

Minimal Brain Damage/Dysfunction (MBD) en de ontwikkeling van de wetenschappelijke kinderstudie in Nederland, ca. 1950–1990

NELLEKE BAKKER*

ABSTRACT

This paper discusses the reception in the Netherlands of Minimal Brain Damage/Dysfunction (MBD) and related labels for normally gifted children with learning disabilities and behavioural problems by child scientists of all sorts from the 1950s up to the late 1980s, when MBD was replaced with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Unlike what has been suggested, as compared to ADHD, MBD turns out to have been all but a rare diagnosis for children who were not handicapped more seriously than modern ADHD-children. MBD, moreover, has contributed considerably to the status of the child sciences which focused on the development of remedial teaching and behaviour modification techniques, particularly clinical child psychology and special education studies. In this case the diminishing influence of child psychiatry, as against these rapidly developing academic specialisms, was only temporal. With the help of the media and parent organizations Ritalin's regime marched in by the late 1980s.

Keywords: Minimal Brain Damage/Dysfunction; learning disabilities; child sciences

Inleiding

Kinderen die zijn gediagnosticeerd met *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) worden tegenwoordig in veel gevallen behandeld met methylfenidaat zoals Ritalin of Concerta. De ziekte geldt als een aandoening van de hersenen. Voordat eerst Attention Deficit Disorder (ADD – met of zonder Hyperactiviteit, 1980) en later ADHD (1987) in het gezaghebbende Amerikaanse *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases* (DSM) werden opgenomen, waren er ook kinderen die zich op school slecht konden concentreren, ernstige overactiviteit vertoonden en impulsief reageerden. Lange tijd werden die aangemerkt als lijdend aan 'neurasthenie' (zenuwzwakte), een ziektebeeld dat de psychiatrie van volwassenen omstreeks 1920 had ingeruild voor Freuds neurose maar voor kinderen kennelijk nog

* Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Algemene Pedagogiek. E-mail: p.c.m.bakker@rug.nl.

Minimal Brain Damage/Dysfunction (MBD)

altijd volstond.¹ Onder de naam ‘constitutionele nervositas’ is het label tot de jaren zeventig, onder meer door schoolartsen, gebruikt.² Sinds 1950 was daarnaast een ander, uit de Verenigde Staten afkomstig label in opmars, dat eveneens verwees naar een constitutionele basis van vergelijkbare symptomen, namelijk hersenletsel. Omdat doorgaans niet meer dan zeer lichte neurologische afwijkingen konden worden waargenomen, sprak men over *Minimal Brain Damage* (MBD) en later *Minimal Brain Dysfunction*, nadat neurowetenschappers hadden erkend dat met de technische mogelijkheden van toen – met name het elektro-encefalogram (EEG) – geen zekerheid over schade aan de hersenen viel te verkrijgen.³

Een recente Nederlandse studie over het ontstaan van de moderne ADHD-epidemie aan de hand van publicaties van kinderpsychiaters stelt dat het bij MBD, vergeleken met ADHD, ging om ‘tamelijk zeldzame en ernstigere gedragsafwijkingen die gepaard gingen met duidelijke kenmerken van een cerebrale stoornis’.⁴ Tot midden jaren zeventig zouden psychiaters voor lichtere gevallen van zenuwlijden het oude label ‘nervuus’ zijn blijven gebruiken. Een ander verschil tussen MBD en ADHD zou gelegen zijn in een taboe onder Nederlandse kinderpsychiaters op het gebruik van psychotrope medicatie, dat onder meer werd ingegeven door de dominantie van de psychoanalyse. Die terughoudendheid zou pas na 1985 ‘en vooral na 1990’ onder invloed van een steeds biologischer georiënteerde psychiatrie zijn losgelaten, juist toen het label ADHD aan zijn glorieuze opmars begon.⁵ Dit roept de vraag op of de ‘pillenpreutsheid’ van de Nederlandse kinderpsychiaters uit het pre-ADHD-tijdperk ook kan samenhangen met een grotere inbreng van andere disciplines, zoals kinderpsychologie en orthopedagogiek, en hun expertise op het vlak van gedragsbeïnvloeding via psychotherapie of aangepaste didactische werkvormen. Deze vraag sluit aan bij hetgeen een ander onderzoek naar de geschiedenis van de kinderpsychiatrie constateerde, namelijk dat de kinderpsychiatrie in Nederland in de jaren zestig en zeventig veel invloed heeft verloren op terreinen als zwakzinnigenzorg en justitiële jeugdzorg, waar psychologen en orthopedagogen als kersverse academici met succes nieuwe behandelingen inbrachten, zoals cognitieve, gedrags- en systeemtherapie.⁶ Zou dit ook gelden voor het arbeidsveld van het speciaal onderwijs aan kinderen met leer- en gedragsproblemen?

Dit artikel richt zich daarom op de vraag op welke schaal MBD werd waargenomen en voor welke afwijkingen het label in Nederland is gebruikt tussen 1950 en 1990, toen hersenletsel of –disfunctie werd gezien als oorzaak van leer- en gedragsproblemen van kinderen maar ADHD en Ritalin hier nog onbekend waren. Wie gebruikten het label en welke therapieën hadden hun voorkeur? En, naar analogie van de mede door de opkomst van ADHD

1 Marijke Gijswijt-Hofstra & Roy Porter (eds.), *Cultures of neurasthenia. From Beard to the First World War* (New York/Amsterdam 2001). Voor de situatie bij kinderen, zie: Nelleke Bakker, ‘A harmless disease: children and neurasthenia in the Netherlands’, in: *Ibidem*, 309–328.

2 Nelleke Bakker, ‘Before Ritalin: children and neurasthenia in the Netherlands’, *Paedagogica Historica* 46 (2010) 383–401.

3 Russell A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment* (New York/London 2006³) 1–76; Russell J. Schachar, ‘Hyperkinetic syndrome: historical development of the concept’, in: Eric A. Taylor (ed.), *The overactive child* (Oxford/Philadelphia 1986) 19–40; Jane W. Kessler, ‘History of minimal brain dysfunctions’, in: Herbert E. Rie & Ellen D. Rie (eds.), *Handbook of minimal brain dysfunctions* (New York etc. 1980) 18–51.

4 Timo Bolt, *Van zenuwachtig tot hyperactief. Andere kijk op ADHD* (Amsterdam 2010) 69.

5 *Ibidem* 92.

6 Ido Weijers, ‘Zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland (1920–1980)’, *Kind en Adolescent* 23 (2002) 82–96.

bepaalde verschuiving van de identiteit van de kinderpsychiatrie van overwegend psychoanalytisch naar overwegend biomedisch: welke rol heeft MBD gespeeld in de ontwikkeling van de identiteit van de wetenschappelijke kinderstudie die het speciaal onderwijs aan kinderen met leer- en gedragsproblemen ondersteunde? Het gaat met name om de orthopedagogiek en de klinische kinderpsychologie, nauw verweven specialismen die net als de kinderpsychiatrie in de naoorlogse jaren voor het eerst eigen leerstoelen verwierven.⁷ Voor het beantwoorden van deze vragen zijn, naast afzonderlijke publicaties over MBD en handboeken voor leerkrachten in het speciaal onderwijs en groepsleiders in de jeugdzorg, ook vaktijdschriften bestudeerd op het gebied van orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie.⁸

Hersenletsel als oorzaak van leerproblemen

Speciale scholen voor normaal begaafde kinderen met specifieke leerstoornissen kwamen in Nederland relatief vroeg tot stand. Bij Koninklijk Besluit kregen in 1949 onder meer scholen voor kinderen met Leer- en Opvoedingsmoeilijkheden (LOM) een wettelijke basis.⁹ In de Verenigde Staten, waar buitengewoon onderwijs zich veel meer in de vorm van aparte klassen binnen het reguliere onderwijs heeft ontwikkeld, kwamen aparte voorzieningen voor deze groep leerlingen bijvoorbeeld pas na 1969 tot stand.¹⁰ De LOM-scholen waren direct een succes. Tussen 1950 en 1968 nam hun aantal toe van vier naar honderd.¹¹ Ook het percentage lagere-schoolleerlingen dat deze scholen bezocht groeide explosief: van 0,3% in 1960 naar 1,1% in 1970 en 2,4% in 1980. Deze toename is te meer opmerkelijk wanneer we haar afzetten tegen het nagenoeg gelijkblijvende aandeel van de scholen voor ‘zwakzinnigen’ in dezelfde jaren (2,8% tot 3,0%).¹² Die scholen verloren dus geen leerlingen aan de nieuwe LOM-scholen; de laatste creëerden hun eigen doelgroep. Met het LOM-onderwijs waren al vroeg ‘laboratoria’ beschikbaar voor studie van de aard en de mogelijke behandeling van de leer- en gedragsproblemen van deze leerlingen.

Experts spraken in dit verband over ‘partiële defecten’, die zich vooral manifesteerden bij het lezen, schrijven en rekenen. Toen de pionier van de studie van deze leerstoornissen, de psychologe Wilhelmina Bladergroen, in 1949 in Amsterdam op het *Second International Congress on Orthopedagogics* sprak, noemde ze deze gevolgen van een ‘brain paralysis’.¹³ De

7 Timo Bolt & Leonie de Goei, *Kinderen van hun tijd. Zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland 1948–2008* (Assen 2008); H. Baartman, ‘Ontwikkelingen in de theoretische orthopedagogiek’, in: R. de Groot & J. van Weelden (eds.), *Orthopedagogiek: inzicht, uitzicht, overzicht* (Groningen 1992) 46–74.

8 *Tijdschrift voor Buitengewoon Onderwijs* (1945–1952); *Tijdschrift voor Buitengewoon Onderwijs en Orthopedagogiek* (1953–1961); *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* (1962–1990); *Tijdschrift voor Orthopedagogiek en Kinderpsychiatrie* (1974–1979); *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie* (1980–1990); *Voordrachtenreeks van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband* (1959–1968); *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* (1969–1971); *Tijdschrift voor Psychiatrie* (1972–1990).

9 Dorine Graas, *Zorgenkinderen op school. Geschiedenis van het speciaal onderwijs in Nederland, 1900–1950* (Leuven/Apeldoorn 1996) 88.

10 Het gaat om de *Children with Specific Learning Disabilities Act*: Janet W. Lerner, *Learning disabilities: theories, diagnosis, and teaching strategies* (Boston etc. 1993) 42–43.

11 J.L.L. Knijff, ‘Het besluit Buitengewoon Onderwijs 1967 en de geestelijke volksgezondheid’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 5 (1968) 154–167.

12 Graas, *Zorgenkinderen* (n. 9) 114.

13 W.J. Bladergroen, ‘La therapeutique de quelques groupes d’enfants partiellement déficients’, in: I.C. van Houte & B. Stokvis (eds.), *Proceedings of the Second International Congress on Orthopedagogics* (Amsterdam 1950) 358–367.

Minimal Brain Damage/Dysfunction (MBD)

psychiater die het verslag over de sectie *Partial Defects* schreef, Nelly Tibout, was evenwel van mening dat leerlingen met partiële defecten op grond van hun ‘almost invisible neurological signs’ konden worden aangemerkt als ‘brain injured’.¹⁴ Ze verwees hierbij onder meer naar het onderzoek van de Amerikanen Alfred Strauss en Laura Lehtinen, die kinderen hadden bestudeerd die voor, tijdens of na de geboorte hersenschade hadden opgelopen, dan wel een hersen(vlies)ontsteking hadden overleefd. Als gevolg daarvan traden sensorische, cognitieve en emotionele defecten op die het leren konden verstoren.¹⁵ Deze onderzoekers hadden ook ontdekt dat kinderen zonder bekend hersentrauma vergelijkbare leerproblemen konden vertonen, waaruit zij de conclusie trokken dat ook deze kinderen hersenletsel hadden opgelopen. In de loop van de jaren vijftig verschoven Strauss en zijn team hun onderzoek naar kinderen met dezelfde problemen, maar zonder verstandelijke gebreken. De heterogeniteit van de categorie hersenbeschadigde kinderen stimuleerde vervolgens het gebruik van een vriendelijker label ‘Minimal Brain Damage’ voor kinderen met alleen lichte symptomen en een normaal IQ. Hun leerproblemen werden nu aangeduid als ‘specifiek’, ter onderscheiding van zwakzinnige kinderen met algemene leerproblemen.¹⁶

Het eerste Nederlandse leerboek kinderpsychiatrie uit 1952 van de hand van Arnold van Krevelen, een van de weinigen uit de eerste generatie kinderpsychiaters die niet was opgeleid als psychoanalyticus, bespreekt intellectuele defecten en hersenaandoeningen in afzonderlijke hoofdstukken. Tot de eerste categorie rekende hij partiële defecten, zoals congenitale woordblindheid en zwakbegaafdheid. Van de talloze hersenziekten die hij besprak (van epilepsie tot alcoholvergiftiging), lijken de symptomen van kinderen gediagnosticeerd met ‘postencephalitishe encefalopathieën’ het meest op die van het zogenoemde Strauss-syndroom: hyperkinesie (overbewegelijkheid) of ‘chorea minor’ en leerproblemen.¹⁷

In het *Tijdschrift voor Buitengewoon Onderwijs* treffen we in 1950 de eerste verwijzing aan naar hersenletsel als oorzaak van mentale stoornissen bij kinderen, te weten in een anoniem verslag over experimentele behandelingen in een kinderpsychiatrisch ziekenhuis.¹⁸ De Amsterdamse schoolarts Dirk Herderschêe, die verantwoordelijk was voor de selectie van leerlingen voor zwakzinnigenscholen, wees in een artikelenreeks uit 1955 welbewust de Freudiaanse verwijzing naar verwaarlozing door de ouders af als oorzaak van overbewegelijkheid en leerproblemen van normaal begaafde kinderen. Met deze bijdrage reageerde de schoolarts op een artikel in de vorige jaargang – van wat intussen het *Tijdschrift voor Buitengewoon Onderwijs en Orthopaedagogiek* heette – van de hand van de eerste lector in de kinderpsychiatrie, Theo Hart de Ruyter. Volgens Herderschêe waren erfelijkheid en de gevolgen van geboortetrauma of hersenontsteking meer waarschijnlijke oorzaken dan verwaarlozing.¹⁹ Met zijn Freudiaanse zienswijze vertolkte Hart de Ruyter de dominante

14 N.H.C. Tibout, ‘Report of the section’, in: *Ibidem*, 380–385.

15 Alfred A. Strauss & Laura E. Lehtinen, *Psychopathology and education of the brain-injured child* (New York 1947).

16 Alfred A. Strauss & Newell C. Kephart, *Psychopathology and education of the brain-injured child II* (New York/London 1955).

17 D. Arn. van Krevelen, *Nederlands leerboek der speciële kinderpsychiatrie* (Leiden 1952).

18 ‘De opvoeding in Zonnehuis Veldheim en Zonnehuis Stenia’, *Tijdschrift voor Buitengewoon Onderwijs* 30 (1950) 93–99.

19 D. Herderschêe, ‘De prophylaxis der oligophrenie’, *Tijdschrift voor Buitengewoon Onderwijs en Orthopaedagogiek* 35 (1955) 4–9, 21–26, 65–71; Th. Hart de Ruyter, ‘De betekenis der psycho-analytische paedagogie voor de opvoeding van kinderen met aanpassingsstoornissen’, *Tijdschrift voor Buitengewoon Onderwijs en Orthopaedagogiek* 34 (1954) 38–42, 216–221.

richting binnen de toenmalige kinderpsychiatrie. Institutioneel was deze opvatting gevestigd in de Medisch-Opvoedkundige Bureaus (MOB's), die in de naoorlogse jaren een sterke groei doormaakten.²⁰ Die dominantie kwam pas ten einde in de vroege jaren tachtig, nadat de psychiatrie voor volwassenen een biologische wending had genomen, een nieuwe generatie academische kinderpsychiaters was aangetreden en een scala van psychotherapieën uit de Verenigde Staten de behandelmethoden ingrijpend had veranderd.²¹

Het was daarom geen toeval dat Herderschêe bijval kreeg van Frank Grewel, op dat moment de enige lector in de kinderpsychiatrie die niet als analyticus aan een MOB was opgeleid. Als oorzaak van leer- en gedragsproblemen van kinderen schoof Grewel systematisch hersenletsel of 'encefalopathie' naar voren als alternatief voor de Freudiaanse neurose. Hij was ook de eerste kinderneuroloog die een EEG als diagnostisch middel gebruikte. Vanaf 1959 rapporteerde Grewel over 'partiële leerdefecten' van kinderen bij wie de schoolprestaties niet overeen stemden met het IQ. Samen met een orthopedagoge beschreef hij bijvoorbeeld een achtjarige, onrustige, driftige en snel afgeleide LOM-jongen, die geen vrienden had en worstelde met lees- en spraakproblemen en een ongecontroleerde motoriek. Omdat zijn EEG 'wat instabiel' was, trokken ze de conclusie dat de jongen wellicht leed aan een 'vertraagde hersenschorsontwikkeling' met 'partiële neurologische stoornissen' tot gevolg.²²

Geleidelijk betrok Grewel ook ernstiger gevallen van 'cerebrale patiënten' in zijn onderzoek en begon hij de 'encefalopathie' aan te wijzen als oorzaak van talloze meer of minder ernstige leerproblemen. Primaire abnormaliteiten waren bijna altijd 'organisch', zo benadrukte hij in 1964 in het vakblad voor het speciaal onderwijs.²³ Aldus kwam hij ertoe het belang van uitgebreide neurologische diagnostiek te bepleiten voor alle leergestoorde kinderen, inclusief het afnemen van een EEG, het testen van de zintuigen en de motoriek en een onderzoek naar de pre- en perinatale omstandigheden. Orthopedagogen zouden voor ieder kind een individuele prognose moeten opstellen, zo bepleitte hij in 1965 bij de aanvaarding van een hoogleraarschap in de orthopedagogiek in Amsterdam.²⁴ Hij waarschuwde bovendien tegen het toepassen van psychotherapie zonder hersenletsel als oorzaak van de problemen te hebben uitgesloten. Leesproblemen werden bijvoorbeeld vaak veroorzaakt door schade aan de hersenen, zo legde hij uit. Psychotherapie kon alleen secundaire symptomen verhelpen. Een uitgebreide 'neuropsychologisch-orthopedagogische diagnose' diende de grondslag te zijn van orthopedagogisch en – didactisch handelen in de buitengewone school.²⁵

Meer fundamenteel onderzoek naar cerebrale functiestoornissen bij kinderen veroorzaakt door pre- of perinataal hersenletsel werd met name gestimuleerd door de oprichting van de Afdeling Neuropsychologie van de Rijksuniversiteit Groningen, geleid door de Hongaarse

20 Nelleke Bakker, 'Child guidance and mental health in the Netherlands', *Paedagogica Historica* 42 (2006) 769–791.

21 Bolt & De Goei, *Kinderen* (n. 7). Deze auteurs wijzen er terecht op dat deze dominantie niet betekende dat tussen 1950–1980 geen ruimte bestond voor een biomedisch perspectief.

22 F. Grewel & E. Magadant-Mainz, 'Partiële defecten. Analyse van een geval en aanwijzingen voor een paedagogisch-therapeutische behandeling', *Tijdschrift voor Buitengewoon Onderwijs en Orthopaedagogiek* 39 (1959) 66–74, m.n. 66.

23 F. Grewel, 'Terug naar het gewone lager onderwijs', *Tijdschrift voor Orthopaedagogiek* 3 (1964) 2–11. Dit tijdschrift was sinds 1962 de voortzetting van *Tijdschrift voor Buitengewoon Onderwijs en Orthopaedagogiek*.

24 F. Grewel, *Orthopaedagogiek in ontwikkeling* (Groningen 1965).

25 F. Grewel, 'Problemen rondom infantiele encefalopathie', *Tijdschrift voor Orthopaedagogiek* 1 (1962) 254–258.

Minimal Brain Damage/Dysfunction (MBD)

vluchteling H.F.R. Prechtl, die daarmee in het voetspoor trad van Duitse en Amerikaanse neurowetenschappers. In 1963 schatte hij de prevalentie van de minder ernstige variant van de hersenbeschadiging, die hij het 'choreatiforme syndroom' noemde, op twintig procent van de jongens en acht procent van de meisjes in de schoolleeftijd, een aantal dat weinig afweek van de door Strauss voor MBD genoemde cijfers.²⁶ In het volgende jaar rapporteerde Christina Stemmer, een van Prechtl's promovendi, een nog hogere prevalentie voor dit choreatiforme syndroom onder leerlingen van het reguliere onderwijs: 24 procent van de zesjarige jongens en negen procent van de even oude meisjes, terwijl slechts 54 procent van alle zeven- tot elfjarige jongens geheel vrij was van choreatiforme bewegingsonrust.²⁷

Buitenbeentjes

Begin jaren zestig kwam in de Angelsaksische wereld het etiologische label 'brain damage' voor kinderen met leerproblemen onder druk te staan. Neurologen hadden ontdekt dat kinderen met de gedragskenmerken van hersenbeschadiging heel vaak geen geschiedenis van trauma of ontsteking van de hersenen hadden, terwijl kinderen die die geschiedenis wel hadden in veel gevallen de symptomen niet vertoonden. Daarom wijdde de *Oxford International Study Group on Child Neurology* in 1962 een congres aan de problemen van definitie en diagnose. De term 'minimal cerebral dysfunction' werd aanbevolen ter vervanging van 'minimal brain damage', voornamelijk op basis van de consensus dat hersenschade niet kon worden afgeleid uit gedrag alleen. Het jaar daarop werden in de Verenigde Staten met steun van de federale *United States Public Health Services Division of Chronic Diseases* drie *task forces* opgericht om helderheid te scheppen in de veelheid van labels voor hersengereleerde aandoeningen van kinderen. In 1966 rapporteerde de eerste over identificatie en terminologie. Het rapport vermeldt 38 termen die werden gebruikt om voor MBD kenmerkende condities te benoemen. De derde rapporteerde in 1969 en gaf een lijst van 99 tekenen en symptomen van kinderen met minimale cerebrale disfuncties en het advies daarin meer homogene subcategorieën aan te brengen.²⁸

Amerikaanse kinderpsychologen kwamen op initiatief van een van Strauss' medewerkers, William Cruickshank, in 1965 eveneens bijeen om over de definitie van cerebrale stoornissen bij kinderen te spreken. Er bleken grote verschillen van inzicht te bestaan en ook hier viel de grote variëteit aan labels op. Terugblikkend verklaarden de organisatoren:

A child in Michigan would be called perceptually handicapped; in New York, brain injured; in California, neurologically impaired or educationally handicapped. In Florida or Maryland, he would be said to have special learning disabilities.²⁹

Dit congres markeert de afnemende interesse onder wetenschappers in de etiologie van het probleemgedrag. De verzamelde psychologen toonden een duidelijke voorkeur voor een definitie op basis van waarneembaar gedrag. Die richting is men in de Verenigde Staten daadwerkelijk ingeslagen, want in DSM-II (1968) vinden we het 'chronic brain syndrome

26 H.F.R. Prechtl, *Het cerebraal gestoorde kind* (Groningen 1963) 13; H.F.R. Prechtl & J. Dijkstra, *Neurological diagnosis of cerebral injury in the new born* (Groningen 1960).

27 Christina J. Stemmer, *Choreatiforme bewegingsonrust* (Groningen 1964) 11.

28 Kessler, 'History' (n. 3) 42-43.

29 Hallahan & Cruickshank in 1973, zoals geciteerd door Kessler, 'History' (n. 3) 43.

associated with birth trauma', zich uitend in leerstoornissen uit DSM-I (1952), niet terug. ADHD-achtig gedrag vinden we nu in een apart hoofdstuk over 'behavior disorders of childhood and adolescence' vermeld onder het label 'hyperkinetic reaction of childhood' met de kenmerkende symptomen overactiviteit en onoplettendheid. Pas DSM-III (1980) bracht al het met een hersenstoornis geassocieerde kindergedrag samen onder de noemer ADD(+H).³⁰ Dat was tevens de eerste versie van het Amerikaanse handboek die ook in Nederland is gebruikt.³¹

In de Amerikaanse wereld van onderzoek naar leerstoornissen gingen de wegen van artsen en onderwijspecialisten vanaf 1972 uiteen. Dat bleek op een nationaal congres in New York. Neurologen en kinderartsen bespraken er het belang van een omvattende diagnose en de rol van medische behandelingen zoals medicatie. Onderwijsdeskundigen richtten zich er op het diagnosticeren van leerproblemen en op methoden en technieken van 'remedial teaching'. Die laatste thema's waren actueel omdat de federale *Children with Learning Disabilities Act* (1969) het ontwikkelen van dergelijke programma's voor kinderen met specifieke leerstoornissen voorschreef.³²

In Nederland leidden deze ontwikkelingen vooralsnog niet tot veel discussie over definities, of tot een scheiding in het onderzoek tussen artsen en anderen. Wel kwam er meer onderzoek. In 1971 organiseerde de Vereniging van Onderwijzers en Artsen werkzaam in het Zwakzinnigenonderwijs (VOA) een congres over 'Kinderen met lichte organisch-cerebrale beschadigingen', dat de onderzoekers op dit gebied samenbracht. Een themanummer van het *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* rapporteerde over dit congres. Zo'n honderd congresgangers luisterden naar de openingslezing van Wilhelmina Bladergroen, wiens lectoraat in de kinderpsychologie te Groningen in 1967 was omgezet in een hoogleraarschap in de orthopedagogiek. Zij bepleitte een fundamentele senso-motorische heropvoeding van kinderen die werden gediagnosticeerd met het 'choreatiform syndroom' of 'minimal cerebral damage', van wie volgens haar negentig procent meer of minder ernstige leerproblemen vertoonde, overwegend van het hyperkinetische en concentratielabiele type.³³ Voor de oorzaak van deze verschijnselen verwees ze naar pre- of perinatale hypoxia (zuurstofgebrek), een bevinding van een van Prechtl's promovendi.³⁴

Na de lezing presenteerden zo'n twintig groepen of instellingen hun onderzoeksprogramma's. Thema's en gebruikte labels varieerden sterk. Er waren verschillende universitaire instituten vertegenwoordigd. Zo deed de Afdeling Ontwikkelingsneurologie van het Academisch Ziekenhuis Groningen (waaraan Prechtl nu leiding gaf) longitudinaal onderzoek naar neurologische gevolgen van pre- en perinatale complicaties, zoals die van 'dysfuncties' voor het gedrag, terwijl het Pedagogisch Instituut van de Utrechtse Universiteit zich richtte op de taal van 'jong cerebraal beschadigde' kleuters. Andere presentaties kwamen voort uit residentiële instellingen, zoals de Heldring Stichtingen voor gedragsgestoorde meisjes. Daar deden een psychiater en een orthopedagoog onderzoek naar de relatie tussen 'minimal brain dysfunction' en ongewenst gedrag, naar verwaarlozing als factor in het

30 American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Washington DC 1952) 18; Ibidem (1968²) 31–32, 49–50; Ibidem (1980³) 41–44.

31 E.C. Verhulst, 'DSM-III in de kinderpsychiatrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 25 (1983) 127–141.

32 Kessler, 'History' (n. 3) 43–44.

33 Wilhelmina J. Bladergroen, 'De orthopedagoog en kinderen met lichte organisch-cerebrale stoornissen', *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 10 (1971) 292–303.

34 J. Dijkstra, *De prognostische betekenis van neurologische afwijkingen bij pasgeboren kinderen* (Groningen 1960).

Minimal Brain Damage/Dysfunction (MBD)

ontstaan van ‘zachte neurologische tekenen’ zoals een ‘onderontwikkeld’ EEG, als ook naar ‘medicamenteuze mogelijkheden’ bij de behandeling. In de twee jaar eerder speciaal voor onderzoek en behandeling van kinderen met ‘lichte hersenbeschadiging’ opgerichte Roelant Kliniek in Ubbergen bij Nijmegen deed een interdisciplinair team van onderzoekers verbonden aan de Katholieke Universiteit onderzoek naar ‘biochemische en neurologische achtergronden’ van gedragsstoornissen van kinderen die door de orthopedagoog J.F.W. (Ko) Kok werden bestempeld als ‘struktopathisch’ en door de neuroloog werden geduid als lijdend aan ‘minimal brain dysfunction’. Ook vergeleken zij de effecten van orthopedagogische maatregelen en de toediening van amfetamine, opnieuw een aanwijzing dat men in ieder geval bij de ernstiger gedragsafwijkingen medicamenteus ingrijpen niet schuwde.

Sommige instellingen richtten zich meer in het bijzonder op de diagnostiek, zoals het Kinderpsychiatrisch Centrum Tulpenburg in Amstelveen, dat onder meer vanuit een bewegingstherapeutisch perspectief onderzoek deed naar de waarde van de trampoline als instrument om een ‘organisch-cerebrale’ aandoening vast te stellen. Andere, waaronder het Pedologisch Instituut te Leiden, richtten zich op het optimaliseren van de orthodidactiek in de eigen school. Men pionierde er onder meer in systematische observatie, computerondersteunde instructie en het gebruik van ‘hoofdtelefoons’ om de concentratie langer te kunnen vasthouden. Het zal niet verrassen dat het congres er niet in slaagde consensus te bereiken over een definitie van MBD of over de keuze van een gemeenschappelijke onderzoekslijn. Zelfs binnen eenzelfde instelling gebruikten onderzoekers soms een verschillende terminologie.³⁵ Niettemin markeert het congres de hogere aspiraties van het zich ontwikkelende onderzoeksveld op het vlak van speciaal onderwijs.

In dit klimaat introduceerde een van de organisatoren van het congres, VOA-voorzitter en neuroloog J. Valk, Cruickshanks behandelmethodes van *The brain-injured child in home, school, and community* (1967).³⁶ De vertaling van de handleiding kreeg een andere titel: *Buitenbeentjes. Kinderen met hersenbeschadigingen thuis, op school en in de groep* (1970). Deze was een ogenblikkelijk succes.³⁷ Het label ‘buitenbeentjes’ werd een populaire aanduiding voor hyperactieve kinderen voordat ‘ADHD’ vanuit de Verenigde Staten kwam overwaaien. Cruickshank propageerde een methode van maximaal structureren van het leerproces van MBD-kinderen in een omgeving met minimale stimulatie. Zij was gebaseerd op behavioristische conditionering en de training van stimulus controle in ongecontroleerde kinderen.³⁸ Cruickshank, die weigerde om kinderen te behandelen die medicatie slikten, werd in 1972 naar Nederland uitgenodigd. Toen hij na zijn lezing werd geconfronteerd met de vraag of men moest vasthouden aan het concept ‘lichte hersenbeschadiging’, gaf hij aan dat dat volgens hem niet nodig was. Het herkennen van ‘neurologische’ oorzaken van leerstoornissen was daarentegen van cruciaal belang voor de ontwikkeling van preventieprogramma’s. Het aanwezige forum van universitaire orthopedagogen wilde,

35 ‘Symposium Zetten mei 1971. Verslagen van verschillende onderzoekingen’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 10 (1971) 304–327.

36 William M. Cruickshank, *The brain-injured child in home, school, and community* (New York 1967). Bladergroen wees zijn methode af. Zij vond deze te vreugdeloos en levensonecht: Bladergroen, ‘De orthopedagoog’ (n. 33) 301.

37 Tussen 1970 en 1975 verschenen vier edities: William M. Cruickshank, *Buitenbeentjes. Kinderen met hersenbeschadigingen thuis, op school en in de groep. Vertaald en bewerkt voor Nederland door J. Valk* (Rotterdam 1975⁴).

38 Ibidem.

anders dan Cruickshank en de neurologen, het concept ‘hersensbeschadiging’ nog niet loslaten.³⁹ Intussen introduceerden orthopedagogen met succes een gestructureerde benadering en gedragsmodificatietechnieken in instellingen voor jeugdzorg en het speciaal onderwijs.⁴⁰

Met medewerking van het tijdschrift *Ouders van Nu* slaagde de kinderneuroloog Bert Touwen, een medewerker van Prechtel, er in 1973 in een vertaling te doen uitgeven van een ouder product uit de groep rond Strauss: *The Other Child. The brain-injured child* (1960) geschreven door Strauss en Lehtinen samen met een journalist en vader van een MBD-kind. Het ‘andere’ kind – in de Engelse editie consequent met hoofdletters geschreven – vertoonde volgens deze auteurs vijf opmerkelijke problemen: hyperkinesie, afleidbaarheid, ongeremdheid, starheid en emotionele labiliteit.⁴¹ Het boek bepleitte een benadering die inzette op het structureren van de omgeving en op orde en regelmaat. De Nederlandse bewerker had, de ontwikkeling van de internationale neurologie indachtig, systematisch het begrip ‘brain-injured child’ vertaald als ‘kind met een hersenfunctiestoornis’. Wat het ‘andere’ kind het meest nodig had waren begrip en acceptatie door zijn familie, onderwijzer en omgeving. Anders dan Cruickshank benadrukten Strauss en zijn co-auteurs de noodzaak om het ‘andere’ kind te zien als uniek en aanspraak makend op niet alleen een kleine klas op een speciale school, maar ook een individueel ontwikkelingsprogramma en persoonlijke begeleiding. Onderwijzers en ouders hadden eveneens professionele begeleiding nodig om te voorkomen dat secundaire effecten van het anders zijn hun relatie met het kind zouden verstoren.⁴²

Vanaf de vroege jaren zeventig namen handboeken voor professionals in de jeugdzorg van de hand van kinderpsychiaters de nieuwe biologische concepten over. Een nieuwe inleiding in de kinderpsychiatrie van twee psychiaters-analytici nam bijvoorbeeld een hoofdstuk op over ‘organiciteit’, dat MBD in beide betekenissen uitlegde langs de lijnen van de vele, mogelijke symptomen, naast ernstiger of acute ‘cerebrale beschadigingen’. Choreatiforme en hyperkinetische rusteloosheid werden alleen vermeld als symptomen.⁴³ Een herzien handboek voor onderwijzers en welzijnswerkers voegde een paragraaf toe over ‘cerebrale stoornissen’, die meestal veroorzaakt zouden zijn door zuurstofgebrek. De auteur vermeldde de hoogste prevalentiecijfers voor MBD die in de jaren zestig waren genoemd, zoals twintig procent van de schooljongens door Prechtel en veertig procent van alle gedragsstoornissen door de Duitse psychiater Reinhart Lempp. Het advies was tweeledig: medicatie kon helpen, maar liefde, begrip en ‘stevige en consequente leiding’ waren beslist nodig om ‘secundaire neurotisering’ van het kwetsbare kind met een ‘zwakke Ik-structuur’ te voorkomen. Een onderwijzer moest bijvoorbeeld begrijpen dat het slechte handschrift van een MBD-kind een reden was een dokter te raadplegen, in plaats van het kind te vermanen voor

39 ‘Toespraak van prof. dr. W.M. Cruickshank’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 11 (1972) 265–271; ‘Slotbijeenkomst werkbezoek’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 11 (1972) 280–282. Leden van het panel waren: W.J. Bladergroen, J.J. Dumont en J. de Wit.

40 J. Valk, ‘De structurerende benadering als opvoedkundig beginsel’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 9 (1970) 222–229; Zef Hendriks, ‘Mogelijkheden van gedragsmodificatie bij gedragsproblemen’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 11 (1972) 350–358; J.F.M. Kok, *Structopathic children. Results of experimental research of structuring group therapy* (Rotterdam 1972).

41 Richard S. Lewis, Alfred A. Strauss & Laura E. Lehtinen, *The Other Child. The brain-injured child* (New York/London 1960) 61.

42 R.S. Lewis, A.A. Strauss & L.E. Lehtinen, *Het andere kind. Herkennen en begrijpen van het kind met lichte hersenfunctiestoornis* (Wageningen 1973).

43 Th. Hart de Ruyter & L.N.J. Kamp, *Kinderpsychiatrie* (Deventer 1972) 123–142; Idem (1978³) 123–142.

Minimal Brain Damage/Dysfunction (MBD)

zijn slordigheid. Het was immers geen onwil, maar een gevolg van ‘een functiestoornis van organische aard’.⁴⁴

Handboeken voor leerkrachten in het speciaal onderwijs van de hand van vertegenwoordigers van de eerste generatie hoogleraren in de orthopedagogiek gaven in vergelijking hiermee weinig aandacht aan hersenbeschadiging als oorzaak van leerstoornissen. Bladergroen sprak bijvoorbeeld over LOM-leerlingen als ‘licht cerebraal gestoord’, om zich verder te richten op de orthodidactiek van kinderen die veelal waren gediagnosticeerd als lijdend aan het ‘choreatiforme syndroom’.⁴⁵ Samen met haar medewerkers bleef ze overtuigd van een neurofysiologische verklaring voor de leerstoornissen die zij behandelden.⁴⁶ Een van de grondleggers van de residentiële orthopedagogiek, Kok, besprak in een leerboek MBD-kinderen als een heterogene categorie, die onder meer kinderen met het ‘choreatiforme syndroom’ omvatte, een groep die hij schatte op 54 procent van de lagere-schooljeugd. Daarnaast onderscheidde hij ‘structuurzwakken’ voor wie de LOM-school en ‘structurende groepstherapie’ geïndiceerd waren, en de meer serieuze gevallen van ‘structopathie’, die in instellingen moesten worden behandeld met cognitieve en gedragstherapie.⁴⁷ Orthopedagogen benadrukten steeds dat geen twee leergestoorde kinderen hetzelfde waren en de behandeling daarom altijd individueel moest zijn.

Een onspecifiek label

Terwijl het grote publiek in de jaren zeventig gewend raakte aan MBD als label voor kinderen met leer- en gedragsproblemen, raakten onderzoekers steeds meer bevangen door twijfel over de realiteit van een syndroom van hersendysfunctie. Dat werd goed duidelijk toen de internationale *Society of Biological Psychiatry* haar jaarlijkse congres in 1977 in Amsterdam wijdde aan ‘Minimal Brain Dysfunction: fact or fiction’. Geen van de sprekers was optimistisch over de toekomst van MBD als diagnostische categorie. De voorzitter, de neuroloog Herman M. van Praag, kritiseerde het label als ‘ill-defined’, ‘vague’ en daarom multi-interpretabel. Als redenen voor deze vaagheid vermeldde hij het vermengen van symptomatologische en etiologische betekenissen van het label, het niet-specifieke karakter van de gedragsstoornissen die met MBD werden geassocieerd, die allemaal ook heel goed aan andere factoren konden worden toegeschreven, en de niet-eenduidige resultaten van het gebruik van medicatie.⁴⁸ Na jarenlang onderzoek naar de invloed van diverse soorten geneesmiddelen op het gedrag van MBD-kinderen waarschuwden twee Vlaamse

44 R. Vedder, *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden* (Groningen 1970⁸) 183–199.

45 Bladergroen, ‘De orthopedagoog’ (n. 33); W. Bladergroen, *Scholen voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden (L.O.M.- scholen)* (s.l. 1970) 7. Voor Bladergroen zie ook: Mineke van Essen, *Wilhelmina Bladergroen. Vrouw in de eeuw van het kind* (Amsterdam 2012).

46 W.E. Nooteboom, *Some psychological aspects of the choreatiform syndrome* (Assen 1967); W.J. Bladergroen, ‘Vroegtijdige onderkenning van leerstoornissen? Enige moto-sensorische en ontwikkelingsaspecten van dit probleem’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 14 (1975) 329–342; R. van der Kooij, ‘Een onderzoek naar achtergronden van leerstoornissen binnen de Groninger School’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 14 (1975) 288–299; R. de Groot & E.S. Morgenstern, ‘Achtergronden van leermoeilijkheden’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 17 (1978) 342–355.

47 J.F.W. Kok, *Struktopathische kinderen, een orthopedagogisch behandelingstype* (‘s-Hertogenbosch 1970); idem, *Opvoeding en hulpverlening in behandelingstehuizen. Residentiële orthopedagogiek* (Rotterdam 1974²) 211–212. Voor het cijfer 54% verwees hij naar Stemmer; dit had 46% moeten zijn.

48 H.M. van Praag, ‘Introduction’, in: A.F. Kalverboer, H.M. van Praag & J. Mendlewicz (eds.), *Minimal brain dysfunction: fact or fiction* (Basel etc. 1978) 2–4.

kinderneurologen dat psychostimulantia alleen dienden te worden gebruikt wanneer hyperactiviteit en afleidbaarheid de voornaamste problemen waren. In andere gevallen adviseerden ze Cruickshanks *Minimal Stimulation Program* of gedragsmodificatietechnieken zoals Koks residentiële therapie voor 'structopathische' kinderen.⁴⁹

Een Amerikaanse kinderpsychiater kritiseerde op dit congres niet slechts de ambigue titel, de speculatieve begrippen ten aanzien van mechanismen en etiologie, de heterogeniteit en non-specificiteit van de symptomen, maar ook de praktijk van het diagnosticeren van MBD op basis van rapporten van ouders en leerkrachten. Die waren van nature subjectief, benadrukte hij.⁵⁰ Een Britse collega, William Yule, noemde het losse MBD-concept 'so overinclusive as to be more harmful than helpful in clinical practice'. Voorts kritiseerde hij het onkritisch gebruik van de zogenoemde 'soft neurological signs', de lichte EEG-onregelmatigheden die werden gezien als indicaties van neurologisch disfunctioneren. Volgens Yule waren het geen aanwijzingen voor MBD maar voor een 'diagnostic of soft thinking'. Hij kritiseerde ook het verwaarlozen van de ontwikkeling in het onderzoek. Kinderen groeiden over veel vroege symptomen heen en de plasticiteit van het centrale zenuwstelsel was in nieuw onderzoek veel groter gebleken dan tot dan toe was aangenomen.⁵¹ Deze plasticiteit was Prechtl's nieuwe onderzoeksthema. Hij rapporteerde over recente publicaties op dit gebied.⁵² Onderzoekers sneden nu regelmatig in de hersenen van apen, katten en ratten om te ontdekken hoe het neurologische systeem zich aanpaste aan de verwijdering van specifieke delen, zo rapporteerde een andere neurowetenschapper.⁵³

De lezing van de Groningse klinische kinderpsycholoog Alex Kalverboer was eveneens zeer kritisch over MBD als naam van een syndroom. Op basis van de onderzoeksliteratuur trok hij de conclusie dat, in weerwil van de brede belangstelling, de vooruitgang beperkt was. Hij schreef dit toe aan verschillen in verfijning en standaardisering tussen disciplines. Ofschoon onder alle denkbare waarnemingscondities betekenisvolle relaties waren gevonden tussen neurologische kenmerken en gedrag, vormde intra- en interpersoonlijke variabiliteit toch de belangrijkste uitkomst. Daarom schaarde hij zich achter de Amerikaanse onderzoekers die al zo'n tien jaar eerder de conclusie hadden getrokken dat geen wetenschappelijk bewijs bestond voor het verband tussen gedragsstoornissen van kinderen en een neurologische disfunctie, dat het samenbrengen in één syndroom rechtvaardigde. Labels als MBD en SLD (*special learning disorders*) verwezen naar heterogene groepen kinderen en zouden daarom niet gebruikt mogen worden. Verder onderzoek naar de samenhang tussen neurologische functies en gedrag had, volgens hem, echter een hoge urgentie, iets dat ook gold voor de ontwikkeling van relevante subcategorieën.⁵⁴

De groeiende belangstelling voor MBD, evenals de vele mysteries die het label omgaven, stimuleerden inderdaad nieuw onderzoek. Daarin zien we eind jaren zeventig ook in Nederland een scheiding ontstaan tussen neurowetenschappers enerzijds en pedagogen

49 K. Pyck & P. Baines, 'The influence of drugs on minimal brain dysfunction', in: *Ibidem*, 68–83.

50 D. Shaffer, 'Longitudinal research and the minimal brain damage syndrome', in: *Ibidem*, 18–34.

51 D.G. Grahame-Smith, 'Animal hyperactivity syndromes and the plasticity of the nervous system', in: *Ibidem*, 84–95.

52 H.F.R. Prechtl, 'Minimal brain dysfunction syndrome and the plasticity of the nervous system', in: *Ibidem*, 96–105.

53 D.G. Grahame-Smith, 'Animal hyperactivity syndromes and the plasticity of the nervous system', in: *Ibidem*, 84–95.

54 A.F. Kalverboer, 'MBD: discussion of the concept', in: *Ibidem*, 5–17.

Minimal Brain Damage/Dysfunction (MBD)

anderzijds. Neurologen en neuropsychologen zochten verder naar oorzaken van probleemgedrag en trachtten de diagnostiek te verbeteren, terwijl orthopedagogen zich toedeedden op methoden van remediërend onderwijs en effectieve hulpverlening. Meer onderzoekscentra kwamen tot stand, inclusief residentiële instellingen. Kok, Touwen en Kalverboer, die intussen alle drie hoogleraar of lector waren geworden, bleven daar nauw bij betrokken, maar namen afstand van de 'vergaarbakdiagnose'.⁵⁵ Kok zette zich als orthopedagoog in voor differentiëring in de hulpverlening op basis van 'behandelingstypen',⁵⁶ terwijl Touwen multidisciplinair onderzoek van alle kinderen met leer- en gedragsstoornissen bepleitte. Ontwikkelingsneurologisch onderzoek moest uitsluitend bieden over de betekenis van 'lichte functiestoornissen'.⁵⁷ Naast neurologische erkende Kalverboer het belang van motivationele en emotionele factoren bij het ontstaan van probleemgedrag. Een op te stellen 'profiel van gedragsproblemen' moest in zijn optiek het uitgangspunt zijn van individuele begeleiding en behandeling.⁵⁸ Zijn promovendi leverden intussen munitie aan wie het label kritiseerden als onspecifiek.⁵⁹

Terwijl psychiaters-neurologen doorgingen met het verkennen van het effect van het toedienen van psychostimulantia zoals methylfenidaat aan onrustige en slecht geconcentreerde kinderen,⁶⁰ kozen zij vanaf 1985 in hun publicaties zonder uitzondering voor het gedragsbeschrijvende label 'hyperactief' en gebruikten de DSM-aanduidingen ADD(+H) en later ADHD.⁶¹ Orthopedagogen en klinische kinderpsychologen ruilden in dezelfde jaren het neurologische 'Strauss-model' in voor een model van sociaal leren, dat was gebaseerd op empirisch onderzoek en klasse-observaties,⁶² en voor een model dat zich behalve op defecten in het kind ook richtte op de invloed van de omgeving op zijn cognitieve en emotionele ontwikkeling.⁶³

Toen vrijwel alle wetenschappers het etiologische label MBD hadden losgelaten, wijdde het *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* er in 1982 nog eens een themanummer aan. De redactie wilde tegenwicht bieden aan de vele, populaire en slecht geïnformeerde verhalen in de

55 A.F. Kalverboer, 'M.B.D.: Een vergaarbakdiagnose?', in: F.E. van Apeldoorn & B.C.L. Touwen (eds.), *M.B.D., een te behandelen vraagteken? Tien jaar Huize Groenendaal* (Lisse 1983) 13–39.

56 Kok, *Opvoeding* (n. 47).

57 B.C.L. Touwen, 'Minimal Brain Dysfunction and Minor Neurological Dysfunction', in: A.F. Kalverboer et al. (eds.), *Minimal brain dysfunction* (n. 48) 55–67; B.C.L. Touwen, 'De betekenis van de neurologische bevindingen', in: Van Apeldoorn & Touwen (eds.), *M.B.D., een te behandelen vraagteken?* (n. 55) 51–64.

58 A.F. Kalverboer, 'Vroegtijdige onderkenning van hersenstoornissen in verband met leer- en gedragsmoeilijkheden bij kinderen', *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 15 (1976) 329–339; Kalverboer, 'MBD' (n. 54); Kalverboer, 'M.B.D.: Een vergaarbakdiagnose?' (n. 55).

59 Bijvoorbeeld: J.A. Sergeant, *Attentional studies in hyperactivity* (Groningen 1981); J.J. van der Meere, *Attentional deficit disorder with hyperactivity: a misconception* (Groningen 1988).

60 K. Pyck, 'Het gebruik van farmaca bij het hyperkinetisch syndroom, een literatuurstudie', *Tijdschrift voor Orthopedagogiek en Kinderpsychiatrie* 2 (1976) 117–147; K. Pyck, 'Medicamenteuze implicaties bij hulp aan MBD-kinderen', in: Stichting Integratie Buitenbeentjes, *Meer begrip voor buitenbeentjes. Interdisciplinaire benadering van kinderen met Minimal Brain Dysfunction* (Oss 1979) 21–33.

61 A. Kuijper & R.A. Hirashing, 'Prevalentie van hyperactief gedrag bij vijfjarigen', *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie* 11 (1986) 120–130; A. Kuijper & R.A. Hirashing, 'Gedragsbeoordeling en psychologische tests bij hyperactieve kinderen', *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 28 (1989) 144–151.

62 J.J. Dumont, *Leerstoornissen 3. Controversen en perspectieven* (Rotterdam 1982).

63 J.F.W. Kok, 'Structuurzwakte door opvoeding', *Tijdschrift voor Orthopedagogiek en Kinderpsychiatrie* 3 (1978) 21–29; H. Baartman, 'Ontwikkelingen in de theoretische orthopedagogiek', in: R. de Groot & J. van Weelden (eds.), *Orthopedagogiek: inzicht, uitzicht, overzicht* (Groningen 1992) 46–73.

media.⁶⁴ De titel verwees naar ‘minimale hersendysfuncties’. Bijna alle bijdragen plaatsten vraagtekens bij het gebruik van het ruime etiket MBD. Kinderneuroloog Jaap Troost legde uit dat het onmogelijk was dat tien tot twintig procent van de normaal begaafde kinderen aan een organisch bepaalde hersenstoornis leed, zoals door sommigen werd beweerd.⁶⁵ Intussen steeg het aantal kandidaten voor een test op een van de speciale MBD-sprekuren die tal van klinieken hadden geopend. Slechts een klein percentage van de aangemelde kinderen vertoonde daadwerkelijk een neurologisch ziektebeeld. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de bijdrage van een team van pedagogen en een psycholoog van het Utrechtse Academisch Ziekenhuis, dat op basis van multidisciplinaire diagnostiek neurologische afwijkingen kon uitsluiten. Behalve medicatie achtte het team gedragstherapie en structurering van de omgeving noodzakelijk.⁶⁶ Neurologen trokken in hun bijdragen nu de waarde van het EEG als diagnostisch instrument in twijfel. Fijnere stoornissen in de hersenen kon je er niet mee registreren.⁶⁷ Volgens Troost bood de ‘modieuze term MBD’ kinderen ‘een soort excuus voor hun gedrag’ en ouders en opvoeders ‘een vrijbrief [...] voor hun falen’.⁶⁸ Daarmee lijkt hij vooral te hebben gereageerd op de activiteiten van de intussen opgerichte ouderverenigingen, zoals de Stichting Integratie Buitenbeentjes, die vanaf 1976 ijverde voor een grotere bekendheid van MBD en voor begrip en hulp voor het MBD-kind en zijn ouders.⁶⁹ Boeken, pamfletten, tijdschriften en studiedagen verspreidden haar boodschap over de neurologische herkomst van leer- en gedragsproblemen: noch de kinderen, noch hun ouders droegen schuld, het lag aan de hersenen.⁷⁰

Door de grotere bekendheid van MBD bij het publiek groeiden speciaal onderwijs en institutionele zorg en daarmee de overheidsuitgaven voor kinderen met ‘neurologische defecten’ in zo sterke mate dat de Gezondheidsraad in 1979 een commissie van deskundigen installeerde om hierover te adviseren. Neurologen, als Touwen, en psychologen, als Kalverboer en Precht, namen er zitting in, evenals de orthopedagoog Kok. Hun rapport verscheen pas in 1985. Unaniem verwierp de commissie het gebruik van het label MBD als ‘inadequaat en onverantwoord’. Omdat het gebruik van het begrip zo algemeen was, kon de samenleving er echter nog niet buiten. Het ging om een verzamelterm voor een groep symptomen op het vlak van leer- en gedragsproblemen. De commissie wees er fijntjes op dat de internationale literatuur het begrip al had vervangen door ‘hyperactiviteit’ en ADD.

In de geest van Kalverboers eerdere pleidooien adviseerde de commissie een individueel diagnostisch profiel op te stellen, waarbij MBD startpunt van het onderzoek kon zijn. Om risicofactoren te kunnen identificeren beval zij prognostisch in plaats van

64 R. de Groot, “Redactioneel”, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 21 (1982): 203–204. Tros-aktua wijdde in 1981 een serie aan ‘buitenbeentjes’. Na de eerste uitzending kwamen er duizenden reacties van ouders die zich beklagden over de beschuldigende houding van artsen; dan was MBD een bevrijdende diagnose.

65 J. Troost, ‘MBD en de rol van de kinderneuroloog’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 21 (1982) 239–243.

66 M. de Feijter, E. Lelieveld & A.F.M.M. Verdonck, ‘Minimal Brain Dysfunction?’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 21 (1982) 205–218.

67 Troost, ‘MBD’ (n. 65); J. Denollet, ‘MBD: kinderen met lichte stoornissen in de hersenfuncties’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 21 (1982) 219–238.

68 Troost, ‘MBD’ (n. 65) 243.

69 Landelijke Stichting Integratie Buitenbeentjes, *Meer begrip voor buitenbeentjes* (Lochem/Poperinge 1979); Stichting Integratie Buitenbeentjes, *Meer begrip voor buitenbeentjes. Interdisciplinaire benadering van kinderen met Minimal Brain Dysfunction* (Oss 1979).

70 Bijvoorbeeld: Elisabeth Lockhorn, *Mijn kind is anders. Ouders en specialisten over Minimal Brain Dysfunction (MBD)* (Amsterdam 1981).

Minimal Brain Damage/Dysfunction (MBD)

retrospectief onderzoek aan. Voorts moest de prevalentie worden vastgesteld van de vier ‘gedragsprofielen’ die karakteristiek heetten voor ‘het zogenaamde MBD-syndroom’: (1) aandachtsstoornissen en hyperactiviteit, (2) coördinatieproblemen van lichaam en beweging (‘houterigheid’), (3) specifieke leerstoornissen en (4) emotionele en relationele problemen. Medicamenteuze therapie werd ontraden wegens gebrek aan bewijs voor een ‘biochemisch defect’ als oorzaak. De commissie was geen voorstandster van aparte MBD-scholen. Medische Kleuterdagverblijven en LOM-scholen konden deze kinderen opvangen en begeleiden. Categorale hulpverlening was in de regel niet noodzakelijk. Onderzoek naar aanbod en behandeling was echter van groot belang, al was het maar om tegemoet te komen aan de vele klachten van MBD-ouders. Met name MOB’s en kinderpsychiaters zouden, met voorbijgaan aan neurologische defecten, de oorzaken van de problemen te snel zoeken in ‘gezinssituaties en huwelijksrelaties’, met als gevolg dat ‘schuldgevoelens en frustraties’ bij MBD-ouders toenamen.⁷¹

In een vervolgrapport uit 1987 bleek het universitair onderzoek naar de vier categorieën problemen en hun behandeling snel te zijn gegroeid. De commissie schatte de prevalentie van al deze ‘MBD-verschijnselen’ op zo’n vijf procent van de kinderen, een cijfer dat vergelijkbaar is met dat voor ADHD anno 2012.⁷² Bij die vijf procent waren alleen de ‘niet-specifieke leerproblemen’ die verband hielden met aandacht en overbewegelijkheid meegeteld, de ‘specifieke’ zoals dyslexie – waar het bij MBD allemaal mee was begonnen – niet.⁷³

Eind jaren tachtig waren de commissieleden per saldo de enige wetenschappers die het label MBD nog gebruikten. Orthopedagogisch onderzoek naar de vele problemen die onder deze paraplu schuil gingen bleef groeien, evenals het aantal kinderen bij wie meer of minder ernstige leerproblemen werden vastgesteld. Het onderzoek richtte zich nu meer op specifieke stoornissen als dyslexie, dyscalculie, etc. Handboeken kinderpsychiatrie voor schoolartsen en andere deskundigen op het vlak van leerlingbegeleiding en jeugdzorg vervingen MBD door de nieuwe DSM-labels ADD en ADHD.⁷⁴ Tegelijk moesten LOM-scholen het nu ontgelden als instellingen die te duur waren en separatie in plaats van integratie bevorderden van leerlingen met niet al te ernstige problemen.⁷⁵ Met hulp van de media kozen ouderverenigingen er niet veel later ten slotte ook voor het etiologische MBD-label te vervangen door het descriptieve ADHD-etiket en de daarmee verbonden medicamenteuze behandeling.

Conclusie

Het is duidelijk dat men voor het begrijpen van de professionele omgang met een ziekte-label niet kan volstaan met het bestuderen van de publicaties van slechts een van de betrokken beroepsgroepen. Naast psychiaters maakten ook klinisch psychologen en orthopedagogen studie van het kind en bedienden zij zich van het label MBD om problemen op het

71 Gezondheidsraad, *Eerste deeladvies inzake Minimal Brain Dysfunction (MBD)* (‘s-Gravenhage 1985) 57–103, 115–132, m.n. 124.

72 Laura Batstra, *Hoe voorkom je ADHD? Door de diagnose niet te stellen* (Amsterdam 2010) 7.

73 Gezondheidsraad, *Minimal Brain Dysfunction (MBD). Tweede Deeladvies 1987* (‘s-Gravenhage 1987).

74 F.C. Verhulst & J.A.R. Sanders-Woudstra, *Kinderpsychiatrie voor de praktijk* (Alphen aan den Rijn/Brussel 1987) 100–106.

75 K. van Rijswijk & E. Kool, ‘De ontwikkeling van het speciaal onderwijs in de tweede helft van de 20^e eeuw’, in: R. de Groot & J.D. van der Ploeg (eds.), *Het kind van de eeuw: het kind van de rekening?* (Houten 1999) 131–155.

vlak van concentratie, leren en gedrag aan te duiden. Hersenletsels of –disfunctie heeft een voorname rol gespeeld in de vestiging en groei van al deze varianten van wetenschappelijke kinderstudie. Tussen 1950 en 1970 heeft MBD in belangrijke mate bijgedragen aan de academische status van het onderzoek naar leer- en gedragsproblemen dat het speciaal onderwijs ondersteunde, onder meer door ‘hard’ onderzoek naar trauma en disfunctie te verbinden met ‘zacht’ onderzoek naar de behandeling van leer- en gedragsstoornissen. In onderzoek met MBD of het ‘choreatiforme syndroom’ aangemerkte kinderen waren allerminst zeldzaam – schattingen konden oplopen tot boven de veertig procent – en hun gedragsafwijkingen waren niet ernstiger dan die van ADHD-kinderen. De met MBD geassocieerde leer- en gedragsproblemen waren echter te gedifferentieerd en specifiek voor een causaal verband met hersentrauma of een bepaalde disfunctie.

In 1971 hielden niet minder dan twintig onderzoeksgroepen zich bezig met studie van kinderen met ‘lichte organisch-cerebrale beschadigingen’. Het meest solide onderzoek werd verricht door neurologen en neuropsychologen, van wie de meesten niet betrokken waren bij het speciaal onderwijs. Maar sommige onderzoekers grepen de kansen die de groeiende scheiding tussen medisch en gedragswetenschappelijk onderzoek bood door zich te bekwaamen in Amerikaanse behandelingen zoals behavioristische conditionering. Medicatie werd niet geschuwd, maar lijkt zich te hebben beperkt tot residentiële instellingen voor ernstig gedragsgestoorde kinderen. Het gros van de MBD-kinderen werd geholpen door middel van *remedial teaching* en persoonlijke begeleiding, vaak op een LOM-school.

Omstreeks 1980 hadden wetenschappers het vertrouwen in het specifieke MBD-label voor kinderen met leer- en gedragsproblemen verloren. De populariteit van het label bij het grotere publiek en het snel groeiende aantal diagnoses hebben daarna niettemin het onderzoek naar specifieke leerproblemen, methoden van remediërend onderwijs en gedragsmodificatie verder gestimuleerd. Het LOM-onderwijs blijkt inderdaad een sector waar psychologen en pedagogen in de jaren zeventig nieuwe psychotherapieën hebben ingebracht, ten koste van de invloed van psychiaters. In dit geval was dat slechts tijdelijk, want ADHD heeft een overwegend biomedisch regime in het zadel geholpen dat medicatie hoger aanslaat dan gedragstherapie.