder andere de reeds gememoreerde gerichtheid op het gezinsmilieu. Daarbij werden, zoals betoogd, de gezinsfactoren niet zozeer gezien als oorzaak van de gedragsproblemen, maar als bepalend voor de ernst en het verloop ervan. Dikwijls klonk de waarschuwing dat nerveuze en ongedurige kinderen vanwege hun 'wilszwakte' gemakkelijk aan lager wal raakten, wanneer zij in de verkeerde omstandigheden opgroeiden. In zijn boek *Het misdadige kind* presenteerde Carp bijvoorbeeld de 'functioneel-achterlijke' kinderen, vanwege hun impulsiviteit, ongeremdheid, beweeglijkheid, onhandelbaarheid en ongezeggenheid, nadrukkelijk als 'risicogroep' – zoals het tegenwoordig zou heten.²¹⁸ Het preventieve belang van de herkenning en behandeling van deze kinderen (en hun ouders) behoefde zo in de ogen van de meeste (kinder)psychiaters nauwelijks meer betoog; dat was uit psychohygiënisch gezichtspunt groot, temeer omdat nervositas en ongedurigheid als veel voorkomend werden beschouwd. Nerveuze of ongedurige kinderen zouden bijvoorbeeld een groot deel uitmaken van de kinderen op scholen voor moeilijk opvoedbaren of die werden aangemeld op de MOB's.²¹⁹

²¹⁶ Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 16, N. Bakker, 'Het kind en de geestelijke volksgezondheid tijdens de Wederopbouw. Een dag op een Medisch Opvoedkundig Bureau' in: M. Reuling ed., *Opvoeding, onderwijs & overheid: thema's uit de wijsgerige en historische pedagogiek* (Amsterdam 2002) 139-150, E.C. Lekkerkerker, *Moeilijke kinderen: vijf en twintig jaren medisch-opvoedkundige bureaus* (z.p. 1952), Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 461-462, 657-658, 684-692, A. van der Wurff, 'Niet zoo maar een mening, doch een welbewust gegeven psychiatrisch advies': Medisch Opvoedkundige Bureaus in Nederland, 1928-1980.' in: J. Vijselaar ed., *Ambulant in zicht* (Utrecht 1990) 83-102

²¹⁷ Zie ook: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 658. Zie voor de aanmelding van deze kinderen op het MOB: Bakker, 'Harmless disease', 322, Van der Wurff, 'Niet zomaar een mening', Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 22.

²¹⁸ Carp, *Misdadige kind* 90, Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 25, zie ook de soms moralistische ondertoon in zijn beschrijving van de 'ongedurige' proefpersonen: pp. 42-57, Krevelen, *Nederlands leerboek* 332-334, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 384-386, Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 12-14, 39, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 78.

²¹⁹ Hart de Ruyter, 'Waarom onderscheid zich het partieel defecte kind', 12, Belser en Küppers, *Maar zij kunnen zich niet concentreren...* 7, Carp, *Misdadige kind* 88-90, Nieweg, 'ADHD', 307, Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 8, Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 22.

Zo was de literatuur over het ongedurige en nerveuze kind doordrenkt met psychohygiënistische elementen, zoals bezorgdheid om de geestelijke én zedelijke (volks)gezondheid, een groot geloof in de noodzaak en het nut van vroege, preventieve interventie en een sterke gerichtheid op het gezin. Ook deze elementen waren mede geïnspireerd op het werk van Freud, maar van een expliciet psychoanalytische duiding en behandeling van ongedurigheid en nervositas was geen sprake. Hieruit volgt dat de beweging voor geestelijke volksgezondheid niet, zoals vaak gebeurt, volledig vereenzelvigd moet worden met de psychoanalyse.

4. School, sociale klasse en medicalisering

Leerplicht, civilisatie en sociale klasse

De psychohygiënistische beweging had niet alleen inhoudelijk grote invloed, maar was ook een belangrijke katalysator van de institutionele uitbreiding van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (vooral na de Tweede Wereldoorlog). Zoals reeds is betoogd, kregen psychiaters en bijvoorbeeld psychologen daardoor meer bemoeienis dan voorheen met kinderen met ADHD-achtige verschijnselen. Volgens Brancaccio en andere sociologen was dit proces van medicalisering of psychiatrisering echter niet mogelijk geweest zonder de medewerking van ouders en onderwijzers. In de sociologische literatuur krijgen vooral onderwijzers een zeer bepalende rol toebedeeld. Die zouden namelijk vaak als eerste het overmatig drukke gedrag en de slechte concentratie van kinderen signaleren en hen vervolgens doorverwijzen naar medici. Bovendien zouden de informatie en meningen van leerkrachten vaak van doorslaggevend betekenis zijn bij de diagnostiek. Hyperactiviteit – welk medisch *label* daar ook aan werd gegeven – zou daardoor een sterk situationeel karakter hebben. Daarmee wordt bedoeld dat de schoolklas, de eisen die daar aan het kind werden gesteld en de normen van de onderwijzer bepalend waren voor het ‘ontstaan’ van de ‘stoornis’ (terwijl een medisch-wetenschappelijke onderbouwing van het bestaan van die stoornis zou ontbreken).²²⁰ Volgens verschillende sociologen is de medicalisering van overactief gedrag bij kinderen om deze redenen ‘de uitkomst van een proces van samenwerking en wederzijdse legitimatie tussen school en psychiatrie’.²²¹

In de periode vóór 1930 ontbrak het nog aan die samenwerking en wederzijdse legitimatie, maar volgens Brancaccio veranderde dat daarna. Zij geeft daar een aantal verklaringen voor. Zo wijst ze, in navolging van Elias, op het civiliserende effect van de

²²⁰ Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 169-187, Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 170-171, Conrad, *Identifying hyperactive children* 41-49, 89-90, Rafalovich, *Framing ADHD children* 89-108.

²²¹ Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 171.

leerplicht. Aanvankelijk bestonden er in boerenmilieus en arbeiderskringen grote weerstanden tegen de verplichte schoolgang van hun kinderen, vanwege de economische consequenties voor de gezinnen waaruit ze kwamen. Geleidelijk aan verdwenen deze weerstanden echter. De school werd steeds meer geaccepteerd als vast onderdeel van het dagelijks leven van kinderen. De discipline en gedragsnormen die zij op school opgelegd kregen, werden door kinderen uit de lagere sociale klassen – en indirect ook hun ouders – daardoor gemakkelijker geaccepteerd en geïnternaliseerd. Het gedrag van deze kinderen en hun gezinnen begon, met andere woorden, steeds meer te lijken op dat van de middenklassen. Deze ontwikkeling werd volgens Brancaccio nog versterkt doordat de levensomstandigheden van mensen uit de stedelijke onderklasse in de eerste decennia van de twintigste eeuw sterk verbeterden, dankzij de economische groei en sociale maatregelen die door overheden en bedrijven werden genomen.²²²

Het beschavingsproces dat zich zo zou hebben voltrokken, had volgens Brancaccio een aantal gevolgen. In de eerste plaats werd het steeds minder plausibel om lastig gedrag van leerlingen te verklaren uit het contrast tussen schoolregime en thuismilieu. Daarmee werd een belangrijk argument ondergraven waarmee onderwijzers, zoals in hoofdstuk 1 is betoogd, de medische of psychiatrische visie op deze kinderen van de hand wezen. Leerkrachten begonnen daarom sommige leerlingen in een ander licht te zien. In feite betoogt Brancaccio dat de leerplicht inderdaad het medicaliserende effect had dat daar in de literatuur aan wordt toegeschreven (zie hoofdstuk 1), zij het op de iets langere termijn.²²³

Door de beschaving van de onderklasse, verdween volgens Brancaccio ook de verontrusting over de ‘onmaatschappelijke gezinnen’ uit dat milieu. De sociale kwestie en de zedelijke toestand in achterstandswijken kwam daardoor minder hoog op de agenda te staan, in plaats daarvan kwam er steeds meer aandacht voor de lichamelijke en later ook geestelijke gezondheid van individuen. Zo verklaart Brancaccio de sterke gezinsbenadering in *Child Guidance Clinics* (zoals de Nederlandse MOB's), die de meer sociaal psychiatrische aanpak (van bijvoorbeeld Bouman) – gekenmerkt door de bestrijding of preventie van alcoholmisbruik, prostitutie, zedenverwildering en geslachtsziekten – op de achtergrond drong. Deze meer individuele benadering van de geestelijke volksgezondheid betekende volgens Brancaccio bovendien dat ook afwijkend gedrag van kinderen eerder als individueel, medisch probleem dan als sociaal probleem werd beschouwd.²²⁴

Tegen deze achtergrond stonden onderwijzers in de loop van de tijd minder afwijzend tegen de bemoeienis van psychiaters en psychologen met hun leerlingen, stelt Brancaccio. Daarbij was de oprichting van de *Child Guidance Clinics* volgens haar ook behulpzaam.

²²² Brancaccio, “*But Fidgety Phil*” 74-75, 111-116.

²²³ Ibidem., 116-117.

²²⁴ Ibidem., 118-123.

Psychiaters waren daardoor gemakkelijker beschikbaar en minder ver van het bed voor onderwijzers dan toen ze nog uitsluitend binnen de muren van klinieken en gestichten te vinden waren. Bovendien werden er ook door de ontwikkeling van de testpsychologie banden gesmeed tussen scholen en *Child Guidance Clinics*. Naarmate het buitengewoon onderwijs zich sterker ontwikkelde, werd het steeds gebruikelijker dat scholen leerlingen die daar mogelijk voor in aanmerking naar een psycholoog stuurden voor de afname van een aantal tests. Veel van die psychologen werkten in of vanuit een *Child Guidance Clinic*, aldus Brancaccio.²²⁵

De 'civilisatie' van de onderklasse had volgens haar niet alleen de samenwerking tussen onderwijzers en psychiaters bevorderd, maar ook bijgedragen aan de psychologisering van de inhoud van de medische definities van ADHD-achtig gedrag. Dankzij de toegenomen welvaart en het beschavingsproces dat deze klasse doormaakte, werden de verschillen met andere sociale klassen steeds kleiner. Daardoor werd ook anders aangekeken tegen gedragsproblemen bij kinderen. Die werden steeds minder toegeschreven aan factoren die als kenmerkend voor de onderklasse golden, zoals een degeneratieve aanleg of sterk verwaarlozende ouders. In plaats daarvan ging het om gezinsfactoren en opvoedingsfouten die ook in de middenklassen aangetroffen werden. Er was bijvoorbeeld niet meer sprake van ernstige plichtverzaking door de ouders, maar van een te strenge, te beschermende of te 'vrije' opvoeding. Zo voltrok zich volgens Brancaccio ook een uitbreiding van de psychiatrische jurisdictie in *sociale* zin. Psychiatrische definities van ADHD-achtige verschijnselen werden niet langer uitsluitend met de sociale onderklasse geassocieerd, maar tevens met de middenklasse.²²⁶

De kleinere afstand tussen de sociale lagen had volgens Brancaccio ook zijn weerslag op de elites. Die waren vooral bezorgd over de ontwikkelingen op het gebied van het onderwijs. Kinderen uit de arbeiders- en middenklasse gingen steeds langer naar school, zodat ze in toenemende mate op dezelfde onderwijsinstellingen terechtkwamen als elitekinderen. De ouders van de laatsten waren volgens Brancaccio zeer beducht voor het gevaar van sociale besmetting. Dit droeg bij aan hun behoefte om de gedragsproblemen van hun kroost op andere wijze te benoemen dan die van kinderen uit andere sociale milieus. Een aantal ouders uit de elites omarmden daarom reeds in de jaren dertig de psychoanalytische benadering van onder andere ADHD-achtige verschijnselen. Die behelsde onder andere dat de gedragstoornissen eerder toe te schrijven waren aan de gecompliceerdheid van de intrapsychische processen bij kinderen, dan aan de opvoedingsfouten van de ouders of andere gezinsfactoren.²²⁷

²²⁵ Ibidem., 126-130.

²²⁶ Ibidem., 116-117, 134, 139-145, 148-149, 152.

²²⁷ Ibidem., 145-152.

De school en het ongedurige en nerveuze kind

Op Brancaccio's betoog is het één en ander af te dingen. Zij redeneert vooral deductief op basis van de civilisatietheorie van Elias en de theorie van het systeem van professies van Abbott, de empirische onderbouwing die zij daarbij geeft is op zijn zachtst gezegd mager. Het is bovendien ook moeilijk voor te stellen hoe veel van haar uitspraken wél empirisch getoetst zouden kunnen worden. Haar opmerkingen over de eigen, psychoanalytische benadering in elitaire kringen kunnen bijvoorbeeld bevestigd noch ontkracht worden op basis van de Nederlandse literatuur over ongedurige of nerveuze kinderen. Daar is eenvoudig niets over te vinden. Wel is het interessant dat Brancaccio ingaat tegen de inmiddels gevestigde opvatting dat de ouders van kinderen met gedragsstoornissen juist onder invloed van de psychoanalyse dikwijls in de beklagdenbank terechtgekomen zijn. Zij associeert de psychoanalyse namelijk niet met een beschuldigende houding tegenover de ouders, maar met een gerichtheid op het innerlijke geestesleven van het kind.

Daarnaast is het de vraag of de onderklasse wel een beschavingsproces doormaakte mede doordat zij een hogere levensstandaard kreeg, zoals Brancaccio stelt. Gezien de wereldwijde economische depressie in de jaren dertig is dit een vreemde voorstelling van zaken. Ook van de verminderde bezorgheid over 'onmaatschappelijke gezinnen' die Brancaccio constateert, lijkt in Nederland geen sprake geweest te zijn. In 1939 hield H.C. Rümke bijvoorbeeld nog een voordracht voer het 'onmaatschappelijke kind'. Mogelijk namen kinderen en hun ouders uit de laagste sociale klassen dus *niet* de gedragsnormen van school en de middenklassen over. Het aantal leerlingen dat zich op school onaangepast en ongedisciplineerd gedroeg nam wellicht eerder toe dan af. In de jaren dertig nam het gemiddelde aantal leerlingen per klas op de lagere school, onder druk van de bezuinigingen tijdens de crisisjaren, namelijk toe tot 37. De verklaring voor de acceptatie van de inbreng van psychiaters door onderwijzers zou daarom wel eens veel eenvoudiger kunnen zijn dan Brancaccio stelt. Misschien groeiden de ordeproblemen de leerkrachten simpelweg boven het hoofd.²²⁸

Dit neemt niet weg dat Brancaccio enkele waardevolle inzichten biedt. Inderdaad was er, zo al zij stelt, sprake van een accentverschuiving van sociale psychiatrie naar individuele (geestelijke) gezondheid. De Goei spreekt in dit verband van respectievelijk de eerste en de tweede fase van de beweging voor psychohygiëne. In de vorige paragraaf is betoogd hoe in

²²⁸ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 519, Noordman, *Kwaliteit van het nageslacht* 16-17, 126, 140-141, 230, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 373-375, 391, Rümke, *Studies en voordrachten* 294-304. In dit verband is het ook relevant dat de Nederlandse eugenetische beweging haar hoogepunt beleefde in de jaren dertig. Weliswaar was er weinig steun voor actieve maatregelen, zoals sterilisatieprogramma's, maar de eugenetische probleemstelling ten aanzien van het aantal 'geestelijk onvolwaardigen' werd alom geaccepteerd, ook door critici van de beweging zoals Carp. De zorg om deze 'geestelijk onvolwaardigen' hield verband met de verontrusting onder burgers over 'onmaatschappelijke gezinnen' en over de stedelijke onderklasse in het algemeen. Zie o.a. Noordman, *Kwaliteit van het nageslacht*.

de MOB's, die een exponent waren van deze 'tweede fase', gekenmerkt werden door een sterke gezinsbenadering. Wellicht biedt Brancaccio's interpretatie een (gedeeltelijke) verklaring voor deze ontwikkeling. Dat in de MOB's vooral kinderen uit de geschoolde arbeidersklasse en de middenklasse werden aangemeld, 'klopt' in elk geval met haar stelling dat de aandacht niet meer uitging naar de omstandigheden en verwaarlozende ouders in de achterstandsbuurten, maar naar de individuele problemen van kinderen en hun gezinnen in (ook) de hogere sociale klassen. Daarbij moet wel worden aangetekend dat er vóór de Tweede Wereldoorlog slecht zeven MOB's werden opgericht, zodat de maatschappelijke invloed daarvan nog niet groot was. Pas na 1945 groeide het aantal MOB's en andere ambulante voorzieningen sterk. In de eerste naoorlogse jaren was daarnaast de aanpak van 'asociale' gezinnen nog altijd een belangrijk thema. Dit doet vermoeden dat de 'sociale' veranderingen in de omgang met drukke, lastige kinderen die Brancaccio in de jaren dertig plaatst, zich eerder in de jaren vijftig hebben voorgedaan.²²⁹

Het meest interessant is wellicht Brancaccio's betoog over de doorslaggevende betekenis van leerkrachten en onderwijsontwikkelingen. Dat vindt namelijk bevestiging in de toenmalige Nederlandse vakliteratuur over ongedurigheid en nervositas. Daarin werd bijvoorbeeld keer op keer gesteld dat de problemen van het kind zich openbaarden zodra het op de lagere school terechtkwam. Weliswaar rapporteerden de meeste auteurs dat de kinderen van geboorte af aan druk en beweeglijk waren, maar pas rond zesjarige leeftijd, als op school discipline en concentratievermogen werden gevraagd, werd in de meeste gevallen duidelijk dat er echt iets aan de hand was met het kind. Thuis viel uiteraard wel het drukke gedrag op, maar daarmee leken veel ongedurige en nerveuze kinderen juist zeer bij-de-hand, vlot en gevat. Eenmaal op school bleken zij echter vaak ondermaats te presteren.²³⁰

Chorus gaf de volgende opsomming van klachten over het schoolwerk van ongedurige kinderen:

1. Allen zijn "schuw" van werk.
2. Zij worden door alles en iedereen "afgeleid"
3. Zij moeten voortdurend worden aangespoord en de meesten hebben permanente strakke contrôle nodig om tot tastbare resultaten te komen.
4. In hun werk zijn ze slordig, knoeierig, maken veel fouten; ze werken óf zeer langzaam óf zeer vlug met veel fouten en correcties.

²²⁹ Bakker, Noordman en Van Wingerden, *Vijf eeuwen* 260-261, Goei, *De psychohygiënist* 74, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 409-412, 424-425, 651-653, 688, 690.

²³⁰ Carp, *Misdadige kind* 88-90, Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 23, Krevelen, *Nederlands leerboek* 330-332, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 355, 383-385, Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 23. Zie ook: Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 285.

5. Naarmate de opgedragen taak langer duurt werken ze slechter en met gestadige toename van fouten.
6. Bij allen is vooral “schrijven” een zeer zwakke stêe.
7. Het beste werken ze in onderlinge concurrentie, wanneer ieder veel winstkansen heeft’.²³¹

Deze opsomming is representatief voor wat in andere publicaties werd geschreven over het functioneren op school van ongedurige én van nerveuze kinderen. Vedder schreef in zijn leerboek uit 1958 bijvoorbeeld: ‘Het nerveuze kind is niet alleen druk en beweeglijk, maar ook ongedurig. Het kan zijn aandacht slechts korte tijd bij iets bepalen, één kleine prikkel is voldoende om de aandacht af te leiden. De aandacht is vluchtig. In hun schoolwerk vertonen deze kinderen dezelfde onbeheerstheid als boven werd beschreven. Het schrift is slordig en onregelmatig, de letters verschillen sterk in grootte. De slechte aandachtsconcentratie heeft tot gevolg, dat zij in hun schoolwerk veel fouten maken, die voortvloeien uit hun “oppervlakkigheid”. Zij maken zich namelijk graag met een “jantje-van-leiden” van hun werk af en komen er dan ook niet toe zelf hun werk nog eens rustig na te kijken en de fouten te verbeteren. Geeft men hun een opdracht, dan zullen zij deze in de kortst mogelijke tijd uitvoeren, maar zij bekommeren zich niet om de kwaliteit van het geleverde werk’.²³² De verschillende auteurs waren het erover eens dat terwijl in de thuissituatie de overbeweeglijkheid en onrust van ongedurige en nerveuze kinderen het meest in het oog sprongen, in de klas de ‘slechte aandachtsconcentratie’ vooropstond, hoewel daar ook hun drukke gedrag problemen gaf en vaak tot bestraffing leidde.²³³

Veel auteurs noemden ook nadrukkelijk de mogelijkheid om ongedurige of nerveuze kinderen naar een speciale school te sturen met kleinere klassen en veel minder prikkels dan op normale scholen. Montessori-onderwijs was volgens Van Krevelen uit den boze omdat het ongedurige kind niet tot zelfstandige ordening in staat was. Vedder en C. Rümke en Th. Hart de Ruyter pleitten voor plaatsing op een openluchtschool, waar optimaal voldaan werd aan de eisen van rust en regelmaat. Omdat nerveuze kinderen door hun drukke gedrag, afleidbaarheid en onrust ook snel vermoeid zouden raken, strekte vooral de mogelijkheid die dit schooltype bood om ‘s middags een rustpauze in te lassen tot aanbeveling – in tegenstelling tot bij ongedurigheid, werden bij nervositas ook lichamelijke klachten

²³¹ Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 8.

²³² Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 77.

²³³ Carp, *Misdadige kind* 88-90, Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 23, Krevelen, *Nederlands leerboek* 331-332, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 355, 384-385, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 77, Vedder, *Waarom niet als andere kinderen?* 23.

beschreven, zodat in de behandeling van de laatste categorie ook veel aandacht werd gegeven aan het verbeteren van de lichamelijke conditie van het kind.²³⁴

Zo heeft Brancaccio een punt: ongedurigheid en nervositas waren situationele diagnoses, die in zekere zin pas in de schoolklas ontstonden als medische categorie. Omdat symptomen als slechte aandachtsconcentratie vaak (pas) op school werkelijk aan de oppervlakte kwamen, is ook de veronderstelling plausibel dat de figuur van de onderwijzer, met diens persoonlijke meningen en eigenschappen, dikwijls een grote inbreng had bij de signalering en vaststelling van deze 'stoornissen'. Dit betekent ook dat tijdsgebonden maatschappelijke factoren – zoals de invoering en uitbreiding van de leerplicht, de grootte van schoolklassen en de heersende opvattingen over hoe schoolkinderen zich dienden te gedragen – mede bepaalden welk gedrag als pathologisch werd bestempeld.

Ook meer in algemene zin hingen ontwikkelingen in het onderwijs en in het hulpverleningsaanbod samen. Er kwamen steeds meer speciale scholen voor kinderen met leerproblemen, die niet mee konden komen op normale scholen. Mede ten behoeve van de selectie voor de verschillende vormen van (aangepast) onderwijs, werden steeds verfijndere tests ontwikkeld om de mogelijkheden en beperkingen van kinderen te meten. De belangstelling vanuit het onderwijs en de testpsychologie beperkte zich daarbij niet tot het gebied van de leerprestaties, maar ging vanaf het begin van de twintigste eeuw ook steeds meer uit naar de persoonlijkheidsontwikkeling en het sociaal-emotioneel functioneren van kinderen. De Groningse psycholoog A.F. Kalverboer concludeert dat de combinatie van deze factoren – de complexere standaarden waar kinderen aan moesten voldoen, de verfijning van (psycho-)diagnostische instrumenten en de ontwikkeling van instituties voor speciaal onderwijs – ertoe leidde dat er groepen van kinderen met gedrags- en leerproblemen geïdentificeerd werden die eerder niet herkend werden of zich niet hadden gemanifesteerd.²³⁵ Op die manier veroorzaakten veranderingen in het onderwijs inderdaad (mede) een uitbreiding van het domein van de (kinder)psychiatrie.

²³⁴ Belser en Küppers, *Maar zij kunnen zich niet concentreren...* 45, Krevelen, *Nederlands leerboek* 334, Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 357, Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 30-36, Rümke, *Studies en voordrachten* 279, 287, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 77-78. Zie over de openluchtschool: Dolf Broekhuizen, *Openluchtscholen in Nederland. Architectuur, onderwijs en gezondheidszorg 1905-2005* (Rotterdam 2005), B.H. Sajet, *Openluchtscholen in Nederland* (Purmerend 1962). Volgens Rümke was rust bij kinderlijke nervositas zelfs allesbepalend: 'Men kan hier met geringe middelen zeer veel bereiken, b.v. door het inschakelen van rust na de schooltijden, of door nu en dan één of twee dagen volkomen bedrust te geven. Ik heb meerdere malen zonder eenige verdere medicamenteuse therapie, zonder eenigen psychotherapeutischen ingreep opvallende genezingen bereikt', zie Rümke, *Studies en voordrachten* 298.

²³⁵ Kalverboer, 'MBD', 6. Zie ook: Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 501 e.v., Groenendijk en Bakker, 'Dieptepsychologie en opvoeding', 241, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 73-82, 112-113.

De onderwijzer en de kinderpsychiater

Hiermee is echter niet gezegd dat sprake was van het door Brancaccio en andere sociologen veronderstelde 'proces van samenwerking en wederzijdse legitimatie van school en psychiatrie'. Het was namelijk niet zo dat psychiaters en onderwijzers altijd gemeenschappelijke doelen hadden of dat het belang van de één om het werkterrein uit te breiden altijd samenviel met dat van de ander om de ordeproblemen in de klas op te lossen. Vedder schreef in 1958 in de inleiding van zijn veelgebruikte leerboek voor onderwijzers (in spe) dat van een goede samenwerking tussen psychiaters en leerkrachten dikwijls geen sprake was: 'Psychiater en onderwijzer beschouwen elkaar soms met wantrouwende blikken – laat ons dit eerlijk uitspreken. De onderwijzer koestert wel eens de gedachte dat de psychiater iemand is, die alle wangedragingen van het kind probeert goed te praten en van oordeel is, dat je het zoveel mogelijk zijn gang moet laten gaan [...]. Omgekeerd beklagt de psychiater zich over het feit dat de onderwijzer soms zo weinig kijkt op het kind heeft, het zo slecht begrijpt, niet doorziet wat er achter die moeilijke gedragingen zit en op ontactische wijze tegen het kind optreedt. De onderwijzer laat zich soms in zijn beoordeling alleen leiden door de schoolprestaties, maar let niet op de individualiteit van het kind'.²³⁶ Vervolgens haalde Vedder een Amerikaans onderzoek aan waarin werd nagegaan welke gedragsmoeilijkheden door onderwijzers en psychiaters als de meest ernstige werden beschouwd. De onderwijzers bleken als meest ernstig te beschouwen: ongehoorzaamheid, verzet tegen autoriteit, oneerlijkheid, en dergelijke; psychiaters maakten zich echter vooral ongerust over de schuwe, geremde, overgevoelige kinderen, de éénlingen in de klas, de dromers en de angstige kinderen – een categorie kinderen dus, waarvan de leerkracht bij het handhaven van de orde in de klas weinig last had.²³⁷

Het beeld uit de sociologische literatuur dat onderwijzers en psychiaters eensgezind en gezamenlijk het probleem van lastig, ongedisciplineerd gedrag van kinderen oplossen door het te 'medicaliseren' gaat voorbij aan de verschillen in benadering die tussen beide disciplines bestonden.²³⁸ In zijn afscheidsoratie in 1973 noemde Hart de Ruyter de school zelfs een 'toxisch systeem': 'Het kind wordt er klaar gemaakt voor een gemeenschap waarin het leert met de ellebogen te werken, anderen de loef af te steken, zich aan te passen aan een systeem van competitie en individuele prestatie; van braaf zijn zonder eigen inbreng of

²³⁶ Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 2.

²³⁷ Ibidem, 7-8.

²³⁸ Zie voor die 'fundamentele verschillen tussen onderwijzers en psychiaters' behalve de hier aangehaalde Vedder en Hart de Ruyter, ook: Bakker, 'Het kind', 146, A.W. Haenen, 'Leer- en gedragsmoeilijkheden van partieel defecte kinderen' in: *Het partieel defecte kind* (Stichting "De Koepel", Rotterdam 1956) 40-50, aldaar 48-49.

mogelijkheden om creatief te zijn. Kortom, het kind leert op school anti-sociaal en naar de schijn aangepast te zijn'.²³⁹

Hoewel het begrip 'geestelijke overlading' aan invloed inboette, bleven (sommige) psychiaters de school dus als een ongezonde, onnatuurlijke omgeving voor het kind beschouwen, die een goede sociale en emotionele ontwikkeling in de weg kon staan.

5. Opmerkelijke continuïteit

In dit hoofdstuk zijn een aantal continuïteiten in de geschiedenis van ADHD aan het licht gekomen. Het meest opmerkelijk is wellicht de continuïteit in het gebruik van termen als zenuwachtigheid, neurasthenie, neuropathie en nervositas. Vanaf de jaren 1890 tot en met de jaren 1960 bleef de betekenis die in de medische en psychiatrische vakliteratuur aan deze begrippen werd gegeven in essentie dezelfde. Gedurende deze lange periode werd gesproken van een veelvoorkomend ziektebeeld, dat voortkwam uit een wisselwerking tussen een erfelijke aanleg of kwetsbare constitutie enerzijds en het milieu anderzijds.

Uiteraard waren er wel veranderingen. Het accent verschoof bijvoorbeeld van maatschappelijke invloeden naar de gezinssituatie. Daarnaast wisten psychiaters pas na 1930 en vooral na de Tweede Wereldoorlog pas werkelijk hun werkterrein uit te breiden naar onder andere nervositas. De omslag van 'biologie' naar 'psychologie' en de 'neurotisering' van gedragsproblemen van kinderen, die op basis van de literatuur te verwachten waren, heeft zich echter niet voorgedaan. Het ging bij nervositas om de vermoeibaarheid en prikkelbaarheid van het zenuwgestel, die bestreden werd met een voornamelijk pedagogische aanpak – van onbewuste, intrapsychische conflicten of het opsporen en behandelen daarvan was niet of nauwelijks sprake. Dit roept de vraag op hoe het mogelijk is dat veel auteurs over de geschiedenis van ADHD en de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen zich blijkbaar zo hebben vergist.

Eén verklaring is wellicht dat er verwarring bestaat over de terminologie in het bronnenmateriaal. Tegenwoordig worden zenuwachtigheid en nervositeit over het algemeen opgevat als psychische toestanden. Oorspronkelijk duiden deze begrippen echter vooral op een fysiek verschijnsel – de zenuwen zijn immers onderdeel van het menselijk lichaam. Ook het begrip 'neurose' had lange tijd allerminst per definitie een 'psychische' betekenis, Oorspronkelijk duidde een neurose op een functiestoornis van het zenuwstelsel, een *zenuwziekte*. Vervolgens werd het begrip vooral gebruikt als aanduiding van een *categorie* psychische of zenuwaandoeningen die onderscheiden moesten worden van de psychosen –

²³⁹ Th. Hart de Ruyter, *Ontwikkelingspsychiatrie en preventie van stoornissen in de emotionele ontwikkeling*, Afscheidscollege Rijksuniversiteit Groningen 26 juni 1973 (Groningen 1973) 12.

in tegenstelling tot de meeste psychotische patiënten, hadden neurotische patiënten bijvoorbeeld ziekte-inzicht en was hun contact met de werkelijkheid niet verstoord. Het begrip neurose bevatte zo eigenlijk een heel spectrum aan stoornissen, waaronder ook organische.²⁴⁰

In 1939 onderscheidde H.C. Rümke bijvoorbeeld vier groepen kinderneurosen: de kinderlijke nervositas; emotioneel-hyperaesthetische zwaktetoestanden; de functionele stoornissen; en de neurosen in engere zin. De eerste groep, de kinderlijke nervositas, werd gekenmerkt door een constitutionele vermoeibaarheid en reageerbaarheid van het autonome zenuwstelsel, de tweede groep betrof vooral restverschijnselen van infectieziekten, bij de derde ging het om stoornissen in de functie of werking van organen. Met andere woorden, alleen de laatste groep, de neurosen in engere zin, bevatte psychische stoornissen, die ook wel werden aangeduid als 'psychoneurosen'. Een vergelijkbare differentiatie hanteerde ook de Utrechtse hoogleraar kinderpsychiatrie Kamp in een leerboek uit 1972. In het hoofdstuk over neurosen maakte hij onderscheid tussen de neurosen in Freudiaanse zin en de neuropathie, waar volgens hem een constitutionele hyperreageerbaarheid van het autonome zenuwstelsel aan ten grondslag lag (maar die toch in het hoofdstuk over neurosen besproken werd).²⁴¹

Dit betekent dat het gebruik van het woord 'neurose' in de bronnen niet per definitie duidt op een Freudiaanse of psychologische benadering. Een goed voorbeeld is het Duitse concept *Hypermotilitätsneurose* – dat volgens Chorus duidelijk overeenkomt met 'onzedigheid' – waarbij men uitging van een 'eine Funktionsstörung des subkortikalen (fronto-thalamischen oder rein extrapyramidalen) Systems, ohne aber Grund und Ätiologie zu kennen'.²⁴² Dat de term 'neurose' ook dergelijke betekenissen kon hebben, wordt in de literatuur over de geschiedenis van ADHD of de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen nog al eens over het hoofd gezien. Bakker, Noorman en Rietveld-van Wingerden melden bijvoorbeeld dat kinderen met gedragsproblemen als agressiviteit, angsten, onzekerheid en zenuwachtigheid vrijwel altijd de diagnose 'neurose' kregen in het MOB. Zij menen daarmee aangetoond te hebben dat de oorzaak van de gedragsproblematiek in het gezin werden gezocht. Dit is op zijn minst te kort door de bocht, omdat de diagnose neurose niet uitsloot dat sprake was van een lichamelijk of constitutioneel probleem. Ook dan richtten de interventies zich in de MOB's vaak op het gezin, omdat uitgegaan werd van een wisselwerking tussen aanleg en milieu. Dat kan echter niet gekarakteriseerd worden als een

²⁴⁰ Giel Hutschemaekers, *Neurosen in Nederland. Vijftig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen*, Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant (Nijmegen 1990) 99-117. Zie hierover bijvoorbeeld ook: Jelgersma, *Leerboek* mn. pp. 1-4, Erp Taalman Kip, *Behandeling* 17, 52-53.

²⁴¹ Erp Taalman Kip, *Behandeling* 52-53, Hart de Ruyter en Kamp, *Hoofdpijnen der kinderpsychiatrie* 75-76, Hutschemaekers, *Neurosen* 106, Rümke, *Studies en voordrachten* 306-309.

²⁴² Chorus, *Tempo van ongedurige kinderen* 4-5,16, Lederer en König, *Hypermotilität* 55.

voorbeeld van de 'neurotisering' van de opvoeding of van de 'pendelbeweging' van biologie naar psychologie.²⁴³

Sommige auteurs lijken ook te veronderstellen dat het begrip 'nervuus' synoniem is met 'neurotisch', terwijl het in de meeste gevallen duidt op 'nervositas'.²⁴⁴ Dit soort verwarringen zijn wel enigszins begrijpelijk, omdat het gebruik van termen in de oudere vakliteratuur allesbehalve eenduidig is. Ook Rümke klaagde daarover: 'Sommige psychiatrische handboeken geven wel het begrip psychopathie aan, niet het begrip neurose; weer andere geven de nervositeit geen afzonderlijke plaats'.²⁴⁵ Zoals uit dit citaat blijkt is het niet eenvoudig om greep te krijgen op de begrippen psychopathie, neurose en nervositas. Het begrip psychopathie werd bijvoorbeeld soms gebruikt ter aanduiding van geestesstoornissen die gepaard gingen met een gebrekkig ontwikkeld geweten en misdadigheid, maar ook wel als een brede categorie aandoeningen die in ernst tussen de neurosen en psychosen werd geplaatst. Kenmerkend voor de psychopathie in deze betekenis was een in aanleg gegeven afwijking (psychopathie in deze zin kwam sterk overeen met wat Van Krevelen 'karakteropathie' noemde). Dat in sommige vakliteratuur werd gesproken van een 'nervuze psychopathie' bevestigt dat bij 'nervuze kinderen' een grote invloed van aanleg werd verondersteld.²⁴⁶

Een andere verklaring voor de discrepantie tussen de beeldvorming in de literatuur en de bevindingen in dit hoofdstuk is de populariteit van de metaforen van de pendel en de twee culturen (zie inleiding). Deze metaforen appeleren, in de woorden van de kinder- en jeugdpsychiater E.H. Nieweg, aan de menselijke neiging om eerder in óf-óf- dan in én-én termen te denken. Deze menselijke behoefte aan eenvoudige schema's draagt volgens Nieweg bij aan het vertekende beeld dat tegenwoordig bestaat van de vroegere kinderpsychiatrie.²⁴⁷ Dat beeld klopt in zoverre dat psychologische stromingen na de Eerste Wereldoorlog (en ook na de Tweede) ingang kregen in dit vakgebied en dat de werkwijze in de MOB's inderdaad sterk psychoanalytisch was getint. Dit betekende echter niet dat psychiaters die daar werkten blind waren voor de biologische kant van psychopathologie. Weliswaar hadden veel kinderen in hun ogen een 'psychoneurose', maar er was ook een categorie patiëntjes, waaronder ongedurige en nerveuze kinderen, bij wie ze aannamen dat

²⁴³ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 281, 283.

²⁴⁴ Zie bijv. Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 110, 134, Pieters, 'Een eeuw omgang', 639.

²⁴⁵ Rümke, *Studies en voordrachten* 298.

²⁴⁶ Nyssen, *Leerboek der kinderpsychiatrie* 353-357, Rümke, *Studies en voordrachten* 299. Vgl.: J.J.G. Prick, *De forensische psychiatrie gezien vanuit een biologisch standpunt*, Openbare les R.K. Universiteit Nijmegen (Nijmegen/Utrecht 1941).

²⁴⁷ Nieweg, 'ADHD', 309, E.H. Nieweg, 'Van kinderanalyse tot Y-chromosoom. Over eenzijdigheid in de psychiatrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42, no. 12 (2000) 887-894, aldaar 891-893.

de stoornis een organische basis had.²⁴⁸ Een psychoanalytische oriëntatie sloot het gebruik van andere benaderingen of de erkenning van biologische factoren dus niet uit (zie daarover ook hoofdstuk 3). Dit wordt in de geschiedschrijving nog wel eens over het hoofd gezien, mede onder invloed van de metaforen van de pendel en de twee culturen. Er wordt daardoor, met andere woorden, te gemakkelijk gegeneraliseerd, terwijl de behandelpraktijk in werkelijkheid gedifferentieerder en eclecticischer was.²⁴⁹

Een staaltje van schematisch óf-óf denken geven Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden. Zij contrasteren de neurotisering van de ouder-kindrelatie op de MOB's met de 'medisch-pedagogische' werkwijze op het Pedologisch Instituut van de (gereformeerde!) Vrije Universiteit, dat in 1931 werd opgericht door de hoogleraar pedagogiek J. Waterink. Zij schrijven in dit verband het volgende over de visie van Waterink op de veelvoorkomende zenuwachtigheid bij kinderen: 'Waterink geloofde in een erfelijke aanleg voor zenuwzwakte of 'neurasthenie'. Ernstiger gevallen van die aandoening zouden tegenwoordig gemakkelijk het label ADHD krijgen. Wat op een MOB een neurose heette die alleen via een langdurige gesprekstherapie kon worden overwonnen, was op de VU een gevolg van een ongunstige aanleg, waarbij opvoedingsfouten de zaken hadden verergerd. Rust, kalmte, geduld en een dieet met veel groenten en fruit vormden de oplossing'.²⁵⁰

Inderdaad kreeg een aanzienlijk aantal kinderen die werden aangemeld op het Pedologisch Instituut de diagnose neurasthenie of neuropathie. Dit betekende echter niet dat Waterink opvallend meer dan de psychiaters van het MOB nerveuze verschijnselen en concentratieproblemen toeschreef aan erfelijke aanleg. Over deze onderwerpen heeft hij veel geschreven. Daarbij had hij oog voor biologische factoren, maar stond hij evengoed open voor psychodynamische en (diepte-)psychologische inzichten (acht tot negen procent van lastige kinderen rekende hij tot de neurotici die in Freudiaanse zin leden aan verdrongen conflicten en belevingen). Hij richtte zich echter het meest op de rol van opvoedingsfouten en -klimaat. Veel kinderen konden zich volgens hem bijvoorbeeld slecht concentreren op school omdat ze in de jaren voor ze naar school gingen nooit hadden geleerd hun aandacht ergens op te richten en te houden. Dat kwam voornamelijk door een gebrek aan leiding door de ouders (waar ook Van Krevelen op wees bij ongedurigheid) en een te grote onrust in de huiselijke omgeving. Die onrust werd veroorzaakt door het nerveuze gedrag van moeders, maar ook doordat vaders spanningen in de huiselijke sfeer brachten 'door hun drukke,

²⁴⁸ De kinderpsychiaters én psychoanalytici C. Rümke en Hart de Ruyter maakten bijvoorbeeld onderscheid tussen kinderen met nerveuze verschijnselen als gevolg van innerlijke conflicten, kinderen met nerveuze verschijnselen als gevolg van lichamelijke ziekten en constitutioneel nerveuze kinderen, Zie: Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 5, 17-19.

²⁴⁹ Zie bijv. Leonie de Goei, *In de kinderschoenen. Ontstaan en ontwikkeling van de universitaire kinderpsychiatrie in Nederland, 1936-1978* (Utrecht 1992) 125, 128, 143, 156, Tibout, *Onderzoek en behandeling van kinderen met afwijkend gedrag* o.a. pp. 152-154. Zie ook: Sadowsky, 'Beyond the metaphor'.

²⁵⁰ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 284, zie ook 281-283, 285-286. Zie ook: Bakker, 'Harmless disease', 321-323.

lawaaierige optreden; of door hun prikkelbaarheid; ofwel door norse zwijgzaamheid, ofwel door de wilde, opwindende manier, waarop zij elke avond met de kinderen spelen, zodat zij niet slapen kunnen of zeer onrustig slapen, en dus vermoeid wakker worden, hangeriger en dwingerig zijn, het moeder lastig maken, – waardoor moeder ook weer prikkelbaar wordt'.²⁵¹ De visie en aanpak van Waterink was, kortom, vooral pedagogisch van aard, hij was dan ook een pedagoog. Verschillende psychiaters die schreven over nerveuze of ongedurige kinderen – onder wie psychiaters die op MOB's werkten of hadden gewerkt zoals Hart de Ruyter, Kamp en Tibout²⁵² – legden over het algemeen meer nadruk dan Waterink op medische aspecten, zoals de rol van aanleg of de organische basis van de problemen. Dat is evenmin verwonderlijk, aangezien deze psychiaters in tegenstelling tot Waterink artsen waren.²⁵³

Zo geven Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden een eenzijdig, zelfs verkeerd beeld van zowel Waterink als van (MOB-)psychiaters, omdat zij een eenvoudig 'óf-óf-schema' hanteren: enerzijds de psychologische of psychoanalytische oriëntatie van de MOB's, anderzijds de biologisch-pedagogische visie van de gereformeerde Waterink.

Bovenstaand betoog is geen ontkenning van de aanzienlijke invloed van psychologische benaderingen van 'druk gedrag' in de periode 1930-1960. Wel wordt bestreden dat psychiaters, zelfs zij die aan een MOB waren verbonden, uitsluitend in psychologische of psychoanalytische termen dachten. Zij waren breder georiënteerd dan vaak wordt voorgesteld. Een voorbeeld bij uitstek daarvan is de invloedrijke hoogleraar psychiatrie H.C. Rümke. In zijn voordracht uit 1939 deelde hij onmaatschappelijke kinderen in de volgende groepen in:

- I. Neurologische ziekten (hersenziekten).
- II. Ontwikkelingsstoornissen in engeren zin.
- III. Nervositas.
- IV. Psychopathie.
- V. Neuroses.
- VI. Psychotische afwijkingen: epilepsie, manisch-depressieve psychose, schizofrenie.
- VII. Pubertijdsanomalieën.
- VIII. Gezonde onmaatschappelijke kinderen.²⁵⁴

²⁵¹ J. Waterink, *De schooljaren onzer kinderen* (Kampen 1956) 136.

²⁵² Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 15 en 119, n. 10.

²⁵³ Zie bijv.: J. Waterink, *De "opvoedbaarheid" der kinderlijke intelligentie*, Publicaties uit het laboratorium voor paedologie en psychotechniek er Vrije Universiteit te Amsterdam. Serie A, no. 1. (Wageningen 1938), Waterink, *Schooljaren* 17-18, 134-141, J. Waterink, *Het neurotische kind* (z.p. 1949) 12, 26. Zie voor de visie van psychiaters paragraaf 2 van dit hoofdstuk.

²⁵⁴ Rümke, *Studies en voordrachten* 294.

Bij de meeste van deze groepen onmaatschappelijke kinderen waren organische stoornissen of defecten in het geding. Alleen bij de zesde categorie was er een, weliswaar belangrijke, subgroep met een psychoneurose. Bij de achtste en laatste categorie hoorden de kinderen die geen pathologische afwijkingen hadden, maar door verwaarlozing en overmatig belastende milieu-invloeden onmaatschappelijk waren 'gemaakt'.²⁵⁵

Wanneer we dit schema van Rümke vergelijken met de indeling die Bouman maakte van moreel-ethisch defecte kinderen, dan valt niet in de eerste plaats een kentering van biologie naar psychologie op. Het belangrijkste verschil is dat Rümke meer dan Bouman in staat was het verschijnsel onmaatschappelijkheid te koppelen aan klinische ziektebeelden. Bouman was naar eigen zeggen slechts in staat een indeling te maken, die was gebaseerd op de meest in het oog springende karaktereigenschappen en de mate van lastigheid. Het lukte hem niet om duidelijke klinische groepen te onderscheiden, terwijl Rümke daar in elk geval een poging toe deed.²⁵⁶

Dit verschil tussen Rümke en Bouman zegt ook iets over het verschil tussen enerzijds de ongedurigheid en nervositas uit de literatuur in de periode 1930-1960 en anderzijds het moreel-ethische defect en de zenuwachtigheid uit het begin van de twintigste eeuw. Waren deze laatste concepten nog 'vergaarbakken', de eersten waren wat meer afgebakend. Ongedurigheid had slechts betrekking op de categorie kinderen die Bouman als *licht* moreel-ethisch defect omschreef. Uit de beschrijvingen van nerveuze kinderen verdwenen symptomen als huiduitslag, abnormale hartwerkzaamheid, dwanghandelingen, dwangvoorstellingen, tics en fobieën, die rond 1900 nog wel aan zenuwachtigheid werden gekoppeld.²⁵⁷ Dit kan als een teken van verfijning in de diagnostiek en ziektebeschrijving beschouwd worden. Wellicht kan ook het hierboven beschreven onderscheid tussen (psycho)neurosen en nervositas in dat licht begrepen worden. Dit betekende allerminst dat van helder geformuleerde en scherp afgebakende ziekteconcepten gesproken kan worden. Wel is het predikaat 'voorlopers van ADHD' meer op zijn plaats bij ongedurigheid en nervositas dan bij de ziekte-definities uit het vorige hoofdstuk.

²⁵⁵ Ibidem., 294-302.

²⁵⁶ Bouman, 'Lastige en ondeugende kinderen', 13.

²⁵⁷ Zie bijv.: Klootsema, 'Zenuwleven', 100. Vgl. Bakker, 'Harmless disease', 319-320. Volgens Bakker was nervositas juist vager, breder en minder specifiek dan neurasthenie. In verschillende bijdragen uit dezelfde bundel als waarin Bakker deze uitspraak doet (*Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War* met M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter als editors), wordt neurasthenie echter meerdere keren een 'umbrella term' genoemd. Bovendien wordt erop gewezen dat in Nederland vaak (niet in de laatste plaats bij kinderen) in plaats van 'neurasthenie' de bredere, veelomvattende term 'zenuwachtigheid' werd gebezigd – zie: Gijswijt-Hofstra, 'Introduction', 20-21, Slijkhuis, 'neurasthenia', 257. De stelling dat zenuwachtige kinderen van rond 1900 een nog minder afgebakende categorie vormden dan de nerveuze kinderen uit de periode 1930-1960, kan daarom gehandhaaft blijven.

6. Besluit

Wanneer we afgaan op de *secundaire* literatuur, kunnen de ontwikkelingen in de geschiedenis van ADHD tussen 1930 en 1960 in twee woorden worden samengevat: medicalisering en neurotisering. In de primaire vakliteratuur uit deze periode over ongedurigheid en nervositas is echter weinig te merken van neurotisering – of van een ‘pendelbeweging’ van een biologische naar een psychologische oriëntatie. Weliswaar kregen na de Eerste Wereldoorlog nieuwe geesteswetenschappelijke stromingen als de psychoanalyse en de fenomenologie ingang in de Nederlandse psychiatrie, maar die werden over het algemeen *naast* en *niet in plaats van* biologische en natuurwetenschappelijke benaderingen gebruikt.²⁵⁸ Psychiaters dachten ‘meervoudig’ en gedifferentieerd genoeg om niet alle gedragsproblemen van kinderen op te vatten als tekenen van een (Freudiaanse) psychoneurose. Er bleef daardoor ruimte bestaan voor ziekteconcepten, zoals ongedurigheid en nervositas, waarin erfelijkheid, constitutie en organiciteit een belangrijke plaats hadden. Zo ontstond de in de vorige paragraaf uitvoerig besproken continuïteit in de periode 1890-1960 in het denken over lastige, drukke kinderen.

De in deze lange periode gehanteerde ziektebegrippen zijn grofweg in twee groepen te verdelen. Enerzijds waren er de concepten die vooral *uiterlijke* (drukke) gedragskenmerken beschreven, bij jongens veel meer voorkwamen dan bij meisjes en een sterke associatie hadden met asocialiteit en criminaliteit. Tot deze categorie behoorden het moreel-ethische defect, de constitutionele psychopathie, (tot op zekere hoogte) de onmaatschappelijkheid én de ongedurigheid, de instabiliteit en de functioneel-achterlijkheid. Anderzijds waren er de zenuwachtigheid, neurasthenie, nervositas en neuropathie, waarbij de nadruk wat meer lag op de problemen *in* het kind, op de vermoeibaarheid en prikkelbaarheid van het zenuwstelsel, die onder andere ook met lichamelijke verschijnselen als vermoeidheid en maag- en darmklachten gepaard gingen. Deze stoornissen kwamen evenveel bij meisjes voor dan bij jongens en minstens even vaak in de midden en hogere klassen dan in de lagere. Een belangrijke gemeenschappelijke factor van kinderen uit *beide* categorieën was, dat hun problemen vooral aan het licht kwamen op school. Daar presteerden zij slecht door onder andere hun snelle afleidbaarheid, slechte aandachtsconcentratie en hun onbeholpen handschrift. Met hun onrust en ongedurigheid verstoorden zij daarnaast de orde in de klas.

²⁵⁸ Zie bijv.: Abma en Weijers, *Met gezag* 58, 63-77, 113, J.A. van Belzen, 'Grootmeester der psychiatrie. Over Rümke en de Nederlandse psychiatrie en psychologie' in: J.A. van Belzen ed., *Portretten en landschappen. Tekeningen uit de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie* (Nijmegen 1994) 9-28, aldaar 15, 21-23, Goei, *De psychohygiënisten* 53-66, Mooij, *Psychische realiteit* 37, H.C. Rümke, *Psychiatrie als geestes- en natuurwetenschap*, Inaugurale rede Rijks-Universiteit Utrecht (Utrecht 1937), Rümke, *Studies en voordrachten* 19.

De geschiedenis van ADHD tussen 1890-1960 werd echter niet louter gekenmerkt door continuïteit. In tegenstelling tot 'neurotisering', was van 'medicalisering' wel degelijk sprake – tenminste, wanneer deze term in neutrale zin wordt gedefinieerd als de uitbreiding van het werkkerrein van medici (in dit geval psychiaters). Ongedurige en nerveuze kinderen waren niet alleen een geliefd onderwerp voor discussie, zoals vóór 1930 meestal het geval was met onmaatschappelijke en zenuwachtige kinderen, maar kwamen in toenemende mate ook daadwerkelijk in behandeling bij psychiaters en andere hulpverleners. In de jaren dertig gebeurde dat nog maar mondjesmaat, toen het aantal Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB's) nog klein was, maar na de Tweede Wereldoorlog groeide de ambulante geestelijke gezondheidszorg sterk. Onder de vleugels van de (toen) invloedrijke beweging voor geestelijke volksgezondheid, verspreidde het netwerk van voorzieningen als de MOB's en de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden zich over het hele land. Psychiaters, psychologen en psychiatrisch sociaal werkers kregen daardoor steeds vaker te maken met kinderen met relatief lichte gedragsproblemen, zoals ongedurigheid en nervositas.

In de secundaire literatuur wordt dit 'medicaliseringsproces' vaak in verband gebracht met ontwikkelingen op het gebied van het onderwijs, zoals de invoering en uitbreiding van de leerplicht en de verfijning van testen die de mogelijkheden en beperkingen van kinderen moesten meten. Daar is veel voor te zeggen, gezien de belangrijke rol die ook in de primaire literatuur over nervositas en ongedurigheid wordt toegeschreven aan de moeilijkheden die specifiek in de schoolsituatie optraden. Het is echter niet zo dat onderwijzers en psychiaters zo eendrachtig als wordt verondersteld samenwerkten aan de 'medicalisering' van afwijkend gedrag van kinderen. Zowel hun belangen als hun visie op gedragsproblemen van leerlingen liepen regelmatig uiteen.

Nog problematischer is de relatie die de sociologe Brancaccio legt tussen sociale veranderingen en het medicaliseringsproces. Daarbij wijst zij vooral op het beschavingsproces dat de arbeidersklasse dankzij het onderwijs en de toenemende welvaart zou hebben doorgemaakt. Gedragsproblemen bij kinderen zouden daardoor minder vaak geweten worden aan verwaarlozende ouders en erbarmelijke omstandigheden, maar eerder opgevat worden als individueel, medisch probleem. Deze redenering van Brancaccio, die sterk leunt op Elias' civilisatietheorie, is interessant, maar mist empirische onderbouwing. Tevens plaatst Brancaccio sociale veranderingen als de 'beschaving' van de onderklasse in de jaren dertig, wat aan de vroege kant lijkt aangezien tot in de jaren vijftig veel te doen was om 'asociale' en 'onmaatschappelijke' gezinnen.

Wel kwam, in lijn met Brancaccio's betoog, de aandacht geleidelijk minder op maatschappelijke factoren en meer op de gezinsomstandigheden te liggen. Ongedurigheid en nervositas golden dan wel als een aanleg- of constitutioneel probleem, het opvoedingsklimaat in het gezin werd als zeer bepalend beschouwd voor de ernst van de

stoornis en het beloop ervan. In de verkeerde gezinsomstandigheden zouden ongedurige en nerveuze kinderen gemakkelijk aan lager wal raken. Alleen al in preventief opzicht werd advies aan en begeleiding van de ouders en gezinnen van deze kinderen van groot belang geacht. Deze zienswijze was kenmerkend voor de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de onder haar hoede opererende MOB's. Niet alleen ten aanzien van de institutionele groei van de ambulante behandelpraktijk, maar ook inhoudelijk vervulde deze beweging dus een sleutelrol.

Freuds psychoanalyse was een belangrijke inspiratiebron van de psychohygiënisten en de MOB's. Toch ontbraken in de vakliteratuur over ongedurigheid en nervositas psychoanalytische noties als onbewuste innerlijke conflicten of neurotiserende gezinsrelaties. De benadering was eerder medico-pedagogisch: deze stoornissen hadden een duidelijke organische basis en als 'aanpak' werd een opvoedkundig regime gepropageerd dat vooral bestond uit rust en regelmaat. Dit nuanceert het gevestigde beeld dat de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de MOB's tussen 1930 en 1960 door en door psychoanalytisch waren. Blijkbaar was er óók ruimte voor andere benaderingen.

Wel was er vanaf de tweede helft van de jaren vijftig wat meer oog voor het emotionele welzijn van ongedurige en nerveuze kinderen. Dit duidt op een wat grotere invloed van de psychoanalyse. Mogelijk was dat een voorbode van de jaren zestig en zeventig, toen de kinderpsychiatrie sterker dan ooit psychodynamisch gekleurd was. Of er toen daarom wél sprake was van 'neurotisering' van ADHD-achtige gedragsproblemen, is één van de vragen die in het volgende hoofdstuk aan de orde komt.

Hoofdstuk 3: MBD en hyperactiviteit (ca. 1960-1985)²⁵⁹

1. Inleiding: strijd tussen twee culturen?

Begin jaren zestig kwam uit de Verenigde Staten een nieuw ziektebegrip overwaaien ter aanduiding van ‘ADHD-achtige’ kinderen: ‘MBD’ – ofwel *Minimal Brain Damage*, en vanaf 1966 (formeel) *Minimal Brain Dysfunction*. Het MBD-concept dateerde van het begin van de twintigste eeuw, maar werd vooral vanaf de jaren vijftig in de Verenigde Staten nadrukkelijk door neurologen gepropageerd als organicistisch alternatief voor de psychodynamische visie op de onderliggende gedragsproblematiek.²⁶⁰ Twee neurologen en autoriteiten op het gebied van MBD, S.D. Clements en J.E. Peters, bekritiseerden in 1962 bijvoorbeeld expliciet de werkwijze van psychiaters: ‘Although lip service is often given to ‘constitutional factors’, temperament heredity, and ‘possible organicity’, the overwhelming tendency has been to weave a complete causative fabric out of the fragile threads of stereotypes such as sibling rivalry, rejecting parents, repressed hostility, repressed sexuality, etc., much of which may well be secondary and epiphenomenal than primary’. Wanneer gedragsproblemen niet gepaard gingen met duidelijk herkenbare fysieke afwijkingen, werd er volgens Clements en Peters in de *Child Guidance Clinics* veel te gemakkelijk uitgegaan van een *psychogenetische* stoornis: ‘We should not automatically fill the explanatory void with harsh fathers and over-protective mothers and give but cursory consideration to the organism which is reacting to such parents’. In plaats daarvan waren er, betoogden zij, ook bij dergelijke ‘onduidelijke’ stoornissen goede wetenschappelijke gronden om een organische basis te veronderstellen.²⁶¹

In de loop van de jaren zestig en zeventig raakte het MBD-begrip geleidelijk aan ingeburgerd in de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg. Dat was een opvallende ontwikkeling, omdat in deze periode het ‘medische model’ in de psychiatrie zowel van buitenaf als van binnenuit onder vuur lag, onder andere van de antipsychiatrische beweging. Bovendien was de kinderpsychiatrie in deze periode meer dan ooit psychodynamisch georiënteerd. Op alle vier leerstoelen kinderpsychiatrie die in Nederland tussen 1956 en 1969 werden opgericht, kwamen psychoanalytici terecht, terwijl prominente niet-analytische kinderpsychiaters, zoals

²⁵⁹ Dit hoofdstuk is deels gebaseerd op en overgenomen uit: Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 44-51, 58-71, 87.

²⁶⁰ Brancaccio, “*But Fidgety Phil*” 200-204, Kessler, ‘History’, 200-204, Sandberg en Barton, ‘Historical development’, 17.

²⁶¹ Geciteerd in: Brancaccio, “*But Fidgety Phil*” 200-201, zie ook 201-204, Kessler, ‘History’, 39, zie ook 39-42.

Van Krevelen, werden gepasseerd. De universitaire kinderpsychiatrie was dus in de jaren zeventig volledig psychoanalytisch gekleurd. Of dat ook gold voor de niet-universitaire, 'perifere' kinderpsychiatrie is minder duidelijk. Wel staat buiten kijf dat de hoogleraren kinderpsychiatrie in veel opzichten toonaangevend en gezichtsbepalend waren voor het vakgebied. Bovendien drukten zij een sterk stempel op de opleiding van de toekomstige generatie kinderpsychiaters. Daarnaast was, zoals in het vorige hoofdstuk is besproken, het Freudiaanse gedachtegoed ook zeer bepalend voor de werkwijze in de MOB's, de belangrijkste ambulante instellingen in de kinderpsychiatrie. Om deze redenen wordt vaak gesteld dat de kinderpsychiatrie, meer nog dan de volwassenenpsychiatrie, gedomineerd of zelfs overheerst werd door de psychoanalyse.²⁶²

Brancaccio beschrijft een vergelijkbaar grote invloed van de psychoanalyse in andere Europese landen. Voor de omgang met hyperactieve kinderen betekende dit volgens haar dat 'the common forms of child unruliness, inattention at school, and impulsiveness were interpreted mainly as signs of some deeper mental distress allegedly due the emotional disturbances and conflicts in a child's family'.²⁶³ In de loop van de jaren vijftig kreeg, zoals ook in het vorige hoofdstuk betoogd is, de emotionele ontwikkeling van nerveuze kinderen steeds meer aandacht. Deze trend zette zich volgens Brancaccio in de jaren zestig en zeventig voort. Door de sterke naoorlogse economische groei raakten materiële zorgen op de achtergrond. Begin jaren zestig waren er bijna geen leerlingen meer in schoolklassen te vinden die ondervoed waren en opgroeiden in armoedige omstandigheden. Ook de verontrusting over 'asociale' gezinnen uit de stedelijke onderklasse nam af. Zo schiep de grotere welstand de ruimte voor een meer (diepte-)psychologische benadering van het kind, aldus Brancaccio.²⁶⁴

Tegen deze achtergrond konden niet-medische disciplines als de orthopedagogiek en de psychologie zich sterk ontwikkelen als belangrijke concurrenten voor de kinderpsychiatrie. Deze disciplines profiteerden van de uitbreiding van de zorg- en welzijnsvoorzieningen (en de financiële vergoeding daarvan), die mogelijk was gemaakt door de sterke naoorlogse economische *boom*. Niet alleen namen zij in aantal toe, ook hun werkterrein verbreedde. In 1966 besloot de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, waarvan aanvankelijk alleen zenuwartsen en psychiaters lid mochten worden, bijvoorbeeld om ook psycholoog-psychotherapeuten toe te laten. Waren psychologen in de jaren veertig en vijftig nog vrijwel altijd testpsychologen, in de jaren zestig en zeventig ontloopte de meerderheid onder hen

²⁶² Abma en Weijers, *Met gezag* 154, Goei, *In de kinderschoenen* 90-94, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 461-462, 684-692, 758-759, 775-781, Paul Schnabel, *De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg* (Nijmegen 1995) 118, Waardt, *Mending minds* 168, 173, 175-176. Zie ook: Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 41 e.v.

²⁶³ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 153.

²⁶⁴ *Ibidem.*, 161, 164-165, 168-169.

zich tot behandelaars. Ook maatschappelijk werkers en orthopedagogen bedreven in toenemende mate psychotherapie. Daarbij begon de psychotherapie zich steeds meer te manifesteren als een aparte professie, met een eigen beroepsvereniging en een eigen opleiding. Datzelfde gold voor de *kinderpsychotherapie*. Onder invloed van deze ‘opkomst van het psychotherapeutische bedrijf’ zijn de jaren zeventig het ‘ik-tijdperk’ gedoopt, waarin een ideologie van zelfontplooiing, persoonlijke groei en zelfbewustzijn overheerste. In dit klimaat drongen psychologische concepten en opvattingen – ook over ‘drukke’ kinderen – steeds dieper door in de samenleving.²⁶⁵

Dat was onder andere te merken in het onderwijs, zo betoogt (vooral) Brancaccio. Ontwikkelingspsychologische theorieën kregen in de jaren zestig een vaste plaats in het curriculum van kweekscholen en docentenopleidingen. Ook in de alledaagse praktijk van het onderwijs, werd de inbreng van klinische en schoolpsychologen steeds groter. Hun betrokkenheid bleef anders dan voorheen niet beperkt tot de selectie voor het speciaal onderwijs, maar strekte zich ook steeds meer uit naar de psychische gezondheid en concrete moeilijkheden van leerlingen op ‘normale’ scholen. Hierdoor kwamen behalve onderwijzers, ook ouders steeds meer in contact met psychologische theorieën en concepten.²⁶⁶ Op deze en andere manieren speelden psychologen volgens Toine Pieters en co-auteurs een voortrekkersrol bij de popularisering van psychodynamische benaderingen van gedragsproblemen bij kinderen.²⁶⁷

Het is opmerkelijk dat in deze context van ‘psychologisering’ het *neurologische* MBD-concept geleidelijk aan ingeburgerd raakte in Nederland en elders in Europa. In de literatuur wordt deze situatie omschreven als een duidelijke scheiding van de geesten in twee kampen: enerzijds psychiaters, psychologen en psychotherapeuten met een psychodynamische benadering van ADHD-achtige verschijnselen, anderzijds neurologen en kinderartsen die het MBD-begrip omarmden. Deze twee culturen zouden in de jaren zestig en zeventig naast elkaar bestaan hebben, verward in een hevige concurrentiestrijd.²⁶⁸

Bovendien ontstond er volgens veel auteurs niet alleen een kloof tussen twee culturen, maar ook tussen de Verenigde Staten en Europa. In de Verenigde Staten groeide

²⁶⁵ Abma en Weijers, *Met gezag* 236, Gemma Blok, *Baas in eigen brein. 'Anti-psychiatrie' in Nederland, 1965-1985* (Amsterdam 2004) 150, 165, Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 153, 186, Christien Brinkgreve, *Psychoanalyse in Nederland. Een vestigingsstrijd* (Amsterdam 1984) 213-217, Christien Brinkgreve en M. Korzec, *'Margriet weet raad'. Gevoel, gedrag, moraal in Nederland 1938-1978* (Utrecht/Antwerpen 1978) 9-10, 126-127, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 797-800, 965-968, 971-974, A. de Swaan, C. Bringreve en J.H. Onland, *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*, *Sociologie van de psychotherapie 1* (Utrecht/Antwerpen 1979) mn. 1-25.

²⁶⁶ Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 169-184, zie ook: Pieters, 'Een eeuw omgang', 642, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche', 57.

²⁶⁷ Pieters, 'Een eeuw omgang', 642, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche', 57.

²⁶⁸ Kessler, 'History' 25,33,41-42, Sandberg en Barton, 'Historical development', 17, Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 188-190, 200-202, 206-209, Rafalovich, *Framing ADHD children* 35-36, 179-180.

MBD (ook wel aangeduid met de meer beschrijvende term 'hyperactiviteit') uit tot de meest gediagnosticeerde gedragsstoornis bij schoolgaande kinderen. Deze leerlingen kregen op grote schaal een stimulerend geneesmiddel, methylfenidaat (beter bekend onder de merknaam Ritalin) voorgeschreven. In het midden van de jaren zeventig zou ongeveer twee procent van alle schoolkinderen dit medicijn slikken. In Europa werd vaak schande gesproken van deze 'Amerikaanse toestanden'. Daar gold MBD als een zeldzame, ernstige gedragsafwijking. Het aantal kinderen dat Ritalin® kreeg, bleef daardoor ook klein. Bij kinderen met minder ernstige verschijnselen van overactiviteit, impulsiviteit en afleidbaarheid bleef de psychologische benadering en terminologie van toepassing. Pas in de loop van de jaren tachtig zou in Europa, vooral na de introductie van de concepten van ADD en ADHD (zie hoofdstuk 4), de neurobiologische benadering gaan overheersen. Met andere woorden: in de Verenigde Staten deed zich, mede dankzij het MBD-concept, eerder dan in Europa een pendelbeweging van psychologie naar biologie voor.²⁶⁹

In dit hoofdstuk wordt deze voorstelling van zaken geproblematiseerd. In paragraaf 2 wordt de geschiedenis en ontwikkeling van het MBD-concept geschetst. Daaruit zal blijken dat het altijd een omstreden concept is geweest, dat alternatieve begrippen en benaderingen nooit helemaal heeft kunnen verdrijven. Mede daardoor was de situatie veel minder overzichtelijk dan vaak in de literatuur wordt gesuggereerd. Dit wordt in de volgende paragrafen uitgewerkt. In paragraaf 3 wordt de scherpe scheiding tussen een psychodynamische en neurologische 'cultuur' nader onder de loupe genomen. Beschreven zal worden, onder andere aan de hand van een aantal casussen, hoe Nederlandse kinderpsychiaters geen enkel probleem hadden om de toepassing van het MBD-concept te combineren met een psychodynamische oriëntatie en behandeling. In paragraaf 4 blijkt het moeilijk om vast te stellen welke ziekte-definities door wie gebruikt werden en hoe frequent dat gebeurde, terwijl dat wel degelijk veel verschil maakt. Tevens zal worden betoogd dat het gebruik van de metafoer van de twee culturen het zicht ontnemt op de grote diversiteit aan psychosociale benaderingen (van *verschillende* disciplines) waar vooral in de jaren zeventig sprake van was. Paragraaf 5 gaat over de sterke toename rond 1980 van het aantal kinderen dat de diagnose MBD kreeg. Een aantal mogelijke verklaringen daarvoor zullen de revue passeren, waaronder het verband met de overgang die toen plaatsgreep naar een meer biologische benadering van gedragsproblemen bij kinderen (– dus toch een 'pendelbeweging!'). Tot slot volgt een samenvattend 'besluit'.

²⁶⁹ Sandberg en Barton, 'Historical development', 3 Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 25-27, 32-33, Barkley, *Attention-Deficit 9*, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 158, 188-190, 204, 207, Gezondheidsraad, 'Eerste deelaspect in zake Minimal Brain Dysfunction' ('s Gravenhage: Gezondheidsraad 1985) 69, Nieweg, 'ADHD', , aldaar 306, 307, Pieters, 'Een eeuw omgang', 640-643, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 53-56, G.M Verberg, *The effects of psychopharmacological agents - especially stimulants - in hyperactive children, including some remarks on the use of the MBD concept*, Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Alblasserdam 1986) 60-66.

2. MBD en alternatieven

Ontstaansgeschiedenis van het MBD-concept

In verschillende geschiedenissen van ADHD wordt tamelijk uitvoerig ingegaan op het ontstaan en de ontwikkeling van het MBD-concept. Meestal begint het relaas met Still en Tredgold die volgens Treffers 'in feite zoiets als Minimal Brain Damage'²⁷⁰ beschreven, een term die door Tredgold in 1908 ook werd gemunt. Vervolgens komt de grote, wereldwijde encefalitis letargica epidemie van 1918 aan de orde. Veel kinderen die van deze onsteking van het hersenweefsel herstelden, vertoonden, naast grove neurologische afwijkingen, symptomen als overmatige prikkelbaarheid, hyperactiviteit, verhoogde afleidbaarheid en antisociaal gedrag. Deze bevinding zou het verband bevestigen dat Still en Tredgold legden tussen hersenschade en gedragsafwijkingen. Dit gaf een belangrijke stimulans aan het neurologisch onderzoek – en bijvoorbeeld ook onderzoek bij primaten – naar de gedragsmatige gevolgen van hersenbeschadigingen. Daarbij werd behalve naar encefalitis of andere infecties, gekeken naar hersentrauma's en perinatale zuurstoftekorten. Dit leidde in 1927 bijvoorbeeld tot de beschrijving van het *hyperkinetisches Syndrom* door de Duitse psychiaters F. Kramer en H. Pollnow, dat vooral betrekking had op post-encefalitische kinderen met bovengenoemde kenmerken. Nadien bleven de benamingen hyperkinesie of hyperactiviteit lange tijd in gebruik (vanaf de jaren vijftig ook als (min of meer) synoniem met MBD). In 1934 schreven Kahn en Cohen hyperactiviteit toe aan 'organic drivenness' ofwel een 'surplus of inner impulsion'. De oorzaak daarvan was volgens Kahn en Cohen een defect of verstoring in de hersenstam. Nieuw was dat deze stoornis in hun ogen niet alleen ontstond door een infectieziekte, hersentrauma of zuurstofgebrek bij de geboorte. Bij hyperactieve kinderen zónder een dergelijke ziektegeschiedenis, veronderstelden zij een genetisch defect in het systeem van activiteitsregulering in de hersenstam.²⁷¹

Een nieuwe mijlpaal was de toevallige ontdekking door C. Bradley in 1937 van het gunstige effect van amfetaminen (benezedrine) op het gedrag en op de schoolprestaties van encefalitispatiëntjes. Op het eerste gezicht leek het tegenstrijdig dat een stimulerend middel kinderen rustiger, minder impulsief, minder afleidbaar en motorisch rustiger maakte. Bradley's verklaring, die volgens Buitelaar nog altijd bruikbaar is, was dat benzedrine

²⁷⁰ Verheij en Treffers, ed., *Klassiekers* 55.

²⁷¹ Buitelaar, 'Hyperactiviteit vroeger en nu', 64, Kessler, 'History', 18-25, Sandberg en Barton, 'Historical development', 8-12, Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 24-25, Barkley, *Attention-Deficit 5-7*, Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 190-192, Pieters, 'Een eeuw omgang', 639-640, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 53, Rafalovich, *Framing ADHD children* 29-33.

stimulerend werkte op de hogere centra in het zenuwstelsel die betrokken zijn bij de remming van ongewenst gedrag.²⁷²

Het onderzoek in de jaren twintig en dertig gaf zo voeding aan de veronderstelling dat veel gedragsproblemen te herleiden waren tot hersenbeschadiging. De echte doorbraak van MBD en verwante ziektebegrippen kwam echter pas in de loop van de jaren veertig en vijftig. Veel auteurs schrijven dit toe aan een groeiende ontevredenheid over psychodynamische benaderingen en behandelingen. Daarnaast zou het werk van een aantal wetenschappers bijgedragen hebben aan deze doorbraak. Daarbij worden vooral de namen genoemd van de neurologen A.A. Strauss, W.M. Cruickshank, B. Pasamanick en M.W. Laufer. Strauss en Cruickshank hadden grote invloed op schoolprogramma's, doordat zij hun beschrijving van MBD koppelden aan praktische aanbevelingen voor het onderwijs. Zij speelden daarmee in op een grote behoefte, die volgens Schachar mede werd veroorzaakt door de dominantie van de psychoanalyse in de psychiatrie. Psychoanalytische psychotherapie was volgens hem niet effectief bij externaliserende gedragsstoornissen als hyperactiviteit. Kinderartsen, onderwijzers en ouders schoten daarom in hun worsteling met MBD-kinderen weinig op met de inbreng van psychiaters. Pasamanick bevestigde in de jaren vijftig het verband tussen hyperactief gedrag en hersenbeschadiging dankzij zijn grootschalige en 'voor die tijd wetenschappelijk geavanceerde' onderzoek. Laufer, tot slot, zette het onderzoek voort van zijn leermeester Bradley naar het effect van stimulerende middelen op hyperkinetische kinderen. Hij gebruikte daarbij midden jaren vijftig als eerste het middel Ritalin® met de werkzame stof methylfenidaat. Dit middel had minder ernstige bijwerkingen als de benezidrine die Bradley had toegepast. Laufer introduceerde bovendien de diagnostische term *hyperkinetic impulse disorder*, waarmee hij in navolging van Kahn en Cohen hyperactiviteit in brede zin aanduidde.²⁷³

Zo ontstond in de Verenigde Staten in de jaren vijftig een klimaat waarin het MBD-concept goed kon gedijen, aldus verschillende auteurs over de geschiedenis van ADHD. De belangrijkste verandering die nog plaats vond was de verandering van *damage* naar *dysfunction*. Daarmee werd gehoor gegeven aan de opvatting van veel onderzoekers dat hyperactiviteit niet alleen veroorzaakt kon worden door beschadiging van de hersenen, maar ook door functiestoornissen.²⁷⁴ Dit leidde in 1966 tot de opstelling van een officiële definitie van Minimal Brain Dysfunction door het Amerikaanse National Institute of Neurological

²⁷² Buitelaar, 'Hyperactiviteit vroeger en nu', 64-65, Kessler, 'History', 23, Sandberg en Barton, 'Historical development', 12-13, Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 25-26, Barkley, *Attention-Deficit 7*, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 193-195, Pieters, 'Een eeuw omgang', 640, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 53-54.

²⁷³ Kessler, 'History', 26-32, 35-38, Sandberg en Barton, 'Historical development', 13-16, Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 26-30, Barkley, *Attention-Deficit 7-8*, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 192-193, 197-198, Pieters, 'Een eeuw omgang', 640-641, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 53-54.

²⁷⁴ Kessler, 'History', 38-45, Sandberg en Barton, 'Historical development', 16-17, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 195-200.

Diseases and Blindness (NINDB). Volgens deze definitie verwees MBD naar: ‘children of near average, average, or above average general intelligence with certain learning or behavioural disabilities ranging from mild to severe, which are associated with deviations of the central nervous system. These deviations may manifest themselves by various combinations of impairment in perception, conceptualization, language, memory, and control of attention, impulse, or motor function [...]’.²⁷⁵

Deze ontwikkelingsgang van het MBD-concept, zoals die in de medische literatuur wordt geschets, is volgens de socioloog Rafalovich een typisch voorbeeld van finalistische geschiedschrijving. Hij spreekt van een ‘history of the gradual sophistication of medical practice, ultimately leading to the “teasing out” of the more correct diagnosis of ADHD’.²⁷⁶ Dit verwijt van Rafalovich is in een aantal opzichten op zijn plaats. In veel van deze geschiedenissen valt het contrast op tussen enerzijds de uitvoerige bespreking van het neurologisch onderzoek naar de gevolgen van hersenbeschadiging in de periode 1920-1960 en anderzijds de minieme aandacht voor de psychodynamische benadering van gedragsproblemen bij kinderen – daarvan wordt alleen aangestipt dat die in deze periode dominant was en neerkwam op de theorie van ‘poor parenting’. Nervositas, ongedurigheid en vergelijkbare concepten komen al helemaal niet onder de orde, of worden neergezet als enkele van de vele psychodynamische benamingen voor hyperactiviteit. Voor deze negatie en karikaturele reductie van lange tijd zeer invloedrijke visies op gedragsgestoorde kinderen is geen goede geschiedkundige grond. Het lijkt er sterk op dat de desbetreffende auteurs vanuit hun presentische perspectief menen dat de psychodynamische benadering een dwaalweg was en het, toentertijd tamelijk marginale, neurologische onderzoek wel op het spoor zat van het hedendaagse ‘gelijk’.²⁷⁷

Daarnaast wordt een soort continue ontwikkeling gesuggereerd die er in werkelijkheid niet was. Zo werden de post-encefalitische restverschijnselen *niet* geassocieerd met de gedragsproblemen waar Still en Tredgold zich mee bezig hielden. Weliswaar werd enige gelijkenis waargenomen, maar de verschillende wetenschappelijke studies daarnaar leidden, in de woorden van Brancaccio, tot de bijna unanieme conclusie dat sprake was van kwalitatief verschillende stoornissen. Het onderzoek in de jaren twintig en dertig naar de gevolgen van encefalitis, hersenletsel en zuurstofgebrek bij de geboorte en andere hersenbeschadigingen had daarom betrekking op een hele andere categorie kinderen dan zowel de *moral deficiency* van Still en Tredgold als de naoorlogse *Minimal Brain Damage* of

²⁷⁵ Geciteerd in: Brancaccio, “*But Fidgety Phil*” 203, Sandberg en Barton, ‘Historical development’, 17.

²⁷⁶ Rafalovich, *Framing ADHD children* 33.

²⁷⁷ Zie bijvoorbeeld: Barkley, *Attention-Deficit*, 5-9, Kessler, ‘History’, 18-25, 33-34, Sandberg en Barton, ‘Historical development’, 9-14, Schachar, ‘Hyperkinetic syndrome’, 24-29, Verhulst en Treffers, *Klassiekers* 55-56.

Dysfunction (en de huidige ADHD). Het ging om een relatief kleine groep lichamelijk en verstandelijk gehandicapte kinderen met bekende, *ernstige* hersenschade. De wetenschappelijke studies over deze kinderen en het kleine aantal onderzoekers dat daaraan werkten, werden indertijd ook nauwelijks opgemerkt. Kramer en Cohn probeerden de diagnose hyperactiviteit wel wat op te rekken, maar hadden daar weinig succes mee, omdat zij geen enkel bewijs konden aanvoeren voor hun these dat ook van een erfelijke stoornis in de werking van de hersenstam sprake kon zijn.²⁷⁸

In de jaren veertig en vijftig werden de concepten MBD en hyperkinesie wel succesvol uitgebreid met kinderen die minder ernstige symptomen van hyperactiviteit vertoonden en die bovendien geen herseninfecties, hersentrauma's of perinatale zuurstoftekorten hadden gehad. Hierdoor transformeerde het zeldzame, ernstige ziektebeeld van de jaren dertig (dat weinig tot niets gemeen had met de huidige ADHD) na de Tweede Wereldoorlog geleidelijk tot een veelvoorkomende, tamelijk 'milde' stoornis (die veel meer verwant was aan de ADHD van tegenwoordig). MBD ging daarom meer lijken op de *moral deficiency* van Still en Tredgold (én Bouman). In de hierboven aangehaalde 'officiële' definitie van MBD werd duidelijk gemaakt, net als Still en Tredgold deden, dat het een categorie kinderen betrof *zonder* verstandelijk defect ('children of near average, average, or above average general intelligence [...]'), met een vergelijkbaar breed spectrum aan gedragskenmerken als bij *moral deficiency*. Dat betekent echter niet dat er een rechte lijn van Still en Tredgold naar deze definitie van MBD uit 1966 getrokken kan worden, zoals in verschillende geschiedenissen van ADHD gebeurt. Daarvoor verschillen de post-encefalitis en hyperkinesie uit het interbellum te veel van zowel *moral deficiency* als de naoorlogse MBD.²⁷⁹

Daartussen ontstaat dus, nu de suggestie van continuïteit is weggenomen, een 'gat'. Dat kan enigszins opgevuld worden met nervositas en ongedurigheid. Nerveuze en ongedurige kinderen hadden in elk geval méér gemeen met 'moreel-ethisch defecte', 'MBD'- en 'ADHD'-kinderen dan de ('verstandelijk gehandicapte') post-encefalitische en hyperkinetische patiëntjes uit het interbellum.

Een omstreden concept

De drastische verbreding en betekenisverandering van MBD in de jaren veertig en vijftig maakten het ook een controversieel concept. Het bleef gebaseerd op wetenschappelijke studies over kinderen met *bekende* hersenbeschadigingen die behalve ernstige

²⁷⁸ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 78, 104-105, 195, Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 32-33, Lederer en König, *Hypermotilität* 47-55, Rafalovich, *Framing ADHD children* 33-34. Zie ook: Kessler, 'History', 18-25.

²⁷⁹ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 104-105, 192, Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 164, Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies', 33, Kessler, 'History', 28, 38.

neurologische afwijkingen, ook 'ADHD'-achtige kenmerken vertoonden. Onderzoekers als Strauss en Cruickshank postuleerden vervolgens dat óók wanneer deze kenmerken geïsoleerd optraden, sprake moest zijn van een hersenbeschadiging, zij het een lichtere dan bij kinderen met abnormale neurologische symptomen. Dit stuitte van begin af aan op de breedgedragen kritiek dat hier een ongeoorloofde omdraaiing werd toegepast: als (bekende) hersenschade leidde tot bepaalde gedragskenmerken betekende dat nog niet dat wanneer die gedragingen zich (geïsoleerd) voordeden er per definitie een hersenbeschadiging aan ten grondslag lag.²⁸⁰

Uiteraard was wel onderzocht in hoeverre er bij kinderen met ongedurig gedrag aanwijzingen bestonden voor een hersenbeschadiging, bijvoorbeeld door na te gaan of er sprake was van (lichte) neurologische afwijkingen of zuurstoftekort rond de geboorte. Inderdaad bleken dergelijke zaken bij 'MBD-kinderen' relatief vaker voor te komen dan normaal. Dit bewees volgens critici echter niets. Er bleef een grote groep 'MBD-kinderen' over zonder enige aanwijzing voor hersenbeschadiging en die toch de typische gedragskenmerken lieten zien. Bovendien vertoonden veel kinderen van wie *bekend* was dat ze een zuurstoftekort bij de geboorte of anderszins een hersenbeschadiging hadden opgelopen *geen* overactief gedragspatroon. Terwijl de term MBD een duidelijke somatische pathologie impliceerde, was volgens critici dus geen specifieke oorzaak aan te wijzen voor de daaronder vallende gedragskenmerken. Allerlei factoren, naast lichamelijke ook psychische en sociale, konden een rol konden spelen, tevens kon de oorzaak per kind verschillen²⁸¹

Mede vanwege deze kritiek werd tijdens een drietal internationale consensusconferenties, die tussen 1962 en 1966 in Engeland en de Verenigde Staten werden gehouden, besloten *damage* te vervangen door *dysfunction*. Deze naamswijziging was volgens de psycholoog A.F. Kalverboer 'more an indication of modesty than a contribution to the insight in the problem of neurobehavioural connections in children'.²⁸² In de Nederlandse literatuur bleef Minimal Brain *Damage* in gebruik, naast en als synoniem van

²⁸⁰ Kalverboer, 'MBD', 8, Kessler, 'History', 32, Prechtl, 'Leicht hirngeschädigte Kind', 282-283, Sandberg en Barton, 'Historical development', 8-10, 13-14, Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 28-29, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 192-193, Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 32-33, 103, H.F.R. Prechtl, *Het cerebraal gestoorde kind*, Openbare les Rijksuniversiteit Groningen (Groningen 1963) 7, R. Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* (tiende, gewijzigde druk, Groningen 1983) 188, Verberg, *Effects of psychopharmacological agents* 13-15, W. Yule, 'Diagnosis: developmental psychological assessment' in: A.F. Kalverboer, H.M. van Praag en J. Mendlewicz ed., *Minimal Brain Dysfunction: fact or fiction* (Basel e.a. 1978) 35-54, aldaar 36-37.

²⁸¹ Kalverboer, 'MBD', 9-12, Kessler, 'History', 34, Prechtl, 'Leicht hirngeschädigte Kind', 283-302, Sandberg en Barton, 'Historical development', 15-17, Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 26-29, Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 2-3, 7-8, 38, 43, Prechtl, *Cerebraal gestoorde kind* 5-7, D. Schaffer, 'Longitudinal Research and the Minimal Brain Damage Syndrome' in: A.F. Kalverboer, H.M. van Praag en J. Mendlewicz ed., *Minimal Brain Dysfunction: fact or fiction* (Basel e.a. 1978) 18-34, aldaar 18, 31, Verberg, *Effects of psychopharmacological agents* 12.

²⁸² Kalverboer, 'MBD', 8.

Minimal Brain *Dysfunction*. De laatste term impliceerde evenzeer als de eerste een organische, cerebrale afwijking. Wel was sprake van een verbreding van de etiologie. Terwijl *damage* verwees naar bijvoorbeeld bij de geboorte opgelopen schade, kon *dysfunction* ook duiden op biochemische, toxische, diëtistische en erfelijke oorzaken.²⁸³

Naar al deze risicofactoren is veel onderzoek gedaan – bijvoorbeeld naar de invloed van kleurstoffen in voedsel – dat echter weinig opleverde. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de kritiek op het MBD-concept ook na de naamswijziging niet verstomde. Alom werd betoogd dat het concept slecht omschreven was, vage grenzen had en geen valide nosologische categorie maar een (te) grote, heterogene groep kinderen betrof.²⁸⁴

Babylonische spraakverwarring

Het controversiële karakter van het MBD-concept heeft bijgedragen aan een voor de historicus lastig probleem. Kritische artsen en psychiaters weigerden het MBD-begrip toe te passen en hanteerden hun eigen ziekte-definities. Dit leidde volgens de Nederlandse psychiater R. Vedder tot een 'Babylonische spraakverwarring'.²⁸⁵ In 1966 constateerde een werkgroep, die in opdracht van het Amerikaanse National Institute of Neurological Diseases and Blindness (NINDB) een internationale consensusconferentie over MBD organiseerde, dat er niet minder dan 38 min of meer synonieme begrippen in omloop waren, waaronder bijvoorbeeld 'organic brain disease', 'cerebral dysfunctions', 'minimal chronic brain syndrome', 'charakter-impuls disorder' en 'hyperkinetic behaviour syndrome'. Ook de reeds aangehaalde definitie van MBD die in 1966 officieel tijdens deze consensusconferentie werd vastgesteld, bracht niet de beoogde eenduidigheid. Tijdens de conferentie werd bijvoorbeeld besloten om naast MBD het *hyperkinetic reaction of childhood syndrome* te onderscheiden. Bij dit laatste begrip ging het om hetzelfde symptomencomplex als bij MBD, maar werd geen organische etiologie verondersteld. Beide syndromen werden opgenomen in de tweede editie van het diagnostische handboek van de American Psychiatric Association, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), die in 1968 werd gepubliceerd. Een andere veelgebruikte term, die uiteindelijk in 1975 een plaats kreeg in de negende versie van de *International Classification of Diseases* (ICD) van de World Health Organisation (WHO), was *hyperkinetic disorder*. Veel diagnostici volstonden ook met de term *hyperactivity*. Zij prefereerden een gedragsbeschrijvende benaming boven ziekte-definities

²⁸³ Kalverboer, 'MBD', 8, Kessler, 'History', 35-36,40-42, Sandberg en Barton, 'Historical development', 2-3,17, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 202-203, Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 3, 43-46.

²⁸⁴ Kalverboer, 'MBD', 13-14, Kessler, 'History', 44-45, Prechtl, 'Leicht hirngeschädigte Kind', 282-283, Sandberg en Barton, 'Historical development', 18, Schaffer, 'Longitudinal research', 18, Yule, 'Diagnosis', 37, Barkley, *Attention-Deficit* 8, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 203-204, Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 165, Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 2, 5, 52, 57, 95-96, 111-113, Prechtl, *Cerebraal gestoorde kind* 5, Verberg, *Effects of psychopharmacological agents* 18-19, 46, 57.

²⁸⁵ Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 181.

die een bekende etiologie suggereerden terwijl daar onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor was. Zo bleven er meerdere begrippen die (vrijwel) hetzelfde symptomencomplex aanduiden naast elkaar bestaan.²⁸⁶

Een voor de hand liggende, maar moeilijk te beantwoorden vraag is: wie gebruikte welke term? Verondersteld zou kunnen worden dat biologisch georiënteerde artsen en psychiaters een voorkeur hadden voor MBD, terwijl hun psychodynamisch georiënteerde collega's kozen voor *Hyperkinetic Reaction of Childhood Syndrome*.²⁸⁷ Dat zou prima passen bij het dikwijls geschetste beeld van een strijd tussen twee culturen. De toepassing van het MBD-concept door psychoanalytisch georiënteerde kinderpsychiaters in Nederland wijst echter iets anders uit.

3. Organiciteit en psychoanalyse

Introductie van MBD in Nederland

De eerste die in Nederland *minimal brain damage* introduceerde was naar alle waarschijnlijkheid Th. Hart de Ruyter, psychoanalyticus (!) en hoogleraar kinderpsychiatrie in Groningen. In 1961 wijdde hij een klinische les aan 'de psychische ontwikkeling van kinderen met lichte hersenbeschadiging'. Ook in het leerboek dat hij elf jaar later samen met Kamp schreef, besteedde hij een hoofdstuk aan de MBD-problematiek. Als verschijnselen noemde Hart de Ruyter bijvoorbeeld chaotisch denken en doen, zeer geringe frustratie-tolerantie, affectieve onzekerheid, een geringe spanningsboog voor de aandacht en onvermogen zich tegen bijkomende prikkels af te schermen.²⁸⁸

Deze opsomming van symptomen wijkt weinig af van de beschrijvingen van ongedurigheid door Chrorus en Van Krevelen. Door het ontbreken van lichamelijke verschijnselen als vermoeidheid en maag- en darmklachten is er wat meer verschil met nervositas (zie hoofdstuk 2). Van groter belang is de verandering in het etiologische denken waarvan sprake lijkt te zijn. Weliswaar werd ook voorheen invloed van biologische factoren verondersteld, zoals het bestaan van een nerveuze constitutie, maar de termen die Hart de

²⁸⁶ Kessler, 'History', 42, Sandberg en Barton, 'Historical development', 18-19, Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 33-34, Barkley, *Attention-Deficit* 8-9, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 203-205, Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 35, Pieters, 'Een eeuw omgang', 640-641, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 54-55.

²⁸⁷ Dit wordt ook gesuggereerd in: Pieters, 'Een eeuw omgang', 641, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 55.

²⁸⁸ Th Hart de Ruyter, 'De psychische ontwikkeling van kinderen met lichte hersenbeschadiging', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 105, no. 16 (1961) 745-748, Hart de Ruyter en Kamp, *Hoofdlijnen der kinderpsychiatrie* 126-130.

Ruyter gebruikt, zoals 'lichte hersenbeschading' en 'lichte cerebrale stoornis' wijzen explicieter en specifiek in de richting van een organische oorzaak.²⁸⁹

Deze verandering komt ook naar voren in het leerboek van R. Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden*, dat tussen 1958 en 1983 meerdere, regelmatig herziene herdrukken beleefde. Vanaf de achtste, herziene druk uit 1971 nam Vedder een hoofdstuk op getiteld 'het cerebraal gestoorde kind (het MBD-kind)²⁹⁰, waarin hij schreef: 'In een vorige decennium is, mede onder invloed van het rapport van Bowlby en van publicaties van andere auteurs, de belangstelling der kinderpsychiaters sterk gericht geweest op de ongunstige invloed van een affectieve verwaarlozing in de vroege jeugd op de geestelijke ontwikkeling van het kind, met name op het ontstaan van ernstige gedragsstoornissen. De laatste jaren zien wij, dat er een bijzonder grote interesse bestaat voor het organisch-beschadigde kind. Wij zagen immers dat er bij zeer moeilijk opvoedbare kinderen in een groot aantal gevallen duidelijke indicaties zijn in de voorgeschiedenis of bij het onderzoek, die wijzen in de richting van een lichte hersenbeschadiging'.²⁹¹ Deze ontwikkeling had volgens Vedder duidelijke consequenties voor de houding die tegenover ouders werd ingenomen: 'De tijd dat men uitsluitend de ouders de schuld gaf van de gedragsmoeilijkheden van hun kinderen, lijkt voorbij. Verfijning van de diagnostiek [...] heeft wel geleerd dat aan ernstige gedragsmoeilijkheden van kinderen [...] dikwijls een organische oorzaak ten grondslag ligt'.²⁹²

Het is uiteraard de vraag of het hier gaat om een werkelijke verandering of vooral om de perceptie van Vedder – in hoofdstuk 2 is immers betoogd dat in de periode 1930-1960 van eenzijdig psychisme geen sprake was. Vedder stond echter niet alleen in zijn opvatting. Zo lijkt de eerste zin van een artikel van C. Rümke uit 1973 eveneens op een omslag in het etiologische denken in de kinderpsychiatrie te duiden: 'Het is in de kinderpsychiatrie een reeds lang niet meer omstreden feit dat – ook lichte – cerebrale beschadigingen of dysfuncties een belangrijke rol kunnen spelen in de genese van gestoord gedrag en psychopathologie bij kinderen'.²⁹³

Dit alles is op het eerste gezicht moeilijk te rijmen met de dominantie van de psychoanalyse in de kinderpsychiatrie van de jaren zestig en zeventig. Een inmiddels

²⁸⁹ Het hoofdstuk van Hart de Ruyter in *Hoofddlijnen der kinderpsychiatrie* was onderdeel van de 'sectie' over 'organiciteit in de kinderpsychiatrie'. A.F. Kalverboer schrijft in 1978: 'The label MBD is generally used to suggest the organic background', zie: Kalverboer, 'MBD', 7.

²⁹⁰ R. Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* (Achtste, herziene druk, Groningen 1974) 184-200. De toevoeging '(het MBD-kind)' in de titel van dit hoofdstuk werd pas later toegevoegd, vermoedelijk bij de tiende druk uit 1983 (tamelijk laat in de tijd dus!).

²⁹¹ Ibidem, 194. Dit citaat is ook te vinden in de tiende, gewijzigde druk uit 1983, op p. 191.

²⁹² Ibidem, 198. Zie ook de tiende, gewijzigde druk uit 1983, p. 195.

²⁹³ C. Rümke, 'Over organiciteit, zwarte schapen en de broer van de verloren zoon' in: C. Rümke, P.E. Boeke en W.K. van Dijk ed., *Van kinderanalyse tot Y-chromosoom. Opstellen aangeboden aan prof. dr. Th. Hart de Ruyter ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen* (Deventer 1973) 217-225, aldaar 217.

gevestigd beeld is dat in deze decennia de biologische kant van psychopathologie werd ontkend en de ouders de zwarte piet kregen toegeschoven. Kinderpsychiaters als Hart de Ruyter en C. Rümke zagen echter geen enkele tegenstrijdigheid in de toepassing van het 'organicistische' MBD-concept in combinatie met een psychodynamische benadering in de behandelpraktijk, zoals hieronder zal blijken.

Psychodynamische behandeling

De introductie van het MBD-concept in Nederland wordt wel toegeschreven aan de toenemende Amerikaanse invloed op de Nederlandse (kinder)psychiatrie. Ten aanzien van de behandeling bestond echter een groot verschil met de Verenigde Staten. Na de introductie van Ritalin® (met de amfetamine-achtige werkzame stof methylfenidaat) in de jaren vijftig nam het geneesmiddelengebruik bij kinderen een hoge vlucht in de Verenigde Staten.²⁹⁴ In Nederland waren kinderpsychiaters en medici tot ver in de jaren tachtig zeer terughoudend met het voorschrijven van psychofarmaca *bij kinderen*. Dat ging in het bijzonder op voor methylfenidaat. Daarvan zou de werkzaamheid onvoldoende zijn aangetoond. Bovendien bestond er grote beduchtheid voor de mogelijke bijwerkingen, niet in de laatste plaats omdat amfetaminen en (dus) ook Ritalin® golden als verslavende middelen en als zodanig waren opgenomen in de Nederlandse opiumwet.²⁹⁵

De geringe geneigdheid deze middelen voor te schrijven kwam echter ook voort uit een visie op de ontwikkeling van het (MBD-)kind die – anders dan het denken over het ongedurige en nerveuze kind in de voorgaande periode – sterk psychodynamisch gekleurd was. Deze psychodynamische visie hield in, dat in navolging van Anna Freud vooral de gezonde ontwikkeling van het Ik voorop stond. Daarbij ontwikkelde het kind zich bijvoorbeeld van totale egocentriciteit tot kameraadschap en van volstrekte afhankelijkheid tot zelfstandigheid. De liefdevolle object-relatie die het kind met de moeder onderhield was daarbij essentieel, bijvoorbeeld voor de ontwikkeling van basisvertrouwen in de pre-oedipale fase en een gezond geweten in de oedipale. Wanneer daarentegen sprake was van affectieve verwaarlozing, zou in de pre-oedipale fase fundamentele onzekerheid en instabiliteit van het gevoelsleven optreden met (mogelijk) affectieve relatiestoornissen,

²⁹⁴ Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 25-27, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 193-200, Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 69, Pieters, 'Een eeuw omgang', 640, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 53-55, Verberg, *Effects of psychopharmacological agents* 60-66.

²⁹⁵ Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 69, 121, Elisabeth Lockhorn, *Mijn kind is anders. Ouders en specialisten over Minimal Brain Dysfunction (MBD)* (Amsterdam 1981) 41-42, Pieters, 'Een eeuw omgang', 641, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 56, Lucas Reijnders, Henk Buurma en Arnold Vulto, *Geneesmiddelen in Nederland. Gids voor arts en gebruiker* (Amsterdam 1980) 176, Verberg, *Effects of psychopharmacological agents* 11, 55, 57-58.

psychopathie en ernstige emotionele stoornissen als gevolg; in de oedipale fase zou de typisch Freudiaanse infantiele neurose kunnen ontstaan.²⁹⁶

De kern van de problematiek van het MBD-kind lijkt in de kinderpsychiatrische literatuur uit de jaren zestig en zeventig niet te liggen in de organische stoornis, maar in het risico van een zwakke Ik-ontwikkeling en affectieve verwaarlozing. Dit had, in ieder geval bij C. Rümke, ook een zeer pragmatische kant. Naar zijn overtuiging kon het gestoorde gedrag van een MBD-kind niet alleen verklaard worden uit de organische (lichte) hersenbeschading. Er moest 'iets' bijkomen. Nu gaf, zo betoogde hij, juist de herkenning van dat 'iets' kansen voor preventie en hulpverlening: 'Immers, de cerebrale laesie is, op het moment dat deze ontdekt wordt, meestal niet meer ongedaan te maken; aan het 'iets' dat er bij komt is veelal *wel* wat te doen'.²⁹⁷

De sterke gerichtheid van kinderpsychiaters op het risico van een zwakke Ik-ontwikkeling en affectieve verwaarlozing bij 'MBD-kindern' berustte echter bovenal op de gedachte dat deze kinderen door hun cerebrale stoornis extra kwetsbaar waren voor de schadelijke invloed van milieufactoren. Zelfs zaken die normale kinderen niet uit het evenwicht zouden brengen, konden hun gezonde geestelijke ontwikkeling frustreren. 'MBD-kinderen' raakten bijvoorbeeld snel verward bij onrust of veranderingen in het gezinsmilieu, waardoor de basiszekerheid in de relatie met de ouders moeilijk tot stand kwam. Zonder deze basis, die in de pre-oedipale fase gelegd zou moeten worden, kon gemakkelijk een psychopathische ontwikkelingsstoornis ontstaan. Dit gebeurde ook als 'ouders in absolute zin zeker niet tekortschoten'.²⁹⁸ De kwetsbaarheid van het kind maakte, in de woorden van Hart de Ruyter, dat aan de ouders 'eisen worden gesteld, die ver uitgaan boven datgene wat intuïtief kan worden opgebracht'.²⁹⁹ Bovendien hadden de moeilijkheden die het kind gaf, vaak ook hun invloed op de moeder. Die kon bijvoorbeeld onzeker worden door het gedrag van het kind, het wijten aan eigen tekortkomingen en daar schuldgevoelens over krijgen. Het was zeer goed invoelbaar, aldus verschillende kinderpsychiaters, dat moeders ook geprikkeld, teleurgesteld of zelfs wanhopig zouden worden. De ambivalente gevoelens die veel moeders aldus ontwikkelden ten opzichte van hun kind, hadden op hun beurt een negatieve invloed op het gevoel van veiligheid van het kind, dat daardoor emotionele stoornissen kon ontwikkelen en nog lastiger gedrag zou vertonen. De onzekerheid en tegenstrijdige gevoelens van de moeder zouden als gevolg daarvan alleen maar toenemen.

²⁹⁶ Zie: E.C.M. Frijling-Schreuder, *Ontwikkelingslijnen in de psychische groei van het kind en in de systematiek van de kinderpsychiatrie*, Inaugurele rede Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 1965) 11-15, M. Neve en T. Turner, 'History of Child and Adolescent Psychiatry' in: Michael Rutter ed., *Child and adolescent psychiatry* (Oxford 2002) 382-395, aldaar 390-391, J.A.R. Sanders-Woudstra, *Kinderpsychiatrie in perspectief*, Inaugurele rede Erasmus Universiteit Rotterdam (Rotterdam 1976) 9-14, Elisabeth Young-Bruehl, *Anna Freud. Een biografie door Elisabeth Young-Bruehl*, trans. Christine Quant (Baarn 1989) 144-146, 153-154, 318-320.

²⁹⁷ Rümke, 'Over organiciteit' 217-218.

²⁹⁸ Hart de Ruyter en Kamp, *Hoofdpijnen der kinderpsychiatrie* 127.

²⁹⁹ Ibidem.

Zo raakten ouders en kind gevangen in een 'circulus vitiosus'. De situatie werd bovendien vaak nog erger als het kind naar school ging en door leerkrachten en ouders bestraft werd voor de slechte aandachtsconcentratie en het drukke gedrag in de klas.³⁰⁰

In de kinderpsychiatrische literatuur uit de jaren zestig en zeventig over het MBD-kind staat de preventie van deze ongunstige wisselwerking tussen kind en milieu, van deze 'secundaire neurotisering'³⁰¹ van het kind centraal. Zo vroeg mogelijk moest onderkend worden wat er aan de hand was met het kind. Aan ouders en leerkrachten moest vervolgens begrip bijgebracht worden voor het kind, zodat ze het niet meer verantwoordelijk stelden voor het moeilijke gedrag. Daarnaast moest hen geleerd worden hoe ze het juiste opvoedingsklimaat konden scheppen, dat bovenal diende te bestaan uit veiligheid, rust en zekerheid. Door op deze manier opvoedingsfouten te vermijden, kon affectieve verwaarlozing voorkomen worden en zouden op den duur de meeste symptomen geleidelijk verminderen en soms zelfs helemaal uitgewist worden. Gebeurde dat echter niet, dan zou als gevolg van affectieve verwaarlozing en secundaire neurotisering een voortdurende verergering van symptomen optreden.³⁰²

Deze preventieve aanpak komt sterk overeen met die ten aanzien van het nerveuze of ongedurige kind in de periode 1930-1960. Bij de behandeling van kinderen bij wie zich reeds haperingen in de (Ik-)ontwikkeling voordeden, werd de pedagogische getinte benadering uit de voorgaande periode echter niet meer afdoende gevonden. Het opvoedkundig bijsturen van het afwijkende gedrag van kinderen had vanuit psychodynamische optiek weinig zin, als niet eerst de onderliggende oorzaak van dat gedrag, het onbewuste innerlijke conflict dat het kind parten speelde, was weggenomen.³⁰³ Dit standpunt werd in 1975 door de kinderpsychiater P. Ragggers van der Zaal, een medewerkster van Frijling-Schreuder, als volgt verwoord: 'Mijns inziens kan echter een orthopedagogische benadering pas optimale resultaten opleveren als de weg naar een progressie in de ontwikkeling van het kind vrijgemaakt is. Juist bij de groep kinderen waar [...] een psychopathologische ontwikkeling heeft plaatsgevonden kunnen remmingen en blokkades deze progressie in de weg staan. Hier lijkt direct een psychotherapeutische

³⁰⁰ C. Rümke, 'Over organiciteit', 217-224, Hart de Ruyter, 'Psychische ontwikkeling', 746-748, Hart de Ruyter en Kamp, *Hoofdlijnen der kinderpsychiatrie* 125, 127-130, Prechtel, *Cerebraal gestoorde kind* 8,11-12, P. Ragggers-van der Zaal, 'Het grote misverstand: een kinderdrama in vele bedrijven' in: E.H. Isaac-Edersheim, D.J. de Levita en W. Strubbe ed., *Opstellen uit de kinderpsychiatrie* (Deventer 1975) 219-231, aldaar 219-221, 229, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 187, 194-196. Ook in het midden van de jaren tachtig legden de Gezondheidsraad en de respondenten van het promotie-onderzoek van G.M. Verberg sterk het accent op 'gezins- en milieufactoren': Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 3-5, 43, 46-48, 50, 52, 116, 120, 122, Verberg, *Effects of psychopharmacological agents* 57.

³⁰¹ Zie o.a.: Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 195.

³⁰² Ragggers-van der Zaal, 'Grote misverstand', 221, C. Rümke, 'Over organiciteit', 218-219, 222, Hart de Ruyter, 'Psychische ontwikkeling', 746-748, Hart de Ruyter en Kamp, *Hoofdlijnen der kinderpsychiatrie* 127, Lockhorn, *Mijn kind is anders* 40, 42-43, 67, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 197-199.

³⁰³ Ragggers-van der Zaal, 'Grote misverstand', 223-225, C. Rümke, 'Over organiciteit', 219, 222-223, Hart de Ruyter, 'Psychische ontwikkeling', 746, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 197.

interventie noodzakelijk om belemmeringen uit de weg te gaan, opdat het kind daarnaast via de orthopedagogiek optimaal zijn mogelijkheden leert gebruiken'.³⁰⁴

Raggers van der Zaal illustreerde dit aan de hand van een casus uit de kinderpsychiatrische kliniek van de Universiteit van Amsterdam waar ze werkzaam was: Richard, een jongetje van zes jaar oud met een 'lichte organisch cerbrale hersenfunctiestoornis'. De moeder omschreef hem als een erg onrustige jongen, die niet speelde, de hele dag rondjes om de tafel liep en geen enkel contact had met leeftijdgenootjes. Verder had Richard volgens zijn moeder ernstige slaapproblemen en vertoonde hij 'auto-agressief gedrag'. Zijn spraakontwikkeling was pas na zijn vijfde jaar op gang gekomen. Door de kinderneuroloog was hij gekwalificeerd als een jongen met een vertraagde ontwikkeling, spastische spitsvoeten, een lui oog en een EEG dat een 'symmetrisch te sterk onregelmatig beeld' vertoonde.³⁰⁵

Volgens Raggers-van der Zaal manifesteerde Richard zich als 'een kleuterachtige, angstige, zich aan moeder vastklampende jongen, in een symbiotische relatie met haar oscillerend van 2-jarig tot 4-jarig niveau, met snelle en sterke regressies. De fase-ontwikkeling was chaotisch zonder fase-dominantie'.³⁰⁶ De vele angsten die Richards ontwikkeling belemmerden, waren 'vermoedelijk mede door de angstige inperkende houding van de ouders' ontstaan.³⁰⁷ De behandeling was er vooral op gericht de moeder inzicht te geven in de invloed van haar eigen houding op het gedrag van haar zoon en haar vervolgens te leren hoe om te gaan met het kind. Het resultaat was uiteindelijk, stelde Raggers-van der Zaal, dat het kind een stuk weerbaarder werd en er een duidelijke libidineuze fase-ontwikkeling op gang kwam: 'wat zijn fase ontwikkeling betreft is (hij) inmiddels in de oedipale fase terecht gekomen, met duidelijk ondeugend, stoer en jongensachtig gedrag [...]. Nu zijn castratie-angsten en wensen besproken kunnen worden, gaat Richard knippen, tekenen en boetsen; wat hij voordien niet durfde en niet kon'.³⁰⁸

Ook in de MBD-casussen die andere kinderpsychiaters presenteerden, valt op hoezeer de psychoanalyse bepalend was voor denkwijze en taalgebruik. In zijn klinische les uit 1961 beschreef Hart de Ruyter bijvoorbeeld twee patiëntjes bij wie zijns inziens duidelijk sprake was van een lichte hersenbeschadiging, onder andere vanwege de aanwezigheid van kleine neurologische afwijkingen en een uit ziekenhuisrapportage bekend zuurstoftekort bij de geboorte.³⁰⁹ De ene patiënt was uiteindelijk heel goed terechtgekomen, dankzij de

³⁰⁴ Raggers-van der Zaal, 'Grote misverstand', 224.

³⁰⁵ Ibidem, 226-229.

³⁰⁶ Ibidem, 227.

³⁰⁷ Ibidem, 226.

³⁰⁸ Ibidem, 228.

³⁰⁹ Hart de Ruyter, 'Psychische ontwikkeling', 745, 747-748.

'intelligente moeder, die haar kind goed heeft waargenomen'.³¹⁰ Het tweede kind was er, als gevolg van een nare geschiedenis vol trauma's en affectieve verwaarlozing, ernstig aan toe. Ze was bijvoorbeeld 'op seksueel gebied een griezelig kind, is handtastelijk, tilt rokken op enz'.³¹¹ Hart de Ruyter weet dit onder andere aan het feit dat zij als kleuter uitsluitend door vrouwen was opgevoed en 'dus geen normale oedipale situatie gekend heeft'.³¹²

C. Rümke haalde een casus van een 'MBD-kind' aan, wiens 'passagair ontwikkelingsconflict' voortkwam uit de huwelijksproblematiek van de ouders. De vader sliep in een aparte kamer 'omdat hij zijn rust niet missen kon', terwijl het kind vanwege frequente angstdromen bij moeder in bed sliep. Daarbij vond in de ogen van Rümke een deel van de libidineuze wensen van de moeder ten opzichte van haar zoontje bevrediging, wat naast de verwijdering tussen de ouders een extra pathogene factor was bij de neurotische ontwikkeling van het kind.³¹³

De twee culturen en 'parent blaming'

Het gebruik van het MBD-concept, dat een somatische pathologie impliceert, en de dominantie van de psychoanalyse in de kinderpsychiatrie waren dus vanuit het toenmalige perspectief allerminst in tegenspraak met elkaar. De kinderpsychiaters die in de jaren zestig en zeventig schreven over de MBD-problematiek waren er zelfs van overtuigd dat ze de oude tegenstellingen tussen de 'organicistische' en 'psychistische' kampen achter zich hadden gelaten. Hart de Ruyter betoogde (in 1972): 'Er is een tijd geweest dat in de kinderpsychiatrie psychogene en organische stoornissen uitsluitend werden gezien als tegenstellingen [...]. Tegenwoordig weet men dat juist een beschadigd of instabiel cerebrum bijzonder kwetsbaar is en vatbaar voor exogene (w.o. psychogene en sociogene) noxen'.³¹⁴

Het beeld van een kloof tussen een neurologische en een psychodynamische cultuur lijkt hier dus niet van toepassing. De reikwijdte van de psychoanalyse als interpretatiekader was dermate groot dat ook organiciteit daarin een plaats kon krijgen.³¹⁵ Bovendien moet niet vergeten worden dat (kinder)psychiaters opgeleid en geregistreerd waren als *zenuwarts*. Tot 1972 was sprake van een gecombineerde opleiding psychiatrie en neurologie en tot 1974 waren beide disciplines ondergebracht in een gezamenlijke beroepsvereniging, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN). In de nieuwe, aparte opleiding psychiatrie (die in 1972 van start was gegaan) was nog altijd een verplicht jaar

³¹⁰ Ibidem, 745.

³¹¹ Ibidem, 746.

³¹² Ibidem, 747.

³¹³ Rümke, 'Over organiciteit', 218-219.

³¹⁴ Hart de Ruyter en Kamp, *Hoofdlijnen der kinderpsychiatrie*. Zie ook: Prechtl, *Cerebraal gestoorde kind* 5, Rümke en Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind* 12, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 198.

³¹⁵ Zie bijv. Nieweg, 'ADHD', 304.

neurologie opgenomen – die werd in 1983 pas afgeschaft, niet om inhoudelijke redenen, maar vanwege een gebrek aan stageplaatsen. Kortom, in de jaren zestig, zeventig en tachtig, het ‘MBD-tijdperk’, hadden Nederlandse kinderpsychiaters aanzienlijke neurologische bagage. Zij konden daardoor goed overweg met het neurologische MBD-concept. Van Hart de Ruyter is bijvoorbeeld bekend dat hij veel waarde hechtte aan de eenheid van psychiatrie en neurologie, de scheiding tussen beide disciplines heeft hij ook altijd betreurd. Het is daarom niet verwonderlijk dat juist hij MBD in Nederland heeft geïntroduceerd. Hij deed dat als eerste en tot 1964 nog enige hoogleraar kinderpsychiatrie. Gezien deze vooraanstaande positie van Hart de Ruyter is het niet onaannemelijk dat zijn omarming van het MBD-concept navolging heeft gekregen van andere kinderpsychiaters.³¹⁶

Aan de andere kant was de benadering van ‘MBD-kinderen’ psychodynamisch gekleurd. De gerichtheid op de gezinsomgeving was dermate groot, dat de frequent geuite kritiek van eenzijdigheid en een beschuldigende houding ten opzichte van de ouders niet helemaal uit de lucht gegrepen is. Weliswaar benadrukten auteurs als Hart de Ruyter en Vedder dat de narigheid begon bij de cerebrale beschadiging of dysfunctie bij het kind, zodat de moeilijkheden in de relatie tussen moeder en kind eerder het *gevolg* dan de oorzaak waren van de problematiek van het kind. En in de eerste casusbeschrijving uit zijn klinische les uit 1961, had Hart de Ruyter geen goed woord over voor de ‘huisdokter’ die dacht ‘dat het wel de schuld van de moeder zou zijn’ en evenmin voor de echtgenoot die haar afviel.³¹⁷ Deze zelfde kinderpsychiaters bezigden echter ook moeiteloos termen als ‘opvoedingsfouten’³¹⁸ en stelden de prognose volledig afhankelijk van milieufactoren. Anders dan in de ‘medico-pedagogische’ literatuur over het ongedurige of nerveuze kind uit de periode 1930-1960, lag het accent daarbij sterk op psychodynamische concepten als secundaire neurotisering, affectieve verwaarlozing, neurotiserende gezinsrelaties, een verstoorde Ik-ontwikkeling en onbewuste innerlijke conflicten.

4. Diversiteit

Onduidelijkheid

De voorlopige conclusie is dat van twee van elkaar afgescheiden ‘culturen’ geen sprake was, maar dat tot op zekere hoogte ‘parent blaming’ en ‘neurotisering’ van de opvoeding wel aan de orde waren bij de MBD-problematiek. Enige voorzichtigheid is echter geboden. Het is namelijk moeilijk vast te stellen in hoeverre de hierboven besproken kinderpsychiatrische

³¹⁶ Abma en Weijers, *Met gezag* 93-99, 104-106, Nieweg, ‘Kinderanalyse tot Y-chromosoom’.

³¹⁷ Hart de Ruyter, ‘Psychische ontwikkeling’, 745.

³¹⁸ Zie bijv. *Ibidem.*, 748.

literatuur representatief is voor de wijze waarop in de jaren zestig en zeventig werd omgegaan met hyperactieve kinderen.

Uit bronnenmateriaal valt bijvoorbeeld op te maken dat de diagnose MBD vooral door neurologen en kinderartsen werd gesteld en minder door kinderpsychiaters. Mogelijk kwam dat doordat kinderpsychiaters een andere term prefereerden. Er zijn aanwijzingen dat zij in plaats van MBD de 'hyperkinetische stoornis' hanteerden, vooral nadat deze stoornis in 1975 werd opgenomen in de ICD – het classificatiesysteem dat in veel Europese landen, waaronder Nederland, lange tijd meer werd gebruikt dan de Amerikaanse DSM.³¹⁹

Waarschijnlijk waren kinderpsychiaters ook minder betrokken bij de MBD-problematiek dan andere medisch specialisten, orthopedagogen en psychologen. In de twaalf leden tellende commissie die namens de Gezondheidsraad in 1985 een rapport over MBD schreef, had slechts één kinderpsychiater zitting, terwijl de psychologie, paediatric en neurologie beter waren vertegenwoordigd.³²⁰ Daarnaast schreef de emeritus hoogleraar orthopedagogiek W.Bladergroen, in een populariserend boekje over MBD uit 1981, dat het team van MBD-deskundigen bestond uit: 'psycholoog, arts (kinderarts, neuroloog, oorarts, oogarts) en pedagoog'.³²¹ Hoewel in hetzelfde boekje een interview met kinderpsychiater is opgenomen, is de afwezigheid van de kinderpsychiater in de opsomming van Bladergroen opvallend. Het roept bijvoorbeeld de vraag op naar de institutionele context waarin MBD werd gediagnosticeerd en behandeld. Was die uitsluitend neurologisch of pediatrisch, zodat dit ziektebeeld buiten het werkterrein van kinderpsychiatrische instellingen lag? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is aanvullend onderzoek nodig.

Niet alleen is onduidelijk welke term door wie werd gebruikt, maar ook hoe vaak dat gebeurde. In de Verenigde Staten was MBD de meest gediagnosticeerde gedragsstoornis bij kinderen, maar in Europa golden zowel MBD als de hyperkinetische stoornis als zeldzaam.

³¹⁹ H.M.J.A. Gerritzen, G. van Goor-Lambo en P. Ch. Mussert, *Kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek. Werkterrein, onderzoek, diagnostiek en classificatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie* (Amsterdam 1986) 166-172, 229-230, Pieters, 'Een eeuw omgang', 640-642, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 54-56. Al tijdens de voorbereidingen van de herziening van de ICD in 1975 dook de *hyperactivity disorder* op, zie: M. Rutter, D. Schaffer en M. Shepherd, *A multi-axial classification of child psychiatric disorders* (Genève 1975) 20-21, 60-61. Tevens spreekt Hans Gerritzen, in een persoonlijke mededeling aan de auteur, van het gebruik van 'hyperkinetische stoornis' door kinderpsychiaters in plaats van 'MBD'.

³²⁰ De commissie was als volgt samengesteld: Voorzitter: Prof. dr. W.H.H. Tegelaers (hoogleraar kindergeneeskunde Universiteit van Amsterdam); Overige leden: prof. dr. D.J. Bakker (hoogleraar neuropsychologie Vrij Universiteit Amsterdam), Prof. dr. T.K.A.B. Eskes (hoogleraar obstetrie en gynaecologie Katholieke Universiteit Nijmegen), Drs. J.B.D. van Gool (kinderarts Universiteitskinderkliniek 'het Wilhelmina Kinderziekenhuis' te Utrecht), Prof. dr. A.F. Kalverboer (hoogleraar experimentele klinische psychologie Rijksuniversiteit Groningen), Prof. dr. J.F.W. Kok (hoogleraar in de psychologie, de pedagogiek en de didactiek van het gehandicapte kind Rijksuniversiteit Utrecht), Prof. dr. D.J. de Levita (hoogleraar kinderpsychiatrie Vrije Universiteit Amsterdam), Mevr. Dr. M.C.B. Loonen (kinderneuroloog Erasmusuniversiteit Rotterdam), Prof. dr. H.F.R. Prechtel (hoogleraar ontwikkelingsneurologie Rijksuniversiteit van Groningen), Prof. dr. B.C.L. Touwen (hoogleraar ontwikkelingsneurologie), Mevr. Drs. S.P. Verloove-Vanhorick (kinderarts-neonatoloog Noeonatologisch Centrum Academisch Ziekenhuis Leiden); Secretaris: Mr. H.J. de Roy van Zuydewijn (secretaris bij de Gezondheidsraad). Zie: Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 26-27.

³²¹ Lockhorn, *Mijn kind is anders* 9.

Deze concepten konden daarom de oudere benamingen voor overactieve gedragspatronen niet zonder meer vervangen. In de leerboeken van Vedder en van Kamp en Hart de Ruyter waren zowel het 'MBD-kind' als het nerveuze kind als afzonderlijke categorieën opgenomen. MBD was ook een ernstiger stoornis dan de tegenwoordige ADHD. Zaken die nu als comorbide verschijnselen bij ADHD worden beschouwd, zoals specifieke leerstoornissen, motorische problemen en sociaal-emotionele problemen, waren onderdeel van het MBD-concept. Het lijkt er daarom op dat MBD (cq. de hyperkinetische stoornis), in elk geval tot halverwege de jaren zeventig, alleen werd vastgesteld bij tamelijk zeldzame en ernstigere gedragsafwijkingen, waarbij het voor de hand lag om een cerebrale stoornis te veronderstellen. Voor lichtere gevallen bleven oudere benamingen als 'nerveus' in gebruik (wel raakte 'ongedurigheid' in onbruik).³²²

Dit is althans de opvatting van de meeste auteurs die geschreven hebben over de geschiedenis van MBD. In de Nederlandse kinderpsychiatrische literatuur uit de jaren zestig en zeventig wordt echter regelmatig gesteld dat MBD (vaak vertaald als 'lichte cerebrale beschadiging' of 'lichte cerebrale functiestoornis') veel voorkwam.³²³ Verder was waarschijnlijk sprake van een toename in de late jaren zeventig en de vroege jaren tachtig, hoewel betrouwbare cijfers ontbreken. In elk geval stond MBD in die periode zeer in de belangstelling, bij hulpverleners, de overheid, scholen, ouders én de massamedia. In een serie van drie reportages uit 1981 van *Tros Aktua* over 'buitenbeentjes' – naar de Nederlandse titel van een voor een breed publiek geschreven boek van Cruickshank over MBD (uit 1970)³²⁴ – werd gesteld dat bijna tien procent van alle kinderen en twee tot drie kinderen in elke schoolklas 'deze minimale stoornis in de hersenen' had. De tragiek was volgens de presentatoren dat veel van deze kinderen slechts onbegrip ontmoetten bij leeftijdsgenoten en leerkrachten en in een isolement raakten, omdat de stoornis vaak niet werd herkend. Dat kwam doordat, zo werd enigzins tegenstrijdig betoogd, artsen MBD niet kenden ofwel als niet serieus te nemen 'prullemanddiagnose' beschouwden. In andere media-uitingen werd in die tijd ook wel gesproken van een 'mode-diagnose'.³²⁵

³²² Sandberg en Barton, 'Historical development', 3, Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 32-33, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 158, 188-190, 207, Hart de Ruyter en Kamp, *Hoofdpijnen der kinderpsychiatrie* 75-76, Nieweg, 'ADHD', 306-307, Pieters, 'Een eeuw omgang', 641, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 56, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 85-88.

³²³ Kalverboer, 'MBD', 8, Raggars-van der Zaal, 'Grote misverstand', 219, Prechtel, *Cerebraal gestoorde kind* 4, 12-13, Heinz F.R. Prechtel, 'Das leicht hirngeschädigte Kind. Theoretische Überlegungen zu einem praktischen Problem' in: C. Rümke, P.E. Boeke en W.K. van Dijk ed., *Van kinderanalyse tot Y-chromosoom* (Deventer 1973) 282-305, aldaar 282, Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* 184. Daarnaast meldt Nieweg dat C. Rümke in de jaren zeventig 'op college' zei dat 5 tot 10 % van de Nederlandse kinderen MBD had, zie: Nieweg, 'ADHD', 307.

³²⁴ William M. Cruickshank, *Buitenbeentjes : kinderen met hersenbeschadigingen thuis, op school en in de groep* (Rotterdam 1970).

³²⁵ Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 55, 112, Lockhorn, *Mijn kind is anders* 31, Nieweg, 'ADHD', 307, Verberg, *Effects of psychopharmacological agents* 15, 19-20, 45-48, 57. Zie verder: Archief Nederlands Instituut voor Beeld & Geluid (NIBG): 'Buitenbeentjes', *Tros Aktua* afl. 324, 325 en 326 (resp. 19 januari, 26

Deze grote publieke aandacht was één van de aanleidingen voor het kritische rapport dat de Gezondheidsraad in 1985 over MBD publiceerde. De auteurs noemden het gebruik van deze term 'in klinische en wetenschappelijke zin inadequaaf en onverantwoord' en 'misleidend'.³²⁶ Ten onrechte zou de suggestie gewekt worden dat sprake was van een herkenbaar ziektebeeld met een bekende etiologie, namelijk lichte vormen van hersenbeschadiging.³²⁷ Onnodig zouden kinderen daardoor een stempel opgedrukt krijgen, wat een ongunstige invloed op hun toekomstige ontwikkeling zou kunnen hebben. Bovendien werkte dit stempel volgens het rapport 'ongefundeerde behandelingen in de hand, die bijwerkingen met zich brengen en niet zonder risico zijn'.³²⁸ Als voorbeelden noemden de auteurs het op onvoldoende indicatie toepassen van geneesmiddelen en het voorschrijven van bewerkelijke diëten (op basis van de vermeende, maar onbewezen invloed van kleur- en smaakstoffen op het ontstaan van MBD).³²⁹ Zij meenden dan ook dat het MBD-concept eigenlijk geschrapt zou moeten worden, maar zagen er geen heil in dat aan te bevelen, omdat de benaming daarvoor te wijdverspreid en ingeburgerd was geraakt in zowel de literatuur als het spraakgebruik. Dit doet op zijn minst vermoeden dat het MBD-concept niet weinig meer werd gebruikt (maar in hoeverre dat door kinder- en jeugdpsychiaters gebeurde blijft onduidelijk).³³⁰

Al met al doemt er een erg onoverzichtelijk beeld op. Vragen als hoe frequent, op welke wijze en door wie het MBD-concept werd gebruikt, kunnen op basis van het bronnenmateriaal nauwelijks beantwoord worden. Met de nodige slagen in de arm kan hieronder slechts een globale schets worden gegeven.

Vóór 1975: verschillende disciplines, verschillende benaderingen

Vóór 1975 lijkt MBD in Nederland, onder andere gezien de schaarse literatuur daarover, niet vaak gediagnosticeerd te zijn. In die periode ging het daarom waarschijnlijk om een tamelijk ernstige, zeldzame aandoening. De kinderen uit de in de vorige paragraaf besproken literatuur (gepubliceerd tussen 1961 en 1975) hadden duidelijke neurologische afwijkingen – bijvoorbeeld (coördinatie)stoornissen in de motoriek, regulatie-stoornissen, lateralisatie en

januari en 2 februari 1981). De piek van de televisie-aandacht voor MBD lijkt gelegen te hebben in 1981 en 1982, de zoekterm 'mbd' leidt bij het archief van het Nederlands Instituut voor Beeld & Geluid tot 5 treffers in 1981 en 2 treffers in (de eerste helft van) 1982, terwijl er geen treffers zijn in de jaren 1977-1980 en 1983-1987. De bekende programma's tussen de treffers zijn *Tros Aktua* en *Van geweest tot geweest*. Kinderpsychiaters spelen een bescheiden rol in die programma's. Het gaat in deze programma's vooral over de ervaringen van ouders met psychologen, pedagogen, kinderartsen en soms ook kinderpsychiaters.

³²⁶ Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 1, 112. Yule, 'Diagnosis', 37-38.

³²⁷ Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies', 3.-63. Zie ook: Schaffer, 'Longitudinal research', 18, Yule, 'Diagnosis', 37-38.

³²⁸ Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 62, zie ook p.3.

³²⁹ Ibidem, 3, 6-7, 62, 69-73.

³³⁰ Ibidem., 1-2, 112.

afwijkingen op het elektro-encefalogram zoals links-rechtsverschillen en een traag achtergrondpatroon – en in de meeste gevallen ook een (enigszins) achterblijvende verstandelijke ontwikkeling. Bovendien waren er sterke aanwijzingen voor hersenschade door bijvoorbeeld infectieziekte of problemen tijdens de geboorte.³³¹ Vermoedelijk kwamen dergelijke kinderen met evidente somatische afwijkingen vaker bij een kinderarts of neuroloog terecht dan bij een kinderpsychiater. Kinderpsychiaters zelf raakten na 1960 steeds minder betrokken bij ernstig moeilijk opvoedbare kinderen, justitiële inrichtingen en de zwakzinnigenzorg. Het accent lag in deze sectoren niet (langer) op psychiatrische of psychotherapeutische behandeling, maar op het scheppen van een woonsituatie voor de opgenomen kinderen, met een op hen aangepast opvoedkundig regime. De orthopedagoog J.F.W. Kok maakte in dit verband een onderscheid tussen kinderen met opvoedingsproblemen en moeilijk opvoedbare kinderen. Bij de eerste categorie kon psychiatrische en psychotherapeutische behandeling zinvol zijn, bij de laatste niet.³³²

Afgaand op dit onderscheid van Kok, lag bij kinderen met ernstige MBD orthopedagogische begeleiding eerder voor de hand dan psychotherapie. Kok zelf onderscheidde een 'MBD-achtig' orthopedagogisch behandelingstype dat viel onder de categorie moeilijk opvoedbaren: het struktopathische kind. Zijn beschrijving van dit 'type' lijkt in een aantal opzichten op die van ongedurigheid door Chorus en Van Krevelen (zie hoofdstuk 2). Die spraken bijvoorbeeld van 'vormloze' kinderen, wat sterk overeenkomt met de 'structuurloosheid' die Kok noemde. Op vergelijkbare wijze propageerde Kok ook een pedagogisch regime met duidelijke leiding, veel structuur en regelmaat. Wel hadden de struktopathische kinderen, als moeilijk opvoedbaren, ernstigere beperkingen dan de ongedurige kinderen van Chorus en Van Krevelen, die eerder onder de categorie kinderen met opvoedingsproblemen zouden vallen.³³³

In dezelfde periode, vóór 1975 dus, kregen kinderen met minder ernstige hyperactiviteit waarschijnlijk (nog) niet de diagnose MBD, maar bleef bijvoorbeeld de benaming nervositas van toepassing. Ook is het mogelijk, gezien de grote invloed van de psychoanalyse in deze periode, dat kinderpsychiaters – die bij deze minder ernstig gestoorde kinderen waarschijnlijk vaker betrokken waren – de term 'neurose' gebruikten. Het bronnenmateriaal geeft hier geen uitsluitsel over, mede vanwege de eerdergenoemde 'Babylonische spraakverwarring'. Bovendien werd in deze periode, zo wordt althans vaak

³³¹ Hart de Ruyter, 'Psychische ontwikkeling', 745-747, Raggars-van der Zaal, 'Grote misverstand', 220, 226, Rümke, 'Over organiciteit', 218-219, 221-223.

³³² Abma en Weijers, *Met gezag* 138-140, Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 406-415, 563-568, Brancaccio, "But Fidgety Phil" 189-190, M.T. Brancaccio en M. de Lange, 'ADHD: A critical view', *Psychologie & maatschappij* 25 (2001) 28-37, aldaar 31-32, J.F.W. Kok, *Struktopathische kinderen, een orthopedagogisch behandelingstype* (Vijfde druk, Den Bosch 1976) 31-38, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 115-125, Weijers, 'Zestig jaar', 90-92.

³³³ Kok, *Struktopathische kinderen* 44 e.v. Zie ook hoofdstuk 2.

gesteld, de 'diagnostiek verwaarloosd'. Zowel binnen als buiten de psychiatrie lag het medische model onder vuur, onder ander van de antipsychiatrische beweging. In dit klimaat gold het stellen van een psychiatrische diagnose, het 'plakken van etiketten', als stigmatiserend. Tegelijkertijd was sprake van een groot therapeutisch optimisme en schoten er allerlei nieuwe behandelvormen als paddenstoelen uit de grond. In deze situatie legden veel behandelaars het accent veel sterker op de therapie dan op diagnostiek.³³⁴

Dit maakt het buitengewoon moeilijk om gefundeerde uitspraken te doen over de omgang met licht gedragsgestoorde kinderen in de jaren zestig en zeventig. Wel kunnen een tweetal opmerkingen gemaakt worden. In de eerste plaats valt op dat ADHD-achtig gedrag minder sterk dan voorheen in verband werd gebracht met criminaliteit of immoraliteit (al verdween deze associatie niet). Mogelijk heeft dat te maken met de geringere betrokkenheid van kinderpsychiaters met de justitiële sector. Bovendien was er ook geleidelijk een andere opvoedingsmoraal ontstaan. Enigszins schematisch gesteld, stonden niet langer deugdzaamheid, zelfbeheersing en het houden aan externe gedragsnormen voorop, maar de persoonlijke, sociale en emotionele ontwikkeling van kinderen. Druk en impulsief gedrag werd daardoor vooral gezien als een bedreiging van een gezonde geestelijke ontwikkeling – en niet als een moreel probleem. Ook de veranderde seksuele moraal had zijn invloed. De bezorgdheid over onanie bij bijvoorbeeld ongedurige en nerveuze kinderen, verdwenen uit de vakliteratuur.³³⁵

In de tweede plaats kregen kinderpsychiaters, zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is geschetst, te maken met de toenemende concurrentie van (onder andere) kinderpsychotherapeuten en psychologen. Die introduceerden vanaf de tweede helft van de jaren zestig bovendien nieuwe therapievormen, die zij nadrukkelijk presenteerden als korterdurend, laagdrempeliger, minder elitair, effectiever en wetenschappelijker dan de psychoanalyse. De eerste tegenstrevers van de psychoanalyse waren de non-directieve therapie van Carl Rogers en de gedragstherapieën die door Joseph Wolfe en B.F. Skinner ontwikkeld werden. Vooral in de jaren zeventig kwamen daar allerlei therapeutische stromingen en benaderingen bij. In de kinderpsychiatrie groeiden vooral de systeembenadering en de gezinstherapie uit tot een ware rage. Daarbij lag, anders dan in de psychoanalyse, de nadruk op het hier en nu. Bovendien wilden de vernieuwers afrekenen

³³⁴ Abma en Weijers, *Met gezag* 236, Blok, *Baas in eigen brein* 123, 139, 142, 150-151, 156, 165, Brinkgreve, *Psychoanalyse in Nederland* 213-217, H. Oosterhuis en S. Wolters, 'The changing professional identity of the Dutch psychiatrist 1960-1970' in: M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter ed., *Cultures of psychiatry and mental health care in postwar Britain and The Netherlands* (Amsterdam/Atlanta 1998) 203-220, aldaar 213-217. De verwaarlozing van de diagnostiek werd ook genoemd in de interviews zijn gehouden voor: Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd*, zie voor een overzicht van de geïnterviewden p. 148.

³³⁵ Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 292-297, Brancaccio, "But Fidgety Phil" 161-162, Brinkgreve en Korzec, 'Margriet weet raad' 83-90, Mol en Lieshout, *Ziek is het woord niet* 216-217, 228-229, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 167-171, Wil Zeegers, *Andere tijden, andere mensen. De sociale representatie van identiteit* (Amsterdam 1988) 161-163.

met het ideaal van het kerngezin als hoeksteen in de samenleving, door daar juist de ziekmakende invloed van dominante moeders en afwezige vaders tegenover te stellen. Daarmee zetten zij zich ook af tegen Bowlby's hechtingstheorie die, door de relatie tussen het kind en de fysiek aanwezige moeder centraal te stellen, in zekere zin een rechtvaardiging had gegeven aan het 'burgerlijke' gezin waarin de vrouw de rol van liefhebbende huismoeder vervulde.³³⁶

Rond 1970 was er daarnaast veel aandacht voor maatschappelijke factoren. Sociale wetenschappers en exponenten van de antipsychiatrische beweging betoogden dat niet psychiatrische patiënten, maar de *maatschappij* ziek was. Ook bij 'drukke kinderen' werd gedacht aan de schadelijke invloeden vanuit de samenleving. De televisie, de 'commercialisering', de drukte van de moderne stad, de achterstandspositie van de lagere sociaal-economische klassen en het leefklimaat in gezinnen en op scholen werden genoemd als oorzaken van moeilijk en lastig gedrag van (school)kinderen. Bovendien gaf het gegeven dat een disproportioneel aantal 'MBD-kinderen' tot de lagere sociaal-economische klassen behoorde, aanleiding tot veel kritiek op de maatschappelijke ongelijkheid. Daarnaast werd gewezen op de 'ongezonde' voeding die veel kinderen kregen voorgeschoteld. Vooral kleurstoffen zouden bijdragen aan het ontstaan van MBD. Gedurende enige tijd was het zogenaamde Feingold-dieet erg populair bij hyperactieve kinderen.³³⁷

Dit hele palet aan 'psychosociale' benaderingen wordt in de literatuur regelmatig over één kam geschoren onder de noemer 'psychodynamisch'. Dat doen Pieters en zijn co-auteurs bijvoorbeeld als hij stelt dat psychologen een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de popularisering van *psychodynamische* opvattingen over kinderen met gedragsproblemen.³³⁸ Met deze opmerking gooien zij zeer uiteenlopende psychologische opvattingen en interventies op één hoop. Een ander voorbeeld is de gelijkstelling door verschillende auteurs van de psychodynamische visie met de opvatting dat 'poor parenting' de oorzaak was van gedragsproblemen. Uit het voorgaande zou afgeleid kunnen worden dat 'parent blaming' eerder op het conto van gezinstherapeuten dan op dat van psychodynamisch georiënteerde kinderpsychiaters geschreven zou kunnen worden.³³⁹ Hier

³³⁶ Blok, *Baas in eigen brein* 49-52, 82-86, 139, 156-158, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 165-168, Brinkgreve, *Psychoanalyse in Nederland* 213-217, S. van 't Hof, J. Broerse en L. de Goei, *Tulpenburg en Amstelland 1951-1994. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie* (Utrecht 1997) 107-109, 116-117, 121-123, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 902-904, 972-974, 982-983, Pieters, 'Een eeuw omgang', 641.

³³⁷ Sandberg en Barton, 'Historical development', 21-22, Schachar, 'Hyperkinetic syndrome', 30-31, Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 44, 46-47, 70-71, 89-91, Mol en Lieshout, *Ziek is het woord niet* 107, 111-112, Pieters, 'Een eeuw omgang', 642, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 56-57, Rafalovich, *Framing ADHD children* 168-174, Schnabel, *Weerbarstige geestesziekte* 36-37, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 168. Zie ook: Buitelaar, 'Hyperactiviteit vroeger en nu', 69-71.

³³⁸ Pieters, 'Een eeuw omgang', 642, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 57.

³³⁹ Zie ook: Kessler, 'History', 41.

is, met andere woorden, niet alleen sprake van een simplistische reductie van een complexe theorie, maar ook van het negeren van de verschillen tussen psychologische stromingen.

Dit wijst op een nieuwe tekortkoming van de metafoor van de twee culturen. In de vorige paragraaf is betoogd dat biologische en psychodynamische opvattingen elkaar niet per definitie uitsluiten. In deze paragraaf wordt duidelijk dat deze metafoor weinig recht doet aan de diversiteit die er binnen één (zogenaamde) cultuur bestond. Door alleen te denken in een tegenstelling tussen biologisch en psychosociaal, worden de tegenstellingen tussen, in dit geval, psychosociale benaderingen over het hoofd gezien. Overigens gaat het daarbij om tegenstellingen tussen én binnen disciplines.

5. Toename en pendelbeweging na 1975?

Toename na 1975

In de tweede helft van de jaren zeventig leek, zoals reeds is betoogd, het aantal kinderen met MBD snel toe te nemen. Dat kan onder andere afgeleid worden uit de grote maatschappelijke aandacht die rond 1980 ontstond voor het ziektebeeld en de toename van publicaties daarover. Dit betekent waarschijnlijk ook dat MBD een ruimere betekenis kreeg, waardoor ook kinderen met minder ernstige gedragsproblemen voor deze diagnose in aanmerking kwamen. In de literatuur worden een aantal verklaringen gegeven voor deze 'opmars' van MBD, die vooral betrekking hebben op de stand van zaken in de Verenigde Staten, maar die wellicht ook van toepassing zijn op de Nederlandse situatie.

Sociologen ontwikkelden hun medicaliseringstheorieën in de jaren zeventig, toen MBD en het gebruik van Ritalin® door schoolkinderen in de Verenigde Staten een hoge vlucht namen. In deze context schreef Peter Conrad zijn klassieke studie uit 1976 met de titel *Identifying hyperactivity*. De belangrijkste elementen daaruit zijn in de inleiding van deze scriptie al besproken. Zoals veel sociologen hechtte hij grote betekenis aan de neiging van artsen en hulpverleners om hun werkterrein uit te breiden. Dit betekende dat het aanbod aan zorg- en hulpverlening, meer dan de vraag daarnaar, de motor was achter de processen van medicalisering en psychologisering. Conrad nuanceerde dit echter door te stellen dat ook leerkrachten en ouders daar een belangrijk rol in speelden. Andere sociologen spreken in dit verband ook wel van 'proto-professionalisering', waarmee bedoeld wordt dat leken zich in toenemende mate de opvattingen en concepten van professionele deskundigen als medici en psychologen eigen maakten. Dit had (bijvoorbeeld) tot gevolg dat ouders en onderwijzers zélf 'druk gedrag' als een medisch of psychologisch probleem gingen beschouwen waarvoor de hulp van een professionele deskundige nodig was. Ouders en leerkrachten stelden als

het ware zelf al een soort 'pre-diagnose' MBD of hyperactiviteit, die artsen alleen nog maar hoefden te bevestigen.³⁴⁰

Voor dit vermeende proces van proto-professionalisering zijn allerlei mogelijke oorzaken aangevoerd: in de eerste plaats de groei van het aanbod aan professionele deskundigen (waarna het aanbod-schept-vraag-mechanisme zijn werk deed), maar ook een aantal andere. Door de naoorlogse economische groei en uitbouw van de verzorgingsstaat zou er bijvoorbeeld een 'welzijnsideologie' zijn ontstaan. Voor het eerst in de geschiedenis was niet schaarste, maar overvloed gemeengoed geworden. Daardoor verdween langzamerhand de overtuiging dat gebreken of tekorten 'gewoon' bij het leven hoorden. Mensen gingen daardoor hogere eisen stellen aan het leven, waardoor steeds meer 'levensmoeilijkheden', zoals druk en lastig gedrag van kinderen, transformeerden tot problemen waar wat aan gedaan moest worden. De welvaartsgroei en het succes van de verzorgingsstaat had daarbij ook tot een groot optimisme geleid dat het ook mogelijk was die problemen op te lossen (met behulp van een professionele deskundige). Daarnaast nam – met het seculariseringsproces, de razendsnelle technologische ontwikkelingen, de toenemende specialisering en professionalisering – de geneigdheid toe in de samenleving om de zienswijzen van wetenschappers te aanvaarden en (in vereenvoudigde vorm) over te nemen. De meer kritische sociologen wijzen, tot slot, op de belangen van overheden, artsen, hulpverleners en onderwijzers om sociale controle uit te oefenen en de maatschappelijke 'status quo' te handhaven.³⁴¹

Ten aanzien van de problematiek van hyperactieve kinderen gaat de meeste aandacht uit naar de rol van onderwijzers. Verschillende sociologen zien het gebruik van Ritalin® als een manier om het 'management-probleem' van onderwijzers op te lossen. In verschillende studies komt naar voren dat artsen zich onder druk gezet voelden door leerkrachten om bij lastige leerlingen Ritalin® voor te schrijven en ter legitimatie daarvan een medische diagnose als MBD te stellen. Zo zou het geneesmiddel vooral dienen om 'moeilijke kinderen' weer onder controle te krijgen.³⁴²

Een belangrijke kwestie daarbij is waarom de 'management-problemen' van onderwijzers klaarblijkelijk zo groot waren geworden. Ter verklaring wordt vaak gewezen op

³⁴⁰ Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 153, 181-184, Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 167, 169, Conrad, *Identifying hyperactive children* 14-16, 33-50, 69-90, Hutschemaekers, *Neurosen* 70-71, Rafalovich, *Framing ADHD children* 64-65, 89-108, 129-150, 179, Schnabel, *Weerbarstige geestesziekte* 46, 50, Swaan, Bringreave en Onland, *Opkomst* 12-14, 17-24, Swaan, *Zorg en de staat* 20-21.

³⁴¹ Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 153, 161, 185-186, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 35, Brinkgreve en Korzec, *'Margriet weet raad'* 111-113, Conrad, *Identifying hyperactive children* 89-90, 95-99, Hutschemaekers, *Neurosen* 70-71, 127-130, Lieshout, *Deskundigen en ouders* 33-41, Mol en Lieshout, *Ziek is het woord niet* 51-81, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 773-775, 986-994, Rafalovich, *Framing ADHD children* 4, 9, Swaan, *Zorg en de staat* 238-239, 246-247, 253, 260.

³⁴² Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 185, Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 170-171, Conrad, *Identifying hyperactive children* 43, 49, 89-90, 95-99, Rafalovich, *Framing ADHD children* 89-108.

de democratisering en schaalvergroting die het onderwijs in de jaren zestig en zeventig doormaakte. Brancaccio gaat in dit verband uitvoerig in op het actieve onderwijsbeleid dat veel regeringen toen voerden, met als doel kinderen uit lagere sociaal-economische milieus dezelfde kansen te geven als kinderen uit welgestelde gezinnen. Scholen werden bijvoorbeeld samengevoegd tot grote scholengemeenschappen en in sommige landen moesten alle leerlingen in de eerste jaren van het middelbare school hetzelfde lesprogramma volgen. Dit soort maatregelen leidde volgens Brancaccio tot een toename van ordeproblemen en indirect ook tot een grotere inbreng van klinisch psychologen bij 'probleemleerlingen'. Uit de genoemde voorbeelden blijkt echter dat de meest ingrijpende hervormingen plaatsvonden in het middelbare onderwijs, terwijl hyperactiviteit en MBD vrijwel uitsluitend bij kinderen uit de basisschoolleeftijd werden gediagnosticeerd.³⁴³

Daarnaast zouden veranderende opvattingen over de taak van leerkrachten en hun verhouding tot hun leerlingen een belangrijke rol hebben gespeeld. Onderwijzers moesten kinderen niet meer alleen vakonderricht geven, maar hun persoonlijke ontwikkeling in alle opzichten stimuleren. Progressieve opvoedingsmethoden schreven voor dat leerkrachten geen afstandelijke autoriteit meer mochten uitstralen, maar een informelere, warmere en persoonlijker relatie met hun leerlingen moesten aangaan. In de praktijk was een dergelijke geïdealiseerde verhouding tussen onderwijzer en leerling vaak niet haalbaar. Bovendien ontbrak het leerkrachten aan middelen om zich misdragende kinderen aan te pakken. De toepassing van lijfstraffen, maar ook van strenge tucht was namelijk uit den boze. Zo groeide het aantal kinderen dat problemen gaf (ofwel: niet voldeed aan de hooggestemde idealen), terwijl het onderwijzers tegelijkertijd aan middelen ontbrak om deze leerlingen weer op het juiste pad te krijgen.³⁴⁴

Dit soort verklaringen hebben een wel erg generaliserend karakter en bovendien een wankel empirische basis. Hoewel er ongetwijfeld wat inzit – ook in Nederland deden zich tussen de vijftiger en tachtiger jaren ontwikkelingen voor waarop het concept van proto-professionalisering goed van toepassing lijkt te zijn³⁴⁵ – is het moeilijk om de relevantie voor de situatie in Nederland vast te stellen. Bovendien zijn sommige redeneringen onjuist. Dat geldt bijvoorbeeld voor bovenstaand betoog over de informelere omgang tussen onderwijzers en leerlingen en de minder strenge tucht in scholen. In de oudere literatuur over moreel-ethisch defecte, nerveuze en ongedurige kinderen werd keer op keer benadrukt dat

³⁴³ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 169-184. Zie voor onderwijsontwikkelingen in Nederland: Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 522-542, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 82-87.

³⁴⁴ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 185-186, Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 171, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 35, Conrad, *Identifying hyperactive children* 95-96, 99, Rafalovich, *Framing ADHD children* 89-128, zie voorbeeld op p. 65. Zie ook: Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 522-542, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 82-87.

³⁴⁵ Zie bijv.: Brinkgreve en Korzec, 'Margriet weet raad', Swaan, Brinkgreve en Onland, *Opkomst, Zeegers, Andere tijden*.

(streng) straffen geen of nauwelijks effect hadden (zie hoofdstuk 1 en 2). Waarschijnlijk was dat niet anders bij (de vergelijkbare) kinderen met MBD of hyperactiviteit. Hieruit volgt dat het taboe op lijfstraffen en andere tuchtmaatregelen onderwijzers niet de effectieve middelen ontnam waarmee ze hun problemen met deze kinderen hadden kunnen oplossen. Daarnaast was MBD niet de eerste gedragsstoornis die als veelvoorkomend bij kinderen werd beschouwd. Dat gold in eerdere tijden ook voor nervositas, zenuwachtigheid en het moreel-ethische defect. Het is daarom de vraag of de democratisering van het onderwijs of de progressieve pedagogische methoden die werden ingevoerd wel zoveel meer leerlingen met probleemgedrag hebben opgeleverd. Wellicht was niet zozeer sprake van een toename van het aantal kinderen met een gedragsstoornis, maar van een verandering in terminologie, zienswijze en behandelingsvoorkeur.

Pendelbeweging

Deze laatste overweging werpt een ander licht op de (ogenschijnlijke) toename van het aantal MBD-diagnoses vanaf de tweede helft van de jaren zeventig. Die ontwikkeling berustte waarschijnlijk niet in de eerste plaats op een stijging van het totale aantal kinderen met een (gediagnosticeerde) gedragsstoornis. Belangrijker was dat een groter percentage van hen de 'organicistische' diagnose 'MBD' kreeg. Met andere woorden, vaker dan voorheen werden de gedragsproblemen van deze kinderen gekoppeld aan een organische oorzaak of 'ziekte'. Dat duidt op een kentering naar een meer biologische oriëntatie.

Deze kentering, of 'pendelbeweging' (!), vond onder andere plaats tegen de achtergrond van een belangrijke verandering in het maatschappelijke klimaat. Vanaf de tweede helft van de jaren zestig was de kritiek op het medische model was gepaard gegaan met een explosie van verschillende soorten psychotherapieën, alternatieve trainingen en encountergroepen. Rond 1980 kwam deze 'markt van welzijn en geluk' echter zélf ter discussie te staan. De psychosociale hulpverlening zou mensen nodeloos in een ziekerol dwingen en afhankelijk maken en daarmee meer schade dan goed doen. Ook in de hulpverleningswereld zelf nam de weerstand tegen de vernieuwingen van de jaren zeventig toe. Veel hooggespannen verwachtingen waren niet uitgekomen, het radicalisme en soms ook de arrogantie, betweterij en sektarische opstelling van de vernieuwers stuitte steeds meer mensen tegen de borst en de veronachtzaming van de ernstige, organisch veroorzaakte psychische problematiek had in de ogen van velen geleid tot verloedering en verwaarlozing.³⁴⁶

³⁴⁶ Blok, *Baas in eigen brein* 150, 160-162, 165, Brinkgreve, *Psychoanalyse in Nederland* 220-221, Hof, Broerse en Goei, *Tulpenburg en Amstelland* 137-139, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 914 e.v.

Deze kritiek had (indirect) ook zijn weerslag op de geestelijke gezondheidszorg voor het kind. In de eerste plaats kreeg de psychosociale en psychotherapeutische oriëntatie in dit vakgebied voor het eerst de wind tegen. Zowel in de maatschappij als bij behandelaars brokkelde het geloof af in de effectiviteit van psychotherapie.³⁴⁷ In de tweede plaats keerden ook ouders en familieleden van psychiatrische patiënten zich tegen het socio- en psychotherapeutisch idealisme van de jaren zeventig. Met een aantal voorbeelden illustreert historica Gemma Blok dat vanaf omstreeks 1980 ouders openlijk begonnen te protesteren tegen de behandelaars die hen de schuld gaven van de psychische problematiek van hun kinderen; geen enkel begrip of belangstelling toonden voor de ervaringen en het perspectief van de ouders; alsmaar bleven doorgaan met gesprekstherapieën die geen enkel positief resultaat opleverden; en volhardden in de weigering medicijnen die wél konden helpen voor te schrijven. De toegenomen mondigheid van ouders kreeg ook gestalte in de oprichting van verenigingen van familieleden en/of ouders van psychiatrische patiënten, zoals de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) in 1978, Ypsilon in 1984 en Balans in 1987. Opvallend was dat vanaf begin jaren tachtig ouders en familieleden van cliënten van de geestelijke gezondheidszorg zich in veel grotere getale organiseerden dan rond 1970, toen de psychiatrie in het brandpunt van de maatschappelijke belangstelling stond. Bovendien stelden zij zich, in tegenstelling tot ruim een decennium eerder, geenszins afwijzend op ten opzichte van het 'medische model'.³⁴⁸

De grotere 'populariteit' van het MBD-concept rond 1980 paste in deze ontwikkeling. Volgens het eerder genoemde rapport van de Gezondheidsraad vervulde het etiket MBD vanwege de organische connotatie, voor veel ouders een positieve functie: 'Te vaak worden volgens de ouders en ouderverenigingen de problemen gezocht in gezinssituaties en huwelijksproblemen [...]. De specialist of hulpverlener die het woord (MBD – TB) voor het eerst uitspreekt, wordt vaak als een verlosser door de ouders begroet [...].'³⁴⁹ De verwijzing naar, bijvoorbeeld, bij de geboorte opgelopen zuurstof gebrek betekende voor de ouders namelijk dat het kind en zichzelf niet meer de schuld kregen van de gedragsproblematiek.³⁵⁰

Een goed voorbeeld hiervan is de eerder genoemde serie over 'buitenbeentjes' van het televisieprogramma *Tros Aktua* uit 1981. Na de uitzending van de eerste reportage, kwamen er duizenden reacties van kijkers, die ook massaal schreven naar de ouderverenigingen die waren genoemd in het programma, de werkgroep MBD van de BOSK (Vereniging voor motorisch gehandicapten en hun ouders) en de Stichting Integratie Buitenbeentjes. Deze reacties waren, zo werd in de tweede aflevering uit de serie

³⁴⁷ Blok, *Baas in eigen brein* 160-161, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 914-915, Waardt, *Mending minds* 189.

³⁴⁸ Blok, *Baas in eigen brein* 185-190, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 927-928.

³⁴⁹ Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies' 9.

³⁵⁰ Ibidem, 62. Zie ook: Lockhorn, *Mijn kind is anders* 20, 24.

samengevat, tweeërlei. In de eerste plaats waren veel ouders ‘opgelucht’ doordat ze eindelijk herkenden wat er met hun kind aan de hand was. In de tweede plaats bevatten de meeste brieven een ‘aanklacht tegen de medische stand’. Artsen, kinderpsychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers waren er ‘als de kippen bij’ om de ouders de schuld te geven. In plaats van te onderkennen dat er iets mis was met het kind, meenden die ‘dat het wel aan spanningen in het gezin of aan de slechte opvoeding zou liggen’. In het vervolg van de reportage werden twee ouders van MBD-kinderen geïnterviewd, die beschreven hoe ze een ‘zware weg’ hadden afgelegd, vol onbegrip van allerlei hulpverleners die ‘al deden ze aandoenlijk hun best’ ten onrechte de oorzaak bij de gezinsomstandigheden zochten, totdat uiteindelijk de bevrijdende diagnose MBD werd gesteld.³⁵¹

Dit soort uitlatingen in de media³⁵² zegt niet alleen iets over de beschuldigende houding tegenover ouders van artsen en hulpverleners – kinderpsychiaters werden daarbij overigens minder genoemd dan bijvoorbeeld maatschappelijk werkers en psychologen – maar ook over de toegenomen mondigheid van ouders en de emancipatie van kinderen met afwijkend gedrag. Telkens was de boodschap dat deze kinderen – die ‘buiten de maatschappij geplaatst’ dreigden te worden – én hun ouders vooral begrip en wat begeleiding nodig hadden. Dan zouden MBD-kinderen prima kunnen functioneren, bij voorkeur op normale scholen, ze waren namelijk ‘niet dom’ en ‘absoluut niet abnormaal’, alleen een ‘tikje anders’.³⁵³

6. Besluit

De relativering in dit hoofdstuk van de scherpe scheiding tussen de ‘twee culturen’ betekent dus niet dat de psychiatrie geen richtingenstrijd kende. Evenmin impliceert de kritiek in deze studie op het gebruik van de pendelmetafoor dat er geen inhoudelijke kenteringen

³⁵¹ Archief NIBG ‘Buitenbeentjes’, *Tros Aktua* afl. 324, 325 en 326 (19 januari, 26 januari en 2 februari 1981).

³⁵² Dezelfde teneur (ouders die beschuldigd worden, terwijl het kind ‘gewoon’ een handicap heeft) als in de reportages in *Tros Aktua* kwam bijvoorbeeld naar voren in Lockhorn, *Mijn kind is anders* bijv. pp. 24, 37. Datzelfde geldt voor de interviews met ouders van MBD-kinderen een reportage van *Van Gewest tot Gewest* over het MOD (Medisch Orthopedisch Dagverblijf) in Emmen (uitgezonden op 14 oktober 1981) en in *Wim en Marianne, twee ongewone kinderen*, een programma van de NCRV in twee delen uitgezonden op 1 oktober 1981 en 4 januari 1982. Beide uitzendingen duurden ca. 50 minuten, en bevatten naast studio-interviews met ouders en deskundigen (onder wie een kinderpsychiater) reportages over Wim en Marianne, twee MBD-kinderen. De eerste uitzending leverde zoveel reacties van ouders van MBD-kinderen op, dat er onder hen een enquête is gehouden over bijvoorbeeld moeilijkheden bij de opvoeding, problemen op school en onbegrip bij artsen en hulpverleners, waarvan de resultaten in de tweede uitzending werden besproken. Opvallend is overigens, zowel in dit programma als in *Tros Aktua*, het accent dat werd gelegd op het voorkomen van zuurstofgebrek rondom de geboorte. Dat werd expliciet als dé oorzaak van MBD gesteld, terwijl aan het verband tussen MBD en zuurstoftekort bij de geboorte toch sterk werd getwijfeld onder deskundigen (zie onder andere het rapport van de Gezondheidsraad uit 1985). In beide programma’s treedt ook een gynaecoloog als deskundige op. Zie voor dit alles: Archief NIBG.

³⁵³ Aanhalingen komen uit: Buitenbeentjes’, *Tros aktua*. Zie ook andere genoemde programma’s uit het Archief NIBG: *Van Gewest tot Gewest* en *Wim en Marianne* en het ‘populaire’ boekje: Lockhorn, *Mijn kind is anders*.

voorkwamen. De toename van het aantal MBD-kinderen rond 1980 was onderdeel van een tendens naar een meer biologische benadering van gedragsproblemen bij kinderen (zie over deze ‘pendelbeweging’ ook het volgende hoofdstuk).

Wel is in dit hoofdstuk betoogd dat deze metaforen een vertekend beeld van het verleden geven. Ze suggereren om te beginnen een soort overzichtelijke orde die er in werkelijkheid niet was. Dat geldt zeker voor de hierboven besproken periode tussen 1960 en 1985 in de geschiedenis van ADHD. Het MBD-concept werd door vele critici beschouwd als niet valide, slecht omschreven, overinclusief en slecht onderbouwd. Er was volgens hen bijvoorbeeld niet of nauwelijks bewijs voor de veronderstelling dat de gedragskenmerken van ‘MBD-kinderen’ het gevolg waren van kleine cerebrale beschadigingen of functiestoornissen, terwijl veel van diezelfde symptomen evengoed aan andere, bijvoorbeeld psychosociale oorzaken toegeschreven konden worden. Mede vanwege het omstreden karakter van MBD, waren er zo veel alternatieve diagnostische termen in omloop, dat R. Vedder de kwalificatie ‘Babylonische spraakverwarring’ op zijn plaats achtte. Het is bovendien niet duidelijk door wie, hoe vaak en op welke wijze MBD en alternatieven werden toegepast.

Wellicht maakt juist deze onoverzichtelijke situatie het gebruik van de metaforen van de pendel en de twee culturen des te aantrekkelijker. Daarmee kan toch enige orde in de chaos geschapen worden. Of dat het motief was of niet, in veel geschiedenissen van ADHD wordt de periode van 1985 gekenschetst als één van strijd tussen twee culturen, tussen de psychodynamische en de biologisch-neurologische richting.

Eenzijds zou de psychodynamische benadering van gedragsproblemen bij kinderen een hoogepunt bereikt hebben. Psychoanalytici domineerden de kinderpsychiatrie, tevens zouden met name de sterk opkomende psychologie en de psychotherapie bijgedragen hebben aan de popularisering en verspreiding van psychodynamische opvattingen over ‘drukke’ kinderen. Daarnaast leidden de grote materiële welvaart en andere maatschappelijke ontwikkelingen tot een meer ‘psychologische’ levenshouding bij grote delen van de bevolking. Dit ging gepaard met groeiende kritiek, zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg, op het ‘medische model’.

Anderzijds werd in deze context het neurologische, ‘medische’ MBD-concept geïntroduceerd. Dit wordt in de literatuur wel voorgesteld als een daad van verzet tegen de overheersende psychodynamische benadering van psychiaters en psychologen van gedragsproblemen bij kinderen. Aanvankelijk werd de diagnose MBD in Nederland en elders in Europa, in tegenstelling tot in de Verenigde Staten, echter slechts in zeldzame gevallen, bij kinderen met duidelijke neurologische afwijkingen, gesteld. Ook de in de Verenigde Staten populaire behandeling met methylfenidaat (Ritalin®) werd hier slechts mondjesmaat toegepast. Het gebruik van het MBD-concept door vooral neurologen en kinderartsen sloeg,

met andere woorden, nog geen bressen in de dominante psychodynamische verklaring en behandeling van gedragsstoornissen. Dat veranderde echter, zo lijkt het, vanaf de tweede helft van de jaren zeventig, toen ook de eerste contouren zichtbaar waren van de paradigmawisseling van een psychodynamische naar een medisch-biologische oriëntatie, die de kinderpsychiatrie in de jaren tachtig zou doormaken. Allerlei factoren speelden daarbij een rol (zie daarover ook het volgende hoofdstuk), waaronder de toegenomen mondigheid van ouders die niet langer wilden accepteren dat zij de schuld kregen van het lastige gedrag van hun kinderen. Zij verwelkomden de diagnose MBD, omdat daarmee duidelijk werd dat de oorzaak lag in de hersenen van het kind, zodat noch zij noch hun kinderen verantwoordelijk gehouden moesten worden voor de ontstane problemen. Gesteund door de toegenomen media-aandacht streefden deze ouders naar erkenning voor dit 'feit'. Zij ontmoetten daarbij begrip, maar de (perceptie van een) sterke toename van het aantal kinderen met de diagnose MBD deed ook de kritiek aanwelen dat sprake was van een slecht onderbouwde 'modediagnose' met vage grenzen.

In een aantal opzichten is wel iets te zeggen voor deze interpretatie. Tot op zekere hoogte lijkt er bijvoorbeeld een onderscheid te zijn geweest tussen enerzijds neurologen, kinderartsen en orthopedagogen die het MBD-concept hanteerden en anderzijds kinderpsychiaters, kinderpsychotherapeuten en psychiatrisch sociaal werkers die andere diagnostische termen, zoals nervositas of neurose gebruikten. Mogelijk liet dit zich ook vertalen in institutionele zin, wat zou betekenen dat bovenstaande tweedeling tussen disciplines parallel liep aan het verschil in het gebruik van diagnostische termen tussen de instellingen waaraan zij waren verbonden – dit zou een interessante kwestie zijn voor verder onderzoek. Daarnaast is het plausibel om een verband te veronderstellen tussen de vermoedelijke toenemende 'populariteit' van de MBD-diagnose rond 1980, met de paradigmawisseling die zich toen begon te voltrekken in de kinderpsychiatrie.

In dit hoofdstuk zijn echter ook een aantal belangrijke tekortkomingen naar voren gekomen van bovenstaande voorstelling van zaken. In de eerste plaats werd het MBD-concept óók gebruikt door psychoanalytici. Die hadden er geen enkele moeite mee de notie van een organische beschadiging of stoornis in de hersenen te combineren met een psychodynamisch gekleurde behandeling gericht op de libidineuze faseontwikkeling van het kind, de oplossing van onbewuste innerlijke conflicten en een grote nadruk op het wegnemen van de neurotiserende elementen in de relatie van het kind met zijn ouders (– deze Freudiaanse begrippen en concepten speelden daarbij een veel grotere rol dan in de voorgaande periode bij ongedurige en nerveuze kinderen). Het zegt iets over de reikwijdte van de psychoanalyse en over het eclecticisme en pragmatisme in de behandelpraktijk, dat psychoanalytici (dus) ook hadden voor de 'biologische kant' van gedragsstoornissen. Het is

bovendien niet te rijmen met de voorstelling van een scherpe scheiding tussen organicistische en psychodynamische richtingen.

Dat neemt overigens niet weg dat de aandacht van deze psychodynamisch georiënteerde behandelaars zich vooral richtte op het gezinsmilieu. De oorzaak van de gedragsproblemen werd niet primair bij de ouders gelegd, maar wel heerste de opvatting dat de organische stoornis bij het kind het moeilijk maakte voor ouders om adequaat met hem om te gaan. Zo zou gemakkelijk, als *gevolg* van de stoornis, een 'neurotiserende' relatie tussen het kind en zijn ouders ontstaan. De cerebrale schade of stoornis maakte het kind, zo stelde de psychiater Hart de Ruyter, bovendien ook veel kwetsbaarder, zodat kleine 'opvoedingsfouten', die bij 'normale kinderen' geen schadelijke invloed hadden, grote negatieve gevolgen konden hebben. Tegen deze achtergrond besteedden Hart de Ruyter en de andere besproken kinderpsychiaters veel aandacht aan 'neurotiserende gezinsrelaties' en op wat 'mis' ging in de opvoeding. Het is daarom enerzijds goed denkbaar dat sommige ouders, in elk geval in hun beleving, in de beklagdenbank terechtkwamen. Anderzijds was de zienswijze van deze kinderpsychiaters veel genuanceerder dan de onomwonden 'parent blaming' waarvan ze in de secundaire literatuur worden (en door kritische ouders werden) beticht.

In de tweede plaats gaat het beeld van de strijd tussen twee culturen voorbij aan de verscheidenheid die er *binnen* één cultuur bestond. De jaren zestig en zeventig werden gekenmerkt door de opkomst van allelei socio- en psychotherapeutische stromingen, die nadrukkelijk werden gepresenteerd als alternatief voor de psychoanalyse. Dit ging ook gepaard met de sterke ontwikkeling van psychologen, psychotherapeuten, orthopedagogen en maatschappelijk werkers, die zich in toenemende mate ook als behandelaars opwierpen. De auteurs die vooral denken in termen van een tegenstelling tussen twee culturen, scheren al deze verschillende benaderingen van verschillende disciplines onder één kam onder de noemer 'psychodynamisch'. Het maakte echter wel degelijk uit of de behandelaar een psychiater, psycholoog of orthopedagoog was en of hij bijvoorbeeld psychodynamisch, systeemtheoretisch, Rogeriaans of gedragstherapeutisch georiënteerd was. Zo is het goed mogelijk dat de toenemende weerstand aan het eind van de jaren zeventig tegen de beschuldigende houding van therapeuten tegenover ouders, eerder een reactie was op de systeembenadering en gezinstherapie dan op de psychoanalyse.

Deze kanttekeningen helpen misschien niet om een helderder zicht op de periode 1965-1985 in de geschiedenis van ADHD te krijgen. De algemene indruk die van deze periode overblijft is er één van onduidelijkheid, onoverzichtelijkheid en veel onbeantwoorde vragen. Een troebel beeld van het verleden is echter te verkiezen boven het scherpe, maar onjuiste beeld van een scherpe strijd en tegenstelling tussen twee 'culturen'.

Hoofdstuk 4: ADHD (ca. 1985-2008)³⁵⁴

1. Inleiding: medicalisering in tweevoud

In 2000 publiceerde dat de Gezondheidsraad een rapport over de prevalentie, diagnostiek en behandeling van ADHD.³⁵⁵ In de jaren daarvoor had een explosieve groei van het aantal patiënten met deze diagnose en van het gebruik van het geneesmiddel methylfenidaat geleid tot professionele disputen en kritische media-aandacht. Tegen deze achtergrond vroeg de toenmalige minister van Volksgezondheid in 1999 de raad om advies. Daardoor boog dit gezaghebbende orgaan zich voor de tweede maal in nog geen vijftien jaar over grotendeels dezelfde gedragsproblematiek – in 1985 was immers al uitvoerig over MBD gerapporteerd.³⁵⁶

Dit opmerkelijke feit impliceert dat kinderen met ADHD-achtige gedragskenmerken gedurende langere tijd onderwerp waren van publieke aandacht en zorg. Daarnaast waren volgens de auteurs van het nieuwe rapport de opvattingen van 1985 verouderd geraakt. In de tussenliggende jaren hadden zich volgens hen een aantal nieuwe ontwikkelingen voorgedaan op het gebied van onderzoek, diagnostiek én behandeling. Eén ding bleef echter onveranderd: ADHD was, net als eerder MBD, omstreden. Dat verklaart wellicht nog het meest waarom de Gezondheidsraad in 1999 voor de tweede maal in stelling werd gebracht.³⁵⁷

Toch kon ook de Gezondheidsraad geen einde maken de discussies over ADHD, al was het rapport uit 2000 buitengewoon invloedrijk.³⁵⁸ De auteurs noemden ADHD een

³⁵⁴ Dit hoofdstuk is deels gebaseerd op en overgenomen uit: Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd 75-90*, 98-112.

³⁵⁵ De commissie was als volgt samengesteld: prof. dr. H. van Engeland (*voorzitter*), hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie Universiteit Utrecht; mw. drs. L.G. Brandsma, psychotherapeut/orthopedagoge, GGZ DWO circuit Jeugd te Delft; prof. dr. J.K. Buitelaar, hoogleraar biopsychosociale determinanten van menselijk gedrag Universiteit Utrecht; prof. dr. J.M.A. Hermans, hoogleeraar opvoedkunde Universiteit van Amsterdam; prof. dr. R.B. Minderaa, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie Universiteit Groningen; mw. A.C. Paternotte (*adviseur*), Landelijke vereniging voor ontwikkelings- gedrags- en leerproblemen Balans, Bilthoven; drs. R.W.M. Roozenburg (*adviseur*), Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen; prof. dr. T.W.J. Schulpen, hoogleraar sociale pediatrie Universiteit Utrecht; prof. dr. J.A. Sergeant, hoogleraar klinische neuropsychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam; drs. A.J.C. Struiksma, psycholoog Pedologisch Instituut Rotterdam; mw. drs. M.J. Wennekes, neuroloog, Atrium Medisch Centrum Heerlen; mw. D.C.M. Gersons-Wolfensberg (*secretaris*), arts, Gezondheidsraad, Den Haag. Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 146-147.

³⁵⁶ Ibidem, 10. Zie ook: Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies'. Zie voor de explosieve groei van ADHD en het gebruik van methylfenidaat paragraaf 2 en de inleiding van deze scriptie.

³⁵⁷ Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 40-41. Zie over het omstreden karakter van ADHD het vervolg van dit hoofdstuk.

³⁵⁸ Dit rapport werd sinds het verschijnen in Nederlandse (wetenschappelijke) publicaties veelvuldig aangehaald als informatiebron en als het 'officiële' standpunt over ADHD. In de multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van deze stoornis, die in 2005 door drie cliënt-/familieorganisaties en tien beroepsverenigingen werd opgesteld, is bijvoorbeeld volledig de lijn van de Gezondheidsraad gevolgd. Zie: J.C.

zinnvolle diagnostische categorie, waarvoor voldoende wetenschappelijke onderbouwing bestond. Buiten, maar ook binnen de wereld van de geneeskunde en (kinder)psychiatrie bestonden daar echter grote twijfels over – en dat is tot op de dag van vandaag niet veranderd.³⁵⁹ Recentelijk schreef Trudy Dehue bijvoorbeeld dat ADHD wel eens de spotlust opwekt.³⁶⁰ Typerend was ook een uitspraak uit de ochtendjournals op 19 mei 2008. Tijdens een item over de sterk gestegen instroom in de 'Wajong' (Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten), zei de nieuwlezer dat er ook steeds vaker jongeren in de Wajong terechtkwamen 'die geen echte ziekte of handicap, maar bijvoorbeeld ADHD hebben'.³⁶¹ ADHD werd, met andere woorden, niet altijd helemaal serieus genomen. Omdat deze 'stoornis' bovendien epidemische vormen aannam en gepaard ging met grootschalig medicijngebruik, is het niet verwonderlijk dat ADHD omstreden was en bleef.

In de controverses over dit ziekteconcept dook regelmatig (in de meer 'serieuze' publicaties) de term 'medicalisering' op. Daarvan werden twee verschillende betekenissen door elkaar gebruikt, die om analytische redenen beter uit elkaar gehouden kunnen worden. In de eerste plaats gold ADHD als voorbeeld van de medicalisering van de (kinder)psychiatrie. Daarmee werd bedoeld op de paradigmawisseling van een psychodynamische naar een biologisch-medische oriëntatie die zich na 1980 voltrok in het vakgebied. De opvatting dat ADHD een met medicatie te behandelen neuropsychiatrische stoornis was, paste bij deze zogenaamde *biological turn*. Critici betoogden dat de (kinder)psychiatrie werd geregeerd door een eenzijdig en bovendien ongefundeerd biologisme. Ten onrechte zou, bijvoorbeeld, 'druk gedrag' van kinderen als echte ziekte beschouwd worden, met onder andere als gevolg dat de sociale context waarin dat gedrag zich voordeed buiten beschouwing bleef.³⁶²

De tweede vorm van medicalisering betrof de enorme toename van het aantal kinderen met de diagnose ADHD (en dat methylfenidaat kreeg voorgeschreven). Dit duidde

Brandt-Dominicus, ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen* (Utrecht 2005).

³⁵⁹ Zie bijvoorbeeld: Brigitte Alger, Joop Bouma en Marleen Teugels, 'De risico's van Ritalin', *Trouw*, 17 oktober 2008, 'Alleen geld voor pillen, niet voor onderzoek', *Trouw*, 17 oktober 2008, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 211-212, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?', Buitelaar, 'Discussies over ADHD', Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD', Geurt van der Glind, 'ADHD is een echte ziekte; twijfel doet patiënt tekort', *Trouw*, 31 oktober 2008, Nieweg, 'ADHD'.

³⁶⁰ Dehue, *De depressie-epidemie* 225.

³⁶¹ Archief NIBG, *Journal*, 19 mei 2008 (vanaf 7.00 uur 's ochtends elk uur).

³⁶² Alger, Bouma en Teugels, 'Risico's van Ritalin', 'Alleen geld voor pillen', Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 209-210, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' 16, 25, Conrad, *Identifying hyperactive children* 107-108, Dehue, *De depressie-epidemie* 47, Fliers, Franke en Buitelaar, 'Erfelijke factoren', 1726, Glind, 'ADHD is een echte ziekte', M. Vegt e.a., 'Psychiatrische en neuropsychologische kenmerken van een groep volwassenen verwezen naar een academische polikliniek voor ADHD', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49 (2007) 289-299.

op een uitbreiding van de 'jurisdictie' van de medische beroepsgroep, in dit geval vooral de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit was in de ogen van veel behandelaars een teken van vooruitgang en humanisering. Anderen spraken echter van het ongeoorloofd oprekken van de grenzen van ADHD en het indicatiegebied van methylfenidaat, waarmee vooral de belangen van medici en de farmaceutische industrie werden gediend.³⁶³

Deze twee betekenissen van het begrip medicalisering vormen het kader voor het vervolg van dit hoofdstuk. Eerst wordt in paragraaf 2 een beschrijving gegeven van de ontwikkeling van het ADHD-concept en de epidemische vormen die deze stoornis sinds de jaren negentig heeft aangenomen. In paragraaf 3 komt de *biological turn* die de kinderpsychiatrie vanaf de jaren tachtig maakte aan de orde, aan de hand van de ontwikkelingen op het gebied van wetenschap, diagnostiek en behandeling. Deze drie facetten vormen ook de leidraad voor de bespreking van de (als dominant veronderstelde) biologische benadering van ADHD en de kritiek daarop. Paragraaf 4 gaat over de tweede vorm van medicalisering – de expansie van het ADHD-begrip. Dit is een zeer recente ontwikkeling, waarover tot op heden een hevig, ideologisch geladen debat woedt. Het is daarom ondoenlijk om daarvan een gestructureerde historische beschrijving te geven, laat staan een 'objectieve' verklaring voor de explosieve stijging van het aantal ADHD-diagnoses te bieden. Het blijft in deze paragraaf daarom bij een wat impressionistische weergave van de discussies over de ADHD-'epidemie' (– dit geldt overigens, zij het in iets mindere mate, ook voor paragraaf 3). Daarbij passeren net als in eerdere hoofdstukken de sociologische noties over bijvoorbeeld de invloed van ontwikkelingen op het gebied van onderwijs en van de concurrentiestrijd tussen professionele disciplines de revue. In paragraaf 5 wordt het gevestigde beeld van medicalisering (in beide opzichten) gerelativeerd, door aan te tonen dat de 'psychosociale kant' een belangrijke rol is blijven spelen in zowel het denken over als bij de behandeling van ADHD. Hoewel de opvatting dat de 'pendel' in de kinderpsychiatrie sinds de jaren tachtig is gaan uitslaan naar de biologische kant algemeen wordt gedeeld, is er toch aanleiding om daar enige kanttekeningen bij te plaatsen. Dit heeft, zo zal worden betoogd, ook consequenties voor de wijze waarop de (niet te ontkennen) 'expansie' van ADHD geïnterpreteerd moet worden. De verklarende kracht van het medicaliseringconcept – in de beide besproken betekenissen – heeft zo zijn grenzen, luidt de conclusie. In het besluit zal worden gereflecteerd op een belangrijk kenmerk van de recente geschiedenis van ADHD én (noodgedwongen) van dit hoofdstuk: de vermenging van debat en 'werkelijkheid'.

³⁶³ Alger, Bouma en Teugels, 'Risico's van Ritalin', 'Alleen geld voor pillen', Bergsma, 'Druktemakers', Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 213, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', Buitelaar, 'Discussies over ADHD', Conrad, *Identifying hyperactive children* xii, 104, Glind, 'ADHD is een echte ziekte', Klasen en Verhulst, 'Betere gezondheidszorg', 1723, Pieters, 'Een eeuw omgang', 643, Shorter, *History of psychiatry* 289-290, W. Vandereycken, 'Over bittere en vergulde pillen: psychiatrie in het licht (of de schaduw) van de farmaceutische industrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48, no. 2 (2006) 119-129, aldaar 121, 125-127.

2. Van ADD tot ADHD-epidemie

DSM, ADD(H) en ADHD

In 1980 publiceerde de American Psychiatric Association de derde versie van de *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Diseases* (DSM). De DSM, waarvan eerdere versies betrekkelijk weinig invloed hadden, groeide in de loop van de jaren tachtig en negentig uit tot dé internationale standaard in de psychodiagnostiek. Ook in de Nederlandse (kinder)psychiatrie, waar aanvankelijk de ICD populairder was, werd het gebruik van de DSM gemeengoed.³⁶⁴ In 2003 gaf de Nijmeegse hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie R.J. van der Gaag de volgende typering van de 'populariteit' van de DSM: 'De classificaties in DSM worden gebruikt door studenten, arts-assistenten, collegae psychiaters, gedragswetenschappers, bij beleidsmakers en ziekteverzekeraars, zelfs in de volksmond'.³⁶⁵

De DSM-III verschilde (evenals de ICD-9 uit 1975) van zijn voorgangers doordat een ziekte-indeling was gemaakt op grond van helder omschreven waarneembare symptomen in plaats van op grond van theoretische en etiologische vooronderstellingen. De bedoeling daarvan was dat iedere clinicus, ongeacht land van herkomst of theoretische school, iedere patiënt in dezelfde categorie onderbracht. Daarbij werd voldaan aan een behoefte – die vooral onder wetenschappers, maar ook in de klinische praktijk bestond – aan diagnostische eenduidigheid en betrouwbaarheid.³⁶⁶ Daarnaast vormde de internationale vergelijkbaarheid een groot voordeel. Het was daardoor bijvoorbeeld gemakkelijk om gebruik te maken van onderzoek dat elders was verricht voor wetenschap en praktijk in eigen land. De toepassing van de DSM heeft zo een vorm van standaardisering gebracht in de terminologie en het diagnostische proces, die de (kinder)psychiatrische diagnostiek een wetenschappelijker aanzien heeft gegeven – al was de DSM niet op onderzoek maar op consensus gebaseerd.³⁶⁷

De opmars van de DSM ging in zekere zin gelijk op met die van het ADHD-begrip. Ook bij gedragsstoornissen bij kinderen werkte de grootschalige toepassing van dit

³⁶⁴ Abma en Weijers, *Met gezag* 180-183, H. van Engeland, 'Child and adolescent psychiatry in The Netherlands' in: H. Remschmidt en H. van Engeland ed., *Child and adolescent psychiatry in Europe: history, current situation and future perspectives* (Darmstadt/New York 1999) 223-234, aldaar 225, 229, R.A. Jongedijk, 'Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 43 (2001) 309-319, aldaar 309-312, F. Verheij, 'Waar gaan we heen met de kinder- en jeugdpsychiatrie?' *Nieuwsbrief van de sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie* 8, no. 2 (2005) 22-27, aldaar 23, Waardt, *Mending minds* 223-224.

³⁶⁵ Rutger Jan van der Gaag, *Kinder- & Jeugdpsychiatrische diagnostiek en classificatie: "samen verdiepen... of koppie onder"*, Inaugurele rede Radboud Universiteit Nijmegen (Nijmegen 2003) 6.

³⁶⁶ Zie ook hoofdstuk 3 over de 'Babylonische spraakverwarring' in de psychiatrie in de periode vóór 1980.

³⁶⁷ Engeland, 'Child and adolescent psychiatry', 225, 229, Abma en Weijers, *Met gezag* 180-183, H. van Engeland, *De ontdekking van het oppervlak*, Inaugurele rede Rijksuniversiteit Utrecht (Utrecht 1986) 21, Jongedijk, 'Psychiatrische diagnostiek', 309-312, Ph. D. A. Treffers, 'Psychiaters over Achterberg' in: David Bos ed., *Treffers: in de kinder- en jeugdpsychiatrie en daarbuiten* (Oegstgeest 2006 [2004]) 175-213, aldaar 178, Waardt, *Mending minds* 223-224, Paul Wisman, *Diagnose psychiatrie. De verrassende wereld van de psychiatrische diagnose* (Wormer 2001) 31-33.

classificatiesysteem namelijk een vorm van standaardisering en popularisering van diagnostische termen in de hand.³⁶⁸ Deze ontwikkeling begon toen in de DSM III het MBD-concept (deels) werd vervangen door ADD (Attention Deficit Disorder without Hyperactivity) en ADDH (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity) – in het Nederlands: aandachtstekortstoornis zonder of met hyperactiviteit. Dat het MBD-concept werd geschrapt was geen verrassing, vanwege de zwaarwegende bezwaren die daar al lange tijd tegen bestonden. In de loop van de jaren zeventig groeide daarnaast, vooral in de Verenigde Staten, de overtuiging dat bij de MBD-problematiek primair sprake was van een aandachtsstoornis, wat ook tot uitdrukking kwam in het nieuwe ADD(H)-begrip. Dat was bovendien, passend bij de theoriearme opzet van de DSM-III, een symptoombeschrijvende term, terwijl het MBD-begrip verwees naar een veronderstelde maar onbewezen etiologie.³⁶⁹

In de herziene versie van de DSM-III uit 1987 maakte ADD(H) op zijn beurt plaats voor ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – of in het Nederlands: aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis), met als hoofdkenmerken hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtszwakte. In de DSM-IV uit 1994 werd ADHD gehandhaafd, maar wel verder gedifferentieerd in drie subtypes: het hyperactief-impulsieve, het aandachtszwakke en het gecombineerde subtype (zie de bijlage met de DSM-criteria voor de diagnose ADHD). Dit laatste subtype kwam het meest overeen met de *hyperkinetic disorder* in de ICD-(9 en)10 classificatie, waarvoor strengere eisen gehanteerd werden dan voor ADHD in de DSM-IV, maar dat daar verder inhoudelijk niet wezenlijk van verschilde.³⁷⁰ De meeste literatuur en research van de laatste 15 jaar heeft betrekking op het gecombineerde subtype van ADHD (ofwel de hyperkinetische stoornis uit de ICD). Daarin valt op dat sinds het begin van de jaren negentig ADHD niet meer zozeer werd opgevat als aandachts- en informatieverwerkingsstoornis, maar veeleer als stoornis in de gedragsinhibitie³⁷¹ – gedefinieerd als het vermogen ‘een door prikkels van interne of externe aard uitgelokte of al

³⁶⁸ Zie bijv. Brandt-Dominicus, *Multidisciplinaire richtlijn ADHD* 17-18, 30, Conrad, *Identifying hyperactive children* 107-108.

³⁶⁹ Barkley, *Attention-Deficit* 19-24, Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 207-208, Conrad, *Identifying hyperactive children* 107, Pieters, 'Een eeuw omgang', 642, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 57.

³⁷⁰ De term ‘hyperkinetische stoornis’ lijkt weliswaar uitsluitend te duiden op overactief gedrag, maar van begin af aan nemen in de omschrijvingen van het ICD van de ‘hyperkinetische stoornis’ de snelle afleidbaarheid en de slechte aandachtsconcentratie een niet minder belangrijke plaats in als bij ADHD in de DSM, zie: Brandt-Dominicus, *Multidisciplinaire richtlijn ADHD* 17, Gerritzen, Goor-Lambo en Mussert, *Kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek* 229-230, Rutter, Schaffer en Shepherd, *A multi-axial classification of child psychiatric disorders* 61-62. Voor kinderen en volwassenen met het aandachtszwakke subtype wordt de ‘oude’ benaming ADD nog steeds wel gebruikt, waarbij ook nog altijd de opvatting dat het een aandachts- en informatieverwerkingsstoornis betreft invloedrijk is. Zie bijv. www.balansdigtaal.nl en dan via de knop ‘stoornissen’ naar ‘ADD’ (laatst bekeken op 31 december 2008).

³⁷¹ Barkley, *Attention-Deficit* 24-25, 36, Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 209-211, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 35-37, Pieters, 'Een eeuw omgang', 642, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 57-58.

in gang gezette actie te onderdrukken, tegen te houden, te vertragen, uit te stellen of om te buigen'.³⁷²

In Nederland bleef de term MBD gedurende de jaren tachtig in gebruik. In het vorige hoofdstuk is al gemeld dat de Gezondheidsraad in 1985 de term MBD eigenlijk had willen afschaffen, maar dat ondoenlijk vond omdat het gebruik daarvan zo wijdverbreid was. Dit is opmerkelijk omdat er met de 'hyperkinetische stoornis' uit de ICD-9 van 1978 en ADD(H) uit de DSM-III van 1980 goede alternatieven beschikbaar waren. Zelfs nadat in de DSM-III-R van 1987 de term ADHD was geïntroduceerd, bleef de benaming MBD opduiken in Nederland, bijvoorbeeld in 1999 (!) in de bekende televisieprogramma's *Netwerk* en *Het elfde uur*. Pas in de loop van de jaren negentig, vooral na de publicatie van de DSM-IV in 1994, raakte de term ADHD ingeburgerd. Dit zou erop kunnen wijzen dat de DSM niet direct na de publicatie van de derde versie in 1980, maar pas na enige tijd, vooral in de jaren negentig, de standaard werd in de Nederlandse (kinder)psychiatrie.³⁷³

Explosieve groei

Toen het ADHD-begrip in de jaren negentig eenmaal ingang kreeg in Nederland, ging het ook hard. Zowel het aantal kinderen dat deze diagnose kreeg als de bekendheid van het begrip nam sterk toe. Deze kinderen kregen bovendien steeds vaker methylfenidaat (Ritalin®) voorgeschreven, wat een breuk vormde met de terughoudende toepassing van psychofarmaca bij kinderen vóór 1990. Het gebruik van ADHD-geneesmiddelen groeide vanaf het begin van de jaren negentig spectaculair – een trend waarvan het einde nog altijd niet in zicht is.³⁷⁴

De cijfers spreken boekdelen over deze epidemische ontwikkeling van ADHD. Rond 2000 werd de prevalentie van ADHD geschat op 3-5% van de kinderen in de basisschoolleeftijd, in 30-60% van de gevallen zou de aandoening op volwassenleeftijd persisteren. In 2000 schreef de Gezondheidsraad dat het om ruim 40.000 kinderen ging, terwijl nog eens ruim tweemaal zoveel kinderen minder ernstige of minder belastende gedragsproblemen hadden, die toch aanleiding gaven tot last en belemmeringen waarvoor

³⁷² Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 57.

³⁷³ Zie hoofdstuk 3. Zie voor de radio- en televisieprogramma's, waarin tot 2000 de term MBD werd gebruikt: NIBG, zoekterm 'MBD'. Zie voor het relatief laat doordringen van de DSM en het ADHD-concept in Europa en Nederland: Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 207, 210-211, Shorter, *History of psychiatry* 302. In de interviews die Rafalovich met (Amerikaanse) ouders en leerkrachten heeft gehouden, valt op dat zij heel vaak de term ADD gebruiken in plaats van ADHD. Dit duidt er mogelijk op dat het ADD-concept uit de DSM-III van 1980 veel meer in de Verenigde Staten ingeburgerd is geraakt dan in Nederland. Dat bevestigt het beeld dat het gebruik van de DSM in Nederland relatief laat gemeengoed werd. Zie: Rafalovich, *Framing ADHD children*.

³⁷⁴ Fliers, Franke en Buitelaar, 'Erfelijke factoren', 1726, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 53, Klasen en Verhulst, 'Betere gezondheidszorg', 1723, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 71-73, Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Explosieve groei', Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Spectaculaire toename ADHD-middelen', Weeda, 'ADHD is een volksziekte'.

behandeling geïndiceerd was. In de jaren daarna werden de schattingen van het aantal kinderen in deze leeftijdsgroep omhoog bijgesteld tot (in 2008) ca. 5-10% – reden voor *NRC Handelsblad* om ADHD een ‘volksziekte’ te noemen. Daarmee was niets te veel gezegd: Nederland telde volgens deskundigen aan het eind van 2008 in totaal rond de 550.000 ADHD-patiënten – kinderen, adolescenten én volwassenen. De toename van het aantal ADHD-diagnoses heeft echter geen betrekking op deze epidemiologische, maar op de (veel lagere) ‘administratieve’ prevalentie – het aantal daadwerkelijk gestelde diagnoses. Daarvan zijn geen cijfers bekend, wel is de algemene overtuiging dat die sinds de jaren ‘90 enorm is gestegen. De sterke groei van het aantal voorgeschreven ADHD-medicijnen dient meestal als indicatie daarvoor – hoewel die deels voortkomt uit een gemiddeld langer gebruik van het middel en niet alleen uit de toename van het aantal behandelde patiënten; bovendien krijgt niet iedere ADHD-gediagnosticeerde patiënt ook medicatie voorgeschreven.³⁷⁵

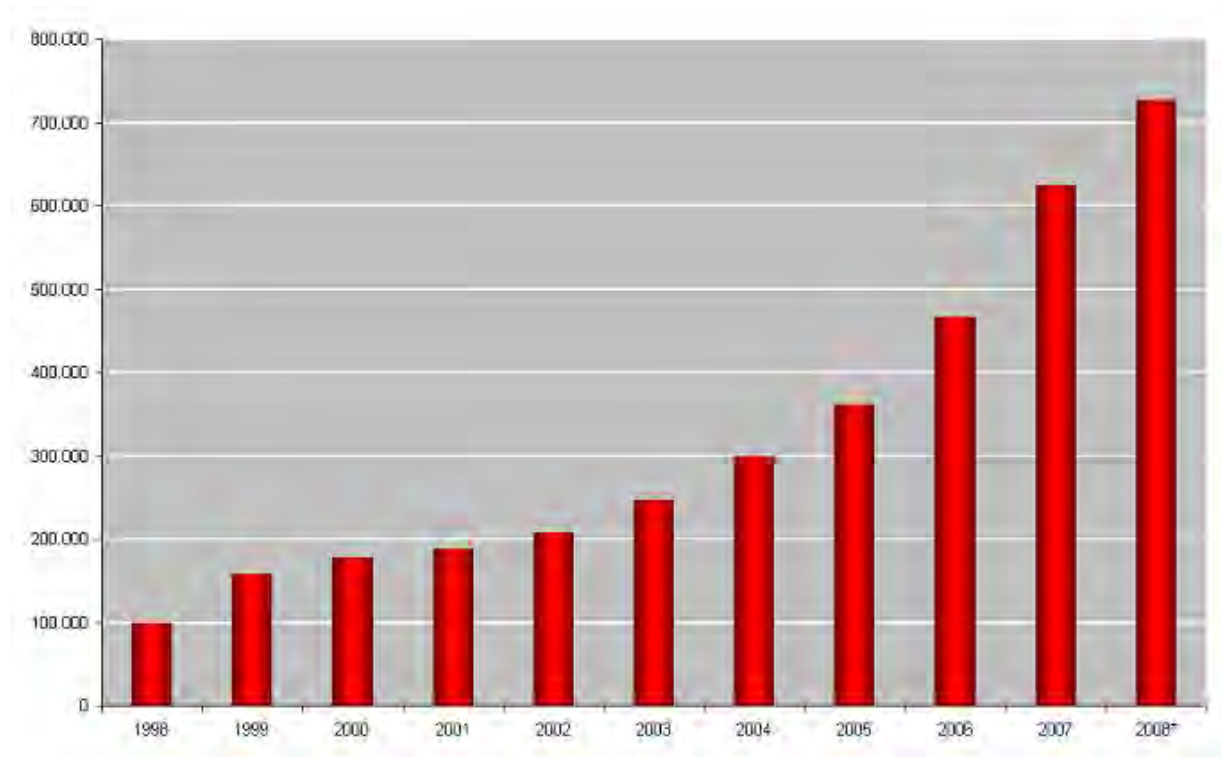
Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen is het aantal verstrekkingen van methylfenidaat via de openbare apotheek tussen 1997 en 2000 gestegen van ca. 65.000 naar ca. 180.000. In deze periode was dus sprake van een bijna verdrievoudiging, die is toe te schrijven aan een langere gemiddelde gebruiksduur en (vooral) aan een forse groei van het aantal gebruikers. In 1991 waren dat er naar schatting 1275, in 1999 31.000. Vervolgens vlakke de groei wat af, maar na 2002 was opnieuw sprake van een zeer sterke toename van het gebruik van ADHD-geneesmiddelen (waar tot op heden geen einde aan lijkt te komen), mede doordat er alternatieven voor Ritalin® op de markt kwamen. Zo is methylfenidaat ook beschikbaar in een tabletvorm met gereguleerde afgifte en is in 2005 een geneesmiddel geïntroduceerd met een andere werkzame stof, atomoxetine (Strattera®)³⁷⁶. Het aantal verstrekkingen van ADHD-geneesmiddelen steeg in deze periode elk jaar met ongeveer 27% per jaar. Het gevolg was meer dan een verdriedubbeling in vijf jaar tijd: van ruim 200.000 verstrekkingen in 2002 tot 624.000 in 2007 (zie figuur 1). Ook deze stijging kwam voor het overgrote deel door de groei van het aantal gebruikers van deze medicijnen. Eind 2007 waren dat er 86.000, tegen 31.000 in 2002.³⁷⁷

³⁷⁵ Brandt-Dominicus, *Multidisciplinaire richtlijn ADHD* 18-19, Fliers, Franke en Buitelaar, 'Erfelijke factoren', 1726, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 53, Klasen en Verhulst, 'Beter gezondheidszorg', 1723, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 71-73, Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Explosieve groei', Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Spectaculaire toename ADHD-middelen', Weeda, 'ADHD is een volksziekte'.

³⁷⁶ Wel is Ritalin® het meest gebruikte middel. Het wordt door artsen als eerste keuze medicatie voorgeschreven bij ADHD. Het wordt ook volledig vergoed in de basisverzekering, de vergoedingslimiet voor de andere medicijnen is gelijkgesteld aan de prijs van het veel goedkopere Ritalin. Het gebruik van atomoxetine lijkt beperkt te blijven tot de kleine groep patiënten bij wie methylfenidaat niet werkt of ernstige bijwerkingen geeft (bronnen: website van de oudervereniging Balans, www.balansdigitaal.nl, Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Explosieve groei', Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Spectaculaire toename ADHD-middelen', Weeda, 'ADHD is een volksziekte'..

³⁷⁷ Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 74-75, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 71-73, Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Explosieve groei', Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Spectaculaire toename ADHD-middelen'.

Figuur 1: Ontwikkeling voorschriften van geneesmiddelen bij ADHD (bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen)³⁷⁸



3. ADHD en de *biological turn* in de kinderpsychiatrie

De 'paradigmawisseling' vanaf ca. 1980

De ontwikkeling van ADD tot ADHD-epidemie vond plaats tegen de achtergrond van een 'pendelbeweging' in de kinderpsychiatrie. Vanaf de jaren tachtig kreeg geleidelijk een transitie van een psychoanalytische naar een medisch-biologische gerichtheid gestalte in het vakgebied. Deze overgang werd deels van binnenuit bewerkstelligd door een nieuwe generatie kinderpsychiaters, die zich afzetten tegen de tekortkomingen en (wat zij zagen als) dictatuur van de psychoanalyse. Daarnaast speelden veranderende omstandigheden een belangrijke rol. Zoals in het vorige hoofdstuk aan de orde is gekomen, groeide tegen het einde van de jaren zeventig zowel in de maatschappij als binnen de geestelijke gezondheidszorg de kritiek op de psycho- en sociotherapieën die eerder in dat decennium een hoge vlucht hadden genomen. Ook is reeds aangehaald dat de kinderpsychiatrie te

³⁷⁸ Overgenomen van: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 'Explosieve groei'.

maken kreeg met een toenemende concurrentie van de orthopedagogiek, de kinderpsychotherapie en de ontwikkelingspsychologie. Om zich duidelijker te onderscheiden van deze disciplines, lag het voor de hand dat kinderspsychiaters hun medische identiteit en somatische deskundigheid sterker gingen benadrukken. Daarnaast waren er nog twee andere externe factoren die bijgedroegen aan een 'paradigmawisseling' in de kinderpsychiatrie: een actiever overheidsbeleid en veranderingen in de universitaire wereld.³⁷⁹

Vanaf de tweede helft van de jaren zeventig begon de overheid zich intensief te bemoeien met de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnssector. Dat had voor een belangrijk deel te maken met de economische stagnatie van die jaren. Die maakte het moeilijker om de verzorgingstaat, die in de decenia daarvoor voortdurend was uitgedijd, te financieren. Met het oog op kostenbeheersing, maar (enigszins paradoxaal) ook om de geestelijke gezondheidszorg beter en voor iedereen gelijk toegankelijk te maken, begon de regering een dirigistisch beleid te voeren van 'echelonering' en 'regionalisering'. Dit leidde bijvoorbeeld in de vroege jaren tachtig tot de vorming van de RIAGG's, de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, waar de MOB's en andere ambulante instellingen in opgingen. In de grootschalige nieuwe instituten ging het sterk psychodynamisch gekleurde profiel van de kleinschalige MOB's enigszins verloren. De langdurige, intensieve analytische behandeling van kinderen die in de jaren zestig en zeventig soms werd toegepast, was in de nieuwe tijd van kostenbeheersing ook steeds minder denkbaar. Gaandeweg was de overheid alleen nog maar bereid de 'goedkoopst adequate', dus zo kort mogelijk durende therapieën te financieren. Daarnaast moest de werkzaamheid van de behandeling aangetoond worden. Juist van de psychoanalyse was de therapeutische effectiviteit veel moeilijker aantoonbaar dan bijvoorbeeld de gedragstherapie en medicamenteuze therapie, die dan ook vanaf de jaren tachtig de wind in de zeilen kregen.³⁸⁰

Niet alleen vanuit de overheid, maar ook in wetenschappelijke kringen werden in deze periode hogere (of beter: *andere*) eisen gesteld aan de toetsing van de werkzaamheid van behandelvormen. In de loop van de jaren zestig en vooral zeventig was binnen de universitaire wereld het aanzien van hermeneutische, geesteswetenschappelijke benaderingen geleidelijk afgenomen en het accent sterker komen te liggen op empirische, 'harde' wetenschap. Deze trend deed zich ook voor binnen de academische

³⁷⁹ Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 53-60, Brancaccio, "But Fidgety Phil" 213-215, Brinkgreve, *Psychoanalyse in Nederland* 29, 222, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 746, 768-771, 914 e.v., Weijers, 'Zestig jaar', 90-94.

³⁸⁰ Abma en Weijers, *Met gezag* 204-209, 217, Brancaccio, "But Fidgety Phil" 217-220, Brinkgreve, *Psychoanalyse in Nederland* 29, 218-222, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 914-915, 1004-1008, W. van Tilburg, 'Psychoanalyse en psychiatrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42, no. 9 (2000) 643-650 645-647, Waardt, *Mending minds* 188-189, Weijers, 'Zestig jaar', 83-87.

(kinder)psychiatrie, vooral dankzij invloeden vanuit het buitenland, waar bijvoorbeeld de biologische psychiatrie en de epidemiologie sterk tot ontwikkeling waren gekomen. Deze zogenaamde 'omslag naar de empirie' was een grote verandering in de universitaire psychiatrie, die altijd veel sterker gericht was geweest op de hulpverleningspraktijk dan op wetenschappelijk onderzoek. Vooral voor de hermeneutisch en therapeutisch ingestelde psychoanalytici bleek deze draai moeilijk te maken.³⁸¹

In deze omstandigheden was het voor kinderpsychiaters aantrekkelijk om zich meer als 'klassieke medici' op te stellen. Zo kwam het tot een herbevestiging van de medische identiteit van het vakgebied – nadat die in de jaren zeventig was gerelativeerd als aanpassing aan de toen heersende 'tijdsgesest' (zie hoofdstuk 3). Deze herstelde medische status heeft volgens kinderpsychiaters een proces van verwetenschappelijking en professionalisering op gang gebracht. Bovendien zou de positionering van de kinder- en jeugdpsychiatrie als onderdeel van de gezondheidszorg geholpen hebben om de overheidsbezuinigingen, die vooral de welzijnssector troffen, relatief ongeschonden te doorstaan.³⁸²

Het is echter niet eenvoudig om te identificeren wat die hernieuwde 'medische identiteit' precies inhield. Per slot van rekening waren kinderpsychiaters altijd al artsen. Bovendien hebben kinderpsychiaters altijd sterk verschillende opvattingen gehad over de betekenis van de medische status van hun vak. De paradigmawisseling die rond 1980 werd ingezet, betekende ook niet dat de psychosociale kant van de kinderpsychiatrie uit het oog werd verloren. Toch heeft zich duidelijk een kentering in biologische richting voorgedaan, met als blikvangers het wetenschappelijke (hersenen)onderzoek, het eerdergenoemde grootschalige gebruik van het DSM-classificatiesysteem – dat volgens veel (kritische)

³⁸¹ Abma en Weijers, *Met gezag* 173, Blok, *Baas in eigen brein* 206, Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 56-58, Leon Eisenberg, 'The past 50 years of child and adolescent psychiatry: a personal memoir', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, no. 7 (2001) 743-748, aldaar 746, Goei, *In de kinderschoenen* 136-137, 140-141, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 771-772, F. Verheij, 'De opkomst van de kinder- en jeugdpsychiatrie' in: F.C. Verhulst en F. Verheij ed., *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek* (Assen 2000) 1-21, aldaar 14-15, F. Verheij, *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie. Als het vanzelfsprekende ontbreekt*, Inaugurele rede Erasmus Universiteit Rotterdam (Assen 1995) 7, 14, Waardt, *Mending minds* 225-228.,

³⁸² Abma en Weijers, *Met gezag* 138-141, 233-234, 236, Blok, *Baas in eigen brein* 139, 142, 150, 156, 165, Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 53-55, Brancaccio, "But Fidgety Phil" 216-217, Brinkgreve, *Psychoanalyse in Nederland* 213-217, L. de Goei, S van 't Hof en G. Hutschemaekers, *Curium 1955-1995. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie* (Utrecht 1995) 176, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 1053, Paul Schnabel e.a., *Kind van drie meesters. Ontwikkelingspsychologen, orthopedagogen en kinderpsychiaters over zichzelf en elkaar* (Utrecht 1987) 24-27, 102-105, 110, Verheij, *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie* 4-5, Waardt, *Mending minds* 228, Weijers, 'Zestig jaar', 90-94.

commentatoren impliciet was gebaseerd op het medische ziektemodel – en de toepassing van psychofarmaca.³⁸³

Aan de hand van deze drie facetten zal in het vervolg van deze paragraaf worden ingegaan op de (veronderstelde) biologische benadering van ADHD en de kritiek daarop.

Wetenschappelijk onderzoek naar ADHD

Tijdens de hoogtijdagen van de psychoanalyse was er in de kinder- en jeugdpsychiatrie nog geen sprake van een onderzoekstraditie. Na 1985 kreeg *research* echter een prominente plaats in het vakgebied. Buiten de epidemiologische studies, was het meeste onderzoek dat sindsdien werd verricht als biologisch en etiologisch getint. Vooral in de jaren negentig, die het 'decennium van het brein' werden gedoopt, nam het hersenonderzoek een hoge vlucht. Dit was niet alleen te danken aan een meer biologisch en *research*-gericht klimaat in de (kinder)psychiatrie, maar ook aan nieuwe, vooral beeldvormende, technologieën. Die maakten het bijvoorbeeld mogelijk gedegen hersenanatomische studies te verrichten bij *levende* proefpersonen. Tevens konden de fysiologische processen, zoals de activiteit van (delen van) hersenen, beter gemeten en zichtbaar gemaakt worden. Ook het neurochemisch onderzoek – dat zich richtte op de afwijkingen in het metabolisme van neurotransmitters, zoals serotonine – kon in deze omstandigheden van de grond komen. Bovendien kreeg, eveneens in de negentiger jaren, het (gedrags)genetische onderzoek gestalte. Daarbij werden moleculaire biologische technieken toegepast om de genetische basis van psychopathologie op kindereleeftijd vast te stellen.³⁸⁴

Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie is naar geen enkele stoornis zoveel wetenschappelijk onderzoek gedaan als naar ADHD. Dit heeft volgens veel kinder- en jeugdpsychiaters het ADHD-concept een stevig fundament gegeven. In 2000 en 2001 schreef J.K. Buitelaar, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie en autoriteit op dit gebied, bijvoorbeeld dat ADHD dankzij hersenonderzoek en genetisch research een externe validatie had gekregen. Bij ADHD-patiëntenpopulaties waren namelijk afwijkingen aangetoond in de bouw van de hersenen. Zo bleken delen van de frontaalkwab ongeveer 5% kleiner dan normaal en ook in zijn totaliteit bleef het hersenvolume van kinderen met ADHD wat achter ten opzichte van gezonde kinderen. In recentere publicaties werd ook veel waarde gehecht

³⁸³ Abma en Weijers, *Met gezag* 175-183, 236, Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 76-89, 98-100, Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 258-259, Conrad, *Identifying hyperactive children* 105, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 1036-1037, 1172-1173, Waardt, *Mending minds* 228.

³⁸⁴ Engeland, 'Child and adolescent psychiatry', 225,232, Verheij, 'Opkomst van de kinder- en jeugdpsychiatrie', 15, Abma en Weijers, *Met gezag* 173-174,179-180, Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 77-82, H. van Engeland, 'Van vroeger naar nu' in: *Uit de kinderschoenen. 60 jaar kinder- en jeugdpsychiatrie UMC-Utrecht* (Assen 2000) 1-5, aldaar 4, Michael Rutter, 'Practitioner review: routes from research to clinical practice in child psychiatry: retrospect and prospect', *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines* 39, no. 6 (1998) 805-816, aldaar 807, Waardt, *Mending minds* 215, 218, 226-227.

aan afwijkingen in de kleine hersenen. Bij functioneel hersenonderzoek was bij kinderen met ADHD bovendien een minder goede impulscontrole aangetoond, wat op basis van neurochemisch onderzoek in verband wordt gebracht met een stoornis in de neurotransmissie van dopamine of noradrenaline. Tweelingonderzoek, ten slotte, zou uitgewezen hebben dat de erfelijkheid van ADHD geschat moest worden op 70 tot 80%.³⁸⁵

De overgrote meerderheid van de kinder- en jeugdpsychiaters twijfelde op grond van dit alles niet aan het 'bestaan' van ADHD. In 2007 verwoordden M. Vegt e.a. dit meerderheidsstandpunt als volgt: 'De aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) is een grotendeels erfelijk bepaalde neuropsychiatrische stoornis'.³⁸⁶ Zij moesten hieraan echter toevoegen: 'waarvan het neurobiologische substraat vooralsnog onopgehelderd is'.³⁸⁷

Dit laatste gegeven was munitie voor aanhangers van het medicaliseringsperspectief, die meenden dat het 'drukke gedrag' van kinderen met de diagnose ADHD zonder voldoende onderbouwing als 'ziekte' werd bestempeld. De kleinere omvang van (delen van) het brein bij ADHD en andere bevindingen uit hersenonderzoek zouden bijvoorbeeld alleen als kleine, gemiddelde afwijkingen gevonden zijn na vergelijking van grote groepen 'patiënten' en gezonde proefpersonen. Dat betekende dat veel individuen met de diagnose ADHD deze afwijkingen *niet* vertoonden, terwijl die wel werden aangetroffen bij een aanzienlijk aantal 'normale' mensen.³⁸⁸

Dehue wees onlangs in dit verband op de suggestieve werking van beeldvormende technieken. Zij gaf als voorbeeld de paarsgewijze afbeeldingen van hersenen 'met' en 'zonder' ADHD in veel kranten, tijdschriften en op websites – wie 'ADHD' *googled* vindt daar met groot gemak voorbeelden van (zie figuur 2, ook gevonden via *google*).

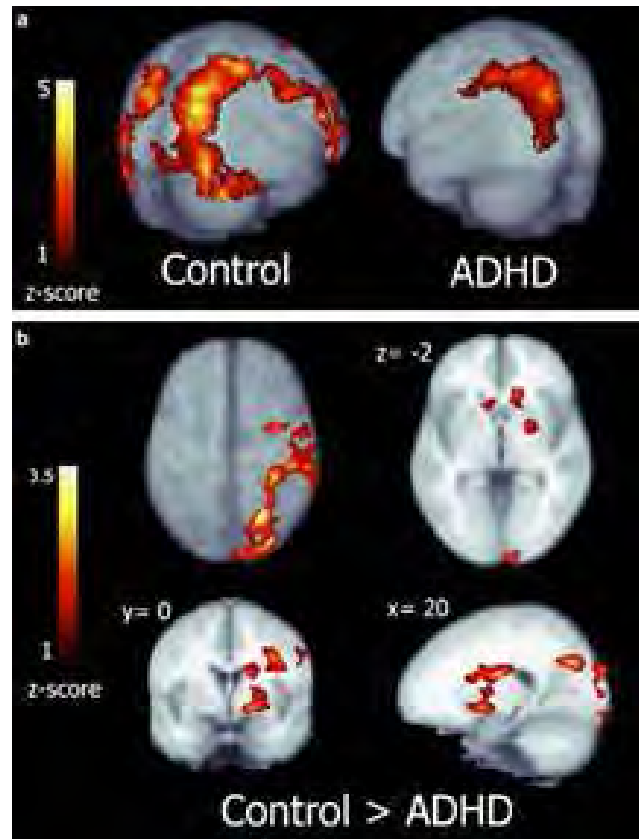
³⁸⁵ Buitelaar, 'Hyperactiviteit vroeger en nu', 72-74, Buitelaar, 'Discussies over ADHD', 1485-1486. Zie ook: Barkley, *Attention-Deficit* 32-34, Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' 16-18, Fliers, Franke en Buitelaar, 'Erfelijke factoren', Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 35, 56-57, Klasen en Verhulst, 'Betere gezondheidszorg', 1723.

³⁸⁶ Vegt e.a., 'Psychiatrische en neuropsychiatrische kenmerken', 289. Zie ook: Brandt-Dominicus, *Multidisciplinaire richtlijn ADHD* 19, Barkley, *Attention-Deficit* 39, Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' 16, 25, Fliers, Franke en Buitelaar, 'Erfelijke factoren', 1726, Glind, 'ADHD is een echte ziekte', Kooij, 'Onderbouwing diagnose ADHD', aldaar 302.

³⁸⁷ Vegt e.a., 'Psychiatrische en neuropsychiatrische kenmerken', 289. Zie ook: Brandt-Dominicus, *Multidisciplinaire richtlijn ADHD* 19, Fliers, Franke en Buitelaar, 'Erfelijke factoren', 1726, Kooij, 'Onderbouwing diagnose ADHD' 302.

³⁸⁸ Zie bijvoorbeeld: Alger, Bouma en Teugels, 'Risico's van Ritalin', Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', Dehue, *De depressie-epidemie* 47, Nieweg, 'ADHD', Shorter, *History of psychiatry* 289-290, Vandereycken, 'Bittere en vergulde pillen', 121, 125-127. Zie voor een uitvoerige weergave van de verschillende standpunten onder klinici over de status van ADHD als neuropsychiatrische 'ziekte': Rafalovich, *Framing ADHD children* 42-60.

Figuur 2: Paarsgewijze afbeeldingen van hersenen met en zonder ADHD, zoals die op het internet in groten getale te vinden zijn.



Dergelijke illustraties wekten volgens Dehue de indruk dat precies duidelijk was wat er in de hersenen ‘mis’ was bij ADHD-patiënten. Daardoor leek het of individuen slechts in een scanapparaat geschoven hoeven te worden om te achterhalen of en in welke opzichten ze afwijkend zijn. In werkelijkheid waren die afbeeldingen echter ‘weergaven van berekeningen die het resultaat zijn van complexe experimenten vol vooronderstellingen, overwegingen en besluiten’.³⁸⁹ Dit voorbehoud, dat de wetenschappers zelf wel maakten, verdween volgens Dehue bij de publicatie in de pers of op websites. Terwijl onderzoekers zich dus realiseerden dat er grote onzekerheden bestonden ten aanzien over de biologische ‘oorzaken’ van ADHD, suggereerden de in de massamedia afgebeelde hersenscans dat de ‘ziekte’ op de foto kon worden gezet. Zo werd, zonder enig fundament, het biologische imago van ADHD en andere psychische stoornissen versterkt. Dit was vooral in het belang van de farmaceutische industrie, die zelf bijdroeg aan de misleidende beeldvorming door in reclamecampagnes en op websites animaties te tonen van neurotransmissies.³⁹⁰

³⁸⁹ Dehue, *De depressie-epidemie* 126.

³⁹⁰ Dehue, *De depressie-epidemie* 95-98, 125-129.

Diagnostiek: ADHD als DSM-categorie

ADHD was niet alleen als neuropsychiatrische 'ziekte', maar ook als nosologische categorie onderwerp van discussie. De meeste kinder- en jeugdpsychiaters meenden dat het ADHD-concept valide was. Buitelaar schreef bijvoorbeeld dat de verschillende gedragsitems uit DSM-classificatiecriteria voor ADHD in factoranalyses sterk met elkaar bleken samen te hangen. Ook de Gezondheidsraad noemde het ADHD-begrip in 2000 een zinvolle diagnostische categorie.³⁹¹

De raad moest echter ook constateren dat het ADHD-concept enigszins problematisch was, vooral met betrekking tot de afgrenzingen naar andere ziektebeelden. Comorbiditeit was bij kinderen met ADHD namelijk eerder regel dan uitzondering. Geschat werd dat eenderde tot de helft van hen naast ADHD ook andere gedragsstoornissen had. Bij jongere kinderen ging het daarbij vooral om de oppositionele gedragsstoornis (*oppositional defiant disorder* of ODD), gekenmerkt door een consistent patroon van ongewoon negativistisch, afwijzend, ongehoorzaam en vijandig gedrag; en op (iets) latere leeftijd om de antisociale gedragsstoornis (*conduct disorder* of CD), gekenmerkt door gedrag waardoor schade wordt toegebracht aan de persoon, eigendom of rechten van anderen in de vorm van agressie, diefstal of anderszins. Tevens kwamen bijvoorbeeld dyslexie, depressie en angststoornissen veel voor bij ADHD-patiënten. Ook zouden ADHD-patiënten op latere leeftijd een verhoogd risico lopen op verslavingsziekten. Daarnaast heeft de sterke overlap tussen ADHD en PDD (Pervasive Development Disorder) recentelijk twijfels opgeroepen of wel van twee afzonderlijke stoornissen gesproken kan worden.³⁹²

Niet alleen ten opzichte van andere stoornissen, maar ook ten opzichte van het domein van het normale gedrag stonden de grenzen van het ADHD-concept ter discussie. Zo waren er kinderen die voldeden aan de classificatiecriteria van ADHD, maar dermate weinig last van hun symptomen ondervonden dat een klinische diagnose niet op zijn plaats zou zijn geweest. Aan de andere kant bestond ook de zogenaamde *sub-threshold* problematiek: kinderen die net niet aan de classificatiecriteria voldeden, maar dermate hinder hadden van de gevolgen van hun symptomen dat behandeling op zijn plaats was. Dat gegeven was bij de klinische diagnostiek van groot belang. Niet alleen de symptomen zelf, maar ook de gevolgen daarvan, in de vorm van last en belemmering voor het kind zelf én zijn omgeving, bepaalden of een beeld als stoornis benoemd werd of niet. De *impairment*, zoals

³⁹¹ Buitelaar, 'Hyperactiviteit vroeger en nu', 72-74, Bergsma, 'Druktemakers', Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' 16-18, Buitelaar, 'Discussies over ADHD', 1485-1486, Fliers, Franke en Buitelaar, 'Erfelijke factoren', 35, 56-57, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 41, 44.

³⁹² Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 34, 40-44. Depressie en angststoornissen komen in onderzoek voor tussen de 0 en 50% van de kinderen met ADHD (een precieze schatting is dus niet te geven). 20 tot 30% van de kinderen met ADHD zou een specifieke leerstoornis hebben, waarbij het vooral gaat om dyslexie (pp.42-43). Zie ook: Brandt-Dominicus, ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*) 19, 29.

de Gezondheidsraad het noemde, diende daarbij als indicatie voor de ernst van de symptomen in relatie tot de sociale situatie van het kind en voor de behandel noodzaak. Er was echter geen rechtstreeks verband tussen enerzijds het aantal en de ernst van de symptomen en anderzijds de ondervonden belemmeringen. Mede daardoor was niet altijd duidelijk wat de doorslag gaf bij de diagnose: de symptomen of de ondervonden last.³⁹³

Bovendien werd over het algemeen verondersteld dat de bij ADHD behorende gedragskenmerken zich voordeden in een continuüm – alle kinderen waren immers wel eens onrustig, impulsief of ongeconcentreerd. Wanneer (precies) dergelijk gedrag het domein van het normale overschreed en als afwijkend bestempeld moest worden, was volgens onder andere de Gezondheidsraad tot op zekere hoogte arbitrair (waar volgens onder andere Buitelaar tegenover stond dat de grens tussen normaal en afwijkend bij bijvoorbeeld overgewicht of een te hoge bloeddruk niet minder arbitrair was). Tevens ontbrak het zowel voor het vaststellen van de symptomen als van de gevolgen daarvan aan objectief-meetbare criteria. De diagnose ADHD kwam in plaats daarvan tot stand op basis van de (subjectieve) informatie van de kinderen zelf en vooral van ouders en leerkrachten. Daarbij werd bekeken in hoeverre het gedrag van het kind afweek van een standaard die mede bepaald werd door de historische, sociale en culturele context. De beoordeling van het gedrag van het kind was volgens de Gezondheidsraad om deze redenen situatie-gebonden en afhankelijk van de vigerende maatschappelijke normen.³⁹⁴

Zo lijkt een deel van de controverses over ADHD te verklaren op grond van de hoge comorbiditeit, de onduidelijkheid over de grenzen van het concept, het 'subjectieve' karakter van de diagnose en het gebrek aan zekerheid over de precieze (organische) oorzaak. Critici betoogden op basis daarvan bijvoorbeeld dat het ADHD-concept betrekking had op een onduidelijke afgebakende groep kinderen, die op grond van arbitraire maatschappelijke normen en subjectieve meningen van leraren en ouders het stigma kregen van een hersenziekte, waarvan het bestaan niet eens overtuigend was bewezen.³⁹⁵ Het verschijnsel van hoge comorbiditeit deed zich echter bij vele psychiatrische stoornissen – of beter: DSM-categorieën – voor. Tevens gold (en geldt nog altijd) voor alle psychische stoornissen dat de pathofysiologie nog (deels) opgehelderd was en dat er geen biologische en psychologische tests waren waarmee ze op 'objectieve' wijze vastgesteld konden worden.³⁹⁶

³⁹³ Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 30, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 37-38,49-50.

³⁹⁴ Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 29-30, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 9-10, 35-38, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 64-65.

³⁹⁵ Zie bijvoorbeeld: Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 167, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 28-31, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 63-65, Vandereycken, 'Bittere en vergulde pillen', 125-127.

³⁹⁶ Buitelaar, 'Hyperactiviteit vroeger en nu', 74, Bergsma, 'Druktemakers', , aldaar 18, Buitelaar, 'Discussies over ADHD', 1485-1486.

Bovengenoemde bezwaren tegen ADHD als diagnostische categorie waren dan ook onderdeel van een meer algemeen debat over de psychiatrische diagnostiek als geheel en in het bijzonder over de DSM. Weliswaar beklemtoonden veel (kinder)psychiaters dat DSM-rubricering niet verward moest worden met ‘echte’ diagnostiek bij een individuele patiënt, maar onmiskenbaar was dit classificatiesysteem zeer (gezichts)bepalende geworden. Tegen het einde van de jaren negentig werden cliënten in vrijwel alle instellingen in de geestelijke gezondheidszorg standaard gerubriceerd volgens de DSM.³⁹⁷

Het succes van DSM riep van begin af aan veel weerstand op, ook onder kinderpsychiaters zelf. Vriend en vijand vond dat het systeem leed aan tekortkomingen, zoals: gebrek aan precisie; onduidelijke grenzen tussen zowel de omschreven stoornissen onderling als tussen het domein van het normale en het abnormale; het buiten beschouwing laten van de context waarin symptomen zich voordeden. Op een meer fundamenteel niveau, werd frequent betoogd dat het gebruik van de DSM, ondanks het symptoombeschrijvende karakter, op dubieuze wijze het biologische denken in de (kinder)psychiatrie versterkte. Wanneer een patiënt op basis van gedragskenmerken voldeed aan voldoende criteria, kwam er een diagnose uit de bus, die volgens critici al gauw door zowel behandelaar als patiënt benaderd werd als een echte ziekte. Dehue betoogt in dit verband dat DSM-labels, die slechts waren bedoeld om het taalgebruik in de psychiatrie te standaardiseren, in de praktijk haast automatisch de status van ‘oorzaken’ kregen. Deze verheffing van klinisch beeld tot ziekte stimuleerde volgens Dehue en verschillende andere auteurs het gebruik van psychofarmaca. Het samenspel van DSM en farmaceutische industrie zou op deze wijze geleid hebben tot de psychiatrisering van alledaagse levensproblemen.³⁹⁸

ADHD en de ‘farmaceutische revolutie’

Deze critici verwezen (daarmee) naar een belangrijke verandering in de kinderpsychiatrische behandelpraktijk. Daarin voltrok zich volgens de gezaghebbende Britse kinderpsychiater M. Rutter niet minder dan een revolutie in de omgang met psychofarmaca. Vóór 1985 waren Nederlandse kinderpsychiaters uiterst terughoudend met het voorschrijven van medicatie. Na 1985 en vooral na 1990 verdween het taboe op psychotrope middelen in de kinderpsychiatrie. Het voorbeeld bij uitstek van deze ‘revolutie’ was de veranderende

³⁹⁷ Zie o.a. Engeland, ‘Child and adolescent psychiatry’, 225, 229, Abma en Weijers, *Met gezag* 180-183, Jongedijk, ‘Psychiatrische diagnostiek’, 309-312, Verheij, ‘Waar gaan we heen?’ 23.

³⁹⁸ Alger, Bouma en Teugels, ‘Risico’s van Ritalin’, Conrad, *Identifying hyperactive children* 105, Dehue, *De depressie-epidemie* 18, 46-49, Trudy Dehue, ‘Dubbelblind vertrouwen. Psychotrope stoffen en experimentele wetenschap’, *De Psycholoog* 38, no. 12 (2003) 631-637 634-635, S. van 't Hof, ‘Een ambt, hoog en subtiel...’ *Psychiaters over psychiatrie 1971-1996* (Utrecht 1996) 41, Allan V. Horwitz en Jerome C. Wakefield, *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into Depressive Disorder* (Oxford e.a. 2007), Jongedijk, ‘Psychiatrische diagnostiek’, 310, 314, H.M. van Praag, ‘Nosologomanie, een aandoening van de psychiatrie’, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 41 (1992) 703-712, Vandereycken, ‘Bittere en vergulde pillen’, 125-126.

houding tegenover de gebruikelijke behandeling van ADHD-patiënten met methylfenidaat. Zoals in hoofdstuk 3 reeds is vermeld, werd het middel in Nederland tot diep in de jaren tachtig nauwelijks gebruikt uit vrees voor schadelijke neveneffecten – mede omdat het een amfetamine-achtig preparaat betrof dat was opgenomen in de opiumwet. In de jaren negentig sloeg deze situatie compleet om, zoals moge blijken uit de eerder genoemde cijfers van het spectaculair toegenomen aantal verstrekkingen van methylfenidaat.³⁹⁹

Allerlei factoren hebben aan deze explosieve stijging van het gebruik van Ritalin® bijgedragen. Voor de houding van kinderpsychiaters en andere artsen is het ongetwijfeld van groot belang geweest dat zij, op grond van het vele wetenschappelijke onderzoek dat daarnaar is gedaan, over het algemeen overtuigd zijn geraakt van de werkzaamheid en veiligheid van het geneesmiddel. Aangevoerd zou zijn dat methylfenidaat bij 70 tot 80 procent van de ADHD-patiënten leidde tot een aanzienlijke symptoomreductie, dat de bijwerkingen relatief mild waren en dat die vooral in het begin van de behandeling optraden bij niet meer dan 10 á 15 procent van de behandelde patiënten. Tevens waren er aanwijzingen dat het gebruik van methylfenidaat de kans dat een kind met ADHD op latere leeftijd een verslaving opdeed eerder verkleinde dan vergrootte.⁴⁰⁰

Ook de in de praktijk ervaren successen hebben waarschijnlijk de opstelling van veel behandelaars ten aanzien van het gebruik van methylfenidaat doen veranderen. Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de Riagg-Utrecht sprak in een interview uit 2000 van 'verbluffende resultaten: verhalen van kinderen die van de ene dag op de andere omsloegen, (die) opeens op school netjes aan hun tafels gingen leren en thuis ervaren werden als een ander kind [...]. Eigenlijk door het succes van Ritalin zijn wij daar toch anders over gaan denken. Dat is een geleidelijk proces geweest [...]. Maar we konden niet ontkennen dat het spul gewoon verdomd goed werkte'.⁴⁰¹

Veel van de bezwaren tegen het middel waren zo weggenomen, maar lang niet alle. Regelmatig klonken bijvoorbeeld verontruste stemmen in de media over de bijwerkingen van methylfenidaat. Een ander lastig punt bleef dat de langetermijneffecten van behandeling met methylfenidaat (nog) niet bekend waren (en zijn). Tevens bleef het inzicht in hoe en waarom het middel werkte beperkt. Ook was nog veel onduidelijk over de optimale dosering en

³⁹⁹ Engeland, 'Child and adolescent psychiatry', 225-226, F. Boer, 'Child and adolescent psychiatry in the Netherlands. Patterns of practice 7 years later', *European Child & Adolescent Psychiatry* 14 (2005) 351-355, aldaar 354, E. de Donder, *Psychoactieve medicatie. Cijfers in perspectief (1990-2002)* (Antwerpen/Apeldoorn 2004), R.J. van der Gaag en E. van den Ban, 'Psychofarmaca bij kleuters en kinderen: een landelijke inventarisatie' in: F. Verheij, R. Eijsberg en A. van Strien ed., *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie* (Assen 1993) 201-208, Rutter, 'Practitioner review', 805, Vandereycken, 'Bittere en vergulde pillen', 120.

⁴⁰⁰ Brandt-Dominicus, *Multidisciplinaire richtlijn ADHD* 44-50, Bergsma, 'Druktemakers', Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' 23-24, Buitelaar, 'Discussies over ADHD', 1487-1488, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 61-62, 65-75, Pieters, 'Een eeuw omgang', 641, Reijnders, Buurma en Vulto, *Geneesmiddelen in Nederland* 176.

⁴⁰¹ Geciteerd in: Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 76.

gebruiksduur. Nadelig was daarbij de kortdurende werking van Ritalin®. Patiënten moesten ongeveer elke vier uur het middel opnieuw innemen. Dit kon in de praktijk tot moeilijkheden leiden, kinderen konden bijvoorbeeld vergeten hun pillen mee naar school te nemen of om ze op tijd in te nemen. Zodra het middel was uitgewerkt hadden ze bovendien vaak last van het zogenaamde ‘rebound-effect’, wat wil zeggen dat de ADHD-symptomen in verhevigde mate terugkeerden. Deze problemen werden enigszins ondervangen toen vanaf 2003 enkele varianten van methylfenidaat op de markt kwamen met gereguleerde afgifte. Deze middelen werden echter, in tegenstelling tot Ritalin®, niet volledig vergoed. Sommige auteurs vrezen daarom voor een tweedeling van enerzijds ‘arme’ ADHD-patiënten aan de Ritalin® en anderzijds ‘rijke’ ADHD-patiënten aan de dure varianten met gereguleerde afgifte.⁴⁰²

Daarnaast was er kritiek op het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van psychofarmaca, waaronder methylfenidaat. Sinds de opkomst van de zogenaamde *evidence based medicine* in de jaren negentig, gold het zogenaamde dubbelblinde gerandomizeerde gecontroleerde experiment als de ideale methode om werkelijk te bewijzen dat een bepaalde therapie effect had. Dehue betoogde echter (jarenlang) dat deze *randomized clinical trials* (RCT’s) geen neutrale onderzoeksinstrumenten waren. Niet vanwege de ‘objectieve’ resultaten, maar vanwege de ideologische principes waarop ze waren gebaseerd, droegen de RCT’s – en daarmee de zogenaamde *evidence based medicine* – volgens haar bij aan de totstandkoming van de hegemonie van het biologische ziektemodel in de (kinder)psychiatrie. Tevens werden daardoor therapievormen die gericht waren op symptoomreductie, zoals gedragstherapie en medicinale behandeling, bevoordeeld – en bijvoorbeeld psychodynamische therapieën benadeeld.⁴⁰³

Een veel heikeler punt was dat veel onderzoek naar de effecten en bijwerkingen van psychotrope middelen werd betaald door de farmaceutische industrie zelf. Dehue sprak in dit verband van het ‘farmaceutisch-wetenschappelijk complex’. Dit complex was volgens haar ontstaan door de commercialisering van de wetenschap, die grotendeels het gevolg was van het bezuinigings- en privatiseringsbeleid van de overheid. Onderzoekers werden daardoor als het ware in de armen gedreven van externe geldschieters, zoals farmaceutische bedrijven. Zo kon het gebeuren dat de laatste jaren vrijwel alle RCT’s naar de effectiviteit van psychofarmaca werden verricht door commerciële onderzoeksbureau’s die in sterke mate afhankelijk waren van de producenten van deze geneesmiddelen. Deze ontwikkeling baarde

⁴⁰² Bergsma, 'Druktemakers', Brandt-Dominicus, ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*) 45-48,51-55, Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' 23-24, Buitelaar, 'Discussies over ADHD', 1487-1488, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 61-62, 65-75, P.N.J. Langendijk en A.A.M. Wilde, 'Medicatie voor aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD) en het risico op cardiovasculaire sterfte', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 150, no. 31 (2006) 1713-1714, Pieters, 'Een eeuw omgang', 641.

⁴⁰³ Dehue, *De depressie-epidemie* 130-167, Dehue, 'Dubbelblind vertrouwen', 632, 635. Zie ook: Engeland, 'Child and adolescent psychiatry', 232, Tilburg, 'Psychoanalyse en psychiatrie', 645-646.

niet alleen Dehue, maar ook andere auteurs, wetenschappers en de Koninklijke Nederlandse Academie voor de Wetenschappen grote zorgen. Zij meenden dat de betrouwbaarheid en de onafhankelijkheid van de wetenschap in het geding waren. Vergelijkende studies toonden bijvoorbeeld significante verschillen aan tussen de resultaten van enerzijds onafhankelijk en anderzijds door de farmaceutische industrie gesponsorde onderzoeken naar de effectiviteit en bijwerkingen van geneesmiddelen.⁴⁰⁴

In sociologische optiek, tot slot, was de toepassing van methylfenidaat een vorm van sociale controle. Door de dominante 'bio-medische' benadering zou 'druk gedrag' van kinderen gereduceerd worden tot een individueel probleem, terwijl de sociale context waarin de problemen zich voordeden buiten beschouwing bleven. Er was volgens veel commentatoren alle reden om de aandacht daar juist wél op te richten, gezien de invloed van de situatie in gezinnen en op scholen op het ontstaan van gedragsproblemen, het onevenredig voorkomen van ADHD bij jongens (in een verhouding van 3 á 4 : 1 ten opzichte van meisjes) en het relatief grote aantal ADHD-'patiënten' onder de lagere sociaal-economische klassen.⁴⁰⁵

4. Het debat over de ADHD-epidemie

Meer 'drukke kinderen' of expansie van het medische domein?

De meeste discussies over methylfenidaat betroffen echter niet zozeer de toepassing of de effectiviteit van het middel als zodanig, maar vooral de hoge vlucht die het gebruik ervan had genomen. Hetzelfde ging op voor ADHD: minder dan het concept zelf, was de enorme toename van het aantal gestelde diagnoses aanleiding voor controverses. Veel argumenten tegen de biologische benadering van ADHD waren ook grotendeels ingegeven door het epidemische karakter dat deze gedragsproblematiek had aangenomen.⁴⁰⁶

De epidemische ontwikkeling van ADHD was dan ook spectaculair. De (in paragraaf twee genoemde) groeicijfers schreeuwden om een verklaring. In meer populaire publicaties

⁴⁰⁴ Abma en Weijers, *Met gezag* 184, 238, Joop Bouma, *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?* (Amsterdam 2006), Gerrit Breeuwsma, Ruud Abma en Jacques Dane, 'Pillen en psyche. Een inleiding', *De Psycholoog* 38, no. 12 (2003) 626-630 628-629, Dehue, *De depressie-epidemie* 91-118, 168-197, Dehue, 'Dubbelblind vertrouwen', 634-636, A.J.F. Köbben en H. Tromp, *De onwelkome boodschap of Hoe de vrijheid van de wetenschap bedreigd wordt* (Amsterdam 1999), Vandereycken, 'Bittere en vergulde pillen', W. Vandereycken en R. van Deth, *Psychiaters te koop? De invloed van de farmaceutische industrie op het psychiatrisch denken en handelen* (Antwerpen 2006).

⁴⁰⁵ Zie bijvoorbeeld: Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 28, Conrad, *Identifying hyperactive children* x (voorwoord van Robert Dingwall), xiv (voorwoord van Conrad zelf), Rafalovich, *Framing ADHD children* o.a. 178-179.

⁴⁰⁶ Dit moge blijkt uit het vervolg van deze paragraaf.

werd daarbij vooral gewezen op het steeds drukkere moderne leven. Gestresste ouders hadden moeite met de combinatie van werken en zorgen; en kinderen werden heen en weer gesleept tussen thuis, school, opvangadres, sportclub en muzieklles. Bovendien werden zij aan alsmaar meer prikkels van computerspelletjes, televisie, mobiele telefoontjes, verkeersdrukte en lawaai blootgesteld. In de meer 'serieuze' medische en (sociaal-) wetenschappelijke literatuur speelden deze factoren echter, opvallend genoeg, nauwelijks een rol. De consensus was dat er niet zozeer meer kinderen met gedragsproblemen zijn gekomen (als gevolg van de moderne maatschappelijke omstandigheden). Van grotere invloed was dat dergelijke kinderen eerder en vaker de diagnose ADHD kregen en daar vervolgens voor behandeld werden. Dit betekende onder andere dat lichtere vormen van afwijkend gedrag dan voorheen werden bestempeld tot medisch-psychiatrisch probleem. Daarnaast werd de diagnose ADHD, die voorheen vooral beperkt bleef tot kinderen in de basisschoolleeftijd, steeds vaker gesteld bij kinderen onder de zes jaar, adolescenten en volwassenen. De ADHD-epidemie was, met andere woorden, vooral het gevolg van de expansie van het medische domein en niet of nauwelijks van de toename van afwijkend gedrag bij kinderen.⁴⁰⁷

Dat zich, in deze zin, een proces van 'medicalisering' had voorgedaan, werd door niemand betwist, maar wel heel verschillend beoordeeld. Critici meenden dat sprake was van overdiagnostiek en overbehandeling. Op zijn minst een deel van de 'ADHD-patiënten' zou ten onrechte als zodanig gediagnosticeerd zijn en medicijnen krijgen. Tevens bestond de vrees dat de populariteit van methylfenidaat ten koste ging van (onderzoek naar) diëtistische en psychosociale interventies. Omdat die in de regel meer moeite en geld kostten, zou medicatie ook ten onrechte als substituut gebruikt zijn. Op deze manier zouden de drempels voor de medicalisering en pathologisering van afwijkend gedrag steeds verder verlaagd zijn, terwijl de maatschappelijke en psychosociale aspecten, uit beeld verdwenen. Daarmee zouden vooral de belangen gediend worden van de farmaceutische industrie.⁴⁰⁸

⁴⁰⁷ Buitelaar, 'Hyperactiviteit vroeger en nu', 69-71, Alger, Bouma en Teugels, 'Risico's van Ritalin', Bergsma, 'Druktemakers', 17, Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 221-225, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' 24, Buitelaar, 'Discussies over ADHD', J.K. Buitelaar, 'Wat is een voldoende-goede behandeling voor ADHD?' *Tijdschrift voor Psychiatrie* 46, no. 1 (2004) 27-29, Conrad, *Identifying hyperactive children* xii, Kooij, 'Onderbouwing diagnose ADHD', Nieweg, 'ADHD', 303, 308-310, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 80, Rafalovich, *Framing ADHD children* 171-174, 177, Shorter, *History of psychiatry* 289-290, Weeda, 'ADHD is een volksziekte'. Zie over de expansie van het ADHD-concept naar volwassenen vooral: Conrad, *Identifying hyperactive children* 101-125. Dit hoofdstuk uit het boek van Conrad was eerder in de vorm van een tijdschriftartikel gepubliceerd: Peter Conrad en Deborah Potter, 'From hyperactive children to ADHD adults: observations on the Expansion of Medical Categories', *Social Problems* 47 (2000) 59-82. In dit hoofdstuk wordt verder alleen nog naar het boek, niet naar het tijdschriftartikel verwezen. Overigens zou ook de oorzaak van de 'depressie-epidemie' eerder liggen in de uitbreiding van het medische domein dan in de toename van het aantal mensen met depressieve symptomen als neerslachtigheid, zie: Dehue, *De depressie-epidemie*, Horwitz en Wakefield, *Loss of sadness*.

⁴⁰⁸ Alger, Bouma en Teugels, 'Risico's van Ritalin', 'Alleen geld voor pillen', Bergsma, 'Druktemakers', Brancaccio, "*But Fidgety Phil*" 221, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 31, 36, Buitelaar,

Anderen brachten daar tegenin dat de stijging van het aantal diagnoses en het gebruik van methylfenidaat erop duidde dat het ADHD-beeld in meer gevallen onderkend werd, zoals recentelijk vooral onder adolescenten en volwassenen, zodat meer patiënten ook de hulp en behandeling ontvingen die ze nodig hadden. Er zou zelfs eerder sprake zijn van *onderdiagnostiek* en *onderbehandeling*, omdat bij bijvoorbeeld allochtone kinderen en meisjes ADHD te weinig vastgesteld zou worden.⁴⁰⁹

Deze standpunten klonken ook door in de uiteenlopende verklaringen die werden gegeven voor de ADHD-epidemie. De verlaging van de drempel voor zowel de diagnose ADHD als de toepassing van methylfenidaat diende volgens aanhangers van de medicaliseringstheorie om uiteenlopende redenen de belangen van ouders, leerkrachten, medici en de farmaceutische industrie. De krachten die bijdroegen aan de hegemonie van de biologische richting in de (kinder)psychiatrie – zoals het ‘farmaceutisch-wetenschappelijk complex’ en de toepassing van de DSM (met haar vage, onduidelijk begrensde categorieën) – werkten in hun ogen ook de uitbreiding van dit vakgebied in de hand. Hun opposenten, onder wie veel kinderpsychiaters, noemden als verklaring onder andere een betere herkenning van het ziektebeeld, de behandelingsnoodzaak en het verdwijnen van het taboe op zowel de gedragsproblematiek als het medicijngebruik van kinderen.⁴¹⁰

De rol van de media

Op één punt waren beide kampen het echter eens: dat de media een belangrijke rol hebben gespeeld. Ook Pieters, Te Hennepe en De Lange kwamen, in een rapport van het Rathenau Instituut uit 2002, tot deze conclusie. In algemene zin hebben de media volgens hen bijgedragen aan een cultuuromslag ten aanzien van het gebruik van medicijnen. De ‘pillenpreutsheid’ die Nederlanders tot in de jaren tachtig kenmerkte, maakte door het afnemende invloed van de ‘calvinistische gezondheidstraditie’ plaats voor een grote bereidheid in de jaren negentig om zelfs *lifestyle* medicijnen te slikken (als voorbeeld

'Discussies over ADHD', 1486-1488, Conrad, *Identifying hyperactive children* xv, 119-120, Dehue, *De depressie-epidemie* 82, 118, 237, F. Kievits en M.T. Adriaanse, 'Zorg om subsidie 'pillencultuur' ', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151, no. 7 (2007) 435-436, Pieters, 'Een eeuw omgang', 643, Rafalovich, *Framing ADHD children* 177-178, Shorter, *History of psychiatry* 289-290, Vandereycken, 'Bittere en vergulde pillen', 121, 125-127.

⁴⁰⁹ Barkley, *Attention-Deficit* 36-39, Bergsma, 'Druktemakers', Brandt-Dominicus, ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*) 19-22, Buitelaar, 'Discussies over ADHD', 1486-1488, Glind, 'ADHD is een echte ziekte', Klasen en Verhulst, 'Betere gezondheidszorg', 1723, Kooij, 'Onderbouwing diagnose ADHD'.

⁴¹⁰ Barkley, *Attention-Deficit* 36-39, Bergsma, 'Druktemakers', Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 209, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 31, 36, Buitelaar, 'Discussies over ADHD', 1486-1488, Conrad, *Identifying hyperactive children* 109-110, Dehue, *De depressie-epidemie* 46-49, 261, Klasen en Verhulst, 'Betere gezondheidszorg', 1723, Kooij, 'Onderbouwing diagnose ADHD', Pieters, 'Een eeuw omgang', 643, Shorter, *History of psychiatry* 289-290, Vandereycken, 'Bittere en vergulde pillen', 121, 125-127. Zie over de rol van de DSM bij het ‘oprekken’ van de depressie: Horwitz en Wakefield, *Loss of sadness*.

noemen ze Prozac®, Viagra® en Ritalin®).⁴¹¹ Specifiek ten aanzien van ADHD en het gebruik van Ritalin®, zou de grote media-aandacht die daarvoor (vooral vanaf het midden van de jaren negentig) in Nederland bestond, stoornis en ziektebeeld uit de taboesfeer hebben gehaald. ADHD werd in televisieprogramma's en artikelen in kranten en tijdschriften namelijk gepresenteerd als een 'normale' behandelbare kinderaandoening (en daarmee in sociologisch jargon 'genormaliseerd'). Ouders en leerkrachten raakten zo volgens Pieters et al. niet alleen meer bekend met ADHD, ook werd het gemakkelijker voor hen een eventuele diagnose en het voorschrijven van methylfenidaat bij hun (school)kind te accepteren. Dit zou er toe hebben geleid dat ouders en leerkrachten eerder signaleerden dat een kind mogelijk ADHD had en bovendien eerder daarmee naar een arts gingen, met een toename van het aantal ADHD-diagnoses en behandelingen met methylfenidaat tot gevolg.⁴¹²

Pieters et al. stelden ook dat de toon in de berichtgeving over ADHD in de media rond 1999 veranderde. Als gevolg van de explosieve stijging van het aantal ADHD-diagnoses en (vooral) van het gebruik van Ritalin®, maakte de normaliserende teneur plaats voor een veel kritischer geluid. ADHD werd een modeverschijnsel genoemd. Medici verschenen in de media met de klacht dat ouders en leerkrachten het label ADHD zouden opeisen voor hun probleemkinderen. Daarnaast werden sensationele verhalen gebracht over misbruik van Ritalin®. Naar aanleiding van een *Zembla*-documentaire uit 2000, getiteld 'kinderen aan de pil', werden zelfs kamervragen gesteld aan de ministers van VWS en OC&W over het 'onrustbarend' toegenomen gebruik van Ritalin® bij kinderen. De (kritische) publieke belangstelling voor ADHD en dit geneesmiddel droeg bovendien bij aan het besluit van de minister van VWS in hetzelfde jaar om de Gezondheidsraad om advies te vragen over de prevalentie, diagnose en behandeling van ADHD (wat resulteerde in het rapport uit 2000 waar in dit hoofdstuk regelmatig naar verwezen wordt).⁴¹³ De laatste jaren lijken de publieke

⁴¹¹ Overigens maken Pieters et al. niet echt duidelijk wat zij bedoelen met die 'calvinistische gezondheidstraditie' noch hoe en waarom die plaatst heeft moeten maken voor de grote bereidheid om deze *lifestyle* medicijnen te slikken. Zij baseren zich op peilingen uit de periode 1989-1999 van het Geneesmiddel Informatie Project van het college voor zorgverzekeringen en een publicatie van het Sociaal Cultureel Planbureau: 'Het gebruik van geneesmiddelen in internationaal perspectief', in: *Sociologische en culturele verkenningen 1999*. Ook verwijzen ze naar twee publicaties uit 1995: *Verlossing op recept* van I. Wolffers en *De weerbarstige geestesziekte* (pp. 226-228) van P. Schnabel en naar de Amerikaanse kinderarts L.H. Diller, die in zijn boek *Running on Ritalin* spreekt van een 'Prozac cultuur'. Ook halen zij in dit verband een aantal uitspraken aan die Wolffers heeft gedaan in het *Algemeen Dagblad (AD Magazin)* van 5 februari 2000.

⁴¹² Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 3-4, 79-80. Zij baseren zich onder andere op artikelen in het *Haarlems dagblad*, het *NRC Handelsblad*, de *NCRV-gids*, *Elsevier*, de *Volkscrant*, *Eindhovens Dagblad* en *HP/De Tijd* in de periode 1995-1999 en daarnaast televisieprogramm's als *Brandpunt*, *Zembla* en een programma van *Teleac* uit resp. 1995, 1996 en 1998. Zie ook: Brancaccio, "But Fidgety Phil" 222, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 35, Conrad, *Identifying hyperactive children* 110-112, 118-119, 124-125, Pieters, 'Een eeuw omgang', 643.

⁴¹³ Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' 15, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 144-155 (tekst adviesaanvraag minister), Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 80-81. Ook Conrad constateerde deze omslag naar een kritischer houding in de populaire media: Conrad, *Identifying hyperactive children* 117. Pieters et al. baseren zich op artikelen in de *Provinciale Zeeuwse Courant*, de *VPRO-gids*, *Metro* en *De Telegraaf* in de periode 1999-2000 en daarnaast de

debatten over ADHD en methylfenidaat op wat minder hoge toon gevoerd te worden, maar desalniettemin blijven het onderwerpen die regelmatig aan de orde komen in de media.⁴¹⁴

Dit relaas over de media-aandacht voor ADHD vertoont veel overeenkomst met de grote publieke belangstelling voor MBD aan het eind van de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig (– al was de ‘schaal’ van zowel de MBD-‘epidemie’ als de media-aandacht daarvoor een stuk kleiner dan later bij ADHD). In verscheidene radio- en televisieprogramma’s werd MBD gepresenteerd als hersenziekte, mede om uit te dragen dat de ouders noch het kind zelf schuld hadden aan het lastige gedrag dat het vertoonde. ‘MBD-kinderen’ zouden kinderen met een (lichte) handicap zijn, die, evenals hun ouders, vooral recht hadden op begrip en hulp. Zo werd ook MBD onder invloed van de media-aandacht uit de taboesfeer gehaald en genormaliseerd. Tegelijkertijd nam de kritiek toe dat de term MBD te pas en te onpas werd gebruikt, een verzamelnaam was geworden, een *catch-all* formule. Dit alles was ook toen reden om de Gezondheidsraad om advies te vragen.⁴¹⁵

Het lijkt er daarom op dat medicaliseringsprocessen als het ware hun ‘eigen’ tegenkrachten oproepen. Het oprekken van de grenzen van MBD en ADHD ondermijnde namelijk op den duur hun legitimatie als diagnostische categorie. Zolang deze concepten beperkt bleven tot ernstige gedragsproblemen, werden ze nog relatief gemakkelijk aanvaard als valide medische diagnoses. Dat veranderde echter, naarmate daar ook steeds vaker lichte, ‘alledaagse’ vormen van afwijkend gedrag onder vielen. Dit betekent dat medici niet slechts belang hebben bij de expansie van hun domein, omdat die op den duur hun professionele geloofwaardigheid kan aantasten.⁴¹⁶

televisieprogramma’s *NOVA*, *Na de diagnose* (EO) en *Zembla* in dezelfde periode. In het archief van het NIBG zijn nog veel meer radio- en televisieprogramma’s te vinden waarin aandacht werd besteed aan ADHD. De zoekterm ‘ADHD’ leidde voor de periode 1996-2006 tot 2 treffers in 1995, 0 in 1996, 1 in 1997, 6 in 1998, 16 in 1999, 13 in 2000, 6 in 2001, 17 in 2002, 17 in 2003, 16 in 2004, 18 in 2005, 8 in 2006. Het gaat daarbij vooral om actualiteitenrubrieken, documentaries en talkshows/praatprogramma’s. De media-aandacht voor ADHD lijkt dus pas in 1999 grote vormen aangenomen te hebben en, met een dipje in 2001, in elk geval tot 2005 aangehouden te hebben. Dat zou ook betekenen dat de media-aandacht nog relatief beperkt was tijdens wat Pieters et al. aanduiden als ‘normalisatiefase’. Pas in 1999, toen de toon van de media volgens hen ineens veel kritischer werd, zwol de media-aandacht voor ADHD aan. Wellicht moet hun stelling dat vooral de media een grote rol hebben gespeeld bij de ‘normalisatie’ en het uit de taboesfeer halen van ADHD en het gebruik van methylfenidaat daarom enigszins gerelativeerd worden. Het archief van het NIBG is overigens beperkt tot de publieke omroep, zodat de uitbreiding van Nederlandse televisiezenders niet tot een vertekend beeld leidt, wel zijn er allerlei andere factoren (bijv. uitbreiding van de uitzendtijd per zender, het uitsluitend afgaan op radio- en televisieprogramma’s, zodat de invloed van andere media, zoals tijdschriften, niet meegewogen wordt) die nopen tot voorzichtigheid bij het trekken van conclusies uit deze cijfers.

⁴¹⁴ Deze uitspraak komt voor persoonlijke rekening van schrijver dezes (T.B.) en is gebaseerd op de regelmatige aandacht voor ADHD op televisie (*Journaal* en actualiteitenrubrieken), in kranten (*Trouw*, *NRC Handelsblad* en *de Volkskrant*) en op het internet, die hij heeft geconstateerd in de periode november 2007-december 2008.

⁴¹⁵ Zie hoofdstuk 3.

⁴¹⁶ Verschillende critici erkennen dat sommige patiënten met de diagnose ADHD wel degelijk een neurologische stoornis hadden en baat hadden bij medicatie. Zij maakten echter bezwaar tegen het (vermeende) oprekken van de diagnose en het indicatiegebied van methylfenidaat waardoor er steeds meer kinderen en volwassenen daaronder vielen die eigenlijk helemaal niet ‘echt’ ziek waren. Typerend is bijvoorbeeld een uitspraak van een psychotherapeut die Conrad aanhaalt: ‘Certainly, some people diagnoses with ADHD are neurologically impaired and need medication. But the disorder is also being named as the culprit for all sorts of abuses,

Spiraalwerking

Pieters et al. zagen naast de rol van de media nog een andere belangrijke verklaring voor de enorme stijging van het gebruik van methylfenidaat: de 'spiraalwerking' tussen diagnostiek en behandeling. Daarmee bedoelden zij dat aan de ene kant de toename van het aantal ADHD-diagnoses het gebruik van methylfenidaat stimuleerde en aan de andere kant de ervaren werkzaamheid van dit geneesmiddel extra geloofwaardigheid verleende aan de diagnose ADHD, zodat die vervolgens vaker gesteld werd.⁴¹⁷ De psychiater en farmacologie-historicus David Healy omschrijft dit mechanisme nog duidelijker: 'As often happens in medicine, the availability of a treatment leads to an increase in recognition of the disorder that might benefit from that treatment'.⁴¹⁸

Volgens Pieters et al. werd de spiraalwerking nog versterkt door de wachtlijstproblematiek in de geestelijke gezondheidszorg (die verband houdt met het vaak genoemde tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters). Hierdoor konden huisartsen kinderen met gedragsproblematiek vaak niet doorverwijzen en moesten zij zelf de diagnose stellen en de behandeling bepalen. Om deze taak het hoofd te kunnen bieden, zou voor deze 'overbelaste' huisartsen het voorschrijven van methylfenidaat een relatief eenvoudige, snel beschikbare en economisch aantrekkelijke interventie zijn geweest. Tevens zouden huisartsen methylfenidaat soms gebruikt hebben als hulpmiddel bij het stellen van de diagnose ADHD.⁴¹⁹

De indruk dat de huisarts een steeds belangrijker rol kreeg bij het voorschrijven van methylfenidaat werd ondermeer bevestigd in een onderzoek uit 2005 naar het voorschrijfgedrag van zeventien huisartsen in Noord-Oost Nederland in de periode 1998-2003. Daaruit kwam niet alleen een verdrievoudiging van het aantal gebruikers van methylfenidaat naar voren, maar ook dat meer dan de helft van hen niet was doorverwezen naar specialistische hulp.⁴²⁰ Dit was voor de kinderpsychiaters F. Verhulst en H. Klasen reden tot bezorgdheid. Volgens hen bleek uit bovengenoemd onderzoek dat een aanzienlijk aantal kinderen en adolescenten methylfenidaat kreeg voor de behandeling van een aandoening die niet binnen het indicatiegebied viel. Bij jongens ging het vooral om gedragsstoornissen zonder ADHD, waarvoor niet medicatie, maar gedragstherapie inclusief oudertraining als

hypocrisies, neglects and other societal ills that have nothing to do with ADHD', zie: Conrad, *Identifying hyperactive children*. In een recent artikel in de *Trouw* vertolke Dehue vrijwel letterlijk dezelfde mening: 'Er zijn kinderen en volwassenen die werkelijk grote gedragsproblemen hebben. Maar daarnaast geldt dat er veel stoornissen onder het begrip ADHD zijn ondergebracht die daar niet thuishoren', geciteerd in: Alger, Bouma en Teugels, 'Risico's van Ritalin'.

⁴¹⁷ Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 76. Zie ook: Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 221, Pieters, 'Een eeuw omgang', 643, Vandereycken, 'Bittere en vergulde pillen', 125-126.

⁴¹⁸ Geciteerd in: Shorter, *History of psychiatry* 319.

⁴¹⁹ Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 76-78.

⁴²⁰ G.A. Donker, F. Groenhof en W.J. van der Veen, 'Toenemend aantal voorschriften voor methylfenidaat in huisartsenpraktijken in Noordoost-Nederland, 1998-2003', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 149, no. 31 (2005) 1742-1747.

behandeling van keuze werd aanbevolen. Aan de andere kant waren er ook kinderen en adolescenten met ADHD-symptomen die géén medicijnen voorgeschreven kregen of niet in de juiste dosering – die zou namelijk alleen bij zorgvuldige en deskundige begeleiding vastgesteld kunnen worden. Om dergelijke vormen van verkeerde, over- en onderbehandeling te voorkomen, moesten volgens Verhulst en Klasen de diagnostiek en de initiële behandeling van ADHD verricht worden door een gespecialiseerd multidisciplinair team.⁴²¹

Ouders en onderwijzers

De sociologen Brancaccio, Conrad en Rafalovich beschouwden de ADHD-epidemie als de uitkomst van een 'interactioneel proces'. De drastische expansie van het medische domein was volgens hen namelijk ondenkbaar geweest zonder de stilzwijgende acceptatie of zelfs actieve medewerking van leerkrachten en ouders. Die zouden namelijk belang gehad hebben bij de medicalisering van 'druk gedrag' van hun kinderen of leerlingen.⁴²² Deze sociologen voerden hierbij dezelfde argumenten aan, die in eerdere hoofdstukken in dit verband al zijn besproken. Specifiek ten aanzien van het ADHD-tijdperk voegden zij, evenals verschillende andere auteurs, daar echter enkele nieuwe accenten aan toe. De *biological turn* in de (kinder)psychiatrie zou bijvoorbeeld de wijze waarop ouders en onderwijzers tegen psychiatrische stoornissen aankeken veranderd hebben. Verschillende auteurs spreken van een vrijwel algemene acceptatie van het biologische ziektemodel in de 'lekencultuur'. Dit werkte, meer dan voorheen, de creatie van een 'medisch excuus' voor lastig gedrag van kinderen in de hand. De opvatting dat de schuld niet lag bij de ouders of het kind zelf, maar in het lichaam vond in deze context namelijk brede steun.⁴²³ Dehue begreep wel waarom: 'Er kan troost uitgaan van de gedachte dat het om een ziekte gaat voor wie lijdt onder het problematische gedrag van zichzelf of anderen, onder neerslachtigheid, angst, dwanghandelingen of waandenkbeelden. Het opgeluchte gevoel van een diagnose is goed

⁴²¹ Klasen en Verhulst, 'Betere gezondheidszorg', 1723-1725. De zorg over het 'te kwistig omspringen met Ritalin' door huisartsen leidde in 2003 tot het plannen van onder andere het Trimbosinstituut en het Nederlands Huisartsen Genootschap om de uitgifte van dit medicijn middels een nieuwe richtlijn fors in te perken, vanwege de wachtlijstproblematiek in de kinder- en jeugd GGZ lijkt hier weinig van terechtgekomen te zijn, F. Kievits en M.T. Adriaanse, 'Ritalin alleen via medisch specialist', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 147, no. 27 (2003) 1331-1332.

⁴²² Brancaccio, 'Onbehagen in hyperactiviteit', 168-172, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 34, Conrad, *Identifying hyperactive children* xiii-xvi, 101-102, 123-124, Rafalovich, *Framing ADHD children* 5, 129 e.v. Zie ook: Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche', 84.

⁴²³ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 221-222, 224-225, Conrad, *Identifying hyperactive children* 119-125, Dehue, *De depressie-epidemie* 68, 118, 237, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 80. Zie ook Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 1174.

voorstelbaar. Die vertelt dat anderen het probleem ook hebben en dat er deskundigen zijn die zich erover buigen'.⁴²⁴

De verspreiding van de biologische visie op ADHD onder de bevolking schreven verschillende critici vooral op het conto van 'medical entrepreneurs'. Gezondheidsvoorlichters, vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie en ambitieuze medici zouden ieder in hapklare brokken, op suggestieve wijze en met gebruikmaking van de moderne massamedia de boodschap prediken dat ADHD een hersenziekte was die het beste behandeld kon worden met methylfenidaat. De bovengenoemde sociologen verzetten zich echter tegen dit 'top-down'-model, evenals Dehue. Zij wees in dit verband op de 'reflexiviteit' van de menswetenschappen, waarmee ze doelde op het gegeven dat het object van menswetenschappelijk onderzoek reageert op de uitspraken die erover worden gedaan. Een concreet voorbeeld daarvan was dat mensen als het ware aan de haal konden gaan met DSM-labels, door er nieuwe betekenissen aan te geven die niet door de oorspronkelijke bedenkers wat bedoelde: 'Mensen kunnen zich geholpen voelen met een ziekte-label voor zichzelf of hun kinderen en dan kunnen ze de betrokken classificatie tot een eigen identiteit maken, tot onderdeel van hun zelfbeeld en hun bestaan'.⁴²⁵ Terwijl veel kinderpsychiaters zich ervan bewust waren dat DSM-categorieën slechts op afspraak berustende rubrieken waren, maakten leken die zelf tot 'echte' hersenziekten, waarmee zij als het waren een nieuwe werkelijkheid creëerden waar ook deskundigen mee om moesten gaan. In plaats van éénrichtingsverkeer bij de verspreiding van het biologische ziektemodel, was dus sprake van een *feedback loop* tussen professionals, media, industrie, overheid en leken, zo betoogde onder andere ook Conrad.⁴²⁶

Een belangrijke rol in deze *feedback loop* werd vervuld door ouderverenigingen, die vanaf de jaren tachtig sterk aan invloed wonnen. In de commissie die het rapport van de Gezondheidsraad uit 2000 schreef, had bijvoorbeeld een afgevaardigde van een dergelijke vereniging zitting. De overheid, verzekeraars en behandelaars dichtten deze organisaties

⁴²⁴ Dehue, *De depressie-epidemie* 48.

⁴²⁵ Ibidem., 69-70.

⁴²⁶ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 221-224, Conrad, *Identifying hyperactive children* 15, 101-103, 124-125, Dehue, *De depressie-epidemie* 21-22, 69-74, 91-129, 218-225, Rafalovich, *Framing ADHD children* 4-6, Vandereycken, 'Bittere en vergulde pillen', 121-123. Zie ook Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 1174. Zie t.a.v. de publieksvoorlichting bijvoorbeeld: www.balansditaal.nl (oudervereniging Balans) en www.kiesbeter.nl (openbare zorgportal gemaakt door het centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)). Weliswaar wordt op deze websites het voorbehoud gemaakt dat de precieze oorzaak van ADHD (nog) niet bekend is, maar toch is de suggestie wel heel sterk dat het een 'hersenziekte' betreft. Op [kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) wordt ADHD bijvoorbeeld als volgt geïntroduceerd: 'Er zijn een aantal stoffen in de hersenen die bij kinderen met ADHD anders werken dan bij kinderen zonder ADHD. Hierdoor reageren kinderen sneller op prikkels uit de omgeving en zijn minder gericht op prikkels waar ze zich op moeten richten zoals schoolwerk. Dit heeft gevolgen voor de aandacht en concentratie en maakt veel kinderen hyperactief en impulsief', zie: <http://www.kiesbeter.nl/medischeinformatie/keuzehulp/adhd-bij-kinderen/over-adhd> (laatst bekeken op 31 december 2008). Met behulp van internetzoekmachines (zoals google) zijn er vele andere websites te vinden met informatie over ADHD, zowel van leken als van professionals.

ook een belangrijke voorlichtende functie toe. Het was sinds de jaren negentig zeer gebruikelijk om ouders van nieuwe patiëntjes ook naar deze verenigingen door te verwijzen (voorzover die ouders daar nog geen contact mee hadden gelegd). Er was echter ook kritiek op ouderorganisaties. Die maakten zich volgens verschillende auteurs namelijk op dermate krachtige wijze sterk voor de 'erkenning' van ADHD als hersenziekte, dat artsen zich regelmatig onder druk gezet voelden om deze visie over te nemen. Een bedenkelijk feit daarbij zou zijn dat veel van deze organisaties sponsorgelden ontvingen van de farmaceutische industrie.⁴²⁷

De sterke positie van ouderverenigingen paste binnen een meer algemene culturele ontwikkeling waarin burgers steeds mondiger werden. Als onderdeel van deze trend zouden ouders minder geneigd zijn om te blijven tobben met hun lastige kinderen. In plaats daarvan gingen ze eerder en vasthoudender op zoek gaan naar antwoorden en oplossingen. Ook hadden ouders steeds vaker reeds informatie hebben opgezocht over ADHD, bijvoorbeeld op het internet, voordat ze bij een arts terechtkwamen. Regelmatig hadden zij daarbij ook hun licht opgestoken bij ouderverenigingen. Ouders verschenen, kortom, assertiever, met meer kennis van zaken, met duidelijker oogmerken op het spreekuur van artsen. Dit zou, zo werd algemeen verondersteld, bijgedragen hebben aan de stijging van het aantal kinderen met de diagnose ADHD en van het gebruik van methylfenidaat.⁴²⁸

Brancaccio plaatste, als Elias-adept, de assertievere opstelling van ouders tegenover artsen in het kader van de toenemende 'informalisering' in de sociale verhoudingen. Dit proces had volgens haar ook zijn weerslag op de relaties tussen kinderen en volwassenen. Op school, maar vooral in gezinnen deed zich een omslag voor van 'bevelshuishouding' naar 'onderhandelingshuishouding'. Ouders konden kinderen niet meer eenvoudigweg op basis van hun ouderlijk gezag gedragsregels opleggen, maar moesten hen proberen met argumenten te overtuigen. Het werd daardoor moeilijk voor hen om kinderen die zich misdroegen te corrigeren. Brancaccio sloot hiermee aan op wat in het vorige hoofdstuk is besproken over het vermeende verband tussen 'progressieve opvoedingsidealen' en de toename van het aantal kinderen met de diagnose MBD of hyperactiviteit. Zij voegde daar echter aan toe dat de informalisering van de (gezags)verhoudingen tussen ouders en leerkrachten enerzijds en kinderen anderzijds de laatste decennia verder is toegenomen, zodat het ook steeds lastiger werd om kinderen te disciplineren. In de opvoeding en op

⁴²⁷ Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 222-224, Conrad, *Identifying hyperactive children* 112-114, Dehue, *De depressie-epidemie* 104, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 80-81. Zie bijvoorbeeld ook de *Zembla*-documentaire 'Kinderen aan de pil' uit 1999 in het archief van het NIBG.

⁴²⁸ Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' 24, Conrad, *Identifying hyperactive children* xiv-xv, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 80-81, Rafalovich, *Framing ADHD children* 151 e.v. Zie ook: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 1174.

school deden zich zo vaker 'managementproblemen' voor, met een stijging van het aantal ADHD-diagnosen tot gevolg.⁴²⁹

De toename aan 'managementproblemen' op school werd daarnaast toegeschreven aan een aantal specifieke ontwikkelingen op het gebied van onderwijs. Zo wezen verschillende auteurs op het 'Weer Samen Naar School'-beleid dat de Nederlandse regering vanaf 1990 is gaan voeren. Het aantal plaatsen op het speciaal onderwijs werd verminderd en een groter aantal kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden kwam op normale scholen terecht, zij het met extra ondersteuning. Het aantal 'zorgenkinderen' op reguliere scholen nam zo toe en daarmee ook de aandacht van leerkrachten voor hun behoeften. Bovendien werd de extra ondersteuning (het zogenaamde 'rugzakje') pas toegewezen op basis van diagnose- en indicatiestelling. Dit beleid werd in de literatuur nadrukkelijk in verband gebracht met de snelle opmars van ADHD, maar ook van andere stoornissen, zoals stoornissen binnen het Autisme Spectrum, dyslexie, dyscalculie en hechtingsstoornissen.⁴³⁰

De laatste jaren was er ook veel aandacht voor de zogenaamde feminisering van het onderwijs. Daarmee werd bedoeld op het onevenredig en groeiende aantal vrouwen onder de onderwijzers en leraren. Hierdoor misten jongens op school steeds vaker een mannelijk identificatieobject, wat hun ontwikkeling zou kunnen schaden en ook tot gedragsproblemen zou kunnen leiden. Ook werd wel gesteld dat onderwijzeressen het 'normale' drukke, bewegelijke gedrag van veel jongens uit hun klas minder goed begrepen of aanvoelden dan hun mannelijke collega's. Zij konden er daarom ook minder goed mee overweg en ervoeren deze leerlingen eerder als lastig en afwijkend ervaren – waarmee de eerste stap op weg naar de diagnose ADHD bij deze kinderen was gezet. Op deze manier zouden, naarmate het onderwijs meer door vrouwen werd gedomineerd, steeds meer jongetjes het stempel ADHD gekregen hebben. Zo verklaarde de onevenwichtige verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke leerkrachten niet alleen de expansie van ADHD, maar spiegelde deze als het ware ook de ongelijke verdeling tussen jongens en meisjes met deze diagnose (in de verhouding van ca. 4:1).⁴³¹

⁴²⁹ Brancaccio, "But Fidgety Phil" 223-224, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 35. Zie ook: A. de Swaan, *Uitgaansbeperking en uitgaansangst. Over de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding*, Inaugurale rede Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 1979).

⁴³⁰ Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 159-160, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 78, Weijers, *Creatie van het mondige kind* 131-132.

⁴³¹ J. Steeneman, J. Vandormael en J. Coolen, *Kind in de knel. Ontwikkelingsstoornissen in de praktijk van de jeugdzorg: samen-werken* (Antwerpen/Apeldoorn 2004) 24-26. Zie ook: Rafalovich, *Framing ADHD children* 17,178,180. Vooral op internet wordt veelvuldig hierover gediscussieerd, zie bijvoorbeeld:

<http://tweedekamer.blog.nl>, www.stand.nl, <http://www.beteronderwijsnederland.net>, <http://www.nuijij.nl> en www.ad.nl met zoektermen 'feminisering', 'onderwijs' en 'ADHD' (laatst bekeken op 8 december 2008). Over de verhouding jongens-meisjes met de diagnose ADHD worden overigens uiteenlopende cijfers gegeven, variërend van 3:1 tot 8:1, de verhouding van 4:1 wordt in de wetenschappelijke literatuur het meest genoemd., bijvoorbeeld door de Gezondheidsraad: Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 39.

Afnemende tolerantie

Een andere veel genoemde factor was de afnemende tolerantie bij leerkrachten, ouders, maar ook in de samenleving als geheel, voor afwijkend gedrag. *NRC Handelsblad* citeerde op 20 mei 2008 bijvoorbeeld een kinderpsychiater, die betoogde dat in het drukke dagelijkse leven van twee werkende ouders geen ruimte was voor kinderen die extra aandacht en zorg vragen. Ouders klopten daardoor sneller aan bij professionele hulpverleners.⁴³² De minister voor Jeugd en Gezin, André Rouvoet, vertolkte in een interview in het *Algemeen Dagblad* van 5 april 2008 vrijwel dezelfde visie. De kern van zijn betoog was echter: 'Wij vragen teveel van onze kinderen', zoals ook de titel boven het interview luidde.⁴³³ Dehue stelde in het verlengde hiervan dat kinderen in Westerse samenlevingen al heel jong moesten presteren, terwijl falen steeds minder werd geaccepteerd. Na 1980 had het ideaal van de namelijk maakbare samenleving plaatsgemaakt voor dat van het maakbare individu. De eisen waaraan individuele burgers moesten voldoen werden opgeschroefd, het geduld met afwijkende mensen nam af. In toenemende mate werd de eigen verantwoordelijkheid van ('abnormale') individuen het leidende uitgangspunt de (neoliberale) politiek, de verzekeringswereld en de geestelijke gezondheidszorg. In dit maatschappelijke klimaat hadden ouders de plicht om hun eigen lot en dat van hun kinderen in eigen handen te nemen. Zij mochten niet langer berusten in het lastige gedrag van hun kinderen, maar moesten daar mee aan de slag, bijvoorbeeld door het kind naar een kinderpsychiater te brengen. In zekere zin was hun mondigheid dus bittere noodzaak.⁴³⁴ De belangrijkste verklaring voor de ADHD-epidemie was volgens Dehue, kortom, 'dat mensen het beste willen voor hun kind in een maatschappij waar de prestatie-eisen steeds groter worden'.⁴³⁵

Deze interpretatie van Dehue is om een aantal redenen zeer interessant. In de eerste plaats schreef ze de hierboven geschetste ontwikkelingen voor een deel op het conto van de biologische psychiatrie. De gedachte dat het lichaam zelf de oorzaak zou zijn van psychische problemen, betekende namelijk ook dat die problemen opgelost konden (en dus: *moesten*) worden door aan de 'biologie' van de mens te sleutelen.⁴³⁶ In de tweede plaats ging ze in tegen een bekende opvatting die vooral rond 1980 populair was, maar ook daarna nog regelmatig naar voren werd gebracht in (vooral) sociologische publicaties. Deze opvatting luidde dat de verzorgingstaat en de welvaart tot 'verwekelijking' hadden geleid. Mensen waren, van wieg tot graf 'gepampered', luxe, gemak en voorspoed normaal gaan vinden, waardoor ze minder goed in staat waren om met tegenslagen (zoals lastig gedrag van

⁴³² Weeda, 'ADHD is een volksziekte'.

⁴³³ Hans van Soest en Yvonne Wiggers, "'We vragen teveel van onze kinderen'", *Algemeen Dagblad*, 5 april 2008.

⁴³⁴ Alger, Bouma en Teugels, 'Risico's van Ritalin', Dehue, *De depressie-epidemie* 225-262. Zie ook: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 1199, 1274, 1276.

⁴³⁵ Aangehaald in: Alger, Bouma en Teugels, 'Risico's van Ritalin'.

⁴³⁶ Dehue, *De depressie-epidemie*. Zie ook: Alger, Bouma en Teugels, 'Risico's van Ritalin'.

kinderen) om te gaan. Door de voortdurende uitdijing van de (geestelijke) gezondheids- en welzijnszorg hadden zij bovendien afgeleerd om zelf hun problemen op te lossen, zodat ze zich steeds afhankelijker opstelden ten opzichte van professionele hulpverleners. Dehue draaide deze argumentatie als het ware om. Zij sprak niet van de ‘verzachting’ of ‘verwekelijking’, maar van de ‘verharding’ van de samenleving – met als zwaarwegend argument dat zowel de depressie- als de ADHD-epidemie waren begonnen in een tijd dat werd bezuinigd op de verzorgingsstaat.⁴³⁷ In de derde plaats gingen zowel Dehue als haar opponenten uit van een afnemende tolerantie voor afwijkend gedrag. Anderen, onder wie veel medici en (kinder)psychiater, betoogden in feite het omgekeerde: namelijk dat het taboe, dat lang rustte op psychiatrische stoornissen, geleidelijk aan het verdwijnen was. Met een kind naar de kinderpsychiater gaan om het te laten behandelen met psychotrope medicatie werd daardoor steeds ‘gewoner’. Het domein van het normale of acceptabele werd in deze optiek dus niet kleiner maar groter!⁴³⁸

Concurrentie tussen disciplines: de rol van de kinder- en jeugdpsychiater

In de ‘medicaliseringsliteratuur’ ging de meeste belangstelling (echter) niet uit naar ouders, scholen of culturele veranderingen, maar naar de neiging van medische en hulpverlenende beroepen om hun werkterrein uit te breiden en op de onderlinge concurrentie die daardoor ontstond. Ten aanzien van de diagnose en behandeling van ADHD trad volgens onder andere Brancaccio in de jaren negentig een verschuiving op in de verhouding tussen gedragswetenschappers en medici. Toen de behandeling met methylfenidaat een hoge vlucht nam, zou de positie van psychologen en orthopedagogen, die immers geen geneesmiddelen mochten voorschrijven, verzwakt zijn ten opzichte van (kinder)psychiaters, kinderartsen en huisartsen. Deze medici zouden, met andere woorden, een professioneel belang hebben bij de uitbreiding van de medicamenteuze behandeling van ADHD.⁴³⁹

Het gaat wat ver om te stellen dat kinder- en jeugdpsychiaters met dit motief massaal methylfenidaat hebben voorgeschreven (– dan hadden zij dat ook wel meteen gedaan toen dit middel in de jaren vijftig beschikbaar kwam en niet pas veertig jaar later). Wel hebben zij een centrale positie verworven ten aanzien van de research, diagnostiek en behandeling van ADHD – die ook door anderen wordt erkend: zo noemde de Gezondheidsraad (bij monde

⁴³⁷ Achterhuis, *De markt van welzijn en geluk*, Alger, Bouma en Teugels, 'Risico's van Ritalin', Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 225, Brinkgreve en Korzec, *'Margriet weet raad'* 111-113, Dehue, *De depressie-epidemie* 25, 225-229, Hutschemaekers, *Neurosen* o.a. 245-247, Zeegers, *Andere tijden* 146-147.

⁴³⁸ Zie bijv. Bergsma, 'Druktemakers', 178-180, Donker, Groenhof en Veen, 'Toenemend aantal voorschriften', 742, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 85. Vgl. Hutschemaekers, *Neurosen* 246.

⁴³⁹ Brancaccio, *"But Fidgety Phil"* 258-259, Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 33, Pieters, 'Een eeuw omgang', 643.

van een multidisciplinaire commissie) kinder- en jeugdpsychiaters 'de bij uitstek deskundigen op dit gebied'.⁴⁴⁰

Deze status genoten kinder- en jeugdpsychiaters onder andere omdat zij buitengewoon veel epidemiologische en etiologisch (neuropsychiatrisch) onderzoek verrichtten naar ADHD. Naar geen enkele stoornis, zelfs niet naar autisme, is zoveel onderzoek gedaan als naar ADHD. Ook in kinderpsychiatrische oraties, hand- en leerboeken kreeg ADHD een prominente plaats, te vergelijken met die van autisme.⁴⁴¹ Daarnaast was de invloed merkbaar van het sterke accent dat kinderpsychiaters sinds de jaren tachtig waren gaan leggen op hun diagnostische expertise. In het rapport van de Gezondheidsraad was bijvoorbeeld de teneur dat het diagnosticeren van ADHD een buitengewoon complexe aangelegenheid was. Vooral bij categorieën patiënten bij wie de diagnostiek om uiteenlopende redenen extra moeilijk was – zoals patiënten met ernstige problematiek en comorbide stoornissen, zeer jonge kinderen en volwassenen – zou de diagnose uitsluitend door een 'deskundige (kinder)psychiater' gesteld moeten worden. Ook bij de behandeling van ADHD, zoals bij het initieel voorschrijven van methylfendiaat, was de inbreng van kinder- en jeugdpsychiaters relatief groot. De Gezondheidsraad hechtte in dit verband veel waarde aan de richtlijn die de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) in 1999 heeft opgesteld voor de diagnostiek en behandeling van ADHD (een initiatief van de Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de NVvP) en zag het ontbreken van een dergelijke richtlijn voor kinderartsen en huisartsen als een groot gemis. De richtlijn van de NVvP drukte bovendien een sterk stempel op de hoofdstukken over diagnostiek en behandeling in het rapport van de Gezondheidsraad en op de multidisciplinaire richtlijn van 2005.⁴⁴²

Al met al lijkt met de opmerking in het rapport van de Gezondheidsraad dat ADHD tot de 'kern van het vak' van de kinder- en jeugdpsychiatrie behoorde,⁴⁴³ niets te veel gezegd. In een niet eens zo ver verleden lag dit heel anders. In oudere kinderpsychiatrische hand- en leerboeken kregen nervositas, ongedurigheid en MBD bijvoorbeeld tamelijk summier aandacht. Daarnaast suggereren publicaties en televisieprogramma's over MBD, vanwege de soort deskundigen die daarin optraden, dat gedragswetenschappers, met name orthopedagogen, meer betrokken waren bij MBD dan kinderpsychiaters. De term MBD

⁴⁴⁰ Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 13.

⁴⁴¹ Zie bijv. het leerboek: Frank C. Verhulst, *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie* (Assen 2006). In de volgende oraties (o.a.) komt ADHD aan de orde: Frits Boer, *Automatismen van kinderlijke angst*, Inaugurele rede Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 2004), Jan K. Buitelaar, *Ontwikkelen... De tijd is in de mens*, Inaugurele rede Katholieke Universiteit Nijmegen (Nijmegen 2003), Th.A.H. Doreleijers, *De dokter en de zware jongen*, Oratie Vrije Universiteit Amsterdam (Amsterdam 1998), W.B. Gunning, *Aanpak van kwetsbaarheid?*, Inaugurele rede Universiteit van Amsterdam 1996 (Amsterdam 1996).

⁴⁴² F. Boer, 'Nadat de onderzoekers het veld hebben verlaten', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49, no. 8 (2007) 525-527, aldaar 527, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 10-15, 39, 44-47, 75, 86, 104-109. Zie ook: F. Boer, ed., *Richtlijn diagnostiek en behandeling ADHD (kinderen en adolescenten)* (Amsterdam 1999), Brandt-Dominicus, ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*.

⁴⁴³ Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 54.

duidde dan wel expliciet op een ‘medische’ hersenstoornis, de behandeling van ‘MBD-kinderen’ was hoofdzakelijk pedagogisch van aard; psychotherapie en vooral medicamenteuze therapie werden veel minder toegepast. De term ADHD had in eerste instantie géén medische connotatie, maar beschreef slechts symptomen. Toch behoorde ADHD, (mede) vanwege de behandeling met medicijnen, vooral tot het domein van de medici. Zo leek de aard van de aangewezen behandeling, meer dan de veronderstelde aard van de stoornis, te bepalen welke discipline als deskundig werd beschouwd.⁴⁴⁴

5. Relativering van de medicalisering

De psychosociale kant

Met alle aandacht voor (de gevolgen van) het gebruik van methylfenidaat zou echter 7vergeten kunnen worden dat dit niet de enige toegepaste therapie bij ADHD was. Kinderpsichiateren waren over het algemeen sterk gekant tegen een behandeling van ADHD die uitsluitend bestond uit het voorschrijven van methylfenidaat. Ook andere interventies dienden volgens hen een belangrijke rol in de behandeling te spelen, waaronder psycho-educatie – waarvoor ouderverenigingen, tekenend voor de status die ze zich verworven hebben, een belangrijke rol toegedicht kregen – en vormen van gedragstherapie, vooral wanneer die in de vorm van *parent management training* (PMT) op de ouders gericht waren. Volgens de Gezondheidsraad en de hierboven genoemde richtlijn van de NVvP uit 1999 was de inzet van methylfenidaat alleen bij ernstige problematiek zonder meer geïndiceerd – en dan vaak tijdelijk, met het oogmerk de juiste condities te scheppen voor andere interventies. De opstelling in de *multidisciplinaire richtlijn ADHD* uit 2005 was minder terughoudend, maar ook daarin waren de nodige *checks and balances* opgenomen. Zo werd aanbevolen om minimaal eens per half jaar na te gaan of gestopt kon worden met de behandeling methylfenidaat en farmacotherapie te combineren met psychosociale interventies.⁴⁴⁵

Veelbetekend in dit verband is de houding die door kinderpsichiateren en de Gezondheidsraad werd ingenomen tegenover een groot en invloedrijk Amerikaans onderzoek uit 1999, de *National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of*

⁴⁴⁴ Brancaccio en Lange, 'ADHD: A critical view', 31-34, Pieters, 'Een eeuw omgang', 643.

⁴⁴⁵ Boer, ed., *Richtlijn diagnostiek en behandeling ADHD (kinderen en adolescenten)*, F. Boer en G.M.A. Westermann, 'Een inventarisering van protocollen betreffende de behandeling van ADHD, zoals die begin 1995 in Nederlandse centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie worden gebruikt' (z.p.: Sectie kinder- en jeugdpsychiatrie Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1995), Breuk, 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' 21-24, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 10-11, 76-81. Brandt-Dominicus ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD* 43 e.v. Eva Fischer, ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD: richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen: samenvatting* (Utrecht 2007).

ADHD (verder te noemen: het MTA-onderzoek), naar de effectiviteit van verschillende behandelmodaliteiten. Daar kwam onder andere uit dat behandeling met alleen methylfenidaat net zo effectief was als methylfenidaat gecombineerd met gedragstherapie en effectiever dan gedragstherapie alleen. Dit was noch voor de Gezondheidsraad noch voor de meeste kinder- en jeugdpsychiaters reden om voor te stellen kinderen met ADHD in het vervolg alleen medicamenteus te behandelen. Zij wezen onder andere op de bevinding in het MTA-onderzoek dat de tevredenheid van ouders, onafhankelijk van het behandelresultaat op de kernsymptomen, substantieel groter was bij de gedragstherapie en de combinatietherapie dan bij de medicatie alleen. Dit maakte volgens de Gezondheidsraad aannemelijk dat de gedragstherapie tegemoet kwam aan andere wensen of aspecten die voor het gezin van belang waren. F. Boer, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam, beklemtoonde (in 2007) dat dezelfde MTA-onderzoeksgroep, in de publicatie van een *follow-up* onderzoek uit 2004, hierover schreef dat zaken als kwaliteit van leven en algemeen functioneren wel eens belangrijker zouden kunnen zijn dan het beoordelen van symptomatische verbetering en bijwerkingen.⁴⁴⁶

Dit sluit aan bij het belang dat de Gezondheidsraad hechtte aan de *impairment*, de gevolgen die het kind en zijn omgeving ondervinden van zijn symptomen. De ernst daarvan zou grotendeels bepaald worden door psychische factoren en de sociale situatie waarin het kind zich bevond. Volgens de raad stelden kinderen met de aanleg voor ADHD hoge eisen aan de opvoedingskwaliteiten en inzet van de ouders en aan de verdraagzaamheid van hun sociale omgeving, met alle mogelijke gevolgen van dien:⁴⁴⁷ 'De relaties van ouders en andere gezinsleden met het kind en onderling kunnen op alle mogelijke manieren onder druk komen te staan en dit leidt vaak tot verdere emotionele en gedragsproblemen. Ook de relaties buiten het gezin zijn vaak moeizaam. De afwijzing, ook door leeftijdsgenoten, kan het zelfvertrouwen sterk ondermijnen. Deze problemen, samen met de aandachtszwakte, zijn een duidelijke belemmering voor voldoende schoolprestaties en daarmee een bedreiging voor de intellectuele ontwikkeling'.⁴⁴⁸

Wanneer een dergelijke 'negatieve spiraal in de interactie tussen kind en omgeving'⁴⁴⁹ optrad, bedreigde dit volgens de Gezondheidsraad de verdere ontwikkeling van het kind en het psychosociale evenwicht in het gezin. Ook verslechterde daardoor de 'sociale prognose' van het kind op de lange termijn. ADHD was namelijk, zo betoogde de raad,

⁴⁴⁶ Boer, 'Nadat de onderzoekers het veld hebben verlaten', Brandt-Dominicus, ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD* 22, J.K. Buitelaar, 'Beproefd: Medicatie en gedragstherapie bij kinderen met aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD)', *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 55 (2000)565-571, Buitelaar, 'Wat is een voldoende-goede behandeling?' 27-28, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 82-85, Pieters, Hennepe en Lange, 'Pillen & psyche' 75-76.

⁴⁴⁷ Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 9-10, 33-34, 38-40, 56-61.

⁴⁴⁸ Ibidem, 39.

⁴⁴⁹ Ibidem, 9.

behalve een stoornis ook een risicofactor voor het optreden van latere sociale problemen, zoals schooluitval, verslaving, verkeersongelukken en criminaliteit. Ongunstige omgevingsfactoren als armoede, éénoudergezinnen en onvoldoende onderwijs deden de kans op deze problemen aanzienlijk toenemen. Longitudinale, epidemiologische studies lieten namelijk (ook ná het verschijnen van het rapport van de Gezondheidsraad) zien dat psychologische, gezins- en sociaal-economische factoren van grote invloed waren op ernst en beloop van ADHD – en andere psychiatrische stoornissen bij kinderen – en het persisteren daarvan tot in de volwassenheid. Daarnaast betoogden verschillende onderzoekers, nadat het justitiële werkgebied na 2000 weer terugkeerde in de kinder- en jeugdpsychiatrie, dat ADHD veelvuldig voorkwam onder (jeugdige) delinquenten.⁴⁵⁰

Het was daarom zowel met het oog op het maatschappelijk belang als op het belang van het kind zelf en zijn naaste omgeving, dat de Gezondheidsraad het doorbreken van de negatieve spiraal in de ontwikkeling van het kind als ‘leidende principe’ in de behandeling stelde. Precies ditzelfde leidende principe, met vrijwel dezelfde onderbouwing, werd ook opgenomen in de *multidisciplinaire richtlijn ADHD* uit 2005.⁴⁵¹

Grenzen aan medicalisering

Dit alles komt verrassend sterk overeen met wat in de literatuur over het ongedurige, het nerveuze en het ‘MBD-kind’ gezegd werd over de ‘negatieve spiraal’ en de invloed van psychosociale factoren op de ernst van de problematiek en de prognose op de lange termijn. Deze continuïteit betekent niet dat zich helemaal geen paradigmawisseling van een psychoanalytische naar een bio-medische oriëntatie heeft voltrokken. Wel moet de *biological turn* enigszins gerelativeerd worden. De ‘farmacologische revolutie’ leidde niet tot de uitsluiting van andere, psychosociale behandelvormen. Ook op het gebied van de diagnostiek en het wetenschappelijke onderzoek had het ‘biopsychosociale model’ de overhand in de kinder- en jeugdpsychiatrie (zoals historici Bolt en De Goei in een recente publicatie aantonen).⁴⁵²

Deze relativering van de *biological turn* in de kinderpsychiatrie werpt een ander licht op de debatten over ADHD. Als de benadering van deze gedragsstoornis eerder ‘biopsychosociaal’ dan biologisch was, roept dat namelijk vragen op over het alom veronderstelde medicaliseringsproces. Dit geldt voor de beide besproken betekenissen van

⁴⁵⁰ Ibidem, 9, 29, 33-34, 39-40, 56-62, 89-90. Zie bijv. ook: Buitelaar, *Ontwikkelen* 9-11, Doreleijers, *De dokter en de zware jongen*, Stephanie van Goozen, 'Agressief gedrag bij kinderen: een kwestie van nature of nurture?' in: *Uit de kinderschoenen. 60 jaar Kinder- en Jeugdpsychiatrie UMC-Utrecht* (Assen 2000) 84-88, Gunning, *Aanpak van kwetsbaarheid?* 1-2, F. Kievits en M.T. Adriaanse, 'Toename gebruik methylfenidaat bij kinderen na scheiding ouders', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151, no. 126 (2007) 1479.

⁴⁵¹ Brandt-Dominicus, ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD* 20, Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' 10.

⁴⁵² Bolt en Goei, *Kinderen van hun tijd* 82-89, 98-100.

dit begrip, aangezien er een grote overlap bestond tussen de (postieve dan wel kritische) standpunten over enerzijds de toepassing van het 'bio-medische model' en anderzijds de expansie van ADHD. Weliswaar is de toename van het aantal diagnoses ADHD en het gebruik van methylfenidaat evident, maar het is de vraag in hoeverre verklaringen daarvoor, waarin wordt uitgegaan van de hegemonie en uitbreiding van het biologisme, valide zijn.

In dit licht zijn de kanttekeningen die de socioloog Rafalovich plaatste bij het door hem zelf gehanteerde medicaliseringsconcept interessant. In zijn studie uit 2004 interviewde hij 25 leraren, 26 'clinici', 30 ouders en 9 'ADHD-kinderen'. Hij concludeerde onder andere: 'Interview data from these respondent group reflect the momentary nature of meaning, and demonstrate contradictory perspectives on ADHD can coexist'.⁴⁵³ Met andere woorden, de biologische benadering van ADHD was niet allesoverheersend, evenmin was de expansie van de medische jurisdictie op het terrein van afwijkend gedrag onontkoombaar. Verschillende ouders bleken bijvoorbeeld hun kind met ADHD niet als 'patiënt', maar juist als iemand met een bijzondere gave te beschouwen. Ook zag een aanzienlijk aantal leerkrachten ADHD, mede vanwege het onevenredige aantal jongens met deze diagnose, niet als een hersenziekte, maar als teken dat er iets mis was met het pedagogische klimaat op de scholen. Sommige clinici gaven blijk van een zeer gereserveerde houding tegenover de toepassing van methylfenidaat. Deze en allerlei andere voorbeelden toonden volgens Rafalovich aan dat er ook binnen een respondentengroep sprake was van grote diversiteit.⁴⁵⁴

Zo voegde Ravalovich met behulp van de interviews een groot element van *agency* toe aan zijn studie, die verder juist werd gedomineerd door 'structuren' als medicalisering en (de tweespalt tussen) de psychodynamische en neurologische vertogen (ofwel: 'kennisregimes'). Hiermee toonde hij impliciet de beperkingen aan van zowel het medicaliseringsperspectief als de metaforen van de twee culturen en de pendelbeweging.⁴⁵⁵

6. Besluit

Dit hoofdstuk ging vooral over het *debat* over ADHD. Het zal de lezer zijn opgevallen dat de historische 'werkelijkheid' daar niet scherp van gescheiden werd. Dat had om te beginnen een praktische reden: deze scheiding ontbreekt ook in de bestudeerde bronnen en literatuur. Beschrijvingen van de historische ontwikkelingen sinds ca. 1985 en de standpunten daarover van de auteurs lopen volstrekt door elkaar heen. Vooralsnog is er voor de historicus te weinig historische distantie mogelijk om deze kluwen te ontwarren.

⁴⁵³ Rafalovich, *Framing ADHD children* 180.

⁴⁵⁴ Ibidem., o.a. 178-180.

⁴⁵⁵ Rafalovich sprak zelf van 'numerous examples of human agency', zie Ibidem., 180.

Er is bovendien een inhoudelijke reden om dat niet te *willen* doen. De verwevenheid tussen enerzijds (de trends op het gebied van) de daadwerkelijke research, diagnostiek en behandeling en anderzijds de publieke en professionele discussies daarover is misschien wel hét kenmerk van de meest recente periode in de geschiedenis van ADHD. In vroegere tijden konden kinderpsychiaters en andere behandelaars betrekkelijk ongestoord hun werk doen, maar de laatste decennia moesten ze meer en meer verantwoording afleggen aan andere 'partijen'. De overheid, (farmaceutische) bedrijven, beroepsorganisaties en verzekeraars zijn steeds dieper doorgedrongen in hun spreekkamer; patiënten, hun ouders en hun organisaties zijn mondiger geworden; en een voortdurend aangroeiend koor van commentatoren heeft voor een kritisch en aanzwellend geluid in de massamedia gezorgd. Ook wetenschappers en behandelaars zélf zijn zich hierdoor (al dan niet noodgedwongen) meer gaan roeren in het publieke domein. Het samenspel tussen deze actoren en de kritische (media-)aandacht hebben de epidemische ontwikkeling van ADHD niet kunnen tegenhouden, sterker nog: ze hebben er mogelijk aan bijgedragen. De belangrijkste brandstof voor het debat over ADHD, de spectaculaire groei van het aantal diagnoses en verstrekkingen van methylfenidaat, lijkt daarom voorlopig nog niet uitgeput. Zo zijn, vooral vanaf de jaren negentig, de professionele en publieke controverses over ADHD inherent onderdeel gaan uitmaken van het 'verschijnsel' ADHD zélf.⁴⁵⁶

⁴⁵⁶ Zie over het in toenemende mate verantwoording moeten afleggen aan (mondige) cliënten en aan 'derde' partijen o.a. Abma en Weijers, *Met gezag* 184, Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 1076-1079.

Slotbeschouwing

1. Inleiding

‘Klachten van volwassenen over druk gedrag van kinderen zijn een oud verschijnsel. In het mooie boekje *Proeve over de opvoeding* uit 1780 schreef Betje Wolff: “Een gezond en wel te vreden Kind, is druk, woelig, wil altoos spelen, ravotten, lopen, kortom het wil nooit stil zijn; dit noemt gy stout zyn – Is dit wel zo? Geeft gy it wel zynen rechten naam? Ik denk neen!” En in *Tom Sawyer* van Mark Twain (1876), krijgt de “onrustige, luidruchtige en lastige” Tom te horen: “En probeer je voor één keer ’s te gedragen, dan hoef je geen medicijn meer te slikken”.

Het is dan ook niet verrassend dat de problematiek die we nu kennen als ADHD ook in de oudere kinderpsychiatrie een vaste plaats blijkt te hebben gehad. Deze bevinding heeft overigens niet alleen historische relevantie: zij weerspreekt de tegenwoordig vaak geopperde veronderstelling dat ADHD uitsluitend een modeverschijnsel zou zijn, eerder het symptoom van een tijd waarin ouders het te druk hebben om op te voeden, dan van een stoornis in het kind. Als ADHD een modeverschijnsel is, dan is het een wel erg langdurig modeverschijnsel’.⁴⁵⁷

Deze conclusie trok de kinderpsychiater Nieweg in een artikel uit 2006 met als titel ‘ADHD, een ‘modeverschijnsel’ dat maar niet uit de mode raakt’. Hij liet daarmee zien dat een historische blik iets kan toevoegen aan het huidige ADHD-debat. Enige voorzichtigheid is daarbij wel geboden. Wie te gretig wil bijdragen aan actuele vraagstukken, zou wel eens de basisregels van het historische ambacht met voeten kunnen treden. In deze studie is mede daarom gepolemiseerd tegen drie heersende interpretaties van de geschiedenis van ADHD. Enigszins schematisch gesteld, gaat het om het vooruitgangsperspectief van medici, de medicaliseringstheorie van sociologen en de pendelbeweging tussen de ‘twee culturen’ die historici beschrijven. Hieronder wordt, op basis van de voorgaande hoofdstukken, uiteengezet hoe deze drie visies beoordeeld, bijgesteld en aangevuld dienen te worden. Pas wanneer daarmee een beter en completer beeld van het verleden is gevormd, kan in de epiloog (paragraaf 5 van deze slotbeschouwing) een poging gedaan worden om te reflecteren op het heden.

⁴⁵⁷ Nieweg, ‘ADHD’, 303-312, 309-310.

2. Het medische vooruitgangsperspectief

De eerste 'voorloper' (ca. 1900)

Bovenstaand citaat van Nieweg zou kunnen passen in het straatje van medici, die betogen dat ADHD eigenlijk altijd al heeft bestaan, maar pas recentelijk steeds beter wordt onderkend en behandeld. Nieweg paste deze redenering echter niet toe, integendeel. In plaats van de hedendaagse situatie als voorlopig hoogtepunt in de ontwikkeling van de kinderpsychiatrie voor te stellen, benadrukte hij de veelzijdigheid en evenwichtigheid van het vakgebied in vroegere tijden.⁴⁵⁸ Hij meende dat veel kinderpsychiaters een te negatief beeld hadden van het verleden, omdat zij zich 'door de tijdsgeest om de tuin lieten leiden'.⁴⁵⁹ Nieweg keerde zich daarmee in feite tegen het presentisme dat onder andere aangetroffen kan worden in veel 'voorwoordgeschiedenissen' in medische handboeken over ADHD.

De tekortkomingen van deze presentistische historische overzichten zijn in de voorgaande hoofdstukken duidelijk naar voren gekomen. Zo zijn er vraagtekens te plaatsen bij het daarin bijna unaniem gekozen beginpunt: de lezingen die George Still in 1902 gaf over *moral deficiency*. Deze keuze is enigszins arbitrair, aangezien er rond 1900 verschillende vergelijkbare concepten de ronde deden in Europa en de Verenigde Staten. Tevens gaf Still geen systematische beschrijving van een welomschreven en afgebakend ziektebeeld. Hij deed eerder een oproep tot meer onderzoek naar een zeer heterogene categorie kinderen die een breed spectrum aan gedragsproblemen vertoonde, zonder dat daar een verstandelijke retardatie of duidelijk waarneembare geestesziekte aan ten grondslag lag. Hij noemde daarbij wel gedragskenmerken die doen denken aan ADHD, maar sprak toch vooral over 'immorele' en misdadige kinderen. *Moral deficiency* kan daarom nauwelijks met goed recht (de eerste) 'voorloper' van ADHD genoemd worden, zoals vaak gebeurt.

Ditzelfde geldt, om dezelfde redenen, voor de Nederlandse versie van dit ziektebegrip: het 'moreel-ethische defect' of de 'constitutionele psychopathie' van K.H. Bouman. Zijn lezingen daarover sloten daarnaast aan bij een meer algemene discussie in Nederland die rond 1900 werd gevoerd over de zogenaamde 'onmaatschappelijke kinderen'. Deze discussie werd vooral gevoed door de perceptie dat de criminaliteit onder minderjarigen onrustbarend toenam en dat de jeugd was 'losgeslagen'. De medisch-biologische zienswijze van, onder andere, Bouman was daarbij echter niet de meest gangbare. De oorzaak van misdadigheid bij kinderen werd veel vaker gezocht in de plichtverzaking door ouders. Vooral kinderen uit 'asociale' gezinnen zouden opgroeien voor galg en rad, doordat zij schromelijk verwaarloosd werden. Ook hier was, kortom, geen sprake van de 'ontdekking' van een

⁴⁵⁸ Nieweg, 'ADHD', 309-310.

⁴⁵⁹ Ibidem., 310.

ADHD-achtige psychiatrische stoornis, maar van een tamelijk diffuse bezorgdheid over wat men zag als een opvoedkundige en zedelijke kwestie.

Tegelijkertijd hield een ander vraagstuk de gemoederen in Nederland bezig, dat wél (voornamelijk) als medisch probleem werd opgevat: de groei van het aantal neurasthenici of: 'zenuwachtigen', ook onder kinderen. Evenals Boumans moreel-ethische defect, was de neurasthenie een 'vergaarbak' waarin uiteenlopende verschijnselen in samengebracht waren. Ook hier is het predikaat 'voorloper' van ADHD dus niet echt op zijn plaats, al deden zich vooral bij het 'prikkelbare type' van zenuwachtigheid ADHD-achtige gedragskenmerken voor. Wel was neurasthenie in Nederland, (vooral) in Duitsland en andere geïndustrialiseerde landen een veelbesproken en wijdverspreid fenomeen. Het werd beschouwd als dé ziekte van de moderne, letterlijk zenuwslopende, tijd.

In veel geschiedenissen van ADHD wordt echter uitsluitend melding gemaakt van Stills *moral deficiency* of het zeer vergelijkbare Franse *instabilité*. De neurasthenie blijft daarin onvermeld, terwijl die niet minder overeenkomsten vertoonde met de huidige ADHD en van grotere historische betekenis was. Dat laatste is in hoofdstuk 1 aangetoond ten aanzien van de zenuwachtigheid die in Nederland meer van zich deed spreken dan het moreel-ethische defect van Bouman. Hier is echter waarschijnlijk niet (louter) sprake van een Nederlandse eigenaardigheid, aangezien neurasthenie een internationaal verschijnsel was. Voor het negeren daarvan in de geschiedschrijving van ADHD is daarom geen goede historische grond.

Negatie en verkeerde voorstelling van zaken (ca. 1890-1960)

Het 'missen' van de neurasthenie kan verklaard worden uit de wijze waarop veel historische inleidingen in medische handboeken over ADHD geschreven zijn. De auteurs hebben de neiging om als het ware vanuit het heden terug te redeneren naar het verleden. Uitgaande van de huidige ADHD, komen ze al gauw uit bij MBD. Vanuit MBD zoeken ze de kortste weg terug naar Tredgold, die de term *minimal brain damage* als eerste muntte in 1908. De stap van Tredgold naar Still is vervolgens heel klein. Uiteraard wordt dit niet in deze volgorde opgeschreven, maar het is opvallend hoezeer veel 'voorwoordgeschiedenissen' een rechte lijn volgen van Still en Tredgold, via MBD, naar ADHD. Voor alles wat niet op dit 'spoor' zit, is over het algemeen geen of vrijwel geen aandacht.

Dit geldt niet alleen voor de neurasthenie van rond 1900, maar ook voor wat daar ná kwam: de nervositas of neuropathie. In hoofdstuk 2 is betoogd dat er tussen ca. 1890 en 1960 sprake was van een opmerkelijke continuïteit in het denken over en gebruik van begrippen als nervositeit, zenuwachtigheid, neurasthenie en neuropathie. Daar is in veel geschiedenissen van ADHD echter weinig over terug te vinden, al werden deze diagnoses

decennialang gesteld bij kinderen met symptomen als overactief gedrag, prikkelbaarheid, afleidbaarheid, slechte aandachtsconcentratie en impulsiviteit.

Deze negatie komt niet alleen door het vasthouden aan de 'lijn' van Still tot ADHD, maar ook doordat de 'waarheden' van vandaag als uitgangspunt hebben gediend bij de selectie van bronnen en 'voorlopers' van ADHD. In het licht van de huidige 'bio-medische' oriëntatie in de kinderpsychiatrie is de psychodynamische benadering van gedragsproblemen, die naar verluidt domineerde tussen 1920 en 1960, in de ogen van de auteurs van deze geschiedenissen (blijkbaar) weinig interessant of relevant.

Daarbij gaan ze er bovendien ten onrechte vanuit dat gedragsproblemen – bijvoorbeeld die van 'nerveuze' kinderen – in het 'psychodynamische tijdperk' per definitie als (psycho)neurose in Freudiaanse zin werden geduid. In de toenmalige Nederlandse vakliteratuur werd nervositas echter voorgesteld als een constitutionele afwijking in het functioneren van het (autonome) zenuwstelsel. De gedragsproblemen werden geweten aan de wisselwerking tussen aanleg en milieu. Interventies waren vooral gericht op de gezins- en opvoedingsomstandigheden, maar daarbij ontbraken Freudiaanse noties als onbewuste innerlijke conflicten, neurotiserende gezinsrelaties, het oedipus-complex. Dit is een opvallende bevinding, omdat de MOB's, waar regelmatig ook 'nerveuze kinderen' terechtkwamen, bekend stonden om hun psychoanalytische oriëntatie. De benadering en behandeling van nervositas (en overigens ook van ongedurigheid) waren echter eerder 'medico-pedagogisch' dan psychodynamisch. Hieruit kan afgeleid worden dat er, ook in de MOB's, meer differentiatie in denken en handelen was dan vaak wordt voorgesteld.

Daarnaast worden psychodynamische opvattingen over gedragsproblemen bij kinderen door verschillende auteurs onjuist samengevat als 'de theorie van *poor parenting*'. Dat doet niet alleen geen recht aan de complexiteit van het psychodynamische gedachtegoed, maar gaat zelfs voorbij aan de essentie daarvan. Zoals de sociologe Brancaccio betoogde, lag het accent bij (neo-)Freudianen op de innerlijke, onbewuste intrapsychische processen bij kinderen. Het is daarom niet ondenkbaar dat de 'opvoedfouten' van ouders eerder *minder* aandacht kregen toen in de loop van de jaren zestig de 'medico-pedagogische' benadering van 'druk gedrag' bij kinderen plaats maakte voor een psychoanalytische.

De presentistische vooringenomenheid tegenover de periode tussen 1920 en 1960 én tegenover de psychoanalyse leidt, kortom, niet alleen tot het grotendeels negeren van de toen gangbare opvattingen en praktijken, maar ook tot een verkeerde voorstelling van zaken. Anders dan in veel geschiedenissen wordt gesuggereerd, werden niet alle gedragsproblemen bij kinderen in deze periode per definitie als Freudiaanse neurose opgevat – dat gold bijvoorbeeld niet voor ongedurigheid en nervositas. Evenmin betekende een psychodynamische oriëntatie bij de hulpverlening automatisch dat ouders de schuld in

de schoenen geschoven kregen, de aandacht kwam juist meer te liggen op het (onbewuste) innerlijke leven van het kind.

Continuïteit en discontinuïteit (ca. 1900-2008)

Niet in alle opzichten komt de periode tussen 1920 en 1960 er bekaaid vanaf in veel geschiedenissen van ADHD. Daarin wordt namelijk tamelijk uitgebreid verslag gedaan van de research uit die jaren naar kinderen met een bekende hersenbeschadiging, bijvoorbeeld als gevolg van een encefalitis. Het ging om marginale, kleinschalige onderzoeken die betrekking hadden op andere en ernstiger problematiek dan de huidige ADHD. Ze zijn echter wel een belangrijke schakel in het verhaal van de gestage vooruitgang van de medische wetenschap, omdat ze als brug dienen tussen Still en Tredgold enerzijds en de 'doorbraak' van het MBD-concept in de jaren vijftig (in de Verenigde Staten) en zestig (in Nederland). Deze 'brugfunctie' is essentieel om het beeld te kunnen schetsen van een continue ontwikkeling van Still tot nu.

In de inleiding is al betoogd dat een dergelijke voorstelling van zaken niet houdbaar is. De geschiedenis van ADHD gaat niet over de historische ontwikkeling van één en dezelfde ziekte-entiteit door de jaren heen, daarvoor zijn er te veel verschillen tussen oudere en nieuwe definities, behandelpraktijken en opvattingen. Dit is ook in voorgaande hoofdstukken duidelijk geworden. Bij *moral deficiency* en het moreel-ethisch defect lag het accent niet op ADHD-achtige gedragskenmerken, maar op immoreel gedrag en misdadigheid waar allerlei oorzaken aan ten grondslag lagen. Zenuwachtige en nerveuze kinderen hadden allerlei lichamelijke klachten die nu niet met ADHD geassocieerd worden. Het MBD-concept omvatte meer en ernstiger afwijkingen dan ADHD. Onder ADHD, tot slot, lijken (steeds) lichtere vormen van afwijkend gedrag te vallen die vroeger nog tot het domein van het 'normale' behoorden. Het staat, met andere woorden, allerminst vast dat ADHD en 'voorlopers' überhaupt wel betrekking hebben op dezelfde categorie kinderen. Voorzover het wél over dezelfde kinderen ging, werd er gedurende de laatste honderd jaar heel verschillend gedacht over de aard van hun gedragsproblemen en de behandeling daarvan. Het moreel-ethische defect en tot op zekere hoogte ook de ongedurigheid werden, met de evolutietheorie als inspiratiebron, opgevat als een vorm van 'achterlijkheid' of achterblijvende ontwikkeling. Dat is heel wat anders dan het perinatale zuurstoftekort dat meestal als oorzaak werd gezien van MBD, wat overigens goed kon samengaan met de psychoanalytische visie van een verstoorde Ik-ontwikkeling. Bij ADD lag het accent op het aandachtstekort, tegenwoordig bij ADHD op een verstoorde gedragsinhibitie – die onder andere geweten wordt aan een verkleinde omvang van de prefrontale cortex en een minder goede neurotransmissie in dat deel van de hersenen. Daarnaast is de discussie rond 1900

over de 'geestelijke overloading' die de school zou veroorzaken niet te vergelijken met de zorg over 'secundaire neurotisering' of de 'negatieve spiraal' tussen kind en omgeving uit latere tijden.

Al kan dus niet gesproken worden van de geschiedenis van één ziekte-entiteit, drukke en lastige kinderen zijn, zoals Nieweg stelt, van alle tijden. Niet één of andere medische definitie, maar de voortdurende worsteling met deze kinderen geeft samenhang aan de geschiedenis van ADHD. Keer op keer kwamen dezelfde thema's terug: de veelvoorkomendheid van deze gedragsproblematiek, de wisselwerking tussen aanleg en omgeving, het gevaar dat deze kinderen zouden 'afglijden op de maatschappelijke ladder', de moeilijkheden in de schoolklas en de noodzaak van preventie, vroege herkenning en behandeling. Toegegeven, het ging niet om een duidelijk afgebakende en zelfs niet altijd om dezelfde categorie kinderen. Echter, ook het onvermogen om tot een duidelijke omschrijving en afbakening te komen, is in zekere zin altijd onderdeel geweest van de worsteling met ADHD-achtige verschijnselen. Van zenuwachtigheid tot ADHD, telkens is van de gangbare medische definities gezegd dat ze vaag waren, onduidelijke grenzen hadden en een zeer heterogene groep kinderen omvatten. Niettemin hadden deze definities in grote lijnen betrekking op, misschien niet precies dezelfde, maar wel sterk verwante gedragsproblemen. Bovendien onderscheidde deze kinderen zich van andere 'zorgenkinderen', doordat ze geen verstandelijke handicap of duidelijk zichtbare psychiatrische of neurologische ziekten hadden.

Deze samenhang (die tot op zekere hoogte bestaat) maakt het mogelijk om ADHD en aanverwanten grofweg in twee groepen te verdelen. Enerzijds waren er concepten die zich vooral gericht waren op externaliserende gedragskenmerken: druk gedrag, impulsiviteit, snel afgeleid, snel geprikkeld en soms ook agressiviteit of zelfs criminaliteit. Anderzijds waren er ziekte-definities waarin het accent sterker lag op de problemen 'in' het kind: moeite de aandacht vast te houden, korte spanningsboog, wegdromen, vaak ook lichamelijke verschijnselen als vermoeidheid en maag- en darmklachten, soms ook symptomen van angst. Tot de eerste categorie behoorden het moreel-ethische defect en ongedurigheid, tot het tweede zenuwachtigheid en nervositas. Het MBD-concept was breed genoeg om beide categorieën te omvatten, maar paste het meest bij de eerste. Niet voor niets werd in de jaren zeventig (vooral in de Verenigde Staten) de beschrijvende term 'hyperactiviteit' min of meer als synoniem beschouwd. Deze tweedeling bleef ook gehandhaafd in het onderscheid tussen ADD mét of zonder hyperactiviteit, evenals in de onderverdeling van ADHD in subtypes. Hoewel het gecombineerde subtype het meest gediagnosticeerd, beschreven en onderzocht is, bestaat er duidelijk een notie dat onder de noemer ADHD twee 'soorten' problemen zijn samengevoegd: enerzijds hyperactieve en impulsieve gedragskenmerken (bij

het hyperactief-impulsieve subtype), anderszijds aandachtszwakte (bij het aandachtszwakke subtype).

Hyperactiviteit en impulsiviteit worden in overgrote meerderheid onder jongens aangetroffen, aandachtszwakte heeft dit 'gender'-karakter niet of zou zelfs in grotere getale bij meisjes voorkomen. Regelmatig wordt ook verondersteld dat er bij jongens sprake is van overdiagnostiek en bij meisjes van onderdiagnostiek. ADHD zou namelijk ook wel bij 'normaal' druk en dus als hinderlijk ervaren lastig gedrag vastgesteld worden, terwijl 'abnormale' aandachtszwakte vaak niet tot een diagnose zou leiden, omdat ouders en leerkrachten daar weinig last van ondervinden. Dit kan tot op zekere hoogte ook op het verleden geprojecteerd worden. Het moreel-ethische defect en ongedurigheid waren 'jongenskwalen', ten aanzien van zenuwachtigheid en nervositas zijn er geen aanwijzingen voor een ongelijke verhouding tussen jongens en meisjes. Overigens kwamen deze laatste stoornissen ook *niet* relatief vaker voor onder de lagere sociale klassen, terwijl dat wel het geval was bij de aandoeningen uit de andere categorie. Hoewel dit moeilijk te staven is, lijkt het er dus op dat bovenstaande tweedeling op basis van 'gender-karakter' ook opgaat ten aanzien van het 'sociale klasse-profiel' van ADHD en voorlopers.

Er is dus wel degelijk continuïteit en samenhang te ontdekken in de geschiedenis van ADHD – of beter gezegd: in de geschiedenis van de omgang met kinderen met 'ADHD-achtige' gedragsverschijnselen. Dit betekent echter niet dat er, zoals medici en kinderpsychiaters vaak suggereren, sprake was van een continue *ontwikkeling of vooruitgang*. Niet voor niets is in het voorgaande gerept van een 'voordurende worsteling' met gedragsproblemen die al een eeuw als veelvoorkomend gelden, zonder dat medici er in slagen die goed te definiëren, de oorzaken vast te stellen, laat staan ze (écht) op te lossen. Wat dat betreft spreekt het, nog steeds, omstreden karakter van het ADHD-concept boekdelen.

Met enige goede wil is er in de geschiedenis van ADHD, in plaats van lineaire vooruitgang, een cyclisch patroon te herkennen: een nieuw ziekteconcept wordt geïntroduceerd en vervolgens omarmd; door de groeiende populariteit worden de grenzen van het concept echter dermate opgerekt, dat de validiteit en legitimiteit ervan als medische diagnose ondergraven worden. Dat schept ruimte voor de introductie voor een nieuw concept, dat mogelijk weer dezelfde cyclus doorloopt. Dit patroon is tot op zekere hoogte herkenbaar bij zenuwachtigheid, MBD en ADHD. Zenuwachtigheid was rond 1900 een zeer 'succesvol' concept, dat aansloot bij de beleving van veel mensen dat de moderne tijd en de leerplicht een zware wissel trokken op het zenuwstelsel van (onder andere) kinderen. Zenuwachtigheid als medische diagnose werd echter ook bekritiseerd als een 'vergaarbak', omdat die bij grote aantallen patiënten met zeer uiteenlopende verschijnselen werd

vastgesteld. MBD werd in Europa aanvankelijk gebruikt bij een klein aantal kinderen met tamelijke ernstige beperkingen en wanneer er duidelijke aanwijzingen waren voor stoornissen of schade in de hersenen. Op den duur werden de grenzen van het MBD-concept echter opgerekt, onder andere doordat ouders behoefte hadden aan erkenning dat er (buiten hun schuld) iets mis was met hun kind. De massamedia droegen bovendien bij aan de bekendheid en het 'meer serieus nemen' van de MBD-problematiek. Tegelijkertijd zwol de kritiek aan dat MBD een vage, 'overinclusieve' prullenmand- of modediagnose was geworden. De populariteit van MBD ondergroef zo de legitimiteit van dit ziekteconcept, wat de ruimte bood voor alternatieven als ADHD. Over ADHD werd (althans volgens Pieters et al.) in de massamedia aanvankelijk met begrip en compassie bericht, wat bijdroeg aan de erkenning en herkenning van deze stoornis. Toen echter het aantal gediagnosticeerde patiënten (dat methylfenidaat kreeg) explosief steeg, sloeg aan het einde van de jaren negentig de stemming om. Evenals MBD rond 1980, lag ADHD de laatste tien jaar onder vuur als 'modediagnose', die veel te gemakkelijk bij te veel kinderen zou worden vastgesteld. Als dit patroon zich voortzet, zou alle kritiek wel eens tot de vervanging van ADHD door een nieuwe (meer afgebakende) diagnostische term kunnen leiden.

Deze interpretatie is uiteraard tamelijk speculatief. Het is ook niet de bedoeling om dit cyclische patroon als nieuw model voor de geschiedenis van ADHD voor te stellen. Wel kan vastgesteld worden dat bepaalde diagnoses soms 'in trek' zijn, wat vaak gepaard lijkt te gaan met het oprekken van de grenzen ervan. Dit zegt iets over de functie die diagnoses hebben voor ouders, leerkrachten en kinderen zelf. Wanneer zij tobben met moeilijk gedrag dan helpt het blijkbaar wanneer daar een 'naam' aan gegeven kan worden. Dat verklaart misschien waarom kinderpsychiaters en andere artsen omstreden ziekte-definities als ADHD blijven hanteren. Een onvolkomen diagnose is voor veel kinderen en hun ouders te verkiezen boven géén diagnose.

3. De sociologische medicaliseringstheorieën

De professionaliseringstheorie ofwel medicalisering in engere zin

Een aantal van de bovenstaande kritiekpunten gaat ook op voor (historisch-)sociologische werken die uitgaan van het medicaliseringsperspectief. Vaak wordt daarin dezelfde 'lijn' van Still, via MBD naar ADHD gevolgd, wat gepaard gaat met dezelfde negatie van de zenuwachtigheid, nervositas en de periode tussen 1920 en 1960. Brancaccio en in mindere mate Rafalovich hebben wel oog voor die periode, maar hebben de neiging om (ten onrechte) 'nervositas' op te vatten als een neurose in Freudiaanse zin. De opmerkelijke continuïteit in het denken over zenuwachtige en nerveuze kinderen tussen 1900 en 1960

zien ook zij daarom over het hoofd. Daarnaast wordt in de sociologische literatuur vaak uitgegaan van een continue, min of meer lineaire ontwikkeling – niet de vooruitgang van de medische wetenschap, maar de voortdurende expansie van de jurisdictie van psychiaters en andere medische en niet-medische beroepsgroepen.

Verschillende auteurs kenschetsten de twintigste eeuw – ooit uitgeroepen tot eeuw van het kind – als tijdperk van de toegenomen *professionele bemoeienis* met het kind.⁴⁶⁰ Steeds meer facetten van de opvoeding werden volgens hen overgelaten aan professionele deskundigen, die zelf de belangrijkste motor waren achter de uitbreiding van hun werkterrein. Deze auteurs – sociologen, maar ook wel anderen – hanteren een soort ‘top-down’ constructie waarbij beroepsgroepen hun opvattingen en bemoeienis aanvaard wisten te krijgen in steeds grotere delen van de bevolking. Het aanbod schiep als het ware zijn eigen vraag. De belangrijkste dynamiek in dit proces wordt toegeschreven aan de concurrentie tussen disciplines die een specifieke deskundigheid claimden op (deels) dezelfde terreinen.

Tot op zekere hoogte is wel iets te zeggen voor deze professionaliseringsthese. De sterke groei aan ambulante voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg na de Tweede Wereldoorlog en de opkomst van het ‘psychotherapeutisch bedrijf’ in de jaren zestig en zeventig hebben een belangrijke plaats in de geschiedenis van ADHD. Daarmee ontstond namelijk een daadwerkelijke behandelpraktijk voor ‘drukke kinderen’, die ook grotendeels werd vormgegeven door de daar werkzame professionals.

Het zou echter verkeerd zijn om uitsluitend te denken in een ‘van bovenaf’ gestuurd proces. In principiële zin kan gesteld worden dat medici en andere hulpverleners niet geïsoleerd zijn van de samenleving, maar daar zelf onderdeel van uitmaken en daardoor beïnvloed worden. Ook laten patiënten of cliënten zich niet (per definitie) als passieve schapen naar de spreekwoordelijke slachtbank leiden. Daarnaast is in historische zin evident dat de groei van het hulpverleningsaanbod ook van ‘onderaf’ werd gevoed. Dat was al zo rond 1900, toen psychiaters de eerste professionele stappen buiten de muren van de krankzinnigengestichten zetten door zich bezig te gaan houden met ‘zenuwzieken’ – waarbij hun belangstelling ook uitging naar zenuwachtige kinderen, al had dat nog weinig gevolgen voor de behandelpraktijk. Deze ontwikkeling wortelde in een breed gedeelde bezorgheid in de samenleving over de negatieve effecten van de modernisering op de psychische gezondheid (en in het bijzonder op het zenuwstelsel) van de mens, die samenging met een groot geloof in moderne, medische en wetenschappelijke oplossingen. Deze combinatie van (cultuur)pessimisme en maakbaarheidsoptimisme, ofwel van verontrusting en dadendrang, was een terugkerend thema in de afgelopen eeuw. Het was bijvoorbeeld ook kenmerkend voor het klimaat in de Nederlandse politiek en samenleving in de jaren na de

⁴⁶⁰ Zie bijv. Bakker, Noordman en Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen* 221-223.

Tweede Wereldoorlog, waarin de beweging voor geestelijke volksgezondheid de wind in de zeilen kreeg. De groei van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in die jaren was niet alleen te danken aan het activisme van vooraanstaande vertegenwoordigers van deze beweging, maar ook aan de (min of meer) algemene stemming die toen in Nederland heerste. De sterke opkomst van de psychologie en de psychotherapie (in allerlei vormen en gedaanten) in de jaren zestig en zeventig kan evenmin uitsluitend verklaard worden vanuit de 'aanbodzijde' – die was namelijk ondenkbaar geweest zonder bijvoorbeeld de economische groei, de uitbouw van de verzorgingsstaat en de ingrijpende sociale en culturele veranderingen die Nederland sinds de jaren vijftig doormaakte.

Het interactionele model ofwel medicalisering in bredere zin

In verschillende sociologische studies over de geschiedenis van ADHD wordt dan ook het beeld van éénrichtingsverkeer van professionals naar bevolking van de hand gewezen. In plaats daarvan wordt de medicalisering van afwijkend gedrag – de herdefiniëring van dat gedrag tot medisch probleem – in bredere zin geïnterpreteerd als de uitkomst van een interactioneel proces tussen ouders, onderwijzers en medici. Daarbij betrekken de auteurs ook maatschappelijke en historische factoren, zoals de macht van de farmaceutische industrie, het beleid van de overheid, veranderingen in de verhouding tussen sociale klassen en ontwikkelingen op het gebied van onderwijs.

Daarmee bieden deze auteurs een nuttige aanvulling op zowel de professionaliseringstheorie als op de internalistische geschiedschrijving in veel medische handboeken over ADHD. Zij stellen dwingende vragen over bijvoorbeeld de toepasbaarheid van het medische ziektemodel bij gedragsstoornissen, de macht en belangen van de farmaceutische industrie en de effecten van op kostenbesparing gericht overheidsbeleid. Tevens levert hun 'interactionistische model' van medicalisering belangrijke inzichten op. Dat is het meest duidelijk ten aanzien van het verband tussen de school en de diagnosticering van ADHD en voorlopers bij kinderen. De problemen in de schoolklas figureerden prominent in vrijwel alle besproken vakliteratuur, van 1900 tot heden. De moeilijkheden en achterblijvende prestaties maakten vaak voor het eerst duidelijk dat er iets 'mis' was met het kind en die vormden ook de belangrijkste aanleiding om professionele hulp te zoeken. In het diagnostische proces dat daarop volgde speelde de informatie en mening van onderwijzers een cruciale rol. Er is daarom alle reden om factoren als de situatie in scholen, ontwikkelingen op het gebied van onderwijs en de taakopvatting van leerkrachten een belangrijke plaats te geven in de geschiedschrijving van ADHD.

Er zijn echter ook een aantal kanttekeningen te plaatsen bij de (meestal) sociologische studies waarin dit 'brede', interactionistische medicaliseringsperspectief wordt gehanteerd. Veel interessante, op zichzelf niet onaanneemlijke redeneringen over bijvoorbeeld de rol van verschuivende verhoudingen tussen sociale klassen en veranderingen in het onderwijs zijn moeilijk empirisch te toetsen gebleken. Het blijft mede daardoor bij wel erg algemene en schematische betogen over bijvoorbeeld de 'beschaving' van de arbeidersklasse, vooral in het werk van Brancaccio, maar ook bij anderen (zoals Pieters et al.)

Daarnaast worden verbanden dikwijls te gemakkelijk gelegd of te weinig geproblematiseerd. Al is het plausibel dat veranderingen op het gebied van het onderwijs een belangrijke factor waren in de geschiedenis van ADHD, het 'medicaliserende effect' van de invoering van de leerplicht aan het begin van de twintigste eeuw wordt bijvoorbeeld overdreven. Het duurde immers tot ná de Tweede Wereldoorlog voordat psychiaters en andere hulpverleners op grote schaal kinderen met ADHD-achtige gedragsproblemen in behandeling kregen. Bovendien gaat alle aandacht in de sociologische literatuur uit naar de 'managementproblemen' die onderwijzers kregen als gevolg van de (steeds verder uitgebreide) leerplicht – zo zou het aantal onhandelbare leerlingen per klas sterk zijn toegenomen. Daarbij wordt volledig voorbijgegaan aan een kwestie die in de eerste decennia van de twintigste eeuw de gemoederen veel meer bezighield: namelijk de notie dat kinderen massaal leden aan een zenuwziekmakende 'geestelijke overlading', doordat zij op school werden blootgesteld aan een 'eenzijdige intellectuele overbelasting'. Tevens is het op zijn minst dubieus dat een aantal sociologen de 'medicalisering' van afwijkend gedrag bij kinderen opvatten als een 'proces van samenwerking en wederzijdse legitimatie van school en psychiatrie'. De belangen en zienswijzen van onderwijzers en psychiaters lagen namelijk lang niet altijd in elkaars verlengde. Twijfelachtig is ook de grote rol die wordt toegeschreven aan de progressieve opvoedingsidealen en –methoden van de jaren zestig en later. Doordat de ouderwetse tucht- en strafmaatregelen niet meer acceptabel waren, zouden ouders en leerkrachten de middelen verloren hebben waarmee ze lastige kinderen konden disciplineren. Deze redenering gaat echter niet op, omdat in de literatuur tussen 1890 en 1960 keer op keer werd gesteld dat diezelfde tucht- en strafmaatregelen (toen ze nog wel 'mochten') niet werkten bij moreel-ethisch defecte, zenuwachtige, ongedurige of nerveuze kinderen.

Een laatste voorbeeld betreft de toepassing van methylfenidaat sinds de jaren negentig. Dat zou in het belang zijn geweest van psychiaters en andere medici, omdat concurrerende niet-medische beroepsgroepen, zoals psychologen, psychotherapeuten en orthopedagogen, geen medicijnen mochten voorschrijven. Zonder letterlijk te stellen dat kinderpsychiaters om die reden massaal kinderen met Ritalin® gingen behandelen, wordt door sommige auteurs wel de suggestie gewekt dat dit een rol heeft gespeeld. Daarbij wijzen

ze op de sterke positie als ADHD-deskundigen bij uitstek die kinderpsychiaters de laatste vijftien jaar hebben verworven. Deze auteurs laten echter ten onrechte buiten beschouwing dat Ritalin® al sinds het midden van de jaren vijftig op de markt was. Kinderpsychiaters maakten zich toen al zorgen over de concurrentie van niet-medische aanpalende disciplines, maar toch pasten zij niet op grote schaal farmacotherapie toe. Blijkbaar zijn niet alleen hun ‘belangen’ bepalend voor hun handelingen, er spelen op zijn minst óók andere factoren mee.

Dit laatste voorbeeld maakt iets zichtbaar van een meer fundamenteel probleem. De medicaliseringstheorieën richten zich niet op de moeilijkheden met het gedrag van kinderen als zodanig, maar op de sociale processen die leiden tot de herdefiniëring daarvan tot medisch probleem. Het gaat sociologen, met andere woorden, om de sociaal-culturele constructie van (in dit geval) een psychiatrische diagnose. De onafhankelijk daarvan bestaande ‘misère’, zoals De Swaan het noemt, blijft buiten beschouwing.⁴⁶¹ Zij beschrijven en bestuderen dus slechts een déél van de historische werkelijkheid. Dat abstraheren ze bovendien, omdat ze niet een concrete historische situatie willen begrijpen, maar een algemeen model willen bouwen. Dat model moet beschrijven onder welke condities en volgens welke mechanismen lastig gedrag van kinderen, in de interactie tussen ouders, leerkrachten en kind, wordt ‘gemedicaliseerd’. Dit is buitengewoon nuttig, maar heeft iets reductionistisch. De interactie tussen medici, ouders en leerkrachten wordt bijvoorbeeld voorgesteld als een onderhandelingsproces, waarbij de betrokken partijen vooral hun eigen belang najagen. Het lijkt daarbij soms alsof professionele hulpverleners slechts streven naar uitbreiding van hun jurisdictie, leerkrachten alleen maar van hun ‘managementproblemen’ af willen en ouders louter de schuldvraag willen ontlopen.

De socioloog Rafalovich voorkomt dit door, met behulp van interviews, veel ruimte te bieden aan de dagelijkse ervaringen van clinici, leerkrachten en ouders met ADHD. De verscheidenheid aan motieven, ervaringen en opvattingen zowel tussen als binnen deze drie sociale groepen die hij laat zien, vormen een tegenwicht tegen de wat bloedeloze en schematische voorstelling van zaken in de overige ‘medicaliseringsliteratuur’.

Die schematische voorstelling van de geschiedenis van ADHD wordt echter óók veroorzaakt door het expliciete gebruik van de metaforen van de pendel en de twee culturen door vele auteurs – sociologen, medici, historici – onder wie ook Rafalovich.

⁴⁶¹ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 23, Swaan, Bringreave en Onland, *Opkomst* 12, Swaan, *Zorg en de staat* 233.

4. De pendelbeweging tussen twee culturen

De 'pendelbeweging' zoals voorgesteld in de literatuur

Het is niet moeilijk om te begrijpen waarom de metaforen van de pendelbeweging en de twee culturen zo populair zijn in de geschiedschrijving van de psychiatrie. Ze vormen een handig hulpmiddel om orde te scheppen in een tamelijk onoverzichtelijk verleden, op een manier die op het eerste gezicht plausibel is. In de tweede helft van de negentiende eeuw werd het vakgebied gedomineerd door psychiaters die psychiatrische stoornissen beschouwden als hersenziekte. De wetenschappers onder hen onderzochten in laboratoria de anatomie van de hersenen van overledenen om de oorzaak van verschillende vormen van krankzinnigheid te ontdekken. Aan het begin van de twintigste eeuw kwamen echter nieuwe geesteswetenschappelijke stoornissen opzetten, waarvan Freuds psychoanalyse de bekendste is. Geleidelijk aan leek de 'pendel' dus in psychologische richting te bewegen, een trend die zich voortzette na de Tweede Wereldoorlog en een hoogtepunt bereikte in de jaren zestig en zeventig. In die decennia vierde het psychotherapeutische optimisme hoogtij en deed zich ook in de samenleving een mentaliteitsverandering voor die sociologen aanduiden met 'psychologisering' of 'protoprofessionalisering'. De hooggespannen verwachtingen werden echter niet waargemaakt en het klimaat sloeg om, zowel in de geestelijke gezondheidszorg zelf als in de maatschappij en in de politiek. De opvatting dat organische stoornissen in het brein ten grondslag lagen aan de meeste psychische stoornissen won snel terrein. In het verlengde daarvan verdween ook grotendeels de weerstand tegen het gebruik van psychofarmaca die in de *kinderpsychiatrie* bestond. Zo voltrok zich dus opnieuw, zo lijkt het, een pendelbeweging, maar nu van 'psychologie' naar 'biologie'.

Volgens verschillende auteurs is dit schema ook van toepassing op de geschiedenis van ADHD. Om te beginnen waren de eerste 'voorlopers' die in de eerste jaren van de twintigste eeuw werden geïntroduceerd, zoals de *moral deficiency* van de Britse arts Still, volgens hen duidelijk 'biologistisch'. Still en geestverwanten spraken van stoornissen in de hersenen, die grotendeels erfelijk waren bepaald. Daarbij lieten zij zich onder meer inspireren door (sociaal-)Darwinistische theorieën en de degeneratieleer.

Na de Eerste Wereldoorlog zou zich de eerste 'pendelbeweging' hebben voorgedaan. Volgens het 'standaardverhaal' kregen psychologische verklaringen en behandelwijzen voor gedragsproblemen geleidelijk meer invloed, waarbij de aandacht vooral uitging naar de rol van 'gezinsfactoren'. Een belangrijke katalysator van deze ontwikkeling was de beweging voor geestelijke hygiëne (of volksgezondheid) en de onder haar vleugels opererende, multidisciplinaire *Child Guidance Clinics* – in Nederland Medisch Opvoedkundige Bureaus

(MOB's) geheten. De belangrijkste inspiratiebron van zowel de beweging als de MOB's was de psychoanalyse. Vooral na de Tweede Wereldoorlog zou Freuds gedachtegoed bepalend zijn geweest voor het denken over en de omgang met 'drukke' kinderen. Daarnaast kwamen onder invloed van Bowlby's hechtingstheorie de gezinsomstandigheden nog meer dan tevoren centraal te staan. Dit leidde volgens sommige historisch-pedagogen tot de 'neurotisering' van de relatie tussen ouder en kind, waarbij de schuld van het afwijkend gedrag van kinderen al te gemakkelijk bij de ouders werd gelegd.

Al voerde na de Eerste Wereldoorlog de psychologische richting de boventoon, de biologische richting verdween niet volledig. De meeste geschiedenissen van ADHD besteedden weinig woorden aan de 'psychodynamische hoofdstroom' in de periode 1920-1960, maar beschrijven vooral het onderzoek dat neurologen, los daarvan en op bescheiden schaal, in dezelfde decennia verrichtten naar het verband tussen afwijkend gedrag en hersenschade (die bijvoorbeeld was ontstaan door een encefalitis) bij kinderen. Daarbij ontdekte Bradley in 1937, per toeval, de gunstige werking van amfetaminen bij deze kinderen. Dit bleef lange tijd onopgemerkt, maar dat veranderde na de Tweede Wereldoorlog. De notie dat er een link bestond tussen forse gedragsstoornissen en evidente cerebrale schade werd toen verbreed naar mildere vormen van afwijkend gedrag. Gepostuleerd werd dat die te wijten waren aan, weliswaar niet te detecteren, *minimale* schade (en later ook: functiestoornissen) van de hersenen. Zo kwam het MBD-concept (Minimal Brain *Damage* en later Minimal Brain *Dysfunction*) tot ontwikkeling, dat vanaf de tweede helft van de jaren vijftig in de Verenigde Staten een geduchte *neurologische* concurrent zou zijn geworden van de dominantie psychodynamische visie van psychiaters. In de jaren zestig en zeventig groeide MBD (ook wel aangeduid met de beschrijvende term 'hyperactiviteit'), ondanks forse kritiek op de validiteit ervan, tot de meest gediagnosticeerde gedragsstoornis bij kinderen tussen de vijf en twaalf jaar. 'MBD-kinderen' werden behandeld met het geneesmiddel Ritalin®, dat in de tweede helft van de jaren vijftig op de markt was gekomen, met het amfetamine-achtige methylfenidaat als werkzame stof.

Terwijl in de Verenigde Staten het 'succes' van MBD een einde maakte aan de overheersing van de psychoanalyse, werd deze diagnose in Europa alleen gesteld in zeldzame, ernstige gevallen, wanneer er duidelijke aanwijzingen waren dat er cerebrale schade was. Bij de overige kinderen met gedragsproblemen bleef, zo wordt in de literatuur gesteld, stond de 'pendel' meer dan ooit aan de 'psychosociale kant'. Dankzij vooral de toegenomen inbreng van psychologen werden psychodynamische opvattingen in de jaren zestig en zeventig verder verspreid en gepopulariseerd.

Vanaf de jaren tachtig, zo gaat het relaas in de meeste geschiedenissen van ADHD verder, deed zich echter onder invloed van verschillende factoren een 'paradigmawisseling' voor in de kinder- en jeugdpsychiatrie, waarbij de 'pendel' omsloeg van een

psychoanalytische naar een bio-medische oriëntatie. De introductie en het gebruik van de ziektebegrippen ADD en later ADHD worden daarbij voorgesteld als exponenten van deze kentering. Het waren om te beginnen categorieën uit de DSM, het classificatiesysteem dat vanaf de derde versie uit 1980 uitgroeide tot de internationale standaard in de psychodiagnostiek en dat impliciet berustte op het medische ziekte- of entiteitsmodel. Vooral vanaf de jaren negentig – het ‘decennium van het brein’ – werd naar ADHD ook veel neurofysiologisch, neurochemisch en genetisch onderzoek gedaan. Al werd de ‘pathofysiologie’ van deze stoornis daarmee niet opgehelderd, wel werden gemiddelde afwijkingen in bijvoorbeeld de omvang van (delen van) de hersenen van ADHD-patiënten aangetoond. Door kinderpsychiaters, medici, ouderverenigingen en gezondheidsvoorlichters werd ADHD over het algemeen voorgesteld als een grotendeels erfelijk bepaalde, neuropsychiatrische (hersenen-)stoornis. De voorkeursbehandeling bestond uit het bestrijden van de hoofdsymptomen (hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtstekort) met behulp van het medicijn methylfenidaat. In rap tempo liet men vanaf de jaren negentig de terughoudendheid varen die altijd de omgang met psychofarmaca bij kinderen had gekenmerkt. De exponentiële groei van het aantal gebruikers van ADHD-geneesmiddelen van 1275 in 1992 tot 86.000 in 2007 is de meest spectaculaire uiting van de ‘pendelbeweging’ die in de jaren tachtig is ingezet. In twee opzichten wordt in de literatuur in dit verband gesproken van ‘medicalisering’. Dit begrip duidt in de eerste betekenis op de toegenomen neiging om gedragsafwijkingen niet te duiden als psychosociaal, maar als biologisch-medisch probleem (als hersenziekte). In de tweede betekenis gaat het om de uitbreiding van het medische domein, om het oprekken van de grenzen van ADHD als diagnostische categorie, zodat ook lichtere gedragsproblemen daaronder vallen (en ook zeer jonge kinderen en volwassenen), met een uitbreiding van het indicatiegebied van methylfenidaat als gevolg.

Kritiek op het ‘standaardverhaal’ van de pendelbeweging

Van dit ‘standaardverhaal’ van de pendelbeweging in de geschiedenis van ADHD is in deze studie weinig overeind gebleven. De in de inleiding besproken kritiek van Sadowsky – dat het gebruik van de pendelmetafoor leidt tot uitvergroting van veranderingen, verontachtzaming van belangrijke continuïteiten, een te simplistisch beeld van de interactie tussen verschillende richtingen in de psychiatrie en onderschatting van de mate van eclecticisme en pragmatisme in de behandelpraktijk – bleek hout te snijden.

In hoofdstuk 1 is weliswaar bevestigd dat organicistische opvattingen over de aard en de erfelijkheid van gedragsstoornissen bij kinderen rond 1900 invloedrijk waren in Nederland. Echter, het beeld van de dominantie van de biologische ‘cultuur’ gaat voorbij aan het

opvoedkundig optimisme en de sociaal-hygiënistische dadendrang die, in elk geval in Nederland, het biologisch pessimisme overstemden. De oorzaak van misdadigheid bij kinderen, die Still en Bouman moreel deficiënt of defect noemden, werd voornamelijk gezocht in de verwaarlozing door plichtverzakende ouders. Vooral in gezinnen uit de laagste sociaal-economische klassen zou het opvoedingsklimaat zeer te wensen over laten. De oplossing werd dan ook gezocht in actief sociaal beleid gericht op de heropvoeding van deze kinderen. Daarnaast moest een ‘zedelijkheidsoffensief’ ervoor zorgen dat ouders, vooral uit de onderklasse, betere opvoeders zouden worden. Ook voor de moeilijkheden die lastige, maar niet ‘achterlijke’ leerlingen gaven in de schoolklas (na de invoering van de leerplicht), werden vooral pedagogische verklaringen en oplossingen gezocht. Deze kinderen, zo redeneerden onderwijzers en pedagogen, hadden moeite zich aan te passen aan het schoolregime, dat zo sterk afweek van hun thuissituatie.

In de literatuur over zenuwachtige kinderen werd evenzeer een groot belang toegekend aan sociale factoren. Weliswaar was er een erfelijke ‘neurasthenie dispositie’ in het geding, maar in het debat over neurasthenie en zenuwachtigheid ging het vooral over de ‘moderne maatschappij’, die een (te) grote belasting vormde voor het menselijke zenuwstelsel. Ten aanzien van kinderen spitste deze discussie zich toe op de ‘geestelijke overlading’ en ‘eenzijdige intellectuele overbelasting’ waarmee zij op school werden geconfronteerd. Vanwege dit sterke accent op omgevingsinvloeden kan de benadering van (uiteenlopende) vormen van afwijkend gedrag bij kinderen (in Nederland) beter als ‘sociaal-biologisch’ getypeerd worden dan als biologisch (zoals in de secundaire literatuur gebeurt). Ten aanzien van neurasthenie en zenuwachtigheid deden daarnaast ook psychologische noties en behandelwijzen (suggestie, hypnose en gesprekstherapie) voorzichtig hun intrede.

Dit laatste zou opgevat kunnen worden als een voorbode van de pendelbeweging in psychologische richting, die zich na de eerste Wereldoorlog zou hebben voorgedaan. Volgens verschillende geschiedenissen van ADHD gingen psychodynamische benaderingen vanaf het interbellum de omgang met gedragsgestoorde kinderen domineren, wat gepaard zou zijn gegaan met ‘parent blaming’ en ‘neurotisering’ van de gezinsverhoudingen. In hoofdstuk 2 is hiervan echter weinig gebleken. In de literatuur uit de periode tussen 1930 en 1960 werd namelijk gesteld dat ongedurigheid en nervositas berustten op een erfelijke predispositie of op een constitutioneel probleem. Wel konden deze stoornissen in ernst toenemen en een ongunstiger beloop krijgen onder invloed van de omgeving. De aandacht verschoof daarbij ten opzichte van de vorige periode van maatschappelijke factoren (de neveneffecten van de modernisering) naar gezinsfactoren. Daarnaast werd veel nadruk gelegd op de preventieve noodzaak én mogelijkheid om vroeg in te grijpen bij ongedurige en nerveuze kinderen, om te voorkomen dat zij aan lager wal zouden raken. Psychodynamische

elementen en concepten – zoals onbewuste innerlijke conflicten, neurotiserende relaties en problemen in de libidineuze fase-ontwikkeling – ontbraken echter in de literatuur over ongedurigheid en nervositas. Die werd eerder gekenmerkt door een ‘medico-pedagogische’ benadering: de teneur was dat het ging om stoornissen met een organische basis, waarbij met de juiste pedagogische aanpak (van rust, regelmaat en discipline) veel bereikt kon worden.

Deze bevindingen doen op zijn minst vermoeden⁴⁶² dat kinderpsychiaters en andere hulpverleners, ook als zij werkten in de psychoanalytisch georiënteerde MOB's, gedifferentieerder dachten en handelden dan vaak wordt voorgesteld. Daardoor was er ook ruimte voor ziekteconcepten met een duidelijke organische component. Ook de kritiek dat ouders in de beklagdenbank terecht kwamen moet op zijn minst genuanceerd worden. Weliswaar kwamen in de publicaties over ongedurige en nerveuze kinderen ‘opvoedingsfouten’ expliciet aan de orde, maar tevens merkten de auteurs begripvol op dat de ouders voor een zware opgave waren gesteld. De stoornissen van hun kinderen waren de oorzaak van opvoedingsmoeilijkheden – en niet andersom, meenden zij.

Al met al wordt de hele periode tussen 1890 en 1960 in de geschiedenis van ADHD gekenmerkt door een opvallende continuïteit, vooral ten aanzien van ziekteconcepten als neurasthenie, zenuwachtigheid, nervositas en neuropathie. De belangrijkste verandering in deze periode was niet een pendelbeweging van een biologische naar een psychologische oriëntatie – maar de totstandkoming van een daadwerkelijke behandelpraktijk voor kinderen met ‘ADHD’-achtige verschijnselen, vooral door de uitbreiding van de ambulante voorzieningen na de Tweede Wereldoorlog.

In de jaren zestig en zeventig was de invloed van het psychodynamische gedachtegoed in de kinderpsychiatrie wellicht groter dan ooit. Tegelijkertijd deed het neurologische MBD-concept zijn intrede. Zo lijkt er alle reden om te spreken van een concurrentiestrijd tussen twee ‘culturen’. In hoofdstuk 3 zijn daar echter drie belangrijke bezwaren tegenin gebracht.

In de eerste plaats was de situatie dermate onoverzichtelijk dat het niet juist zou zijn om de suggestie te wekken dat er een scherpe tegenstelling bestond tussen twee duidelijk te herkennen ‘kampen’. Het MBD-concept was controversieel (ook onder neurologen en kinderartsen), er waren vele alternatieve diagnostische termen in de omloop en het is buitengewoon moeilijk om vast te stellen wie, wanneer en hoe vaak, welk ziektebegrip gebruikte.

⁴⁶² Enige voorbehoud blijft noodzakelijk, omdat niet is uit te sluiten dat er (enige) discrepantie bestond tussen wat werd *geschreven* over ongedurigheid en nervositas en hoe het er in de behandelpraktijk (ten aanzien van deze stoornissen) daadwerkelijk aan toe ging.

In de tweede plaats wordt het beeld van twee gescheiden 'culturen' ondermijnd doordat een aantal psychoanalytici schijnbaar probleemloos het 'organicistische' MBD-concept toepasten. Zij zagen daar geen enkele tegenstrijdigheid in en meenden zelfs de 'oude tegenstellingen' overwonnen te hebben. Zij redeneerden dat kinderen met lichte cerebrale beschadigingen of stoornissen kwetsbaarder waren voor ongunstige (gezins)invloeden van buitenaf, zodat zij een groter risico liepen op 'secundaire neurotisering'. Deze gedachtegang had veel gemeen met de opvattingen in de oudere literatuur over de wisselwerking tussen aanleg en milieu bij nerveuze en ongedurige kinderen, alleen werden daar nog (neo-)Freudiaanse elementen aan toegevoegd zoals onbewuste innerlijke conflicten, de libidineuze fase-ontwikkeling van het Ik en neurotiserende gezinsrelaties. Tot op zekere hoogte was daarom misschien wel sprake van 'neurotisering', maar dan wel later in de tijd én op een wat verfijndere manier dan critici beweren. Net als in de voorgaande periode, werden de moeilijkheden in de gezinsrelaties en de 'fouten' van ouders (in ieder geval in de in hoofdstuk 3 besproken primaire literatuur) niet primair als oorzaak, maar als gevolg van de stoornis van het kind gezien.

In de derde plaats ontnemt de metafoer van de kloof tussen twee culturen het zicht op de grote verscheidenheid aan psychosociale benaderingen die er in de jaren zestig en zeventig waren, met name als gevolg van de inbreng van psychologen en (kinder)psychotherapeuten. Al die benaderingen worden geschaard onder de psychodynamische richting, terwijl er wezenlijke verschillen tussen bestonden. Mogelijk was de aanzwellende kritiek aan het einde van de jaren zeventig op de beschuldigende houding van behandelaars tegenover de ouders bijvoorbeeld meer gericht op nieuwe stromingen als de gezinstherapie en systeembenadering en minder tegen de psychoanalyse – en wellicht meer tegen psychotherapeuten, maatschappelijk werkers en andere niet-medische hulpverleners dan tegen kinderpsychiaters. Het is niet mogelijk om over dit soort kwesties uitsluitel te geven, zolang de verschillende disciplines en de uiteenlopende psychosociale behandelwijzen over één kwam worden geschoren.

Vanaf 1980 deed zich inderdaad een belangrijke kentering naar een meer biologische oriëntatie voor, met de spectaculaire groei van het gebruik van methylfenidaat als blikvanger. Van een complete omslag of pendelbeweging was echter geen sprake, zo is in hoofdstuk 4 betoogd. De rol van opvoeding, sociale en economische factoren en psychosociale interventies raakte allerm minst uitgespeeld. Volgens de Gezondheidsraad (in 2000) en de multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD (in 2005) was het hoofddoel van de interventies bij ADHD-patiënten het voorkomen van een 'negatieve spiraal in de interactie tussen kind en omgeving'. De onderliggende gedachtegang heeft opvallend

veel gemeen met de oudere opvattingen over de wisselwerking tussen aanleg en omgeving en zelfs met die over secundaire neurotisering.

Zo was er meer continuïteit dan de beeldvorming over de ‘paradigmawisseling’, ‘pendelweging’ en ‘historische breuk’ van de jaren tachtig doet vermoeden. Om met Nieweg te spreken, was de vroegere kinderpsychiatrie minder eenzijdig (psychistisch) dan tegenwoordig vaak wordt voorgesteld. Maar iets dergelijks geldt ook voor de tegenwoordige kinderpsychiatrie: die is niet zo eenzijdig biologistisch als soms wordt gesuggereerd. Terwijl de metaforen van de pendel en de twee culturen, zoals Nieweg stelt, appeleren aan de menselijke neiging om in ‘óf-óf-terminen’ te denken, hanteerden de meeste kinderpsychiaters en andere deskundigen die betrokken waren bij ‘gedragsgestoorde kinderen een ‘én-én-schema’.⁴⁶³ In zijn artikel over de geschiedenis van ADHD concludeerde Nieweg: ‘De hedendaagse constatering dat we de kwestie ‘aanleg of milieu’ eindelijk achter ons hebben gelaten en in deze verlichte tijd uitgaan van een wisselwerking tussen beide, blijkt al een lang leven achter de rug te hebben, maar het lijkt wel of iedere generatie dit wiel opnieuw moet uitvinden’.⁴⁶⁴

5. Epiloog: de actualiteit

Drie visies

De visie van medici, sociologen, historici en andere auteurs op de geschiedenis van ADHD werkt ook door in hun analyse van de huidige situatie. Of wellicht is het adequater om dit andersom te formuleren: hun opvattingen over de actualiteit bepalen mede hun interpretatie van het verleden. De kritiek in deze studie op de verschillende ‘versies’ van de geschiedenis van ADHD heeft dan ook relevantie voor het huidige ADHD-debat. Dit is echter een *historische* studie. Het is daarom vooral aan de lezer zelf om daar, zo hij wil, consequenties uit te trekken voor het heden. Niettemin is er in deze epiloog plaats ingeruimd voor enkele opmerkingen hierover.

De huidige discussies concentreren zich op de exponentiële groei van het aantal ADHD-diagnoses en gebruikers van ADHD-geneesmiddelen gedurende de afgelopen vijftien jaar. De verklaringen die daarvoor worden gegeven zijn grofweg in te delen in drie categorieën. De verklaringen uit de eerste categorie hebben als uitgangspunt dat er tegenwoordig méér gedragsgestoorde kinderen zijn dan vroeger (in absolute én relatieve

⁴⁶³ Nieweg, ‘ADHD’, 309, Nieweg, ‘Kinderanalyse tot Y-chromosoom’, 891-993.

⁴⁶⁴ Nieweg, ‘ADHD’, 309.

zin). De oorzaak zou daarbij liggen in de veranderde maatschappij. Factoren als de hectiek in moderne gezinnen, met twee werkende ouders, de overprikkeling door televisie, internet en mobiele telefoons, het hoge moderne levenstempo en de vele keuzemogelijkheden van tegenwoordig zouden in de hand werken dat kinderen zich steeds 'drukker' gaan gedragen en steeds meer moeite hebben zich goed op één 'taak' te concentreren.

Deze zienswijze wordt vooral uitgedragen in de populaire massamedia. In de meer 'serieuze' en wetenschappelijke literatuur wordt echter bestreden dat het aantal gedragsgestoorde kinderen in absolute zin is gegroeid. Al een eeuw houden psychiaters zich bezig met 'ADHD'-achtige gedragsproblemen, die zij al die tijd zagen als een veelvoorkomend probleem, waarbij zij ook regelmatig een verband legden met de 'moderne tijd'. Met de huidige bezorgdheid over de schadelijke effecten van maatschappelijke veranderingen en nieuwe technologieën is er dus niets nieuws onder de zon. Dat maakt het ook minder plausibel om de huidige ADHD-'epidemie' te verklaren uit de sociale en technologische modernisering van de laatste decennia. Het is immers lastig om aan te geven waarom de gevolgen daarvan nu zoveel anders zouden zijn dan bijvoorbeeld honderd jaar geleden.

Volgens de andere twee visies op de ADHD-epidemie is er dan ook geen sprake van een toename van het totale aantal gedragsgestoorde kinderen. Wel zouden deze kinderen de laatste decennia steeds eerder én steeds vaker de diagnose ADHD krijgen. De ene groep commentatoren beschouwt dit als een gunstige ontwikkeling. Steeds meer kinderen zouden de hulp krijgen die ze nodig hebben, dankzij de vooruitgang in medische kennis en behandelmogelijkheden, de grotere bekendheid met het ziektebeeld onder leken, de betere herkenning daarvan door artsen en het verdwijnen van het taboe op het gebruik van psychofarmaca bij kinderen. De andere groep commentatoren meent dat sprake is van overdiagnostiek: moeilijkheden zouden te snel bestempeld worden tot medisch probleem, de sociale context waarin het lastige gedrag ontstaat zou uit het zicht verdwijnen en kinderen en ouders zouden nodeloos afhankelijk gemaakt worden van hulpverleners en 'pillen'. De verklaring hiervoor wordt gezocht in de toegenomen behoefte van ouders en leerkrachten aan effectieve middelen om lastige kinderen te disciplineren, de professionele belangen van medici, het op kostenbesparing gerichte beleid van overheid en verzekeraars en niet in de laatste plaats de machtspositie van de op winstmaximalisatie beluste farmaceutische industrie.

In deze twee zienswijzen is duidelijk de invloed te herkennen van respectievelijk het medische vooruitgangsperspectief en de sociologische medicaliseringstheorieën. Indirect werkt ook de pendelmetafoor erin door. Kinderpsychiaters zien de 'pendelbeweging' sinds de jaren tachtig als het begin van de 'volwassenwording' van hun beroepsgroep als volwaardig medisch specialisme met een stevig wetenschappelijk fundament. Volgens critici die zich

laten inspireren door de medische sociologie, ging de kentering naar een meer biologische oriëntatie in de kinderpsychiatrie gelijk op met de (overmatige) uitbreiding van hun jurisdictie. Aan beide vormen van ‘medicalisering’ zouden grotendeels dezelfde factoren ten grondslag liggen – dezelfde belangen van kinderpsychiaters, ouders, onderwijzers, overheid en bedrijfsleven.

Op basis van de deze historische studie kan de nodige kritiek geleverd worden op deze twee visies op het heden. Het beeld van een voortdurende worsteling met ‘drukke kinderen’ lijkt bijvoorbeeld adequater dan dat van de vooruitgang van de medische wetenschap. Niettemin zijn er ongetwijfeld kinderen die baat hebben bij bijvoorbeeld de behandeling met methylfenidaat. Tevens zal het wetenschappelijk onderzoek van de laatste decennia bijgedragen hebben aan de kennis over ADHD. Ook geniet deze ‘stoornis’ grote bekendheid onder de bevolking. Daarmee is echter niet verklaard waarom het aantal ADHD-diagnoses en verstrekkingen van methylfenidaat zo explosief is gestegen. Er is bovendien alle reden om kritische vragen te stellen over de validiteit van ADHD als diagnostische categorie, over de grenzen daarvan met andere DSM-diagnoses en met het domein van het ‘normale’, over de invloed van de farmaceutische industrie, de ‘objectiviteit’ van de RCT’s, etc. Ook is het zeer op zijn plaats om te wijzen op het risico dat gedragsmoeilijkheden te snel worden opgevat als medisch probleem van het individuele kind. Vooral het sterke verband dat voortdurend heeft bestaan tussen ADHD en voorlopers enerzijds en de school anderzijds, noopt om óók de sociale situatie waarin de moeilijkheden zich voordoen onder de loupe te nemen. Dat is niet alleen bij de beoordeling van individuele gevallen, maar ook in algemene, maatschappelijke zin van belang. Het debat van een eeuw geleden over de ‘geestelijke overlading’ van schoolkinderen kan daarbij als inspiratie dienen. Tegenwoordig is het een vanzelfsprekendheid geworden dat de schoolgang onderdeel is van de kindertijd, toentertijd was men zich er nog van bewust dat de school niet per definitie de meest natuurlijke of optimale omgeving was voor de gezonde ontwikkeling van het kind.

Deze kanttekeningen bij het medische vooruitgangsperspectief zijn mede schatplichting aan het werk van medisch sociologen. Dat betekent echter niet dat hun visie op het huidige ADHD-verschijnsel in alle opzichten bevredigend is. Daarvoor zijn de verbanden die zij leggen, zoals ook in paragraaf 3 is betoogd, te schematisch, te generaliserend en bovendien te weinig empirisch onderbouwd. Een groot bezwaar is ook dat het handelen van de verschillende ‘partijen’ te veel wordt gereduceerd tot het najagen van hun veronderstelde belangen. De reële ‘misère’ die voorafgaat aan het ‘medicaliseringsproces’ blijft, zoals de vooraanstaande socioloog de Swaan zelf aangeeft, buiten beschouwing. Het gaat alleen om de transformatie of herdefiniëring van gegeven moeilijkheden tot medische probleem. Niet iedereen is zich daar even goed van bewust als De Swaan. Critici die bijvoorbeeld betogen dat het bij ADHD ‘gewoon’ gaat om normaal, druk

jongensgedrag waarmee 'softe' schooljuffen geen raad weten, bagataliseren de ellende die vaak ten grondslag ligt aan de diagnose ADHD. Ouders, leerkrachten en medici handelen niet uitsluitend met respectievelijk het doel voor ogen de schuldvraag te ontlopen, ordeproblemen op te lossen en hun professionele jurisdictie te vergroten, maar zullen toch regelmatig ook gedreven worden door oprechte zorg voor het kind in nood – al laat dat onverlet dat er kritische vragen te stellen zijn bij de 'medicalisering' van deze 'nood'.

Het kind centraal

Het zijn overigens niet alleen sociologen die de misère van kinderen (en hun ouders) weinig aandacht geven. In medische voorwoordgeschiedenissen wordt vooral het verhaal verteld van de vooruitgang in de medische kennis en behandeling van een ziektebeeld. De pendelmetafoor heeft vooral betrekking op de theoretische oriëntatie van wetenschappers en behandelaars. Zo zijn de kinderen met gedragsproblemen zèlf opvallend afwezig in de literatuur.

Het zou goed zijn wanneer deze kinderen en hun misère meer centraal zouden komen te staan in de huidige debatten, temeer omdat de ADHD-epidemie niet op zichzelf staat. Ook in zijn algemeenheid is de vraag naar jeugdhulpverlening en jeugdzorg de laatste jaren drastisch toegenomen. Al kunnen allerlei factoren daaraan hebben bijgedragen, op zijn minst lijkt mee te spelen dat kinderen en hun ouders in steeds grotere getale met moeilijkheden (*voorafgaand* aan de 'medicalisering' daarvan) kampen die zij niet zelf kunnen oplossen.

In dit licht is het interessant dat volgens minister Rouvoet en Trudy Dehue (zie hoofdstuk 4) tegenwoordig erg veel wordt gevraagd van kinderen: die moeten meer en langer naar school, meer en op meer gebieden presteren, zelfstandiger zijn, allerlei keuzes maken, zich vertrouwd maken met nieuwe technologieën zoals internet en sms, maar aan de andere kant zich daar ook van kunnen afsluiten en steeds meer en uiteenloper informatie verwerken. Dehue voegt daaraan toe dat niet alleen aan kinderen, maar ook aan hun ouders steeds hogere eisen worden gesteld. Sinds de afkalving van de verzorgingsstaat begon in de jaren tachtig, is de maatschappij volgens haar 'harder' geworden, met een grotere nadruk op individuele prestaties en eigen verantwoordelijkheid. Het is goed denkbaar dat, als hier iets van waar is, een toenemend aantal kinderen én ouders niet meer 'meekan', als het ware buiten de boot valt.

Toegepast op de ADHD-epidemie hoeft dit nog altijd niet te betekenen dat er hierdoor in absolute zin méér 'drukke kinderen' zijn dan vroeger. Wel geeft mogelijk het gedrag van een groter aantal van hen dan voorheen onoverkomelijke moeilijkheden, omdat daaraan hogere eisen worden gesteld. Dit sluit aan bij één van de rode draden in de geschiedenis

van ADHD. Deze stoornis en de voorlopers daarvan zijn de afgelopen honderd jaar keer op keer voorgesteld als product van de wisselwerking tussen kind en omgeving. Daarbij werden milieufactoren weliswaar niet bepalend geacht voor het *ontstaan* van de gedragsstoornissen, maar wel voor de ernst en het beloop daarvan.

Misschien moet de ‘populaire’ visie dat de omstandigheden in de huidige, moderne samenleving (mede) debet zijn aan de huidige ADHD-epidemie dus niet al te lichtvaardig van de hand gewezen worden. Het is per slot van rekening, zoals Buitelaar stelt, ‘geen onzinnige gedachte dat veranderingen in de samenleving tot kwalitatieve en kwantitatieve verschuivingen kunnen leiden in voorkomende psychische en gedragsproblemen’.⁴⁶⁵ Hij voegt daar echter wel meteen de waarschuwing aan toe dat ingrijpende maatschappelijke veranderingen op macro-niveau niet zomaar vertaald kunnen worden naar een directe invloed op het kind. Op micro-niveau kunnen zich namelijk hele andere, wellicht tegengestelde tendensen voordoen, aldus Buitelaar.⁴⁶⁶

Kortom, er is geen eenvoudig antwoord mogelijk op het vraagstuk van de huidige ADHD-epidemie. Wellicht is de ‘actuele functie’ van deze studie om juist dát besef te versterken. Door eenzijdige voorstellingen van de geschiedenis van ADHD aan de kaak te stellen, is getracht recht te doen aan de complexiteit van het verleden. De lezer mag dat ook doortrekken naar het minstens even complexe heden. De worsteling met ‘druk’ en lastig kindergedrag van de afgelopen honderd jaar is namelijk nog lang niet ten einde. Laten we in onze debatten daarover in elk geval de kinderen zèlf en hún misère niet uit het oog verliezen.

⁴⁶⁵ Buitelaar, ‘Hyperactiviteit vroeger en nu’, 69.

⁴⁶⁶ Ibidem., 69-71.

BIJLAGE: ADHD volgens de DSM-IV-TR⁴⁶⁷

De DSM-IV-TR kent drie subtypes van ADHD

- Het overwegend onoplettende type: er is vooral sprake van ernstig en aanhoudend aandachtstekort.
- Het overwegend hyperactief-impulsief type: er is vooral sprake van ernstige en aanhoudende impulsiviteit en hyperactiviteit.
- Het gecombineerde type: beide soorten problemen komen samen voor; dit is het meest voorkomende type.

Diagnose ADHD volgens de DSM-IV-TR⁴⁶⁸

A. Ofwel (1), ofwel (2)

- (1) Zes of meer van de volgende symptomen van *aandachtstekort* zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

Aandachtstekort

- (a) Slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten.
- (b) Heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden.
- (c) Lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt.
- (d) Volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk, karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of van het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen).
- (e) Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten.
- (f) Vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die en langdurige geestelijke inspanning vereisen (zoals school- of huiswerk).
- (g) Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap).
- (h) Wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels
- (i) Is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

⁴⁶⁷ Overgenomen uit: Brandt-Dominicus, ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*) 17-18.

⁴⁶⁸ Geadviseerd wordt de DSM-criteria alleen toe te passen op de leeftijdsklasse van 4 tot 16 jaar.

- (2) Zes of meer van de volgende symptomen van *hyperactiviteit-impulsiviteit* zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

Hyperactiviteit

- (a) Beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel
- (b) Staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten.
- (c) Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten en volwassenen kan dit beperkt zijn tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid).
- (d) Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten.
- (e) Is vaak “in de weer” of “draaft maar door”.
- (f) Praat vaak aan een stuk door.

Impulsiviteit

- (g) Gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn.
- (h) Heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten.
- (i) Verstoot vaak bezigheden van anderen of dringt zich op (bijvoorbeeld mengt zich zomaar in gesprekken of spelletjes).

- B.** Enkele symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit of onoplettendheid die beperkingen veroorzaken waren voor het zevende jaar aanwezig.
- C.** Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee- of meer terreinen (bijvoorbeeld op school (of werk) en thuis).
- D.** Er moeten duidelijke aanwijzingen van significante beperkingen zijn in het sociale, school- of beroepsmatige functioneren.
- E.** De symptomen komen niet uitsluitend voor in het beloop van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychothische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis).

Bronnen en literatuur

(Internet)bronnen

- Archief Nederlands Instituut voor Beeld & Geluid (NIBG).
- Digitale archieven (via de websites) van de dagbladen *Algemeen Dagblad*, *NRC Handelsblad*, *Trouw* en *de Volkskrant* (laatst bekeken 31 december 2008).
- Website oudervereniging balans: www.balansdigitaal.nl (laatst bekeken 31 december 2008).
- Website kiesbeter.nl, openbare zorgportal gemaakt door het centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM):
<http://www.kiesbeter.nl/medischeinformatie/keuzehulp/adhd-bij-kinderen/deze-keuzehulp> (laatst bekeken op 13 januari 2009).

Literatuur

- Aalderen, H.J. van, *Jonge nerveuze kinderen. Een onderzoek in de praktijk van de huisarts* (Leiden 1966).
- Abma, Ruud en Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland* (Amsterdam 2005).
- Achterhuis, Hans, *De markt van welzijn en geluk* (Baarn 1982).
- Alger, Brigitte, Joop Bouma en Marleen Teugels. 'De risico's van Ritalin', *Trouw*, 17 oktober 2008.
- 'Alleen geld voor pillen, niet voor onderzoek', *Trouw*, 17 oktober 2008.
- Bakker, N., 'Child-rearing literature and the reception of Individual Psychology in The Netherlands, 1930-1950: The case of a Calvinist pedagogue', *Paedagogica Historica. International journal of the history of education* Supplementary series III (1998) 585-602.

- Bakker, N., 'Health and the medicalisation of advice to parents in the Netherlands' in: M. Gijswijt-Hofstra ed., *Cultures of child health in Britain and the Netherlands in the twentieth century* (Amsterdam 2003) 127-148.
- Bakker, N., 'Het kind en de geestelijke volksgezondheid tijdens de Wederopbouw. Een dag op een Medisch Opvoedkundig Bureau' in: M. Reuling ed., *Opvoeding, onderwijs & overheid: thema's uit de wijsgerige en historische pedagogiek* (Amsterdam 2002) 139-150.
- Bakker, N., J. Noordman en M. Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen opvoeden in Nederland. Idee en praktijk: 1500-2000* (Assen 2006).
- Bakker, Nelleke, 'A harmless disease: children and neurasthenia in the Netherlands' in: Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter ed., *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War* (Amsterdam/New York 2001) 309-327.
- Bakker, Nelleke, *Kind en karakter. Nederlandse pedagogen over opvoeding in het gezin 1845-1925*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 1995).
- Barkley, Russell A., *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment* (New York/Londen 2006).
- Belser, H. en W. Küppers, *Maar zij kunnen zich niet concentreren...* Th. Hart de Ruyter en R. Schulte Nordholt-Trep ed. Het ABC der opvoeding (Nijkerk [1960]).
- Belzen, J.A. van, 'Grootmeester der psychiatrie. Over Rümke en de Nederlandse psychiatrie en psychologie' in: J.A. van Belzen ed., *Portretten en landschappen. Tekeningen uit de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie* (Nijmegen 1994) 9-28.
- Bergsma, Ad, 'Druktemakers. Negen misverstanden over ADHD', *Psy* 4, no. 7 (2000) 17-19.
- Blok, Gemma, *Baas in eigen brein. 'Anti-psychiatrie' in Nederland, 1965-1985* (Amsterdam 2004).
- Blok, P.J., 'Vrouwelijke studenten', *Het kind* 9 (1908) 69-70, 77-78, 86-87, 95-96, 103.
- Boer, F., 'Child and adolescent psychiatry in the Netherlands. Patterns of practice 7 years later', *European Child & Adolescent Psychiatry* 14 (2005) 351-355.
- Boer, F., 'Nadat de onderzoekers het veld hebben verlaten', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49, no. 8 (2007) 525-527.
- Boer, F. ed., *Richtlijn diagnostiek en behandeling ADHD (kinderen en adolescenten)* (Amsterdam 1999)
- Boer, F. en G.M.A. Westermann, 'Een inventarisering van protocollen betreffende de behandeling van ADHD, zoals die begin 1995 in Nederlandse centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie worden gebruikt' (z.p.: Sectie kinder- en jeugdpsychiatrie Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1995).
- Boer, Frits, *Automatismen van kinderlijke angst*. Inaugurele rede Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 2004).
- Bolt, Timo en Leonie de Goei, *Kinderen van hun tijd. Zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland, 1948-2008* (Assen 2008).
- Bouma, Joop, *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?* (Amsterdam 2006).
- Bouman, K.H., 'Lastige en ondeugende kinderen' in: *Verzameling overdrukken uit de jaren 1909 tot 1940* (z.p. z.j. [1912])
- Bouman, K.H., *Over sociale psychiatrie* (Amsterdam 1929).
- Bouman, K.H., 'Paedagogische maatregelen ten behoeve van de constitutioneel psychopathische schooljeugd' in: *Verzameling overdrukken uit de jaren 1909 tot 1940* (z.p. z.j. [1913])
- Bouman, K.H., *Problemen van ontaarding en begaafdheid*. Inaugurele rede Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 1916).
- Brancaccio, M.T., *"But Fidgety Phil / He won't sit still...". From Instability to Hyperactivity, 1890s - 1990s*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 2001).

- Brancaccio, M.T., 'Het onbehagen in hyperactiviteit. But Fidgety Phil, he won't sit still...' *Psychologie & Maatschappij* 20 (1996) 163-176.
- Brancaccio, M.T. en M. de Lange, 'ADHD: A critical view', *Psychologie & maatschappij* 25 (2001) 28-37.
- Brandt-Dominicus, J.C. ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen* (Utrecht 2005)
- Brants, Luc, *Leiding moeten zij hebben. Geschiedenis van de sociaal pedagogische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in Nederland tussen 1940 en 1945*. Proefschrift Universiteit Maastricht (Antwerpen/Apeldoorn 2004).
- Breeuwsma, Gerrit, Ruud Abma en Jacques Dane, 'Pillen en psyche. Een inleiding', *De Psycholoog* 38, no. 12 (2003) 626-630.
- Breuk, R., 'ADHD, een door machteloze ouders en psychiaters bedachte mythe?' *Psychologie & Maatschappij* 25 (2001) 15-27.
- Brinkgreve, Christien, *Psychoanalyse in Nederland. Een vestigingsstrijd* (Amsterdam 1984).
- Brinkgreve, Christien en M. Korzec, '*Margriet weet raad*'. *Gevoel, gedrag, moraal in Nederland 1938-1978* (Utrecht/Antwerpen 1978).
- Broekhuizen, Dolf, *Openluchtscholen in Nederland. Architectuur, onderwijs en gezondheidszorg 1905-2005* (Rotterdam 2005).
- Buitelaar, J.K., 'Beproefd: Medicatie en gedragstherapie bij kinderen met aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD)', *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 55 (2000) 565-571.
- Buitelaar, J.K., 'Discussies over aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD): feiten, meningen en emoties', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 145, no. 31 (2001) 1485-1489.
- Buitelaar, J.K., 'Wat is een voldoende-goede behandeling voor ADHD?' *Tijdschrift voor Psychiatrie* 46, no. 1 (2004) 27-29.
- Buitelaar, Jan, 'Over hyperactiviteit vroeger en nu' in: Jan Vandeputte e.a. ed., *Uit de kinderschoenen. 60 Jaar Kinder- en Jeugdpsychiatrie UMC-Utrecht* (Assen 2000) 63-74.
- Buitelaar, Jan K., *Ontwikkelen... De tijd is in de mens*. Inaugurale rede Katholieke Universiteit Nijmegen (Nijmegen 2003).
- C., 'Het zondigen der kinderen', *Het kind* 5 (1904) 86-87, 92-93.
- Carp, E.A.D.E., *Conflicten van het kinderleven* ('s Gravenhage 1934).
- Carp, E.A.D.E., *Het misdadige kind in psychologisch opzicht* (Amsterdam 1932).
- Chorus, A.M.J., *Het tempo van ongedurige kinderen. Een vergelijkend psychologisch onderzoek*. Proefschrift R.K. Universiteit Nijmegen (Amsterdam 1940).
- Conrad, Peter, *Identifying hyperactive children. The medicalization of deviant behavior*. Ashgate classics in sociology (expanded editon, Aldershot/Burlington 2006).
- Conrad, Peter en Deborah Potter, 'From hyperactive children to ADHD adults: observations on the Expansion of Medical Categories', *Social Problems* 47 (2000) 59-82.
- Cox, W.H., 'Eenige opmerkingen over het lager onderwijs', *Het kind* (1904) 14-16.
- Cruikshank, William M., *Buitenbeentjes : kinderen met hersenbeschadigingen thuis, op school en in de groep* (Rotterdam 1970).
- Davis, Kathy, 'Probleem(her)formulering in psychotherapie. Het proces van individualisering op groepsniveau bekeken', *Psychologie & Maatschappij* 22 (1983) 59-79.
- Dehue, Trudy, *De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen* (Amsterdam/Antwerpen 2008).
- Dehue, Trudy, 'Dubbelblind vertrouwen. Psychotrope stoffen en experimentele wetenschap', *De Psycholoog* 38, no. 12 (2003) 631-637.

- Dimmendaal, G., *Heropvoeding en behandeling. Meisjes in Huize de Ranitz, Groningen 1941-1967* (Groningen 1998).
- Donder, E. de, *Psychoactieve medicatie. Cijfers in perspectief (1990-2002)* (Antwerpen/Apeldoorn 2004).
- Donker, G.A., F. Groenhof en W.J. van der Veen, 'Toenemend aantal voorschriften voor methylfenidaat in huisartsenpraktijken in Noordoost-Nederland, 1998-2003', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 149, no. 31 (2005) 1742-1747.
- Doreleijers, Th.A.H., *De dokter en de zware jongen*. Oratie Vrije Universiteit Amsterdam (Amsterdam 1998).
- Eisenberg, Leon, 'The past 50 years of child and adolescent psychiatry: a personal memoir', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, no. 7 (2001) 743-748.
- Engeland, H. van, 'Child and adolescent psychiatry in The Netherlands' in: H. Remschmidt en H. van Engeland ed., *Child and adolescent psychiatry in Europe: history, current situation and future perspectives* (Darmstadt/New York 1999) 223-234.
- Engeland, H. van, *De ontdekking van het oppervlak*. Inaugurale rede Rijksuniversiteit Utrecht (Utrecht 1986).
- Engeland, H. van, 'Van vroeger naar nu' in: Jan Vandeputte e.a. ed., *Uit de kinderschoenen. 60 jaar kinder- en jeugdpsychiatrie UMC-Utrecht* (Assen 2000) 1-5.
- Erp Taalman Kip, M.J., *De behandeling van functionele neurosen* (Amsterdam 1912).
- Fischer, Eva ed., *Multidisciplinaire richtlijn ADHD: richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen: samenvatting* (Utrecht 2007)
- Fliers, E.A., B. Franke en J.K. Buitelaar, 'Erfelijke factoren bij aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 149, no. 31 (2005) 1726-1729.
- Frets-van Buuren, J.J., *Onderzoek naar de betekenis van de diagnose neuropathie. Deel II: psychiatrische aspecten*. Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden (Leiden 1957).
- Frijling-Schreuder, E.C.M., *Ontwikkelingslijnen in de psychische groei van het kind en in de systematiek van de kinderpsychiatrie*. Inaugurale rede Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 1965).
- Gaag, R.J. van der en E. van den Ban, 'Psychofarmaca bij kleuters en kinderen: een landelijke inventarisatie' in: F. Verheij, R. Eijsberg en A. van Strien ed., *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie* (Assen 1993) 201-208.
- Gaag, Rutger Jan van der, *Kinder- & Jeugdpsychiatrische diagnostiek en classificatie: "samen verdiepen... of koppie onder"*. Inaugurale rede Radboud Universiteit Nijmegen (Nijmegen 2003).
- Gerritzen, H.M.J.A., G. van Goor-Lambo en P. Ch. Mussert, *Kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek. Werkterrein, onderzoek, diagnostiek en classificatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie* (Amsterdam 1986).
- Gezondheidsraad, 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' (Den Haag: Gezondheidsraad 2000).
- Gezondheidsraad, 'Eerste deeladvies inzake Minimal Brain Dysfunction' ('s Gravenhage: Gezondheidsraad 1985).
- Gijswijt-Hofstra, Marijke, 'Introduction: Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War' in: Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter ed., *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War* (Amsterdam/New York 2001) 1-30.
- Glind, Geurt van der. 'ADHD is een echte ziekte; twijfel doet patiënt tekort', *Trouw*, 31 oktober 2008.

- Goei, L. de, *De psychohygiënist. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid, 1924-1970*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Nijmegen 2001).
- Goei, L. de, S van 't Hof en G. Hutschemaekers, *Curium 1955-1995. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie* (Utrecht 1995).
- Goei, Leonie de, *In de kinderschoenen. Ontstaan en ontwikkeling van de universitaire kinderpsychiatrie in Nederland, 1936-1978* (Utrecht 1992).
- Goei, Leonie de, 'Van neurosekliniek tot therapeutische gemeenschap. Het Veluweland van G.W. Arendsen Hein, 1948-1977' in: J. Vijselaar e.a. ed., *Van streek. Honderd jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (Utrecht 2007) 225-251.
- Goozen, Stephanie van, 'Agressief gedrag bij kinderen: een kwestie van nature of nurture?' in: Jan Vandeputte e.a. ed., *Uit de kinderschoenen. 60 jaar Kinder- en Jeugdpsychiatrie UMC-Utrecht* (Assen 2000) 84-88.
- Grinten, Tom van der, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam (Baarn 1987).
- Groenendijk, L. en N. Bakker, 'Dieptepsychologie en opvoeding. Over de neurotisering van de ouder-kindrelatie', *Pedagogiek* 20, no. 3 (2000) 238-254.
- Gunning, J.H., 'Op het psychiatrisch congres', *Het kind* 8 (1907) 145-147, 153-155.
- Gunning, J.H., e.a., 'De huiswerkquaestie', *Het kind* 8 (1907) 26-28, 35-36, 41-43, 49-51, 57-59.
- Gunning, W.B., *Aanpak van kwetsbaarheid?* Inaugurele rede Universiteit van Amsterdam 1996 (Amsterdam 1996).
- Haenen, A.W., 'Leer- en gedragsmoeilijkheden van partieel defecte kinderen' in: *Het partieel defecte kind* (Stichting "De Koepel", Rotterdam 1956) 40-50.
- Hart de Ruyter, Th, 'De psychische ontwikkeling van kinderen met lichte hersenbeschadiging', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 105, no. 16 (1961) 745-748.
- Hart de Ruyter, Th, *Over de plaats van de kinderpsychiatrie in de geestelijke gezondheidszorg*. Openbare les Rijksuniversiteit Groningen (Groningen 1953).
- Hart de Ruyter, Th, 'Waarin onderscheidt zich het partieel defecte kind zich van het normale?' in: *Het partieel defecte kind* (Stichting "De Koepel", Rotterdam 1956) 5-18.
- Hart de Ruyter, Th en L.N.J. Kamp, *Hoofdpijnen der kinderpsychiatrie* (Deventer 1972).
- Hart de Ruyter, Th., *Ontwikkelingspsychiatrie en preventie van stoornissen in de emotionele ontwikkeling*. Afscheidscollege Rijksuniversiteit Groningen 26 juni 1973 (Groningen 1973).
- Hierta-Rezius, Anna, 'De ontwikkeling der hersenen en de opvoeding', *Het kind* 9 (1908 [1904]) 115-118.
- Hof, S. van 't, *'Een ambt, hoog en subtiel...'* Psychiaters over psychiatrie 1971-1996 (Utrecht 1996).
- Hof, S. van 't, J. Broerse en L. de Goei, *Tulpenburg en Amstelland 1951-1994. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie* (Utrecht 1997).
- Horwitz, Allan V. en Jerome C. Wakefield, *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into Depressive Disorder* (Oxford e.a. 2007).
- Hutschemaekers, Giel, *Neurosen in Nederland. Vijfentachtig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen*. Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant (Nijmegen 1990).
- Jelgersma, G., *Het gevoelsleven van het achterlijke kind* (Leiden [ca. 1909]).
- Jelgersma, G., *Leerboek der functioneele neurosen. 1e afdeling. Pathologie en therapie der neurasthenie* (Tweede druk, Amsterdam 1898).

- Jelgersma, G., 'Zenuwinrichtingen', *Psychiatrische en neurologische bladen* 1 (1897) 185-191.
- Jelgersma, G.J., 'De beschaving als predisponerende oorzaak voor zenuwaandoeningen', *Het kind* 8 (1907) 145-147.
- Jongedijk, R.A., 'Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 43 (2001) 309-319.
- Kalverboer, A.F., 'MBD: Discussion of the concept' in: A.F. Kalverboer, H.M. van Praag en J. Mendlewicz ed., *Minimal Brain Dysfunction: Fact or fiction* (Basel e.a. 1978) 5-17.
- Kerkhoven, A. en J. Vijselaar, 'De zorg voor zenuwlijders rond 1900' in: G. Hutschemaekers en C. Hrachovec ed., *Heer en heelmeesters. Negentig jaar zorg voor zenuwlijders in het Christelijk Sanatorium te Zeist* (Nijmegen 1993) 27-59.
- Kessler, Jane W., 'History of Minimal Brain Dysfunctions' in: Herbert E. Rie ed., *Handboek of Minimal Brain Dysfunctions: a critical view* (New York e.a. 1980) 18-51.
- Kievits, F. en M.T. Adriaanse, 'Ritalin alleen via medisch specialist', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 147, no. 27 (2003) 1331-1332.
- Kievits, F. en M.T. Adriaanse, 'Toename gebruik methylfenidaat bij kinderen na scheiding ouders', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151, no. 126 (2007) 1479.
- Kievits, F. en M.T. Adriaanse, 'Zorg om subsidie 'pillencultuur' ', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151, no. 7 (2007) 435-436.
- Killen, Andreas, *Berlin Electropolis. Shock, nerves and German modernity* (Berkeley, Los Angeles en Londen 2006).
- Klasen, H. en F.C. Verhulst, 'Betere gezondheidszorg moet mogelijk zijn voor kinderen en adolescenten met aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 149, no. 31 (2005) 1723-1725.
- Klootsema, J., *Misdeelde kinderen. Inleiding tot de paedagogische pathologie en therapie* (Groningen 1904).
- Klootsema, J., 'Zenuwleven, beroepskeus en vacaties', *Het kind* 5 (1904) 98-103.
- Knapper, N., 'Het zenuwachtige, lastige kind', *Het kind* 15 (1914) 129-131, 149-152, 156-158, 165-166.
- Köbben, A.J.F. en H. Tromp, *De onwelkome boodschap of Hoe de vrijheid van de wetenschap bedreigd wordt* (Amsterdam 1999).
- Kok, J.F.W., *Struktopathische kinderen, een orthopedagogisch behandelingstype* (Vijfde druk, Den Bosch 1976).
- Kooij, J.J.S., 'De onderbouwing van de diagnose ADHD begint volwassen vormen aan te nemen', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49, no. 5 (2007) 301-303.
- Krevelen, D.A., *Nederlands leerboek der speciele kinderpsychiatrie. Deel 1* (Leiden 1952).
- Langendijk, P.N.J. en A.A.M. Wilde, 'Medicatie voor aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD) en het risico op cardiovasculaire sterfte', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 150, no. 31 (2006) 1713-1714.
- Lederer, Emil v. en Julius König, *Die Hypermotilität im Kindesalter. Beihefte zum Archiv für Kinderheilkunde*, 19. Heft (Stuttgart 1938).
- Lekkerkerker, E.C., *Moeilijke kinderen: vijf en twintig jaren medisch-opvoedkundige bureaux* (z.p. 1952).
- Lieshout, Ingrid van, *Deskundigen en ouders van nu: binding in een probleemcultuur* (Utrecht 1993).
- Lockhorn, Elisabeth, *Mijn kind is anders. Ouders en specialisten over Minimal Brain Dysfunction (MBD)* (Amsterdam 1981).
- Medicus, 'De eerste schooljaren', *Het kind* 9 (1908) 43-44.
- Micale, Mark S., *Approaching hysteria. Disease and its interpretations* (Princeton 1995).

- Mol, Annemarie en Peter van Lieshout, *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van de huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985* (Nijmegen 1989).
- Mooij, Antoine, *De psychische realiteit. Psychiatrie als geesteswetenschap* (derde herziene editie, Amsterdam 2006).
- Neve, M. en T. Turner, 'History of Child and Adolescent Psychiatry' in: Michael Rutter ed., *Child and adolescent psychiatry* (Oxford 2002) 382-395.
- Nieweg, E.H., 'ADHD, een 'modeverschijnsel' dat maar niet uit de mode raakt. Een illustratie van de veelzijdigheid van de vroege kinderpsychiatrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48, no. 4 (2006) 303-312.
- Nieweg, E.H., 'De psychiater in spagaat - over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie', *Tijdschrift voor psychiatrie* 47 (2005) 239-248.
- Nieweg, E.H., 'Van kindanalyse tot Y-chromosoom. Over eenzijdigheid in de psychiatrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42, no. 12 (2000) 887-894.
- Nijhoff, Gerard, *Individualisering en uitstoting. Van maatschappelijk probleem naar psychische stoornis. Een perspectief voor een psychiatrische sociologie* (Nijmegen 1978).
- Noordman, Jan, *Om de kwaliteit van het nageslacht. Eugenetica in Nederland 1900-1950*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Nijmegen 1989).
- Nyssen, R., *Leerboek der kinderpsychiatrie en der heilopvoedkundige behandeling* (Leiden 1942).
- Oosterhuis, H. en S. Wolters, 'The changing professional identity of the Dutch psychiatrist 1960-1970' in: M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter ed., *Cultures of psychiatry and mental health care in postwar Britain and The Netherlands* (Amsterdam/Atlanta 1998) 203-220.
- Oosterhuis, Harry en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1970-2005)* (Houten 2008).
- P., 'De school en het kind', *Het kind* 8 (1907) 10-12.
- Pieters, Toine, 'Een eeuw omgang met 'moeilijk en druk' gedrag', *De Psycholoog* 38 (2003) 638-644.
- Pieters, Toine, Mineke te Hennepe en Mineke de Lange, 'Pillen & psyche: culturele eb en vloedbewegingen. Medicamenteus ingrijpen in de psyche' (z.p.: Rathenau Instituut 2002).
- Praag, H.M. van, 'Nosologomanie, een aandoening van de psychiatrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 41 (1992) 703-712.
- Prechtl, H.F.R., *Het cerebraal gestoorde kind*. Openbare les Rijksuniversiteit Groningen (Groningen 1963).
- Prechtl, Heinz F.R., 'Das leicht hirngeschädigte Kind. Theoretische Überlegungen zu einem praktischen Problem' in: C. Rümke, P.E. Boeke en W.K. van Dijk ed., *Van kindanalyse tot Y-chromosoom* (Deventer 1973) 282-305.
- Prick, J.J.G., *De forensische psychiatrie gezien vanuit een biologisch standpunt*. Openbare les R.K. Universiteit Nijmegen (Nijmegen/Utrecht 1941).
- Radkau, Joachim, *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler* (München/Wenen 1998).
- Rafalovich, Adam, *Framing ADHD children. A critical examination of the history, discourse, and every day experience of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* (Lanham et al. 2004).
- Raggers-van der Zaal, P., 'Het grote misverstand: een kinderdrama in vele bedrijven' in: E.H. Isaac-Edersheim, D.J. de Levita en W. Strubbe ed., *Opstellen uit de kinderpsychiatrie* (Deventer 1975) 219-231.

- Reijnders, Lucas, Henk Buurma en Arnold Vulto, *Geneesmiddelen in Nederland. Gids voor arts en gebruiker* (Amsterdam 1980).
- Roelcke, Volker, 'Electrified nerves, degenerated bodies: medical discourses on neurasthenia in Germany, circa 1880-1914' in: Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter ed., *Cultures of neurasthenia. From Beard to the First World War* (Amsterdam/New York 2001) 177-197.
- Roelcke, Volker, *Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914)* (Frankfurt/New York 1999).
- Rosenberg, Charles E., 'The place of George M. Beard in nineteenth-century psychiatry', *Bulletin of the history of Medicine* 36 (1962) 245-259.
- Rowbottom, Margaret en Charles Susskind, *Electricity and medicine. History of their interaction* (San Francisco 1984).
- Rümke, C., 'Over organiciteit, zwarte schapen en de broer van de verloren zoon' in: C. Rümke, P.E. Boeke en W.K. van Dijk ed., *Van kinderaanlyse tot Y-chromosoom. Opstellen aangeboden aan prof. dr. Th. Hart de Ruyter ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen* (Deventer 1973) 217-225.
- Rümke, C. en Th. Hart de Ruyter, *Het nerveuze kind*. Th. Hart de Ruyter en R. Schulte Nordholt-Trep ed. *Het ABC der opvoeding* 4 (Nijkerk 1960).
- Rümke, H.C., *Psychiatrie I: Inleiding* (Derde druk, Amsterdam 1969).
- Rümke, H.C., *Psychiatrie als geestes- en natuurwetenschap*. Inaugurele rede Rijks-Universiteit Utrecht (Utrecht 1937).
- Rümke, H.C., *Studies en voordrachten over psychiatrie* (Amsterdam 1933).
- Rutter, M., D. Schaffer en M. Shepherd, *A multi-axial classification of child psychiatric disorders* (Genève 1975).
- Rutter, Michael, 'Practitioner review: routes from research to clinical practice in child psychiatry: retrospect and prospect', *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines* 39, no. 6 (1998) 805-816.
- Sadowsky, Jonathan Hal, 'Beyond the metaphor of the pendulum: electroconvulsive therapy, psychoanalysis, and the styles of American psychiatry', *Journal of the history of medicine and allied sciences* 61 (2006) 1-25.
- Sajet, B.H., *Openluchtscholen in Nederland* (Purmerend 1962).
- Sandberg, Seija en Joanne Barton, 'Historical development' in: Seija Sandberg ed., *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (Tweede editie, Cambridge 2002) 1-29.
- Sanders-Woudstra, J.A.R., *Kinderpsychiatrie in perspectief*. Inaugurele rede Erasmus Universiteit Rotterdam (Rotterdam 1976).
- Schachar, Russell J., 'Hyperkinetic syndrome: historical development of the concept' in: Eric A. Taylor ed., *The overactive child* (Londen 1986) 19-40.
- Schaffer, D., 'Longitudinal Research and the Minimal Brain Damage Syndrome' in: A.F. Kalverboer, H.M. van Praag en J. Mendlewicz ed., *Minimal Brain Dysfunction: fact or fiction* (Basel e.a. 1978) 18-34.
- Schnabel, Paul, *De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg* (Nijmegen 1995).
- Schnabel, Paul e.a., *Kind van drie meesters. Ontwikkelingspsychologen, orthopedagogen en kinderpsychiaters over zichzelf en elkaar* (Utrecht 1987).
- Schreuder, A.J., 'Zenuwachtige kinderen in hun eerste levensjaren', *Het kind* 9 (1908) 108-110, 113-114.
- Shorter, Edward, *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the Modern Era* (New York e.a. 1992).

- Shorter, Edward, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac* (New York 1997).
- Slijkhuis, Jessica, 'Neurasthenia as Pandora's Box? 'Zenuwachtigheid' and Dutch psychiatry around 1900' in: Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter ed., *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War* (Amsterdam/New York 2001) 257-278.
- Soest, Hans van en Yvonne Wiggers. "'We vragen teveel van onze kinderen'", *Algemeen Dagblad*, 5 april 2008.
- Steeneman, J., J. Vandormael en J. Coolen, *Kind in de knel. Ontwikkelingsstoornissen in de praktijk van de jeugdzorg: samen-werken* (Antwerpen/Apeldoorn 2004).
- Stichting Farmaceutische Kengetallen, SFK, 'Explosieve groei ADHD-middelen zet door', *Pharmaceutisch weekblad* 143, no. 29/30 (2008).
- Stichting Farmaceutische Kengetallen, SFK, 'Spectaculaire toename ADHD-middelen', *Pharmaceutisch weekblad* 142, no. 29/30 (2007).
- Still, G.F., 'The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children' in: F.C. Verhulst en Ph. D. A. Treffers ed., *Klassiekers van de kinder- en jeugdpsychiatrie* (Assen 2004 [1902]) 58-97.
- Swaan, A. de, C. Bringreave en J.H. Onland, *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf. Sociologie van de psychotherapie 1* (Utrecht/Antwerpen 1979).
- Swaan, A.de, *Uitgaansbeperking en uitgaansangst. Over de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding*. Inaugurele rede Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 1979).
- Swaan, Abram de, *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd* (Amsterdam 1989).
- Tibout, P.H.C., *Over het onderzoek en de behandeling van kinderen met afwijkend gedrag. Psychiatrisch-sociale beschouwingen* (Tweede druk, Purmerend 1950).
- Tilburg, W. van, 'Psychoanalyse en psychiatrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42, no. 9 (2000) 643-650.
- Treffers, Ph. D. A., 'Psychiaters over Achterberg' in: David Bos ed., *Treffers: in de kinder- en jeugdpsychiatrie en daarbuiten* (Oegstgeest 2006 [2004]) 175-213.
- Vandereycken, W., 'Over bittere en vergulde pillen: psychiatrie in het licht (of de schaduw) van de farmaceutische industrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48, no. 2 (2006) 119-129.
- Vandereycken, W. en R. van Deth, *Psychiaters te koop? De invloed van de farmaceutische industrie op het psychiatrisch denken en handelen* (Antwerpen 2006).
- Vedder, R., *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* (Achtste, herziene druk, Groningen 1974).
- Vedder, R., *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* (tiende, gewijzigde druk, Groningen 1983).
- Vedder, R., *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* (Groningen 1958).
- Vedder, R., *Waarom niet als andere kinderen?* P.W.J. Steinz en H.J. van Wijlen ed. Moeilijke kinderen. Practische boekjes voor ouders en opvoeders (Kampen 1938).
- Vegt, M. e.a. , 'Psychiatrische en neuropsychologische kenmerken van een groep volwassenen verwezen naar een academische polikliniek voor ADHD', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49 (2007) 289-299.
- Velde, H. te, "'In onzen verslaptentijd met weeke hoofden". Neurasthenie, *fin-de-siècle* en liberaal Nederland', *De Gids* 152 (1989) 14-24.
- Verberg, G.M, *The effects of psychopharmacological agents - especially stimulants - in hyperactive children, including some remarks on the use of the MBD concept*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Alblasserdam 1986).

- Verheij, F., 'De opkomst van de kinder- en jeugdpsychiatrie' in: F.C. Verhulst en F. Verheij ed., *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek* (Assen 2000) 1-21.
- Verheij, F., *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie. Als het vanzelfsprekende ontbreekt*. Inaugurele rede Erasmus Universiteit Rotterdam (Assen 1995).
- Verheij, F., 'Waar gaan we heen met de kinder- en jeugdpsychiatrie?' *Nieuwsbrief van de sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie* 8, no. 2 (2005) 22-27.
- Verheij, F. en Ph. D. A. Treffers ed., *Klassiekers van de kinder- en jeugdpsychiatrie* (Assen 2004)
- Verhulst, Frank C., *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie* (Assen 2006).
- Vijselaar, Joost, 'Neurasthenia in the Netherlands' in: Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter ed., *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War* (Amsterdam/New York 2001) 239-255.
- Vijselaar, Joost, *Psyche en elektriciteit*. Inaugurele rede Universiteit Utrecht, 23 mei 2007 (Utrecht 2007).
- Visscher, G.J., 'Een lastig geval?' *Het kind* 9 (1908) 37-39.
- Vos, Jozef, 'Herstellingsoord Lunteren. Van zenuwziekte tot psychosociale problematiek' in: Vijselaar J.e.a. ed., *Van streek. 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (Utrecht 2007) 94-129.
- Waardt, H. de, *Mending minds. A cultural history of Dutch academic psychiatry* (Rotterdam 2005).
- Waterink, J., *De "opvoedbaarheid" der kinderlijke intelligentie*. Publicaties uit het laboratorium voor paedologie en psychotechniek er Vrije Universiteit te Amsterdam. Serie A, no. 1. (Wageningen 1938).
- Waterink, J., *De schooljaren onzer kinderen* (Kampen 1956).
- Waterink, J., *Het neurotische kind* (z.p. 1949).
- Weeda, Frederiek, 'ADHD is een volksziekte', *NRC Handelsblad*, 20 mei 2008.
- Weijers, Ido, *De creatie van het mondige kind. Geschiedenis van pedagogiek en jeugdzorg* (Vierde, herziene druk, Amsterdam 2007).
- Weijers, Ido, 'Zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland (1920-1980)', *Kind en Adolescent* 23, no. 2 (2002) 82-96.
- Wisman, Paul, *Diagnose psychiatrie. De verrassende wereld van de psychiatrische diagnose* (Wormer 2001).
- Wit, Peter de, *Sigmund: vijftiende sessie* (Amsterdam 2006).
- Wurff, A. van der, 'Niet zoo maar een mening, doch een welbewust gegeven psychiatrisch advies': Medisch Opvoedkundige Bureaus in Nederland, 1928-1980.' in: J. Vijselaar ed., *Ambulant in zicht* (Utrecht 1990) 83-102.
- Young-Bruehl, Elisabeth, *Anna Freud. Een biografie door Elisabeth Young-Bruehl* vertaling: Christine Quant (Baarn 1989).
- Yule, W., 'Diagnosis: developmental psychological assessment' in: A.F. Kalverboer, H.M. van Praag en J. Mendlewicz ed., *Minimal Brain Dysfunction: fact or fiction* (Basel e.a. 1978) 35-54.
- Zeegers, Wil, *Andere tijden, andere mensen. De sociale representatie van identiteit* (Amsterdam 1988).